



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo  
PROARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

# A Humanização de Unidades Clínicas de Hospital-Dia:

Vivência e Apropriação pelos Usuários

**Patrícia Biasi Cavalcanti**

Rio de Janeiro  
2011

**PATRÍCIA BIASI CAVALCANTI**

**A HUMANIZAÇÃO DE UNIDADES CLÍNICAS DE HOSPITAL-DIA:**

VIVÊNCIA E APROPRIAÇÃO PELOS USUÁRIOS

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor em Ciências em Arquitetura.

Orientador: **Profa. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo**

RIO DE JANEIRO

MARÇO DE 2011

Cavalcanti, Patrícia Biasi – 1977-  
C377 A humanização de unidades clínicas de Hospital-Dia:  
vivência e apropriação pelos usuários / Patrícia Biasi  
Cavalcanti; orientadora Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, --  
Rio de Janeiro, 2011  
420 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de  
Janeiro. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Rio de  
Janeiro, 2011.

1. Arquitetura de hospitais. 2. Humanização. 3. Hospital-  
dia. 4. Avaliação pós-ocupação. 5. Percepção ambiental.

I. Azevedo, Giselle Arteiro Nielsen. II. Título.


CDD (21. ed.) 725.5

PATRÍCIA BIASI CAVALCANTI

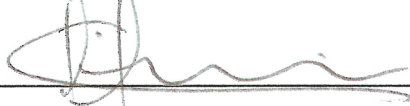
**A HUMANIZAÇÃO DE UNIDADES CLÍNICAS DE HOSPITAL-DIA:  
VIVÊNCIA E APROPRIAÇÃO PELOS USUÁRIOS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor em Ciências em Arquitetura.

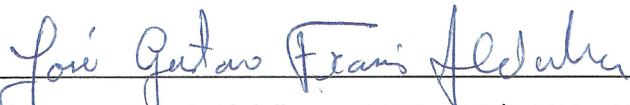
Aprovada por:



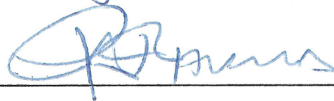
Prof. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, Dr., PROARQ / FAU - UFRJ (Orientadora)



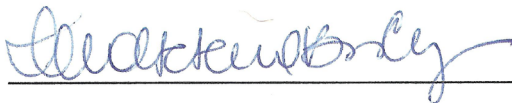
Prof. Fábio Oliveira Bitencourt Filho, Dr., Instituto Vital Brasil, ABDEH, UNESA



Prof. José Gustavo Francis Abdalla, Dr., DPTO. AUR/F. ENG. - UFJF



Prof. Paulo Afonso Rheingantz, Dr., PROARQ / FAU - UFRJ



Prof. Vera Helena Moro Bins Ely, Dr., PósARQ / FAU - UFSC

Rio de Janeiro

Março de 2011

Aos meus pais e ao meu namorado, com todo meu amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A todos os amigos, alguns dos quais mencionados abaixo, pelas experiências positivas, pela dedicação e pelo afeto compartilhado.

À minha orientadora, professora Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, pela competência e profissionalismo com que conduziu esse trabalho, e pela serenidade e apoio emocional que me proporcionou em todos os momentos que precisei.

Ao professor Vicente Del Rio, co-orientador desta pesquisa, por ter possibilitado a realização do estágio de doutorado no exterior, e por ter feito muito além de sua função, contribuindo em tudo que estava ao seu alcance para tornar positiva essa experiência acadêmica e pessoal.

Ao professor Daniel Levy, co-orientador desta pesquisa, pelos assessoramentos, apoio e atenção prestados, também durante o estágio de doutorado no exterior.

À professora Vera Helena Moro Bins Ely, pela significativa contribuição para minha formação profissional durante todos esses anos. Agradeço ainda pelos assessoramentos e orientações que foram de grande importância para este trabalho.

Ao professor Paulo Afonso Rheingantz pela disponibilidade, atenção e ajuda recebida no decorrer do doutorado.

Aos professores Fábio Oliveira Bitencourt Filho e José Gustavo Francis Abdalla pela disponibilidade em participar de minha banca de doutorado e pelas críticas construtivas que enriqueceram a pesquisa.

A toda a equipe do Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Regional de São José e da Unidade de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center, por terem acolhido de imediato e tão gentilmente a pesquisa, criando um ambiente favorável à realização dos estudos de caso.

Aos meus queridos Lynne Levine e Silvio Taveiros pela hospitalidade e carinho com que me receberam em suas casas durante este trabalho.

À coordenação e aos professores do PROARQ por oportunizarem a realização desta pesquisa, e por todas as contribuições feitas a ela, e aos secretários Maria da Guia Monteiro, Rita de Cássia da Silva Frazão e Dionísio Augusto do Nascimento por sua prestatividade e auxílio na resolução das questões administrativas.

Aos meus professores de graduação e de mestrado, e em especial a Carolina Palermo, Marta Dischinger, e ao casal Lúcia e Juan Mascaró, por suas relevantes participações em minha trajetória acadêmica.

Aos profissionais de saúde e aos arquitetos entrevistados - Ana Cláudia Meirelles Pena, Barbara Denton, Celso Giraffa, Cláudia Miguez, Elisabeth Hirth, Fábio Bittencourt, Flávio Kelner, John Ruffo, Luiz Carlos de Menezes Toledo, Mário Ferrer, Mauro César Oliveira dos Santos, Osvaldo



## AGRADECIMENTOS

Magalhães, Richard Weiss, Robert Gaderlunt e Steve Powell- por disponibilizarem seu tempo, em meio a rotinas atribuladas, para contribuir para este trabalho.

A toda a minha família por seu amor, apoio, e compreensão. Agradeço ainda aos meus pais e irmãos pelo exemplo que eles são para mim, e no qual procuro me espelhar.

Ao futuro Designer Gráfico Giovanni Piazza pela elaboração do projeto gráfico desta tese.

Ao CNPQ e à CAPES e pelas bolsas recebidas durante o doutorado, correspondentes respectivamente ao período de março de 2007 a março de 2009 e agosto de 2009 a fevereiro de 2010, e que favoreceram a criação de condições propícias à realização do trabalho.

**A HUMANIZAÇÃO DE UNIDADES CLÍNICAS DE HOSPITAL-DIA:  
VIVÊNCIA E APROPRIAÇÃO PELOS USUÁRIOS**

Patrícia Biasi Cavalcanti

Orientadora: Giselle Arteiro Nielsen Azevedo

Co-orientadores: Vicente Del Rio e Daniel Levy

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências em Arquitetura.

O presente trabalho discorre sobre o estudo do ambiente físico de Unidades clínicas de Hospital-Dia, as quais têm sido implantadas em número crescente no país. Embora esse setor contribua para a humanização da saúde por reduzir a necessidade de internação hospitalar, pouco se sabe sobre como deveria ser o seu projeto arquitetônico de forma a oportunizar atividades que pudessem constituir-se em distrações positivas para os pacientes. Têm-se, como hipótese de pesquisa, que, durante sua estadia nessas Unidades, os pacientes encontram-se conscientes, e acordados a maior parte do tempo, permanecem várias horas e repetidas vezes em tratamentos prolongados, que podem durar semanas, meses ou anos, razão pela qual o ambiente deveria ser polivalente, permitindo a ocorrência de modos diversos de uso além da terapêutica. Objetiva-se, através desta tese, o aprofundamento no estudo de Unidades clínicas de Hospital-Dia, focando-se em aspectos relacionados à sua apropriação e centrando-se no ponto de vista de pacientes, acompanhantes e funcionários. Pretende-se, como resultados do trabalho desta pesquisa, a definição dos atributos ambientais desejáveis para a Unidade como meio de favorecer sua vivência pelos usuários e o apontamento de recomendações projetuais que auxiliem na elaboração de propostas futuras. Para tanto, o trabalho fundamenta-se em análise crítica de literatura nas áreas de Arquitetura Hospitalar, Avaliação Pós-Ocupação e Percepção Ambiental, e no desenvolvimento de estudos de caso de duas Unidades, sendo uma direcionada ao atendimento de pacientes HIV positivo e outra de pacientes em quimioterapia. Os métodos adotados no trabalho incluem: revisão bibliográfica, visitas exploratórias a 31 Unidades de Hospital-Dia no Brasil e 18 Centros de Infusão nos Estados Unidos, análise *walkthrough*, mapeamento visual, poema dos desejos,





## RESUMO

observação direta e sistemática do comportamento, questionários e seleção visual. O estudo das necessidades, atividades e perfil de usuários de Hospitais-Dia clínicos confirmou que os pacientes costumam ficar ociosos nesses locais, limitando-se fundamentalmente à realização do tratamento médico, a despeito de seu prolongado tempo de permanência e de seu estado fisiológico. A humanização desses locais, no sentido de sua vivência, é uma possibilidade ainda a ser explorada no país, de modo a favorecer uma postura mais ativa dos pacientes, causar o menor impacto possível sobre suas rotinas, contribuir para a recuperação de sua saúde e para o seu bem-estar.

Palavras-chave: Arquitetura Hospitalar. Humanização. Hospital-Dia. Avaliação Pós-ocupação. Percepção Ambiental.

### THE HUMANIZATION OF CLINICAL DAY-HOSPITAL UNITS:

#### THE USERS LIVING AND APROPRIATION

Patrícia Biasi Cavalcanti

Advisor: Giselle Arteiro Nielsen Azevedo

Co-advisors: Vicente Del Rio e Daniel Levy

Abstract of the Doctoring Thesis submitted to the Architecture Post Graduation Program, School of Architecture and Urbanism, from the Federal University of Rio de Janeiro – UFRJ, as part of the necessary requests to the obtention of the title of Doctor in Architectural Sciences.

This work consists in the study of the physical environment of Day-Hospitals Clinic Units, which have been implemented in a growing number in the country. Although this sector contributes to the health humanization for reducing the need of hospital internalization, little information is known about how the architectonic project should be developed, in a way to provide opportunities that could constitute in positive distractions to the patients. The research hypothesis includes that during their staying in these units, the patients are conscious most of the time and remain in the units for many hours and repeated times in prolonged treatments that can last for weeks, months or years. For these reason, the environment should be polyvalent, allowing its use in different ways besides the therapeutic. The objective of this thesis is to further study the Day-Hospital Clinic Units focusing in aspects related to its appropriation and centralizing into the patients, companions and staff point of view. It is intended, as a result of this research, to reach the definition of the environmental attributes desirable for the Unit as a way to benefit the users experience of the place and the notation of project recommendations which can help in the elaboration of future proposals. To reach that, this work is based in literature critic analyses in the areas of Healthcare Architecture, Post-Occupancy Evaluation and Environmental Perception, and in the development of case studies in two Units, one directed to HIV positive patients and other to chemotherapy patients. The methods adopted in these study include: bibliography review, exploratory visits to 31 Day-Hospital Units in Brazil and 18 infusion centers in the United States, Walkthrough Analysis, Visual Mapping, Wish Poems, direct and systemic behavioral analyses, questionnaire and Visual Cues. The study of the needs, activities and



## ABSTRACT

profile of the Day-Hospital Clinic users confirmed that the patients tend to be idle in these places and basically limited to the medical treatment realization, despite their prolonged time of permanence and physiologic state. The humanization of these places is a possibility still to be explored in the country, in a way to benefit a patients' more active behavior, to cause the minor impact possible over their routine, and to contribute to patient's health recovery and well being.

Key-words: Hospital Architecture. Humanization. Day-Hospital. Post-Occupancy Evaluation. Environmental Perception.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Vista aérea do Royal Naval Hospital .....	34
<b>Figura 2</b> – Planta esquemática de implantação do Hospital Lariboisiere .....	35
<b>Figura 3</b> – Planta de uma enfermaria seguindo os preceitos de Florence Nightingale .....	37
<b>Figura 4</b> – Projeto de um hospital pavilhonar inglês de 1864 .....	37
<b>Figura 5</b> – Projeto pavilhonar da Enfermaria Real de Bradford de 1911 .....	37
<b>Figura 6</b> – Planta de enfermaria circular adotada em hospital inglês do final do século XIX .....	38
<b>Figura 7</b> – Hospital Metodista de Nebraska, com plateau horizontal e torre de internação .....	39
<b>Figura 8</b> – Planta-baixa de Unidade de Internação com corredor duplamente carregado – quartos dos dois lados da circulação .....	40
<b>Figura 9</b> – Planta-baixa de Unidade de Internação com <i>racetrack plan</i> – duas circulações delimitando uma área central de ambientes de apoio .....	40
<b>Figura 10</b> – Planta-baixa de Unidade de internação do Hospital Point Pleasant de 1964 .....	41
<b>Figura 11</b> – Planta-baixa de Unidade de internação organizada como um cluster, do Hospital Somerville....	41
<b>Figura 12</b> – Foto da maquete realizada para o projeto do Hospital de Veneza, de Le Corbusier .....	58
<b>Figura 13</b> – Corte e planta esquemática do Hospital de Veneza, de Le Corbusier .....	58
<b>Figura 14</b> – Vista externa, sala de espera, biblioteca e quarto encontrados em hospitais com ambientação residencial.....	63
<b>Figura 15</b> – Vista externa, átrio, recepção e quarto de hospitais exemplificando a ambientação hoteleira .....	64
<b>Figura 16</b> – Quarto de internação de um Hospital-Dia cirúrgico .....	108
<b>Figura 17</b> – Quarto de internação de um Hospital-Dia cirúrgico.....	108
<b>Figura 18</b> – Quartos de internação de uma Unidade de Hospital-Dia cirúrgica .....	108
<b>Figura 19</b> – Sala cirúrgica de uma Unidade de Hospital-Dia.....	108
<b>Figura 20</b> – Unidade de Hospital-Dia Pediátrica mobiliada apenas com leitos .....	109
<b>Figura 21</b> – Unidade de Hospital-Dia Pediátrica mobiliada apenas com leitos .....	109
<b>Figura 22</b> – Planta-baixa esquemática de Unidade de Hospital-Dia de Infectologia visitada .....	110
<b>Figura 23</b> – Foto de uma das salas de medicação da Unidade de Hospital-Dia de Infectologia .....	110
<b>Figura 24</b> – Planta-baixa esquemática de Unidade de Hospital-Dia de Quimioterapia visitada .....	110
<b>Figura 25</b> – Foto da sala de Unidade de Hospital-Dia de Quimioterapia visitada .....	111
<b>Figura 26</b> – Foto de Unidade de Quimioterapia Ambulatorial que dispõe de leitos e poltronas em um mesmo ambiente.....	111
<b>Figura 27</b> – Foto de Unidade de Quimioterapia Ambulatorial que dispõe de leitos e poltronas em um mesmo ambiente.....	111
<b>Figura 28</b> – Planta-baixa esquemática de Unidade de Hospital-Dia de Infectologia visitada .....	112
<b>Figura 29</b> – Foto de uma das salas de medicação desta Unidade, com poltronas e leitos.....	112
<b>Figura 30</b> – Foto da outra sala de medicação desta Unidade, apenas com leitos .....	112

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 31</b> – Unidade de Quimioterapia Ambulatorial organizada em quartos com boxes individuais para três leitos .....	113
<b>Figura 32</b> – Unidade de Quimioterapia Ambulatorial organizada em quartos com boxes individuais para três leitos .....	113
<b>Figura 33</b> – Unidade de Hospital-Dia de Infectologia com boxes privativos executados com divisórias de Eucatex .....	113
<b>Figura 34</b> – Planta-baixa esquemática de uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial Pediátrica.....	116
<b>Figura 35</b> – Foto das poltronas de infusão e de acompanhantes da sala de medicação desta Unidade .....	117
<b>Figura 36</b> – Foto da Brinquedoteca, situada no andar abaixo da sala de medicação.....	117
<b>Figura 37</b> – Jardim interno do Contra Costa Regional Medical Center .....	119
<b>Figura 38</b> – Box de quimioterapia do Contra Costa Regional Medical Center .....	119
<b>Figura 39</b> – Planta-baixa esquemática de Unidade de Infusão visitada .....	125
<b>Figura 40</b> – Foto da sala de infusão com acesso aos variados boxes de tratamento.....	126
<b>Figura 41</b> – Foto de um box de tratamento.....	126
<b>Figura 42</b> – Planta-baixa esquemática de Unidade de Infusão visitada .....	126
<b>Figura 43</b> – Foto de um quarto privativo de infusão desta Unidade.....	126
<b>Figura 44</b> – Foto do mesmo quarto privativo de infusão desta Unidade .....	126
<b>Figura 45</b> – Planta-baixa esquemática de Unidade de Infusão visitada .....	127
<b>Figura 46</b> – Foto do leito de infusão desta Unidade .....	127
<b>Figura 47</b> – Foto do quarto de isolamento desta Unidade .....	127
<b>Figura 48</b> – Suítes de infusão de Quimioterapia do Memorial Breast Cancer Center .....	129
<b>Figura 49</b> – Suítes de infusão de Quimioterapia do Memorial Breast Cancer Center .....	129
<b>Figura 50</b> – Foto do salão de medicação, olhando para o posto de enfermagem.....	157
<b>Figura 51</b> – Foto do salão de medicação.....	157
<b>Figura 52</b> – Planta-baixa da Unidade .....	158
<b>Figura 53</b> – Foto do banheiro de funcionários .....	159
<b>Figura 54</b> – Foto da copa .....	159
<b>Figura 55</b> – Foto de um dos consultórios .....	160
<b>Figura 56</b> – Foto do outro consultório.....	160
<b>Figura 57</b> – Foto da sala de recepção e espera compartilhada com a Unidade de Endoscopia.....	160
<b>Figura 58</b> – Foto da sala de espera e recuperação compartilhada com a Unidade de Endoscopia .....	160
<b>Figura 59</b> – Foto aérea de localização do Hospital em relação à BR 101 .....	163
<b>Figura 60</b> – Foto aérea de localização do Hospital Regional de São José em relação às principais ruas do entorno .....	163
<b>Figura 61</b> – Foto do corredor de acesso à sala de espera exclusiva do Hospital-Dia .....	164

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 62</b> – Foto da porta de acesso à sala de espera exclusiva do Hospital-Dia .....	164
<b>Figura 63</b> – Foto da fachada externa do Hospital Regional de São José .....	165
<b>Figura 64</b> – Exemplo de registro gráfico realizado durante a observação direta e sistemática do comportamento .....	171
<b>Figura 65</b> – Exemplo de formulário preenchido de Mapeamento Visual .....	178
<b>Figura 66</b> – Exemplo de formulário preenchido de Mapeamento Visual .....	178
<b>Figura 67</b> – Exemplo de formulário preenchido de Poema dos Desejos.....	187
<b>Figura 68</b> – Exemplo de formulário preenchido de Poema dos Desejos .....	187
<b>Figura 69</b> – Alternativa B para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, com poltronas separadas em boxes privativos.....	199
<b>Figura 70</b> – Alternativa D para o Hospital-Dia – quartos privativos de tratamento com posto de enfermagem em ambiente separado e centralizado .....	200
<b>Figura 71</b> – Alternativa A para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central .....	200
<b>Figura 72</b> – Alternativa C para o Hospital-Dia – salas de medicação com até seis poltronas cada e com posto de enfermagem em ambiente separado, porém integrado visualmente por meio de panos de vidro.....	201
<b>Figura 73</b> – Foto aérea de localização do Long Beach Memorial Medical Center em relação à linha de trem .....	207
<b>Figura 74</b> – Foto aérea de localização do Long Beach Memorial Medical Center e do edifício médico que abriga o Centro de Infusão .....	207
<b>Figura 75</b> – Foto do Long Beach Memorial Medical Center, à esquerda, e do edifício onde se encontra o Centro de Infusão, à direita, a partir da Avenida Atlântic.....	208
<b>Figura 76</b> – Foto da fachada posterior do edifício, junto a qual se encontra o estacionamento e o acesso principal .....	211
<b>Figura 77</b> – Foto do acesso principal do edifício, na fachada posterior .....	211
<b>Figura 78</b> – Foto do corredor do prédio que dá acesso à Unidade.....	211
<b>Figura 79</b> – Foto da porta principal de acesso à Unidade .....	211
<b>Figura 80</b> – Foto da sala de espera e recepção, olhando na direção da porta de acesso à Unidade .....	212
<b>Figura 81</b> – Foto da sala de espera e recepção, olhando na direção do guichê de recepção e da porta para o corredor interno da Unidade.....	212
<b>Figura 82</b> – Planta-baixa da unidade .....	212
<b>Figura 83</b> – Foto da área da recepção, com o guichê voltado para a sala de espera .....	213
<b>Figura 84</b> – Foto da bancada, balança e máquina copadora situadas no corredor interno da Unidade.....	213
<b>Figura 85</b> – Foto de uma sala de infusão .....	214
<b>Figura 86</b> – Foto de uma sala de infusão .....	214
<b>Figura 87</b> – Foto da sala de infusão .....	214
<b>Figura 88</b> – Foto da sala de infusão.....	214
<b>Figura 89</b> – Foto do banheiro situado dentro de uma das salas de infusão .....	214

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 90</b> – Foto do banheiro situado no corredor .....	214
<b>Figura 91</b> – Foto do quarto de isolamento, com equipamentos estocados nele .....	215
<b>Figura 92</b> – Foto do laboratório, local de coleta de sangue e aplicação de injeções .....	215
<b>Figura 93</b> – Foto da copa dos funcionários .....	216
<b>Figura 94</b> – Foto do DML .....	216
<b>Figura 95</b> – Foto da sala de utilidades .....	216
<b>Figura 96</b> – Foto da sala de estoque limpo .....	217
<b>Figura 97</b> – Foto do depósito de DVD .....	217
<b>Figura 98</b> – Foto da rouparia .....	217
<b>Figura 99</b> – Foto da fachada lateral e posterior do edifício onde se encontra a Unidade de Infusão .....	221
<b>Figura 100</b> – Foto de uma das gravuras que decora a Unidade de Infusão .....	222
<b>Figura 101</b> – Foto do bebedouro situado no corredor interno da Unidade .....	222
<b>Figura 102</b> – Foto da poltrona do paciente com posicionamento frontal da banqueta usada pelas enfermeiras durante o atendimento .....	223
<b>Figura 103</b> – Foto da escrivaninha utilizada pelas enfermeiras para observação dos pacientes durante o tratamento .....	224
<b>Figura 104</b> – Foto da bancada de serviço com pia, disponível em todas as salas de infusão .....	224
<b>Figura 105</b> – Revisteiro da sala de espera .....	227
<b>Figura 106</b> – Revisteiro das salas de infusão .....	227
<b>Figura 107</b> – Imagem da parte gráfica do formulário de observação direta e sistemática preenchido, com legenda corrigida à mão livre .....	229
<b>Figura 108</b> – Imagem de formulário de Mapeamento Visual preenchido com auxílio da pesquisadora .....	236
<b>Figura 109</b> – Imagem de formulário de Poema dos Desejos preenchido .....	246
<b>Figura 110</b> – Alternativa A para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central .....	258
<b>Figura 111</b> – Alternativa B para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, com poltronas separadas em boxes privativos.....	259
<b>Figura 112</b> – Alternativa C para o Hospital-Dia – salas de medicação com até 6 poltronas cada e com posto de enfermagem em ambiente separado, porém integrado visualmente por meio de panos de vidro.....	259
<b>Figura 113</b> – Alternativa D para o Hospital-Dia – quartos privativos de tratamento com posto de enfermagem em ambiente separado e centralizado .....	260
<b>Figura 114</b> – Balcão de recepção compartimentado para proporcionar privacidade .....	270
<b>Figura 115</b> – Balcão de recepção compartimentado para proporcionar privacidade.....	270
<b>Figura 116</b> – Sala de espera integrada a um pátio interno .....	271
<b>Figura 117</b> – Sala de espera com televisão, quadros, relógio, plantas e visual para exterior.....	271
<b>Figura 118</b> – Lobby de um hospital com bancos, zenital e plantas.....	271

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 119</b> – Banheiro adaptado para pessoas com necessidades especiais, em Unidade de Infusão .....	272
<b>Figura 120</b> – Banheiro adaptado para pessoas com necessidades especiais, em clínica particular de Quimioterapia.....	272
<b>Figura 121</b> – Salão coletivo de infusão compartimentado em boxes privativos com divisórias fixas e móveis	274
<b>Figura 122</b> – Salão coletivo de infusão compartimentado em boxes com cortinas hospitalares.....	274
<b>Figura 123</b> – Boxe de infusão com cortinas divisórias, cadeira para acompanhante e criado-mudo .....	275
<b>Figura 124</b> – Boxe de infusão com divisória fixa, e móvel com televisão e aparelho de DVD individual .....	275
<b>Figura 125</b> – Boxe de infusão com leito .....	275
<b>Figura 126</b> – Boxe de infusão com poltrona .....	275
<b>Figura 127</b> – Posto de enfermagem centralizado em relação aos boxes de infusão .....	276
<b>Figura 128</b> – Posto de enfermagem orientado para boxes de infusão, posicionados linearmente .....	276
<b>Figura 129</b> – Poltronas de infusão orientadas para o exterior, de costas para posto de enfermagem .....	277
<b>Figura 130</b> – Um dos jardins internos de um hospital norte-americano visitado .....	279
<b>Figura 131</b> – Jardim interno integrado a uma Unidade de Infusão de Quimioterapia.....	279
<b>Figura 132</b> – Posto de enfermagem de Unidade de Infusão.....	280
<b>Figura 133</b> – Posto de enfermagem de uma Unidade de internação .....	280
<b>Figura 134</b> – Foto de consultório médico.....	281
<b>Figura 135</b> – Foto de consultório médico de Hospital-Dia.....	281
<b>Figura 136</b> – Quarto de isolamento de Unidade de Infusão pediátrica .....	282
<b>Figura 137</b> – Quarto de isolamento de Unidade de Infusão pediátrica.....	282
<b>Figura 138</b> – Quarto de isolamento de Unidade de Infusão .....	282
<b>Figura 139</b> – Sala de medição dos sinais vitais.....	282
<b>Figura 140</b> – Sala de medição dos sinais vitais.....	282
<b>Figura 141</b> – Sala administrativa de uma Unidade de Infusão.....	283
<b>Figura 142</b> – Sala de reuniões e cursos proposta especificamente para Unidades de Quimioterapia.....	283
<b>Figura 143</b> – Sala de conforto e estudos de uma Unidade de Infusão.....	284
<b>Figura 144</b> – Sala de conforto médico proposta para Unidade de Quimioterapia .....	284
<b>Figura 145</b> – Copa dos funcionários de uma Unidade de Infusão .....	285
<b>Figura 146</b> – Copa dos funcionários de uma clínica privada de Quimioterapia .....	285
<b>Figura 147</b> – Copa para uso dos pacientes, junto à circulação da Unidade de Infusão.....	285
<b>Figura 148</b> – Carrinho de comida junto aos boxes de tratamento.....	285
<b>Figura 149</b> – Depósito geral de uma Unidade de Infusão .....	286
<b>Figura 150</b> – Depósito de material de limpeza com torneiras adaptadas para os produtos de limpeza utilizados .....	287
<b>Figura 151</b> – Sala de utilidades com tanque de despejo (vaso) e tanque normal.....	287





## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 152</b> – Sala de utilidades com tanque e recipientes de lixo.....	<b>287</b>
<b>Figura 153</b> – Café e restaurante para funcionários e público de um pequeno hospital.....	<b>288</b>
<b>Figura 154</b> – Sala de atividades educativas para pacientes e acompanhantes de uma Unidade de Infusão.....	<b>288</b>
<b>Figura 155</b> – Capela de um hospital.....	<b>288</b>



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Categorização dos fatores determinantes da qualidade ambiental que podem contribuir para a apropriação dos Hospitais-Dia .....	<b>87</b>
<b>Tabela 2</b> - Síntese da modalidade de atendimento Hospital-Dia a partir dos dados coletados nas visitas exploratórias .....	<b>99</b>
<b>Tabela 3</b> - Síntese do perfil de pacientes de Hospital-Dia a partir dos dados coletados nas visitas exploratórias .....	<b>105</b>
<b>Tabela 4</b> - Síntese dos principais resultados do estudo de caso da Unidade de Hospital-Dia de Infectologia .....	<b>203</b>
<b>Tabela 5</b> - Síntese dos principais resultados do estudo de caso da Unidade de Infusão .....	<b>261</b>
<b>Tabela 6</b> - Unidades de Hospital-Dia e Unidades de Quimioterapia visitadas no Brasil.....	<b>333</b>
<b>Tabela 7</b> - Unidades de Infusão visitadas nos Estados Unidos .....	<b>355</b>



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Componentes do processo de apropriação: ação e identificação .....	<b>73</b>
<b>Gráfico 2</b> - Apropriação como um processo cíclico e contínuo de vivência e identificação com o ambiente.....	<b>73</b>
<b>Gráfico 3</b> - Ambientes dentro da Unidade que são mais utilizados pelos respondentes .....	<b>179</b>
<b>Gráfico 4</b> - Aspectos negativos apontados em relação à Sala de Espera .....	<b>180</b>
<b>Gráfico 5</b> - Aspectos negativos apontados em relação ao Salão de Medicação .....	<b>181</b>
<b>Gráfico 6</b> - Aspectos negativos apontados em relação aos Consultórios .....	<b>182</b>
<b>Gráfico 7</b> - Aspectos negativos apontados em relação ao Salão de Medicação .....	<b>184</b>
<b>Gráfico 8</b> - Aspectos negativos apontados em relação à Sala de Espera do Hospital-Dia.....	<b>184</b>
<b>Gráfico 9</b> - Avaliação geral do salão de medicação .....	<b>192</b>
<b>Gráfico 10</b> - Adequação do salão de medicação às atividades desempenhadas .....	<b>194</b>
<b>Gráfico 11</b> - Aspectos negativos apontados em relação às Salas de Infusão .....	<b>238</b>
<b>Gráfico 12</b> - Aspectos positivos apontados em relação às Salas de Infusão .....	<b>239</b>
<b>Gráfico 13</b> - Aspectos positivos apontados em relação à Organização geral da Unidade.....	<b>240</b>
<b>Gráfico 14</b> - Aspectos positivos apontados em relação aos Sanitários.....	<b>241</b>
<b>Gráfico 15</b> - Aspectos negativos apontados em relação às Salas de Espera .....	<b>242</b>
<b>Gráfico 16</b> - Aspectos negativos apontados em relação à Organização geral da Unidade .....	<b>244</b>
<b>Gráfico 17</b> - Aspectos negativos apontados em relação às Salas de Infusão .....	<b>244</b>
<b>Gráfico 18</b> - Avaliação geral das salas de infusão da Unidade.....	<b>251</b>
<b>Gráfico 19</b> - Avaliação das salas de infusão em relação as atividades desempenhadas .....	<b>253</b>
<b>Gráfico 20</b> - Avaliação geral das salas de infusão da Unidade.....	<b>256</b>
<b>Gráfico 21</b> - Ano de início de atendimento dos Hospitais-Dia visitados .....	<b>340</b>
<b>Gráfico 22</b> - Tempo de permanência do paciente nas Unidades de Hospital-Dia visitadas .....	<b>343</b>
<b>Gráfico 23</b> - Aspectos positivos da configuração ambiental das Unidades de Hospital-Dia visitadas .....	<b>347</b>
<b>Gráfico 24</b> - Aspectos a serem considerados no projeto de futuras Unidades de Hospital-Dia .....	<b>349</b>



## LISTA DE ABREVIATURAS

AADAIH .....	Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria
ABDEH .....	Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar
AIDS .....	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANVISA .....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APO .....	Avaliação Pós-Ocupação
CAPS .....	Centro de Apoio Psicossocial
CEPON .....	Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas
DHS.....	Department of Human Services
DML.....	Depósito de Material de Limpeza
DVA.....	Department of Veterans Affairs
HD.....	Hospital-Dia
HDWA .....	Health Department of Western Australia
HIV .....	Human Immunodeficiency Virus
MS .....	Ministério da Saúde
NHS .....	National Health System
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
SUAIH .....	Sociedad Uruguaya de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria
SUS .....	Sistema Único de Saúde
UTI .....	Unidade de Tratamento Intensivo
VIH.....	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO .....	World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO I –ARQUITETURA HOSPITALAR E SAÚDE EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA: CONTEXTUALIZANDO O HOSPITAL-DIA .....</b>	<b>31</b>
1.1 História recente dos ambientes de saúde: da casa para o hospital e do hospital para a casa.....	32
1.2 O conceito atual de saúde: a integralidade do indivíduo e a relevância do ambiente .....	44
1.3 Cenários prospectivos para a saúde .....	49
<b>CAPÍTULO II – A HUMANIZAÇÃO DOS AMBIENTES DE SAÚDE E SUA APROPRIAÇÃO PELO PACIENTE-DIA .....</b>	<b>55</b>
2.1 A concepção hospitalar atual e a idéia de humanização .....	56
2.2 O sentido de humanização como imagem.....	61
2.3 O sentido de humanização como vivência e apropriação.....	67
2.4 O conceito de apropriação.....	72
2.5 Fatores determinantes da qualidade ambiental e da apropriação em Hospitais-Dia .....	76
2.5.1 Privacidade .....	77
2.5.2 Controle das condições ambientais.....	80
2.5.3 Polivalência .....	83
<b>CAPÍTULO III – UM MODELO EMERGENTE DE ATENDIMENTO A SAÚDE: O HOSPITAL-DIA .....</b>	<b>89</b>
3.1 O conceito de Hospital-Dia.....	90
3.2 As atividades: a operacionalidade do Hospital-Dia .....	96
3.3 O indivíduo: o paciente do Hospital-Dia .....	100
3.4 O ambiente: a configuração das Unidades de Hospital-Dia .....	105
3.5 Vivência do Hospital-Dia brasileiro: uso e apropriação do ambiente pelos pacientes.....	115
3.6 O modelo norte-americano de Centros de Infusão.....	121
<b>CAPÍTULO IV – MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>131</b>
4.1 Etapas .....	133
4.2 Revisão bibliográfica .....	134
4.3 Trabalho de campo .....	136
4.3.1 Seleção dos estudos de caso .....	139
4.3.2 População e amostra .....	142
4.3.3 Descrição dos métodos .....	143
4.3.3.1 Visitas exploratórias .....	143



## SUMÁRIO

4.3.3.2 Análise <i>Walkthrough</i> .....	145
4.3.3.3 Observação direta e sistemática do comportamento .....	147
4.3.3.4 Poema dos desejos .....	149
4.3.3.5 Mapeamento visual.....	150
4.3.3.6 Questionários .....	151
4.3.3.7 Seleção visual.....	152
<b>CAPÍTULO V - ESTUDO DE CASO: HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ - DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES (SÃO JOSÉ - SC) .....</b>	<b>153</b>
5.1 Breve contextualização do Hospital-Dia do Hospital Regional de São José.....	154
5.2 Descrição do espaço físico do Hospital-Dia do Hospital Regional de São José.....	156
5.3 Resultados .....	161
5.3.1 Análise <i>Walkthrough</i> .....	161
5.3.1.1 Sobre a aplicação do método.....	161
5.3.1.2 Resultados da Análise <i>Walkthrough</i> .....	162
5.3.2 Observação direta e sistemática do comportamento – Mapeamento comportamental .....	169
5.3.2.1 Sobre a aplicação do método.....	169
5.3.2.2 Resultados da Observação direta e sistemática do comportamento – Perfil dos usuários .....	171
5.3.2.3 Resultados da Observação direta e sistemática do comportamento –Atividades .....	171
5.3.3 Mapeamento visual .....	177
5.3.3.1 Sobre a aplicação do método.....	177
5.3.3.2 Resultados do Mapeamento Visual – Pacientes e acompanhantes .....	179
5.3.3.3 Resultados do Mapeamento Visual – Funcionários .....	183
5.3.4 Poema dos Desejos .....	186
5.3.4.1 Sobre a aplicação do método.....	186
5.3.4.2 Resultados do Poema dos Desejos – Pacientes e acompanhantes .....	187
5.3.4.3 Resultados do Poema dos Desejos – Funcionários .....	189
5.3.5 Questionários e Seleção Visual .....	191
5.3.5.1 Sobre a aplicação dos métodos .....	191
5.3.5.2 Resultados dos Questionários – Pacientes e acompanhantes .....	192
5.3.5.3 Resultados dos Questionários – Funcionários.....	196
5.3.5.4 Resultados da Seleção Visual – Pacientes e acompanhantes.....	198
5.3.5.5 Resultados da Seleção Visual – Funcionários .....	201

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO VI - ESTUDO DE CASO: LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER (LONG BEACH – CA/EUA) .....</b>	<b>205</b>
6.1 Breve contextualização do Centro de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center .....	206
6.2 Descrição do espaço físico do Centro de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center .....	211
6.3 Resultados .....	217
6.3.1 Análise <i>Walkthrough</i> .....	217
6.3.1.1 Sobre a aplicação do método.....	217
6.3.1.2 Resultados da Análise <i>Walkthrough</i> .....	219
6.3.2 Observação direta e sistemática do comportamento – Mapeamento comportamental .....	227
6.3.2.1 Sobre a aplicação do método.....	227
6.3.2.2 Resultados da Observação direta e sistemática do comportamento – Perfil dos usuários... ..	230
6.3.2.3 Resultados da Observação direta e sistemática do comportamento –Atividades .....	230
6.3.3 Mapeamento visual .....	235
6.3.3.1 Sobre a aplicação do método.....	235
6.3.3.2 Resultados do Mapeamento Visual – Pacientes e acompanhantes.....	237
6.3.3.3 Resultados do Mapeamento Visual – Funcionários .....	243
6.3.4 Poema dos Desejos .....	245
6.3.4.1 Sobre a aplicação do método.....	245
6.3.4.2 Resultados do Poema dos Desejos – Pacientes e acompanhantes.....	247
6.3.4.3 Resultados do Poema dos Desejos – Funcionários.....	249
6.3.5 Questionários e Seleção Visual .....	250
6.3.5.1 Sobre a aplicação dos métodos .....	250
6.3.5.2 Resultados dos Questionários – Pacientes e acompanhantes .....	251
6.3.5.3 Resultados dos Questionários – Funcionários.....	255
6.3.5.4 Resultados da Seleção Visual – Pacientes e acompanhantes.....	257
6.3.5.5 Resultados da Seleção Visual – Funcionários.....	260
<b>CAPÍTULO VII – RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS.....</b>	<b>264</b>
7.1 Recomendações projetuais para futuras Unidades clínicas de Hospital-Dia .....	266
7.2 Recomendações específicas para os estudos de caso .....	288
7.2.1 Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Regional de São José .....	288
7.2.2 Centro de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center.....	293
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>298</b>
Sobre os resultados obtidos .....	299



## SUMÁRIO

Sobre a aplicação dos métodos .....	304
Sugestões para a continuidade do trabalho .....	307
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>311</b>
<b>ANEHO 1 – FORMULÁRIOS UTILIZADOS NAS VISITAS EXPLORATÓRIAS FEITAS A UNIDADES DE HOSPITAL-DIA E QUIMIOTERAPIA NO BRASIL E A CENTROS DE INFUSÃO NOS ESTADOS UNIDOS.....</b>	<b>325</b>
<b>ANEHO 2 – RESULTADOS DAS VISITAS EXPLORATÓRIAS FEITAS A 31 UNIDADES DE HOSPITAL-DIA E QUIMIOTERAPIA NO BRASIL.....</b>	<b>330</b>
<b>ANEHO 3 – RESULTADOS DAS VISITAS EXPLORATÓRIAS FEITAS A 18 CENTROS DE INFUSÃO NOS ESTADOS UNIDOS .....</b>	<b>354</b>
<b>ANEHO 4 – FORMULÁRIOS UTILIZADOS NO ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL-DIA DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ .....</b>	<b>370</b>
<b>ANEHO 5 – FORMULÁRIOS UTILIZADOS NO ESTUDO DE CASO DO CENTRO DE INFUSÃO DO LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER .....</b>	<b>386</b>
<b>ANEHO 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EM PORTUGUÊS E EM INGLÊS.....</b>	<b>403</b>
<b>ANEHO 7 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ E DA DIREÇÃO DO LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER.....</b>	<b>406</b>
<b>ANEHO 8 – ENTREVISTAS FEITAS COM PROFISSIONAIS RELACIONADOS A ÁREA DA SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS .....</b>	<b>412</b>
<b>ANEHO 9 – FORMULÁRIO UTILIZADO EM ENTREVISTAS COM ARQUITETOS HOSPITALARES NO BRASIL E NO EXTERIOR .....</b>	<b>418</b>





# Introdução



Dos anos 90 para cá, verifica-se, no Brasil, o aparecimento e a expansão da modalidade de atendimento à saúde conhecida como Hospital-Dia. Essas Unidades direcionam-se à realização de procedimentos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos variados, que podem estender-se por horas, porém não demandam internação ou pernoite do paciente no edifício hospitalar. Com o Hospital-Dia busca-se limitar a permanência do indivíduo no ambiente de saúde ao tempo mínimo necessário ao seu atendimento.

Como os procedimentos são, em sua maioria, pré-agendados e ocorrem no horário comercial, pacientes de várias especialidades médicas vão para o setor apenas durante o dia, retornando para suas casas após algumas horas. Dessa maneira, há otimização da infraestrutura hospitalar e de seu corpo de funcionários, aumento na rotatividade de pacientes e na capacidade de atendimento e, conseqüentemente, favorecimento da redução de custos dos serviços prestados. Estas são algumas das razões que justificam o crescimento expressivo desse setor e o colocam como uma tendência para a prestação de serviços na área. Além dos benefícios econômicos, verificam-se vantagens adicionais para o paciente, como a maior permanência no lar para tratamentos que, até poucos anos atrás, demandariam a internação. Assim, preservam-se as relações pessoais do paciente com amigos e familiares, minimiza-se o risco de contaminação hospitalar e reduz-se o impacto negativo da hospitalização sobre sua rotina e bem-estar.

Os Hospitais-Dia clínicos também apresentam outras particularidades, diferenciando-se, portanto, das características das demais unidades hospitalares de pacientes internos ou externos. Por exemplo, o paciente-dia caracteriza-se por ser deambulante e encontrar-se consciente e desperto. Ademais, a permanência total dos pacientes nessas Unidades é prolongada, sendo que cada sessão pode estender-se por horas e repetir-se durante semanas, meses ou anos. Considerando esses pressupostos, bem como o fato de que o paciente retorna para o lar à noite para repousar, a hipótese de pesquisa é de que ele poderia ser estimulado a permanecer acordado e ativo durante o período diurno, de forma a favorecer a vivência e a apropriação do local. O ambiente hospitalar deveria dar suporte a uma postura mais ativa dos pacientes e estar adequado à realização de atividades diversas que sejam de seu interesse e que possam ser desenvolvidas paralelamente à terapêutica.

Essa hipótese fundamenta-se no conceito de Ulrich (1984; 1995; 2009) sobre a importância de distrações positivas que correspondem a atributos do ambiente que são estimulantes para o doente, de forma a possibilitar que o mesmo não foque tanto em sua dor e em

pensamentos negativos. Estudos deste pesquisador comprovam que quando o ambiente provê uma estimulação sensorial moderada alivia-se o estresse do paciente, promovendo benefícios psicológicos e respostas significativas nos sistemas fisiológicos, contribuindo, e até mesmo acelerando, o processo de recuperação da saúde e a alta hospitalar. Nossa interpretação desse conceito inclui a perspectiva de que os pacientes possam desenvolver atividades diversas paralelamente ao tratamento, o que também, imagina-se, permitiriam aos pacientes distraírem-se e usufruírem dos benefícios supracitados. Isto é, discute-se a possibilidade de que o ambiente hospitalar possibilite uma postura mais ativa aos pacientes de Unidades clínicas de Hospital-Dia, por meio de atividades relacionadas a entretenimento, trabalho, educação ou psicoterapia que os mesmos desejem desenvolver durante o tratamento. Embora a hipótese de pesquisa enfatize as necessidades dos pacientes, são discutidas ainda nesta tese as questões relativas à humanização do ambiente visando ao bem-estar também dos demais usuários. Sabe-se que a adequação do ambiente às necessidades de funcionários e acompanhantes é de fundamental importância, com reflexos importantes, inclusive sobre o atendimento prestado ao paciente e sobre sua satisfação.

Ainda que a humanização dos ambientes de saúde seja uma preocupação cada vez mais presente na Arquitetura hospitalar, entende-se que muitos ambientes hospitalares não oportunizam a realização de atividades outras, além do atendimento médico e de enfermagem propriamente dito. Esses locais, em geral, não são planejados para dar suporte a uma postura ativa por parte dos pacientes, sendo que estes, muitas vezes, são induzidos à ociosidade ou ao repouso. Em boa parte dos estabelecimentos de saúde do país, especialmente nos públicos, as restrições de natureza financeira limitam a concretização de estratégias de humanização dos ambientes e, raramente, esta diversidade de usos e distrações positivas é prevista na configuração ambiental.

Além disso, tendo em vista que essa modalidade de atendimento à saúde é recente, constata-se escassez de informações disponíveis para orientar o desenvolvimento de projetos arquitetônicos dessas Unidades. Raras são as publicações referentes à configuração ambiental e verifica-se ainda uma carência de avaliações sistemáticas das Unidades existentes, havendo uma maior disponibilidade de literatura sobre os Hospitais-Dia com enfoque na área Médica, em Psicologia, em Enfermagem e em Administração Hospitalar. Do material bibliográfico disponível em Arquitetura, a maior parte refere-se às normativas nacionais e internacionais e a artigos de revistas apresentando projetos e obras específicas. O Brasil dispõe de uma normativa muito completa – a RDC 50 – que regulamenta o projeto

arquitetônico de estabelecimentos assistenciais de saúde, elaborada com a participação de profissionais atuantes na área. Apesar dos inúmeros méritos dessa normativa, o projeto de Unidades de Hospital-Dia pressupõe do profissional responsável um conhecimento que vai além das exigências da legislação e ainda pouco se sabe sobre os atributos ambientais desejáveis para sua qualificação.

Grande ênfase tem sido dada recentemente à humanização dos estabelecimentos de saúde, porém parte desses estudos focaliza-se em aspectos de sua imagem, como cores, acabamentos e aparência do mobiliário. Embora a imagem do ambiente certamente constitua um estímulo importante para sua utilização, entende-se que o destaque também deve ser dado à sua vivência como um todo. Cabe ainda realçar que a maior parte dos estudos de humanização direciona-se ao paciente interno, isto é, hospitalizado, como o de Unidades de Internação, UTI e Centro Cirúrgico. Neste trabalho, volta-se o olhar para o paciente externo, especificamente o paciente de Unidades clínicas de Hospital-Dia, por serem locais que, apesar de não demandarem a internação, há uma permanência prolongada, e, portanto, existe um potencial para que se criem vínculos consistentes entre o indivíduo e o ambiente.

A complexidade que caracteriza o projeto arquitetônico de estabelecimentos de saúde, a necessidade de refletir sobre sua humanização de modo a efetivamente planejarem-se ambientes de suporte aos usuários e a escassez de informações sobre o projeto de Unidades de Hospital-Dia são alguns dos aspectos que apontam para a relevância e o caráter inovador deste estudo.

Com o presente trabalho pretende-se refletir sobre a configuração ambiental e a humanização de Unidades clínicas de Hospital-Dia, com o intuito de obter informações que auxiliem no desenvolvimento de projetos com maior responsividade, isto é, mais ajustados às expectativas e aos anseios dos usuários. Além de discutir a humanização no sentido da imagem dos ambientes de saúde, busca-se aqui discuti-la abordando aspectos relacionados à sua apropriação, dando suporte a modos diversos de uso.

O objetivo principal da pesquisa consiste em investigar quais são os atributos ambientais desejáveis a Unidades clínicas de Hospital-Dia, intencionando a realização de atividades de distração positiva que sejam do interesse dos pacientes e favoreçam a vivência e a apropriação dos ambientes. A análise centra-se no ponto de vista dos usuários – pacientes, acompanhantes, médicos, enfermeiros e funcionários em geral – utilizando-se de métodos das linhas de Avaliação Pós-Ocupação e de Percepção Ambiental.

No capítulo 1 desta tese, denominado *Arquitetura hospitalar e saúde em uma perspectiva histórica: contextualizando o Hospital-Dia*, busca-se apresentar um breve panorama histórico dos ambientes de saúde e da própria concepção de saúde e nele inserir o aparecimento do Hospital-Dia. Discute-se a importância do papel desempenhado historicamente pela casa enquanto local de tratamento, papel este que está sendo resgatado atualmente e para o qual contribui esta modalidade de atendimento. Além de contextualizar a inserção do Hospital-Dia na história recente da Arquitetura Hospitalar, procurou-se relacioná-lo às mudanças no paradigma de saúde vigente e, em especial, à concepção atual. Almejou-se ainda refletir sobre as tendências para a área e de que maneira as mesmas conectam-se à expansão deste setor.

No capítulo 2 – *A humanização dos ambientes de saúde e sua apropriação pelo paciente-dia* – discutem-se os sentidos possíveis para a humanização da Arquitetura hospitalar, destacando a importância dada atualmente à imagem destes locais e também refletindo sobre seu significado enquanto vivência e apropriação. Pondera-se sobre o conceito de apropriação do ambiente, tentando entender como se dá esse processo e quais os fatores que o determinam especificamente em Unidades de Hospital-Dia. O capítulo baseia-se em revisão de literatura, em entrevistas com arquitetos hospitalares e também nos resultados de visitas exploratórias feitas a 31 Unidades de Hospital-Dia e Quimioterapia no Brasil e 18 Unidades de Infusão nos Estados Unidos, com a intenção de relacionar as bases teóricas com a realidade do objeto de estudo. Desse modo, anseia-se transpor a fundamentação conceitual da linha de Percepção Ambiental para a Arquitetura Hospitalar, visando a sua aplicação direta por meio de exemplos e alternativas projetuais, procurando torná-la mais acessível aos profissionais atuantes na área.

No capítulo 3 – *Um modelo emergente de atendimento a saúde: o Hospital-Dia* – desenvolveu-se o aprofundamento no estudo destas Unidades, visando compreender no que elas se diferenciam de outros serviços e setores hospitalares e quais as possibilidades de vivência desses ambientes a serem consideradas na concepção de projetos futuros. Para tanto, além de apresentar o conceito de Hospital-Dia, o presente capítulo foi estruturado a partir do trinômio atividades-indivíduo-ambiente, descrevendo como são as rotinas das Unidades em funcionamento no país (especialidades médicas atendidas, atividades desempenhadas por pacientes e por funcionários, tempo de permanência etc.), seu perfil de pacientes e sua configuração ambiental. Assim como o capítulo anterior, este também se fundamenta em revisão de literatura e nas visitas exploratórias feitas a Unidades no país e no exterior, com

o intuito de descrevê-las em termos organizacionais, operacionais e arquitetônicos. A partir da compreensão de como essas Unidades têm sido projetadas até o momento, pretendeu-se discutir suas possibilidades de vivência e apropriação, dando suporte para os profissionais que atuam na elaboração de projetos na área.

No capítulo 4 – *Materiais e Métodos* – são apresentadas as etapas da pesquisa – Revisão Bibliográfica e Trabalho de campo – descrevendo-se a estrutura metodológica adotada para os dois estudos de caso realizados – Hospital-Dia do Hospital Regional de São José e Centro de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center. Neste capítulo, justifica-se a seleção dos dois estudos de caso e caracteriza-se a população e a amostra adotada em cada um deles. Por fim, é feita uma breve descrição dos métodos adotados, objetivando delinear os objetivos que se deseja alcançar com eles, os usuários que participarão de sua aplicação, os instrumentos de registro das informações, o modo de tratamento destas e os principais produtos esperados.

No capítulo 5 – *Estudo de caso: Hospital Regional de São José – Dr. Homero de Miranda Gomes (São José – SC)* – são apresentados e discutidos os resultados obtidos neste primeiro estudo de caso, realizado no Brasil. Por meio de uma abordagem multimétodos, de natureza qualitativa e exploratória, o trabalho focaliza-se no estudo da percepção e comportamento ambiental dos distintos grupos usuários, investigando o modo como se dá a apropriação dessas Unidades e buscando definir atributos ambientais que lhe são determinantes. O trabalho foi desenvolvido em um Hospital-Dia de Infectologia, direcionado ao atendimento de pacientes portadores do vírus da AIDS e, por isso, além de contribuir para o entendimento da configuração de Unidades clínicas em geral, ele auxilia na compreensão de necessidades específicas dos seus usuários, como, por exemplo, a importância da privacidade.

No capítulo 6 – *Estudo de caso: Long Beach Memorial Medical Center (Long Beach – CA/EUA)* – são apresentados e discutidos os resultados obtidos neste que foi o segundo estudo de caso, realizado nos Estados Unidos. Optou-se por adotar a mesma sequência metodológica do estudo anterior, realizado no Brasil, procedendo-se com o mínimo de ajustes possíveis nos instrumentos de coleta de dados de modo a possibilitar a padronização dos dois estudos e a estabelecer algumas correlações entre os resultados obtidos. Este segundo estudo foi realizado em um Centro de Infusão que atende pacientes de diversas especialidades médicas, mas, sobretudo pacientes oncológicos que estão realizando quimioterapia. Além de permitir a compreensão de como se configuram as Unidades de Hospital-Dia em contextos distintos,

o estudo permitiu ainda entender algumas das semelhanças e algumas das divergências entre as necessidades dos distintos grupos usuários, como os pacientes de Infectologia e de Oncologia. Este estudo de caso viabilizou-se por meio de uma bolsa PDEE CAPES com duração de 6 meses, assim como, parte significativa da revisão de literatura ocorreu durante a vigência de uma bolsa de doutorado do CNPQ, com duração de 2 anos.

No capítulo 7 – *Recomendações e Considerações Finais* – são elaboradas recomendações de melhoria do ambiente físico das instituições nas quais foram realizados os estudos de caso, bem como são apresentadas recomendações e alternativas projetuais para orientar propostas futuras e que possam ser utilizadas também na avaliação de Unidades existentes, aspirando à maior adequação do espaço arquitetônico. Por fim, são apontadas as considerações finais, ponderando-se sobre os principais resultados obtidos e os métodos adotados, e delineando-se algumas possibilidades de continuidade do estudo em pesquisas futuras.



# Capítulo 1

Arquitetura Hospitalar e Saúde  
em uma Perspectiva Histórica:  
Contextualizando o Hospital-Dia





Neste capítulo, busca-se traçar um breve panorama histórico da arquitetura hospitalar e da saúde, visando contextualizar o aparecimento do Hospital-Dia. Foca-se na história recente da Arquitetura Hospitalar, concentrando-se nos fatos posteriores à reconstrução do Hôtel Dieu de Paris, na Idade Moderna, e em aspectos de maior interesse para o entendimento do Hospital-Dia, como a importância histórica do ambiente residencial, enquanto local de tratamento. Tal recorte deve-se ao fato de que históricos completos da Arquitetura Hospitalar, abrangendo a Antiguidade e a Idade Média, já foram apresentados por inúmeras outras pesquisas, como as de Bittencourt (2003) e Toledo (2006).

Discorre-se ainda sobre o paradigma atual de saúde e as tendências para esta área, centrando-se nas relações destes dados com o crescimento do setor de Hospital-Dia.

## 1.1 HISTÓRIA RECENTE DOS AMBIENTES DE SAÚDE: DA CASA PARA O HOSPITAL E DO HOSPITAL PARA A CASA

O hospital, enquanto espaço físico destinado a acolher pessoas enfermas e carentes, tem suas origens datando da Antiguidade, mas como local preferencial para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças é uma instituição relativamente recente. Os objetivos, as atividades e os serviços realizados, bem como a própria organização espacial dos hospitais modificaram-se sensivelmente ao longo dos diferentes períodos históricos. A Arquitetura hospitalar, assim como a Arquitetura em geral, alterou-se como resposta a mudanças no seu contexto, refletindo importantes transformações sociais, tecnológicas e científicas. A concepção de saúde vigente em cada momento e a Medicina foram aspectos determinantes da estruturação dos hospitais, atribuindo-lhes novos significados conforme evoluíam.

Desde a Antiguidade, verifica-se a existência de edificações onde ocorria o atendimento a pessoas doentes, tendo sido encontrados indícios em locais como Roma, Egito, Grécia, Índia, Japão, China e Ceilão (SILVA, 1999). No entanto, poucas são as semelhanças que essas edificações guardam com a complexidade espacial e a infraestrutura técnica e médica que caracterizam os hospitais contemporâneos. O espaço físico de então refletia o escasso conhecimento que se tinha sobre as patologias e as formas de tratamento. Além disso, prevaleciam modelos de atenção à saúde vinculados a uma abordagem espiritual, uma vez que a maioria deles estava de algum modo relacionada às práticas religiosas predominantes. Tanto na Antiguidade, quanto na Idade Média, o atendimento médico propriamente dito acontecia, em grande parte, nas casas, restringindo-se às pessoas que dispunham de condições

financeiras para pagá-lo, isto é, às classes mais abastadas da população (CAVALCANTI, 2002; MIQUELIN, 1992). Assim, durante muito tempo, a Medicina constituiu-se numa prática individual, curativa e centrada no ambiente do lar para, apenas recentemente, transformar-se numa prática coletiva, preventiva e centrada em edifícios hospitalares.

Mesmo na Idade Moderna, dada a precariedade de muitos estabelecimentos, os hospitais ainda eram percebidos por todos como um local propício à multiplicação de doenças e ao agravamento do estado de saúde. Segundo Betsky (2006, p.71), “Tanto camponeses quanto ricos ficavam doentes e morriam em casa e não tinham necessidade de acesso ao hospital.” Além disso, a Medicina ainda não havia entrado nos hospitais e as atividades lá oferecidas também se assemelhavam ao que ocorria nos lares, incluindo repouso, banhos e oração. Pouco se sabia sobre o corpo humano, e a saúde era percebida sob uma ótica espiritual.

Nos séculos XVI, XVII e XVIII, com o Renascimento e a revalorização da racionalidade grega, obtêm-se avanços significativos na Medicina que contribuem para elevar a credibilidade dos estabelecimentos de saúde (SILVA, 1999; PENNA, 2004). A partir do século XVIII, durante o Iluminismo, passa-se a incorporar a perspectiva de cura e a valorizar a atuação dos médicos dentro dos hospitais. De acordo com Foucault (1979), a Medicina só passa a ser praticada nos hospitais quando o próprio hospital foi ‘medicado’, ou seja, organizado de tal forma a ficar livre das patologias que disseminava.

Muitos hospitais ingleses do século XVIII adotaram a estética Paladiana e buscavam, através de sua Arquitetura, refletir o progresso médico do período. A despeito destes cuidados relativos à imagem da edificação, as classes dominantes ainda optavam prioritariamente por permanecer em seus lares. Segundo Miller e Swensson (2002, p. 43), “O imponente edifício com aparência de mansão funcionou quase que exclusivamente como um modo de lidar com os doentes pobres. Pessoas ricas e de classe média preferiam tratar-se em casa.” Assim, a transição da casa para o hospital ocorreu gradativamente ao longo dos séculos XVIII e XIX (MACEACHERN, 1951; BITTENCOURT, 2003).

Em 1756, foi edificado na Inglaterra um hospital que se tornou referência para os subsequentes: o Royal Naval Hospital (FIG. 1). Sua concepção inovadora incluía a setorização em blocos, a organização de enfermarias com até 20 pacientes e a construção em 10 pavilhões horizontais afastados entre si de forma a proporcionar condições adequadas de conforto ambiental (MIQUELIN, 1992; FREITAS, 2005).



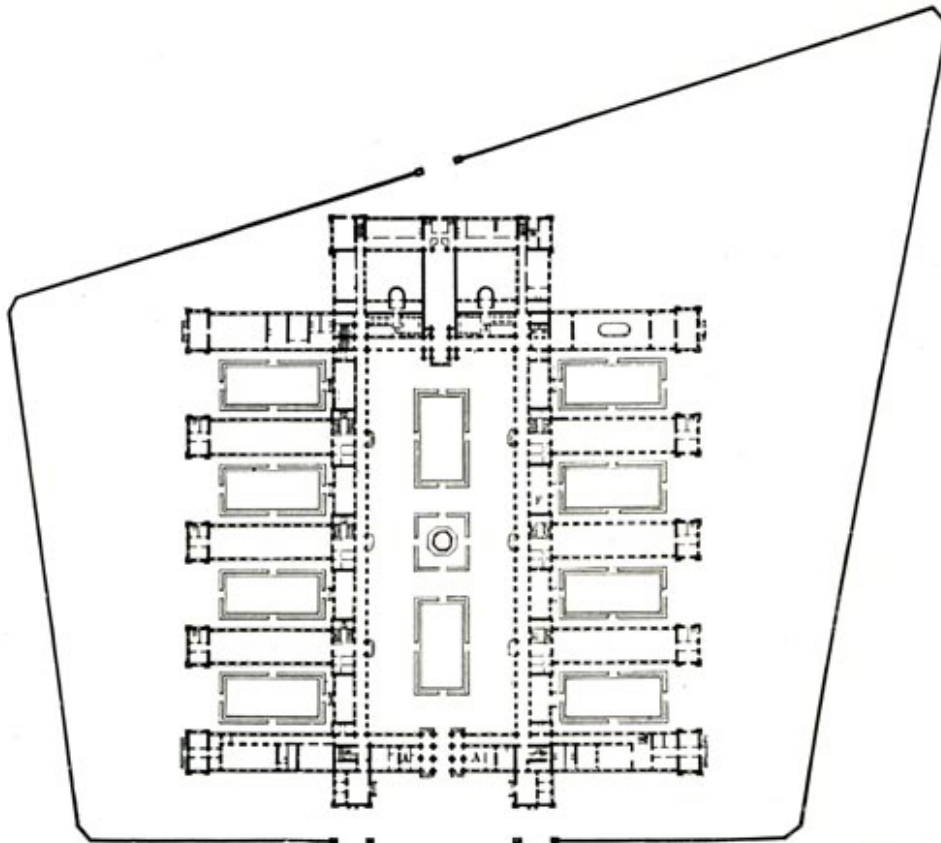
**Figura 1** – Vista aérea do Royal Naval Hospital

Fonte: <<http://freepages.history.rootsweb.ancestry.com>>, 2010.

Também no final do século XVIII, o Hôtel Dieu de Paris – representativo das péssimas condições de assepsia e atendimento dos hospitais medievais e modernos – sofreu um incêndio. Profissionais renomados são chamados para tecer recomendações projetuais para sua reconstrução, dentre eles: o filantropo Howard, o médico Tenon, o cientista Lavoisier e o arquiteto Poyet. Howard e Tenon visitaram inúmeros estabelecimentos de saúde e suas pesquisas representaram uma expressiva contribuição para o desenvolvimento da Arquitetura hospitalar. Tenon elaborou recomendações baseadas em critérios funcionais, técnicos e higienistas como, por exemplo, a relação entre o número de pacientes por leito e a mortalidade. Entre as suas orientações encontram-se: a organização do hospital em pavilhões horizontais separados por jardins e assegurando-se boas condições de ventilação e iluminação natural; a adoção de gabarito máximo de três pavimentos; a separação das enfermarias em alas de acordo com a patologia e o sexo do paciente; a redução do número total de leitos por ambiente; a eliminação dos leitos compartilhados; e o estabelecimento do registro médico do paciente, favorecendo avanços nas práticas terapêuticas (LEISTIKOW, 1967; FOUCAULT, 1979; SILVA, 1999; GÓES, 2004; PENNA, 2004; FREITAS, 2005).

Esse momento é um marco para o desenvolvimento do edifício hospitalar, pois se passa a buscar o máximo de eficiência possível no espaço de saúde. As pesquisas de Tenon, o projeto não executado do arquiteto Poyet para a reconstrução do Hôtel Dieu, bem como o projeto do Royal Naval Hospital influenciaram sensivelmente inúmeras obras posteriores

como, por exemplo, o Hospital Lariboisiere de 1846 (MIQUELIN, 1992; SILVA, 1999) (FIG. 2). Este hospital apresentava uma especialização ainda maior dos espaços para as atividades às quais se destinava. Sua planta, composta por um pátio interno delimitado no sentido do seu comprimento pelos pavilhões de enfermaria, foi bastante reproduzida na Europa e mesmo nas colônias.



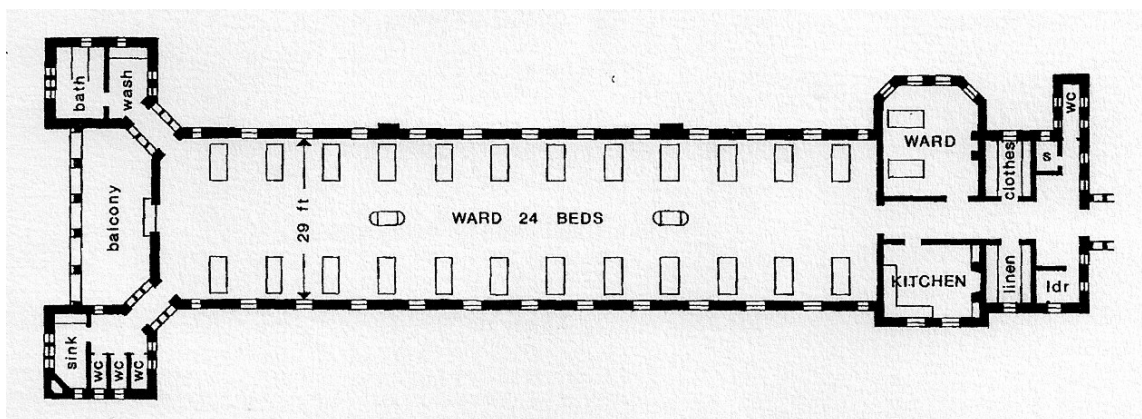
**Figura 2** – Planta esquemática de implantação do Hospital Lariboisiere  
Fonte: < <http://history.amedd.army.mil> >, 2010.

No final do século XVIII, início da Idade Contemporânea, surge a Medicina social, baseada na ciência e visando ao atendimento da coletividade. O seu desenvolvimento deve-se ao fortalecimento dos Estados, ao crescimento das cidades e à intenção de preservar a força de trabalho. É apenas nesse momento que o Estado passa, efetivamente, a preocupar-se com a saúde coletiva, com a proliferação de epidemias, com as condições de higiene e com o saneamento das cidades (FOCAULT, 1979; SILVA, 1999; FREITAS, 2005).

À medida que a Medicina social e científica foi se desenvolvendo e se transferindo para o ambiente hospitalar, importantes mudanças ocorreram na própria prática médica. Nas casas, o paciente era o contratante, aquele que detinha a autoridade, e o médico estava ao seu dispor. Além disso, no atendimento domiciliar não era possível realizar muitos exames, e o médico, em geral, observava, fazia anotações e recomendações. Nos hospitais, os pacientes passaram a ser concentrados em uma única edificação, para a conveniência médica e para usufruir de todos os serviços oferecidos, ambientes e equipamentos. O hospital também tornou possível um maior controle sobre a evolução das doenças, mais exames passaram a ser realizados e a Medicina pode evoluir rapidamente (MILLER; SWENSSON, 2002). Assim, o hospital representou um local propício ao tratamento, bem como ao aprendizado e à disseminação do conhecimento, uma vez que permitiu a análise de uma doença em inúmeros casos. Com o fortalecimento da autoridade dos médicos nos hospitais, estes profissionais passam a incentivar a adoção de ambientes com pouca ornamentação, de fácil manutenção e limpeza, no intuito de contribuir para o processo de restabelecimento da saúde e para a redução das taxas de infecção hospitalar.

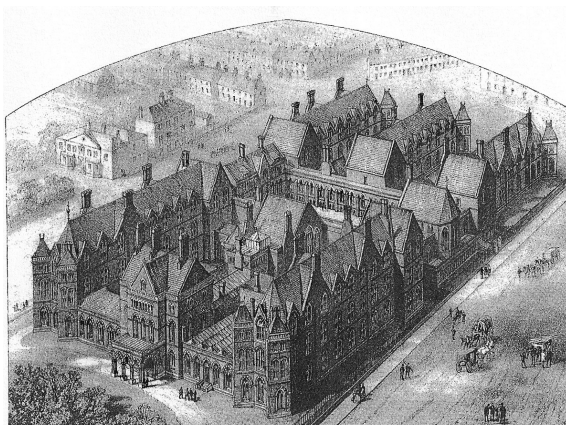
As preocupações referentes à salubridade e ao conforto ambiental das edificações foram temáticas relevantes para a Arquitetura hospitalar do século XIX. De acordo com a difundida Teoria dos Miasmas, acreditava-se que as infecções eram ocasionadas pelos gases oriundos do lixo orgânico e que elas poderiam ser evitadas através da melhoria dos sistemas de ventilação e iluminação natural, reduzindo-se os índices de umidade e impureza do ar.

Em 1859 e 1861, a inglesa Florence Nightingale publica os livros *Notas sobre os hospitais* e *Notas sobre a Enfermagem*, sendo ambos de grande importância para a modificação das tipologias hospitalares. Florence questiona a Teoria dos Miasmas e propõem um modelo de enfermaria com uma configuração retangular, com os leitos dispostos dos dois lados de um eixo linear de circulação, encostados nas paredes, afastados entre si de forma a permitir o fácil acesso de funcionários e a evitar a contaminação, com posto de enfermagem central e com boas condições de assepsia, iluminação e ventilação natural (MIQUELIN, 1992; TAYLOR, 1997; SILVA, 1999; VERDERBERER; FINE, 2000; PENNA, 2004) (FIG. 3). As teorias de Florence foram dominantes na Arquitetura hospitalar do final do século XIX e início do século XX e se concretizavam em edifícios pavilhonares organizados ao redor de pátios, como o Hospital John Hopkins (FREITAS, 2005). A grande maioria das obras do período constituía-se na reprodução da enfermaria Nightingale ou em variações desse modelo (TAYLOR, 1997) (FIG. 4 e 5).



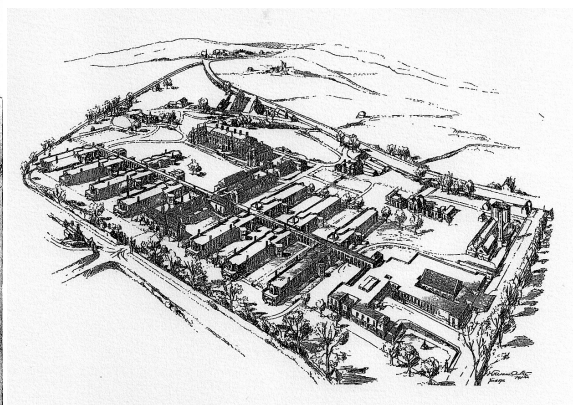
**Figura 3** – Planta de uma enfermaria seguindo os preceitos de Florence Nightingale

Fonte: TAYLOR, 1997.



**Figura 4** – Projeto de um hospital pavilhonar inglês de 1864

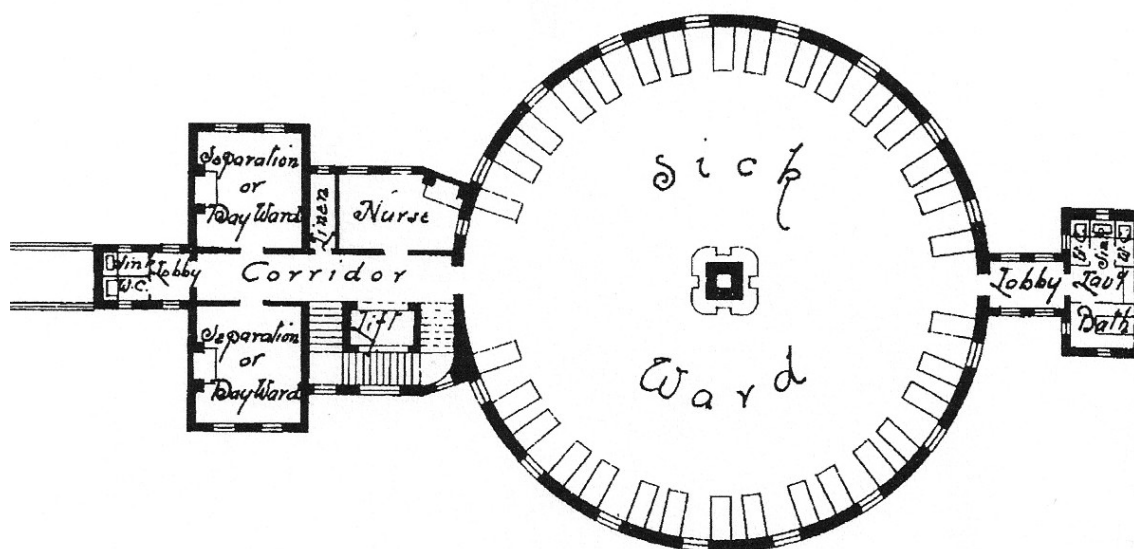
Fonte: TAYLOR, 1997.



**Figura 5** – Projeto pavilhonar da Enfermaria Real de Bradford de 1911

Fonte: TAYLOR, 1997.

Neste mesmo período, final do século XIX, surgem as enfermarias circulares (FIG. 6), que representam uma das poucas alternativas tipológicas em relação à enfermaria Nightingale. Algumas das vantagens da enfermaria circular são: a possibilidade de implantação em terrenos com formas irregulares nos quais fosse difícil a adoção do pavilhão retangular; locais com orientação solar norte-sul; e para enriquecer a volumetria das edificações, por possibilitar aos arquitetos explorar alguma liberdade compositiva. No entanto, muitas foram as críticas que dificultaram a adoção desse modelo como, por exemplo: o custo elevado de execução; o fato de que as condições de ventilação natural não seriam tão eficazes quanto a ventilação cruzada da enfermaria Nightingale; a aproximação indesejada entre os pés dos leitos; o fato de que o paciente acamado visualiza muitos outros pacientes em estado de convalescência; e a área que fica excedente e ociosa no centro das enfermarias (TAYLOR, 1997).



**Figura 6** – Planta de enfermaria circular adotada em hospital inglês do final do século XIX  
Fonte: TAYLOR, 1997.

Ainda no final do século XIX e início do século XX, são realizadas importantes descobertas científicas que contribuem para o avanço da Medicina e a redução dos índices de infecção e de mortalidade hospitalar. Destacam-se a descoberta dos germes por Pasteur; as descobertas de Koch sobre as bactérias que causam a tuberculose e a cólera; a descoberta de Lister sobre a necessidade de desinfetar os materiais cirúrgicos antes de cada procedimento; o desenvolvimento de anestésicos; a invenção do Raio X; e a especialização da Medicina com o aparecimento de várias novas áreas como Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia e Fisioterapia (TAYLOR, 1997; STERNBERG, 2009).

Apesar de toda a evolução ocorrida na área da saúde, a imagem do hospital permanecia estigmatizada, associada à pobreza. Apenas com a progressiva redução do número de leitos por ambiente de enfermaria, o hospital passa a ser efetivamente utilizado pelas classes dominantes (SILVA, 1999).

No início do século XX, o modelo pavilhonar começa a entrar em desuso principalmente devido às longas distâncias a serem percorridas nas circulações e aos avanços relacionados ao controle de infecções bacteriológicas (BETSKY, 2006). No entanto, com a substituição do modelo pavilhonar, passa-se a desfrutar de menos contato com a natureza e dos benefícios dele advindo (TOLEDO, 2002; WAGENAAR, 2006). Surge

a tipologia compacta monobloco vertical que também foi determinada pela elevação dos custos do solo urbano e dos avanços nos sistemas construtivos, com a invenção do elevador e da luz elétrica. Entretanto, os primeiros hospitais verticais não eram muito mais do que o empilhamento de enfermarias Nightingale. Aos poucos, as enfermarias foram modificando-se, diferenciando-se de acordo com as especialidades médicas e compartimentando-se para a criação de novos setores e de Unidades de Internação com quartos menores e com mais ambientes de apoio (MIQUELIN, 1992; SILVA, 1999; FREITAS, 2005).

No início do Movimento Moderno, uma tipologia muito adotada para o projeto hospitalar, especialmente nas grandes cidades, foi a do bloco vertical de internação associado a um grande *plateau* horizontal que concentrava diversos setores como Ambulatório, Emergência, Diagnóstico e Terapia, Administração e ambientes de apoio técnico e logístico (FIG. 7).



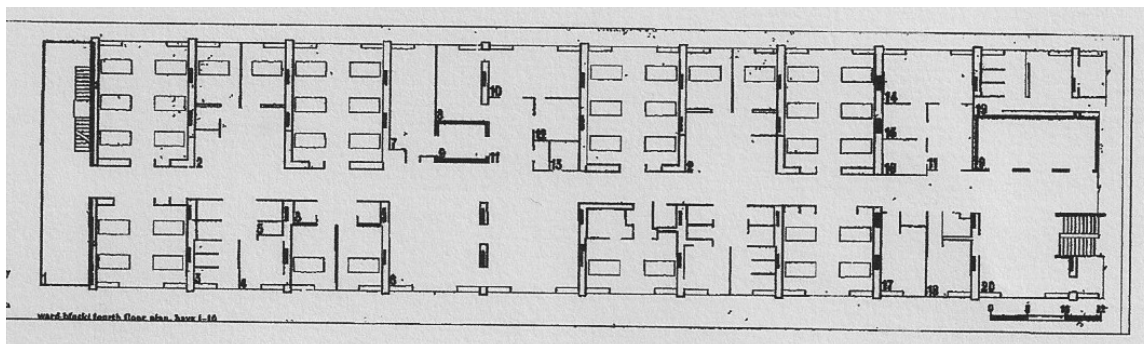
**Figura 7** – Hospital Metodista de Nebraska, com *plateau* horizontal e torre de internação

Fonte: VERDERBERER e FINE, 2000.

Nos anos 50 foram muito utilizadas as Unidades de Internação com circulação duplamente carregada – circulação linear central com quartos de ambos os lados – e posto de enfermagem também centralizado (FIG. 8). Nos anos 60, visando tornar ainda mais compactas as grandes Unidades de Internação e minimizar o deslocamento dos funcionários, surge o *racetrack plan*

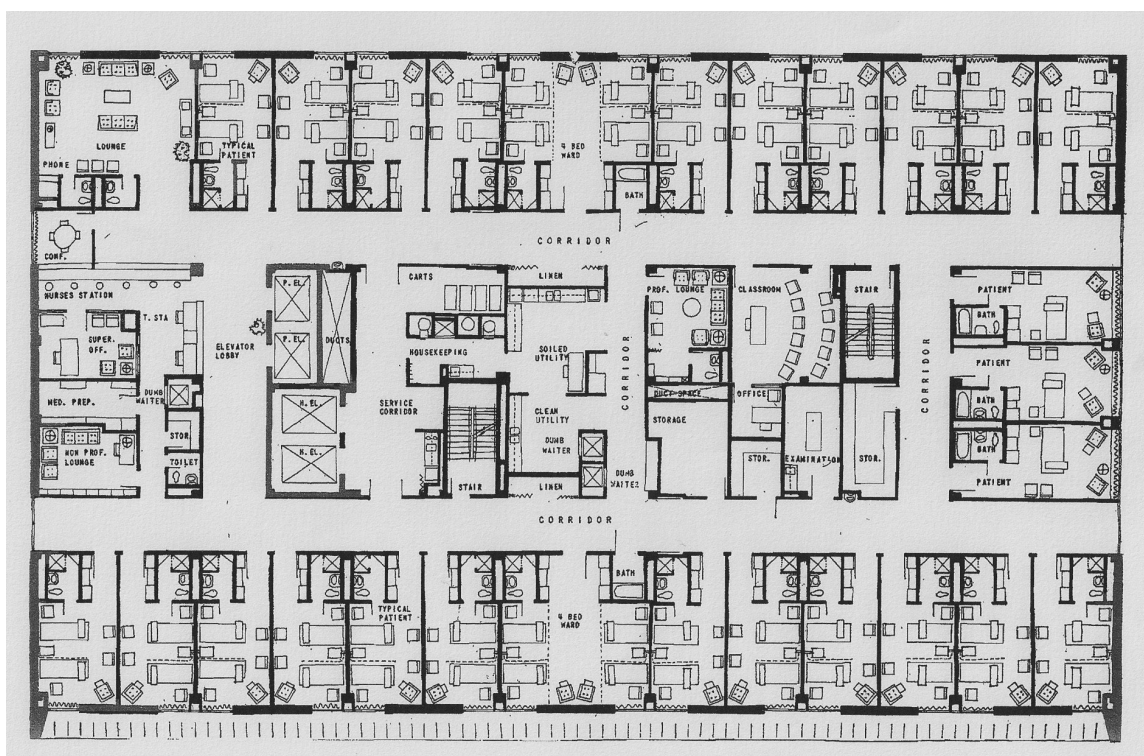


(FIG. 9), que correspondia à centralização de todos os espaços de apoio delimitados por duas circulações e com quartos dispostos no perímetro (VERDERBERER; FINE, 2000).



**Figura 8** – Planta-baixa de Unidade de Internação com corredor duplamente carregado – quartos dos dois lados da circulação

Fonte: VERDERBERER e FINE, 2000.

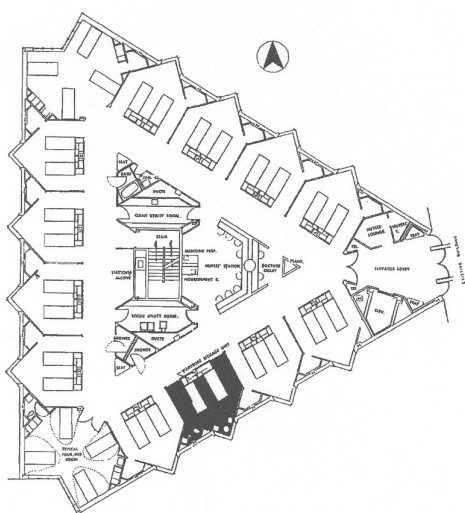


**Figura 9** – Planta-baixa de Unidade de Internação com *racetrack plan* – duas circulações delimitando uma área central de ambientes de apoio

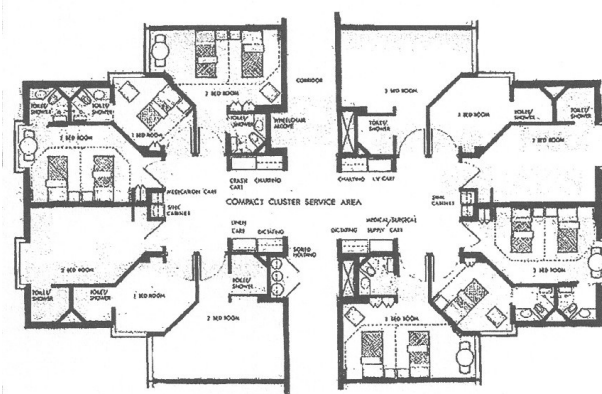
Fonte: VERDERBERER e FINE, 2000.

Também a partir dos anos 60, aumenta significativamente a complexidade das edificações hospitalares, agregando-se cada vez mais setores e ambientes, além de uma crescente necessidade de incorporação de tecnologia. Surgem inúmeras tipologias hospitalares, com

formas variadas como as circulares, triangulares, radiais e os *clusters* – agrupamentos – em Unidades de Internação, respondendo a diferentes necessidades e contextos de inserção (FIG. 10 e 11). Segundo Verderberer e Fine (2000), muitas dessas novas tipologias são apenas variações da concepção da “máquina de curar” Modernista, focadas na funcionalidade, na assepsia e na inclusão dos avanços tecnológicos, refletindo isso em sua imagem. Na estética dos hospitais do período foram predominantes as formas puras, o branco, os ambientes interiores e exteriores sem ornamentação e uma aparência institucional e pouco acolhedora (MARBERRY, 1995; VERDERBERER; FINE, 2000; KOPEC, 2006).



**Figura 10** – Planta-baixa de Unidade de internação do Hospital Point Pleasant de 1964 (Fonte: VERDERBERER e FINE, 2000).



**Figura 11** – Planta-baixa de Unidade de internação organizada como um *cluster*, do Hospital Somerville (Fonte: VERDERBERER e FINE, 2000).

Nesse período, surgem os grandes complexos de saúde – os mega-hospitais – repercutindo a crença que se tinha no poder da Medicina. Apesar dos esforços dos projetistas de assegurar a flexibilidade dessas edificações, elas tendiam à obsolescência precoce devido a dificuldades de gerenciamento, manutenção e adaptação. Muitas dessas construções, por seu porte, distanciavam-se da escala humana, caracterizavam-se por ter uma baixa orientabilidade, pouca integração interior-externa e não harmonizavam com a paisagem dos locais onde se inseriam (VERDERBERER; FINE, 2000; VERDERBERER, 2006). Segundo Wagenaar (2006), os gigantescos complexos hospitalares são frutos da institucionalização da prestação de serviços em saúde e, assim como acontece com outras instituições, com o tempo tornaram-se autorreferentes, respondendo a interesses diversos que não os de seus usuários.

Devido às críticas mencionadas acima, os grandes complexos hospitalares entram rapidamente em desuso e inicia-se o processo de descentralização da saúde, dando-se preferência à edificação de pequenos estabelecimentos, inseridos na comunidade a ser atendida, favorecendo o atendimento preventivo, a integração do edifício à paisagem do entorno e a flexibilidade da edificação, caso fossem necessárias ampliações e reformas. Clínicas e estabelecimentos de pequeno e médio porte passam a prestar uma grande variedade de serviços, fazendo com que o hospital transforme-se de local prioritário para o tratamento de doenças em geral para local de atendimento em nível de alta complexidade.

Nos anos 70 e 80, a crítica de Arquitetura começa a expressar um descontentamento com o que seria o típico hospital Modernista. Raramente hospitais ganhavam espaço nas publicações, pois eram, em geral, considerados obras de pouco valor arquitetônico (VERDERBERER; FINE, 2000). As críticas surgem de vários modos: pelos próprios arquitetos que questionavam a baixa atratividade e apelo visual das edificações; como decorrência de pesquisas na área ambiente-comportamento; e também por parte dos administradores e usuários que passam a valorizar uma imagem menos institucional e desenvolvem uma maior sensibilidade em relação às necessidades humanas e em especial às dos pacientes.

Também nos anos 70, as seguradoras de saúde passam a controlar cada vez mais o setor e pressionam os profissionais e as instituições a reduzir gastos, em busca de uma maior lucratividade. A redução do poder da classe médica, decorrente do fortalecimento das seguradoras de saúde, causou insatisfação e percepção de uma crise por parte desses profissionais, pois agora eram essas empresas que determinariam quais médicos poderiam ser consultados, quais procedimentos poderiam ser realizados e como se daria o pagamento. Muitas instituições tiveram dificuldades para adaptar-se a esse novo modo de gestão, enfrentando problemas financeiros.

Além disso, a partir dos anos 80, as seguradoras passam a priorizar o atendimento ao paciente de modo externo, isto é, sem internação. Até então, os hospitais eram pagos de acordo com o número de diárias de internação, sem se questionar sua real necessidade. Médicos detinham o controle da situação e podiam maximizar o número de diárias, acompanhando por mais tempo a recuperação do paciente e elevando a lucratividade. Já nos anos 80 e 90, os planos de saúde passaram a ser mais rigorosos na realização dos pagamentos e a induzir a redução dos honorários médicos em geral (JAMES; TATTON-BROWN, 1986; JOHNS; ZIRKLE, 1999; VERDERBERER; FINE, 2000; SKAGGS; SPRAGUE; MANN, 2007). Tendo

em vista o alto custo da infraestrutura e dos serviços hospitalares, passou-se a restringir o período de internação ao mínimo necessário, buscando-se alternativas de tratamento (JAMES; TATTON-BROWN, 1986; SILVA, 1999; MALKIN, 2002). Destarte, foi-se progressivamente direcionando a saúde para o ambiente do lar, reduzindo os períodos de internação e priorizando o atendimento externo ao paciente, sendo este processo chamado de desospitalização.

Com a desospitalização passam a sobrar leitos hospitalares em alguns países e a remodelação das Unidades de Internação ociosas torna-se necessária para a sobrevivência de algumas instituições neste mercado extremamente competitivo da saúde. Assim, a disputa do mercado e a busca por maior lucratividade foram duas forças propulsoras da humanização dos edifícios, dando origem a novos paradigmas como o de hotelaria hospitalar (VERDERBERER; FINE, 2000; MILLER; SWENSSON, 2002).

O termo pós-moderno descreve aqui dois contingentes no *milieu* da saúde que chegavam às mesmas conclusões e ao mesmo tempo, a partir de pontos de vista muito diferentes. O primeiro campo defende os cuidados e as instalações centradas nos pacientes. O segundo consiste de provedores preocupados fundamentalmente com o mercado da saúde. Eles perceberam que ambientes atrativos e convidativos poderiam ter um impacto positivo nos resultados financeiros. (VERDERBERER; FINE, 2000, p. 133)

À segunda metade do século XX remonta a origem do Hospital-Dia. Devido a um contexto de escassez de leitos hospitalares, foram realizadas as primeiras cirurgias ambulatoriais sem que se procedesse com a internação desses pacientes. Os médicos realizavam previamente uma triagem, verificando as condições que os pacientes teriam para realizar a recuperação pós-cirúrgica em casa. O espaço da habitação e as famílias dos pacientes eram preparados com antecipação. Criavam-se ainda leitos hospitalares adicionais que geralmente constituíam uma expansão da Unidade de Emergência e, após receberem a alta, que ocorria com maior rapidez, os pacientes tinham acesso à acompanhamento médico domiciliar (JAMES; TATTON-BROWN, 1986).

A adoção do Hospital-Dia em instituições psiquiátricas ocorreu nesse mesmo período na União Soviética (1932), Canadá (1946) e Reino Unido (1954) visando proporcionar um modo de tratamento continuado e conciliar o atendimento hospitalar com os benefícios de se permanecer em casa (JORGE, 1997). Desde então, muitos casos psiquiátricos em todo o mundo passaram a ser tratados nesse sistema (JAMES; TATTON-BROWN, 1986).

Apesar dessa nova modalidade de atendimento ter sido originada por volta dos anos 50, praticamente na mesma época em que surgiram as UTIs – Unidades de Tratamento Intensivo – apenas recentemente ela expandiu-se e popularizou-se. Nos Estados Unidos e Europa, o Hospital-Dia difundiu-se nos anos 80 e no Brasil, na década de 90 – aqui com foco, principalmente, no atendimento de pacientes HIV positivo, psiquiátricos, cirúrgicos, oncológicos e geriátricos (LIMA; BOTEGA, 2001; AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2004). É apenas a partir de 1992 que o Hospital-Dia passa a existir oficialmente no país, permitindo o credenciamento dos serviços junto ao Ministério da Saúde. A expansão dessa modalidade de atendimento está relacionada, entre outros aspectos, às mudanças na concepção de saúde e aos processos de desospitalização e descentralização; aos avanços nas práticas médicas, como os novos métodos e medicações anestésicas que permitiram a redução do período de recuperação pós-cirúrgica, induzindo à rápida expansão das cirurgias ambulatoriais; à reforma psiquiátrica, com a implantação dos CAPS – Centros de Apoio Psicossocial – fora das edificações hospitalares; à busca pela humanização não apenas da estrutura hospitalar, mas de todo o processo de atenção à saúde; e à busca por redução de custos.

O Hospital-Dia surge e adequa-se a este contexto no qual se resgata o papel historicamente ocupado pelo lar como ambiente de tratamento e cura das doenças, por minimizar a necessidade de internação. Além disso, ele também se harmoniza com a busca pela humanização dos ambientes e do atendimento à saúde, pois nessa Unidade proporciona-se um atendimento abrangente ao paciente de determinada especialidade, levando até ele uma grande variedade de serviços de que necessita. Por possibilitar a redução do impacto fisiológico, social e econômico do tratamento sobre o paciente, essa nova modalidade de atendimento ajusta-se ao conceito atual de saúde e às tendências para essa área.

## 1.2 O CONCEITO ATUAL DE SAÚDE: A INTEGRALIDADE DO INDIVÍDUO E A RELEVÂNCIA DO AMBIENTE

No século XX, predominou uma compreensão de saúde centrada na fisiologia do indivíduo, em detrimento do papel desempenhado pelos condicionantes econômicos, sociais e psicológicos. Neste período, o conceito de saúde estava muito associado à cura de doenças, com grande ênfase na Medicina e no ambiente hospitalar como meios para sua obtenção (SILVA, 1999; PENNA, 2004).

Freitas (2005) refere-se à visão de saúde vigente, especialmente nos anos 80 e 90, como modelo hegemônico e hospitalocêntrico, pois foca-se no atendimento e na tecnologia médica disponível, bem como na dependência acentuada dos estabelecimentos de saúde, em especial dos hospitais. Esse modelo onerava muito o estado, devido à crescente complexidade dos processos de tratamento e à elevação dos seus custos.

Esta concepção também é chamada modelo reducionista biomédico por centrar-se demasiadamente na doença e em suas manifestações agudas e por relativizar a importância de fatores como as relações sociais e ambientais para a saúde humana. Nesse modelo, proporcionar atendimento ao paciente consistia em entender especificamente qual parte do seu corpo era afetada pela enfermidade e tratá-la isoladamente, deixando-se de considerar o indivíduo em sua totalidade. Em contraposição a ela, observa-se atualmente uma abordagem holística e abrangente. Cada vez mais tem-se consciência de que outros fatores, como os psicossociais, ambientais, culturais e econômicos, estão muito relacionados à saúde, ampliando-a para além do domínio fisiológico (CLEMESH, 2003; DE SOUZA; GRUNDY, 2004; FREITAS, 2005; KOPEC, 2006; DEL NORD, 2010a).

Na concepção atual entende-se que bem-estar físico e mental estão intimamente relacionados e vinculam-se à qualidade de vida. Entende-se a saúde humana além do âmbito do corpo, incluindo as experiências afetivas, sociais, culturais, laborais e ambientais. Essa concepção tem suas origens na Declaração de Alma-Ata, originada de uma Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em 1978. Nela definiu-se saúde como sendo o “[...] estado de completo **bem-estar físico, mental e social**, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade [...]” (OMS, 1978, p. 1, grifo nosso).

De acordo com a OMS (2001, p. 7), “Sabemos hoje que a maioria das doenças, mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nossa compreensão do relacionamento entre saúde mental e física vem crescendo rapidamente.” Passou-se a entender que a saúde mental é fundamental para o ser humano e que ela influi diretamente sobre o funcionamento do organismo e sobre o comportamento saudável (OMS, 2001; DE SOUZA; GRUNDY, 2004). Por exemplo, distúrbios psicológicos podem comprometer a imunidade, bem como impactar sobre os hábitos alimentares, desportivos e sexuais. Apesar desse novo entendimento, a OMS (2001) observa que ainda hoje a saúde

mental é negligenciada pelas administrações públicas e que deverão ser cada vez maiores os esforços para garantir o atendimento a todos.

Segundo Donabedian (1973), além de ser mais abrangente, o conceito atual de saúde é também mais subjetivo, pois se relaciona às noções de bem-estar, felicidade, equilíbrio e mesmo de desempenho do indivíduo.

Uma pessoa que 'se sente bem' e está apta a realizar de modo satisfatório o que ele usualmente espera de si mesmo e o que a sociedade geralmente demanda para ele pode ser considerada 'saudável' ainda que ela tenha doença ou deficiência significativa. Por outro lado, uma pessoa pode não apresentar evidência detectável de doença física e ainda ser julgada não saudável porque ele não se sente bem ou não consegue conduzir um trabalho. (DONABEDIAN, 1973, p. 138)

Além de sublinhar a relevância do bem-estar mental e social, a Declaração de Alma-Ata destacou que a saúde é um direito fundamental, estreitamente relacionado à **qualidade de vida**, e que para se efetivar requer a ação integrada de vários setores da sociedade (COSTEIRA, 2004). Segundo Marchi (2007, p. 1), “[...] saúde é a qualidade de vida envolvendo as aptidões individuais do ponto de vista social, emocional, mental, espiritual e físico, as quais são consequência das adaptações ao ambiente em que vivem os indivíduos”. Qualidade de vida, por sua vez, é um conceito subjetivo e qualitativo que vai além da mera sobrevivência e de indicadores estatísticos como renda e escolaridade. Esse conceito pode adquirir significados distintos para as pessoas e nações de acordo com o contexto. Em um país com condições econômicas precárias, a disponibilidade de alimentos tende a ser um aspecto priorizado pela população em sua definição de qualidade de vida, assim como o lazer em um país com prosperidade econômica. Contudo, existem recorrências nessa definição e os fatores que mais costumam ser relacionados com a qualidade de vida são: trabalho, alimentação, moradia, conforto material, relações interpessoais, lazer, meio-ambiente e meio cultural (MOREIRA, 2000).

Na concepção atual, caminha-se para o entendimento de que saúde não é cura de doenças, mas a preservação do bem-estar humano. Tem se mostrado inclusive mais eficiente e lucrativo para os governos e os usuários investir na **prevenção**, buscando minimizar o risco de se adquirir uma doença. Nesse sentido, crescem as políticas públicas que visam conscientizar indivíduos e comunidade a serem proativos na promoção da própria saúde (PRESSLER, 1995; JOHNS; ZIRKLE, 1999; TUSLER, 2002; DE SOUZA; GRUNDY, 2004).

Essa visão preventiva de saúde relaciona-se ainda à importância dos cuidados primários<sup>1</sup> que devem ocorrer no nível comunitário, e a aspectos como saneamento básico e planejamento familiar que são de responsabilidade dos governantes (OMS, 1978). Entende-se que a saúde ocupa um papel chave no sistema econômico e na integração do indivíduo na sociedade, pois o habilita enquanto um ser produtivo. Por isso, através da Conferência de Alma-Ata buscou-se estimular os governos a atuar na promoção de saúde, objetivando reduzir as desigualdades existentes no panorama mundial (MENDES, 2004). Entretanto, há ainda um grande hiato entre as condições de saúde de nações desenvolvidas e das em desenvolvimento. Os problemas socioeconômicos têm limitado as políticas públicas de saúde em países como o Brasil. E é justamente porque ainda não foi assegurada para todos que a saúde é considerada um aspecto essencial para a qualidade de vida no nosso país (MOREIRA, 2000; DE SOUZA; GRUNDY, 2004).

As conferências organizadas pela OMS posteriores à de Alma-Ata corroboram essa visão abrangente de saúde. É o caso da Declaração de Adelaide de 1988, que destaca o papel da moradia, do meio-ambiente e das políticas públicas. De acordo com ela, “Os pré-requisitos para a saúde e o desenvolvimento são: paz e justiça social; alimentação nutritiva e água potável; educação e habitação condignas; papel ativo na sociedade e rendimento adequado; conservação de recursos e proteção do ecossistema” (OMS, 1988, p. 5).

Em outra conferência da OMS, realizada em 1986, foi produzida a Carta de Ottawa, que novamente relacionou saúde com qualidade de vida e grifou a importância das políticas públicas e da participação da comunidade na sua consecução. Destacam-se ainda a Conferência Mundial sobre o Meio-Ambiente, realizada no Rio de Janeiro em 1992, que enfatizou a interdependência entre saúde e ecologia, e a Declaração de Sundsvall, de 1991, que validou a relevância dos ambientes (escolas, presídios, hospitais, municípios etc.) como promotores de saúde (MENDES, 2004; DE SOUZA; GRUNDY, 2004).

<sup>1</sup> Referente aos níveis de atendimento:

– nível primário: abrange atendimento odontológico e médico em clínica geral. Ocorre em postos e centros de saúde.

– nível secundário: abrange atendimento médico cirúrgico, ginecológico, obstétrico, pediátrico e em clínica geral. Ocorre em unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e regionais.

– nível terciário: abrange atendimento ambulatorial, em regime de urgência e internação. Ocorre em ambulatórios e em hospitais regionais ou especializados (GÓES, 2004).



A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição Nacional de 1988 confirmam esta concepção relacionada à qualidade de vida e à prevenção. Nelas também se aderiu ao entendimento de saúde como um direito de acesso universal a qualquer habitante do país, sendo as ações básicas de responsabilidade da administração pública. Em 1988, foi criado no Brasil o Sistema Único de Saúde – SUS – que buscou integrar os investimentos na área da saúde, a nível federal, estadual e municipal, antes gerenciados pela Previdência Social (SILVA, 1999; GÓES, 2004; FREITAS, 2005).

Além disso, a partir de 2000, a OMS passou a utilizar o conceito de responsividade na avaliação da qualidade dos serviços em complementaridade ao de satisfação, já utilizado desde os anos 60. Isso ocorreu porque se observou que o conceito de satisfação era aplicado em pesquisas em que a avaliação era definida pelos usuários, e que estes, por sua vez, nem sempre o faziam de modo crítico seja por passividade, por ter uma baixa expectativa ou por receio de que esses serviços lhe fossem negados. O conceito de responsividade foi introduzido com o intuito de eliminar esse problema, especialmente no caso das instituições públicas de saúde, pois havia avaliações que refletiam um alto nível de satisfação mesmo quando os serviços apresentavam notoriamente baixa qualidade. A aplicação do conceito de responsividade aspira a uma avaliação mais objetiva em relação a aspectos universalmente aceitos e assim não se limita ao nível de expectativa dos usuários. A noção de responsividade também não se limita aos aspectos técnicos e médicos do atendimento, mas refere-se à dignidade, à autonomia e aos direitos dos pacientes como a qualidade do ambiente, a participação informada, a melhoria na comunicação entre profissionais e usuários e a confidencialidade do diagnóstico médico (DONABEDIAN, 1973; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). A aplicação do conceito de responsividade à Arquitetura, segundo Miller e Swensson (2002, p. 57), corresponde a “[...] ambientes funcionais que evocam respostas positivas de seus usuários, no nível físico, intelectual ou emocional.”

Além disso, o perfil dos usuários de serviços de saúde alterou-se sensivelmente nos últimos anos. Pacientes estão mais críticos e melhor informados sobre as patologias e as alternativas de tratamento, o que se deve em grande parte à mídia e à internet. Ênfase tem sido dada à prática de hábitos saudáveis como a boa alimentação e as atividades físicas. O indivíduo, de fato, percebe-se como agente atuante na própria saúde, praticando o autocuidado e um estilo de vida saudável. Os pacientes também analisam melhor as diversas possibilidades do mercado de prestação de serviços de

saúde antes de realizar sua escolha pelos profissionais ou instituições, de forma a assegurarem o melhor atendimento possível. Como consequência de usuários melhor informados, mais participativos e mais exigentes, observa-se uma diminuição na distância hierárquica da relação médico-paciente e também uma sofisticação nos serviços e ambientes oferecidos, contribuindo para a difusão de propostas como a de hotelaria hospitalar (PRESSLER, 1995; JOHNS; ZIRKLE, 1999; MALKIN, 2002; MILLER; SWENSSON, 2002).

Também em consonância com o contexto atual, o Ministério da Saúde, em 2004, recomendou a adoção do que chamou modelo tecno-assistencial transformador, que dá ênfase ao papel do indivíduo na promoção da própria saúde, à assistência continuada e à humanização da atenção e do espaço físico (FREITAS, 2005).

A modalidade de atendimento denominada Hospital-Dia surge em meio a esse novo perfil de usuários e concepção de saúde. Com o Hospital-Dia considera-se que não existe uma condição subumana e que, portanto, não podem ser admitidas agressões contra o paciente, como sua exclusão da sociedade. Os Hospitais-Dia psiquiátricos, originários da década de 50, exemplificam essa nova compreensão (JORGE, 1997), já que valorizam a totalidade do indivíduo, suas relações com a família, com os amigos, seu trabalho e lazer, e buscam minimizar o impacto do tratamento sobre sua rotina. Com a reforma psiquiátrica, rompe-se com o modelo tutelar médico-paciente e busca-se a integração deste com a comunidade (FONTES, 2004). Ao evitar sua internação, pretende-se tornar todo o processo de atendimento à saúde mais humano e esses benefícios certamente acabam se estendendo para outras especialidades médicas.

Destarte, novas modalidades de atendimento, como o Hospital-Dia e a busca pela humanização do ambiente, enquadram-se na busca pela humanização do atendimento como um todo. Entende-se o indivíduo de uma forma holística valorizando suas experiências cotidianas e procuram-se alternativas de tratamento e de ambientes hospitalares que reflitam essa preocupação.

### 1.3 CENÁRIOS PROSPECTIVOS PARA A SAÚDE

A evolução da tecnologia e dos tratamentos médicos ocorre em um ritmo acelerado, demandando grande flexibilidade dos edifícios hospitalares para sua readequação. Silva (2006, p.38), referindo-

se aos hospitais, afirma que “Estes devem ser capazes de ser cada vez mais rapidamente adaptados e adaptáveis, tanto no que diz respeito à alteração de uso, à introdução de novas instalações e equipamentos, quanto a mudanças espaciais seja de reforma ou de expansão”. Além disso, por se tratarem de edificações complexas e em contínua renovação, os próprios arquitetos são exigidos a estarem constantemente atualizando-se.

Nesse sentido, os profissionais que atuam na área de arquitetura hospitalar são desafiados a compreender não apenas a inserção de suas propostas no contexto histórico e atual, bem como a antecipar algumas das tendências para projetos arquitetônicos. Dentre os aspectos determinantes dos rumos atuais e futuros para a saúde e a Arquitetura hospitalar, com os quais os profissionais deverão deparar-se, encontram-se:

- a busca pela **sustentabilidade** repercutindo a conscientização ecológica que permeia a Arquitetura e a sociedade em todos os seus níveis. Tem-se cada vez mais o entendimento de que os edifícios não devem causar um impacto negativo expressivo no meio-ambiente, e esta preocupação também tem se mostrado muito presente nas publicações e projetos recentes em Arquitetura Hospitalar (VERDERBERER; FINE, 2000);
- o **envelhecimento populacional** estimulando o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre as necessidades específicas desse público e ocasionando uma pressão nos sistemas público e privado de saúde de diversos países para a redução de custos no atendimento médico, já que representam uma parcela significativa dos usuários (BOBROW et al., 2000; VERDERBERER; FINE, 2000);
- a **evolução da Medicina genética**, aumentando também nossa capacidade de diagnosticar as doenças, especialmente as hereditárias, e tratá-las ambulatorialmente e preventivamente, antes mesmo da manifestação dos sintomas (MALKIN, 2002; MILLER; SWENSSON, 2002);
- os **avanços na tecnologia da informação**, com a digitalização de prontuários, exames e prescrições, facilitando a comunicação, o armazenamento e a apresentação das informações relativas aos processos e serviços de saúde. Tornou-se possível disponibilizar, de modo imediato e internacionalmente, uma ampla quantidade de dados sobre o paciente e os possíveis tratamentos, o que favorece o processo de descentralização, por meio da monitoração e do atendimento domiciliar e por meio da atuação dos pequenos estabelecimentos assistenciais de saúde. Imagina-se que no futuro se tornará mais fácil o acesso ao estado de saúde do indivíduo por ele próprio e pelos médicos, pois tende a se desenvolver uma rede integrada

de informações entre as clínicas e os hospitais. Com essa integração, deve se ampliar o intercâmbio entre os profissionais de saúde e reduzir a ocorrência de falhas humanas (MCKAHAN, 1998; MALKIN, 2002; MILLER; SWENSSON, 2002; SKAGGS; SPRAGUE; MANN, 2007);

- o **crescimento da área de telemedicina**, facilitando o atendimento domiciliar, principalmente no caso de doenças crônicas. De acordo com Malkin (2002), num futuro próximo ‘televisitantes’ médicas serão remuneradas pelos planos de saúde;

- a **qualificação dos serviços e dos ambientes de saúde** devido à pressão do mercado e do público usuário. Deve-se cada vez mais buscar a humanização dos espaços de saúde, eliminando o estresse decorrente de aspectos ambientais e proporcionando a satisfação dos usuários através de condições adequadas de conforto. Atualmente entende-se que é possível conciliar os avanços tecnológicos e médicos do tratamento a um ambiente que resgate a escala humana, não sendo necessário sacrificar um aspecto em detrimento de outro (VERDERBERER; FINE, 2000; MALKIN, 2002; GÓES, 2004);

- a tendência para a adoção de **quartos universais** – quartos privativos e com dimensões amplas – em Unidades de Internação, reduzindo o risco de infecção hospitalar, acomodando melhor as atividades de pacientes, familiares e funcionários, e permitindo que uma maior variedade de tipos de atendimento seja realizada (MILLER; SWENSSON, 2002; SADLER, 2006). Por serem privativos e maiores, esses quartos são mais flexíveis e facilitam a incorporação de tecnologia, possibilitando trazer mais equipamentos e infraestrutura para a realização de diferentes atividades de diagnóstico ou tratamento. Com isso, diminui a necessidade de deslocar o paciente de um para outro setor do hospital o que é penoso do ponto de vista financeiro e de seu estado fisiológico;

- a busca por **redução de custos** no atendimento à saúde tem sido fator fundamental e determinante de novos rumos para o setor, resultando em estratégias como a **terceirização** de alguns serviços hospitalares (cozinha, lavanderia, limpeza, laboratórios etc.) (MCKAHAN, 1998; JOHNS; ZIRKLE, 1999);

- o crescimento do setor de cirurgias ambulatoriais e do atendimento a pacientes externos em geral, com o processo de **desospitalização**, relacionado à busca por redução de custos e à otimização do uso da infraestrutura hospitalar.

As cirurgias ambulatoriais, ou em Hospitais-Dia, são pré-agendadas e podem ser realizadas em clínicas ou hospitais. Por serem menos invasivas, elas proporcionam alta rotatividade na utilização dos espaços, reduzindo o período de internação e, conseqüentemente, os custos (JAMES; TATTON-BROWN, 1986; MALKIN, 2002; MILLER; SWENSSON, 2002; TUSLER, 2002; FREITAS, 2005). De acordo com Malkin (2002, p. 14), atualmente nos Estados Unidos, “Os casos menos complexos e mais lucrativos são conduzidos pelos médicos para serem realizados em um centro cirúrgico ambulatorial, enquanto o hospital é deixado para casos complexos e de reembolso decrescente”.

Uma Unidade de Internação convencional é onerosa, pois demanda uma grande equipe de profissionais de saúde e estrutura de apoio, como Unidade de Tratamento Intensivo, Unidades de Diagnóstico e Terapia, ambientes de apoio técnico como a cozinha, e apoio logístico como a lavanderia (JAMES; TATTON-BROWN, 1986). Por esse motivo, o total de internações nos Estados Unidos tem decaído nas últimas três décadas e já é inferior ao total de atendimentos a pacientes externos. Apesar do envelhecimento populacional, atualmente estão sobrando leitos hospitalares lá e prevê-se um decréscimo em sua oferta e na área total dos estabelecimentos de saúde a serem construídos, em função da elevação do atendimento ambulatorial e domiciliar (PRESSLER, 1995; MCKAHAN, 1998; BOBROW, 2000). Hoje, doenças crônicas, infecciosas e distúrbios psiquiátricos têm sido prioritariamente tratados preservando-se a estadia no ambiente residencial. Como consequência, vem se reduzindo o atendimento agudo, por meio de internações e UTI, e têm decrescido a quantidade total de leitos hospitalares e o tamanho dos hospitais (JAMES; TATTON-BROWN, 1986; PRESSLER, 1995; TUSLER, 2002; BITENCOURT, 2003; SKAGGS; SPRAGUE; MANN, 2007).

[...] existe, internacionalmente, uma tendência para a desospitalização. Os avanços da Medicina, novas técnicas de diagnóstico e tratamento, além das ações de prevenção e controle de doenças, permitiram, pelos sistemas ambulatoriais, Hospital-Dia ou *home care*, uma redução grande nos dias de internação e, conseqüentemente nas áreas a ela destinadas. (GÓES, 2004, p. 62)

Para Verderberer (2006, p. 79), “No ano 2050, para aqueles felizardos o suficiente de terem uma, a casa e não o hospital será o centro de cuidados à saúde do indivíduo, complementada por qualquer lugar onde se tenha acesso *online* às informações de saúde.” Imagina-se que cada vez mais a internação hospitalar será destinada apenas a pacientes com doenças agudas

e severas. O hospital atual é, e se consolidará ainda mais, como um centro de referência que concentra alta tecnologia, ideal apenas para a realização de procedimentos complexos, difíceis de ocorrerem no ambiente residencial (KARMAN, 1970; JAMES; TATTON-BROWN, 1986; JOHNS; ZIRKLE, 1999; SILVA, 1999; FREITAS, 2005;).

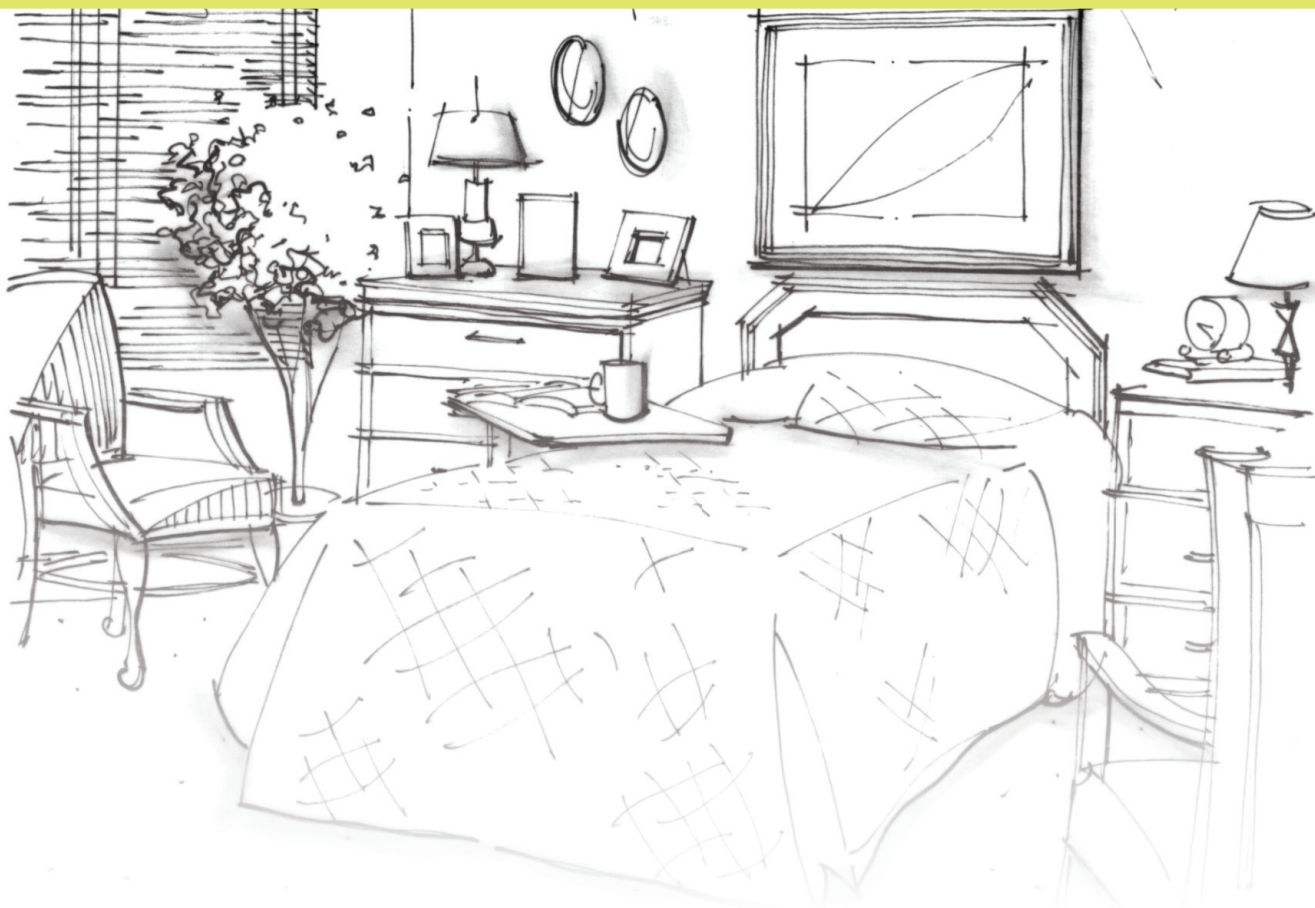
Coerentemente com o crescimento dos setores ambulatoriais, a valorização do lar como local de tratamento, a ênfase ao atendimento preventivo e as práticas de educação em saúde, cada vez mais os estabelecimentos se localizarão nas proximidades da população a ser atendida. A **descentralização** deverá ocorrer pelo aumento do número de hospitais pequenos e comunitários, hospitais especializados e estabelecimentos para ações básicas de saúde (postos de saúde, centros de saúde, policlínicas etc.).

Além de proporcionar um uso mais eficiente dos edifícios hospitalares, a descentralização possibilita: preservar as relações sociais entre o paciente, seus amigos e familiares; acessar mais facilmente o atendimento médico, diminuindo a barreira entre o paciente e a instituição; reduzir os custos e o tempo de execução das obras das edificações; agregar maior flexibilidade para a execução de reformas e ampliações das edificações; e planejar edifícios com menor impacto sobre a malha e a paisagem urbana (ITTELSON, 1973; JAMES; TATTON-BROWN, 1986; TUSLER, 2002; BITENCOURT 2003; SKAGGS; WAGENAAR, 2006; SPRAGUE; MANN, 2007).

Cabe observar, no entanto, que apesar das tendências mundiais, os modelos de atendimento à saúde a serem adotados também dependem de outros fatores como o produto interno bruto, o que justifica a grande disparidade nas condições de saúde entre os diferentes países (JAMES; TATTON-BROWN, 1986). No Brasil, nem toda a população tem acesso assegurado ao atendimento primário e às políticas de prevenção, sobrecarregando a demanda por atendimento hospitalar e ocasionando *déficit* de leitos de internação (GÓES, 2004; FREITAS, 2005). Agravando esse quadro, verificam-se o envelhecimento populacional, elevando o total de usuários que utilizarão o sistema público e privado de saúde; e o surgimento de tratamentos mais sofisticados e caros, decorrentes dos avanços da Medicina que serão indisponíveis para a população carente.

Embora o Hospital-Dia também seja uma tendência para a prestação de serviços de saúde no país e favoreça a alta produtividade do setor, faz-se necessário assegurar as condições adequadas para sua implantação, como o atendimento continuado, em especial para a população carente,

capacitando o sistema público de saúde e a família para dar sequência ao tratamento fora do hospital. Esforços da administração pública deverão ser direcionados para a educação, prevenção e atendimento domiciliar, bem como para a melhoria da qualidade de vida da população. Caso contrário, incorre-se no risco de que a aplicação desse modelo aqui ocorra em uma escala restrita ou que proporcione a redução da sobrecarga social e financeira do Estado em detrimento da qualidade dos serviços e do bem-estar da população.



# Capítulo 2

A Humanização dos Ambientes  
de Saúde e sua Apropriação pelo  
Paciente-Dia





Neste capítulo discutem-se duas das dimensões da humanização na Arquitetura Hospitalar: a percepção da imagem do ambiente e sua vivência pelos usuários. Discorre-se sobre a importância de ambas para o processo de apropriação e busca-se apontar aspectos do ambiente que lhe sejam determinantes em Unidades de Hospital-Dia, incluindo: privacidade, controle das condições ambientais e polivalência. As discussões baseiam-se em revisão bibliográfica, em visitas exploratórias feitas a Unidades de Hospital-Dia e em entrevistas com arquitetos hospitalares.

Buscou-se assim relacionar os conceitos de apropriação, privacidade, controle e polivalência à arquitetura hospitalar, já que, geralmente, essas definições são oriundas de outras áreas como a Psicologia, a Sociologia ou a Antropologia, e acabam ficando em um nível mais conceitual e abstrato para os profissionais que atuam diretamente com projeto arquitetônico. Procurou-se, por meio de exemplos de alternativas projetuais, relacionar esses conceitos à realidade dos ambientes de saúde e, mais especificamente, a das Unidades de Hospital-Dia, aproximando-os da prática profissional de Arquitetura e favorecendo a compreensão do que é importante para a apropriação do ambiente por esse perfil específico de usuário.

## 2.1 A CONCEPÇÃO HOSPITALAR ATUAL E A IDEIA DE HUMANIZAÇÃO

O cuidar, o tratar e o curar não se processam apenas pelos medicamentos. Outros elementos conformam esse processo e a Arquitetura é certamente um desses elementos. (Fábio Bittencourt, informação verbal)<sup>2</sup>

A compreensão da influência do ambiente hospitalar sobre o processo de recuperação da saúde é relativamente recente e o despertar para a questão remonta à concepção de “máquina de curar”, proposta por Poyet no século XVIII (FONTES, 2004; TOLEDO, 2006). É apenas a partir desse momento que os hospitais passam a diferenciar-se sensivelmente das demais tipologias arquitetônicas e das edificações religiosas nas quais se inseriam, definindo uma identidade própria. Naquela ocasião, inicia-se a conscientização de que o ambiente de saúde deve ser organizado de tal forma a potencializar a eficiência do atendimento médico e a assegurar as melhores condições possíveis de assepsia e habitabilidade.

<sup>2</sup> Informação obtida em entrevista realizada, em novembro de 2008, para fins de utilização nesta tese.

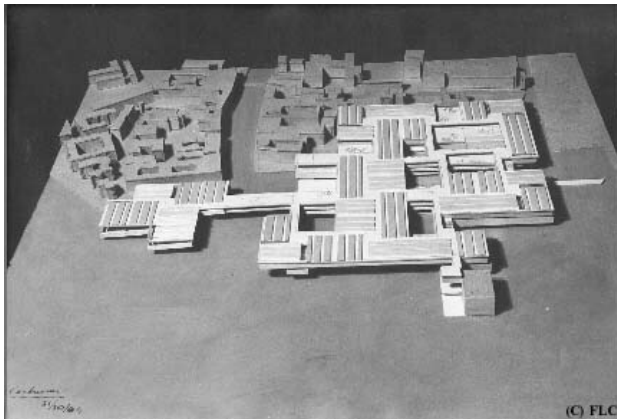
Estes passaram a ser aspectos fundamentais e determinantes da Arquitetura hospitalar, especialmente no decorrer do século XX. Durante o Movimento Moderno, além da busca pela criação de um ambiente asséptico e adequado à prática médica, o edifício hospitalar caracterizou-se ainda pela racionalização dos recursos financeiros e pela incorporação crescente dos avanços tecnológicos da área da saúde. Flexibilidade, expansibilidade, contiguidade de setores e ambientes afins, ordenamento dos fluxos, juntamente com funcionalidade, habitabilidade, assepsia e critérios econômicos foram parâmetros determinantes do hospital de então, sendo ainda incipiente a compreensão da influência dos atributos ambientais sobre o bem-estar dos usuários.

Nesse período, observou-se também a crescente setorização e o aumento da complexidade e da dimensão das edificações, resultantes da especialização médica e da sofisticação tecnológica (FONTES, 2004). O hospital de grande porte, compacto, verticalizado, asséptico e com quartos de internação austeros predominou na maior parte do século XX. Durante esse espaço de tempo, a concepção hospitalar, em geral, não se centrava nas necessidades sociais e psicológicas dos pacientes, mas sim na busca por condições mais favoráveis ao atendimento à saúde.

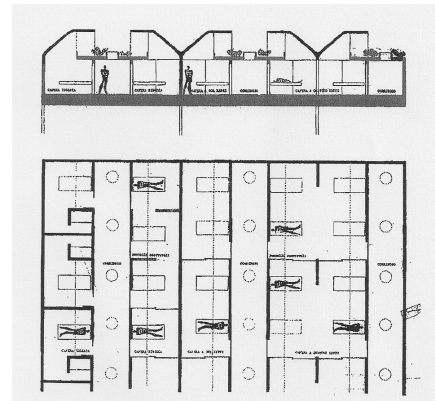
A partir dos anos 70 e principalmente nos anos 80, inicia-se no exterior o questionamento desse padrão hospitalar, em parte como decorrência do questionamento da própria Arquitetura Moderna (CARPMAN; GRANT, 1993). No Brasil, essas discussões se fizeram mais presentes nos anos 90. Passou-se a entender que, apesar do atendimento à saúde continuar sendo o principal objetivo destes estabelecimentos, a prática projetual não devia dirigir-se exclusivamente à eficiência médica e à incorporação tecnológica. A partir de então, grande ênfase começa a ser dada ao desenvolvimento de ambientes mais humanizados, que contribuam para a recuperação da saúde dos pacientes e para o bem-estar dos usuários em geral.

Cabe observar que a Arquitetura hospitalar avançou muito durante o Modernismo, transformando-se, de grandes salões de enfermaria, para a complexa organização espacial que distingue os hospitais de hoje. De acordo com Fontes (2004) e Verderberer e Fine (2000), os julgamentos negativos atribuídos ao paradigma hospitalar moderno nem sempre se devem à obra dos seus expoentes, que raramente se envolviam em projetos nessa área, mas principalmente à reprodução pouco criteriosa de modelos arquitetônicos e princípios estilísticos que resultaram em concepções simplistas, descontextualizadas e de pouca qualidade.

Além disso, ainda que a humanização dos ambientes não predomine na produção arquitetônica do período, podem ser observadas importantes contribuições para o entendimento do tema, a exemplo do hospital idealizado entre 1963 e 1964 por Le Corbusier para Veneza, que nunca chegou a ser executado. Um dos argumentos centrais do projeto do Hospital de Veneza consiste no fato de que o campo visual do paciente acamado é o teto, o que orientou o desenvolvimento de uma solução diferenciada de relação interior-exterior: uma cobertura composta por elementos zenitais que permitiriam a iluminação e ventilação natural (FIG. 12 e 13). Independentemente das críticas já feitas ao conjunto desta proposta (PORTOGHESI, 2007), destaca-se o seu caráter inovador para a época, visto que a definição do partido arquitetônico é, em parte, justificada pela percepção dos usuários.<sup>3</sup>



**Figura 12** – Foto da maquete realizada para o projeto do Hospital de Veneza, de Le Corbusier  
Fonte: FONDATION LE CORBUSIER, 2009.



**Figura 13** – Corte e planta esquemática do Hospital de Veneza, de Le Corbusier  
Fonte: VERDERBERER; FINE, 2000.

Como resposta a esses questionamentos, a partir dos anos 70, passa-se a buscar uma expressão contemporânea da Arquitetura hospitalar, centrada no propósito de proporcionar o resgate da escala humana. Embora a humanização seja um pressuposto da Arquitetura, e falar em Arquitetura Hospitalar humanizada deveria ser uma redundância, muitas das edificações hospitalares não parecem responder à complexidade das necessidades de seus usuários, razão pela qual o termo humanização passou a ser amplamente adotado e aceito nas pesquisas e projetos desenvolvidos nessa área, nesse período.

<sup>3</sup> O arquiteto chileno Alejandro Aravena Mori citou o Hospital de Veneza como um "feito arquitetônico", em palestra proferida no PROPAP/UFRGS. Segundo ele, o projeto é inovador por adotar *sheds* para as coberturas em decorrência da percepção visual dos pacientes acamados.

Transpondo-se os estudos de Cullen (1971) e de Whyte (1980), relativos aos espaços urbanos para o âmbito da Arquitetura e, em especial, buscando colocá-los em uma perspectiva aplicável aos estabelecimentos de saúde, é possível definir a humanização como a qualificação do ambiente de forma a assegurar os atributos desejáveis para a experiência do indivíduo, para sua efetiva apropriação. Nesse entendimento, o conceito de escala humana transcende a relação entre as proporções do espaço frente às do corpo humano, fazendo referência à vivência do local em sua totalidade. Ambientes de saúde adequados à escala humana seriam aqueles ajustados às expectativas e necessidades de pacientes, funcionários e acompanhantes.

Cullen (1971) recomenda que os ambientes sejam caracterizados por aspectos como vitalidade, interesse, dinamismo e autenticidade. Nesse olhar sobre a humanização, o percurso ou a estadia do indivíduo em um local deveria gerar uma experiência plástica enriquecedora, o que implica um rompimento com a monotonia, a rigidez e a frieza presentes em boa parte da Arquitetura hospitalar do século XX. A percepção visual dos ambientes adquire uma importância significativa já que sua configuração formal pode constituir-se em um estímulo à utilização, instigando e dando suporte a ações como o convívio social. Observa-se que esse ponto de vista sobre a ambiência arquitetônica não se foca em noções estilísticas ou decorativistas, mas sim, na sua vivência. Mesmo a imagem do ambiente é valorizada na medida em que contribui para a experiência humana no ato de percorrer e utilizar os espaços.

Ainda com relação à imagem, Whyte (1980) observa que o apuro estético não é fator determinante na preferência dos usuários por um ou outro espaço público urbano, razão pela qual a atividade projetual deve visar à criação de condições ideais para o uso mais do que para a contemplação. Em seus estudos em praças, ele constatou que os usuários em geral não se atinham a uma análise minuciosa de sua aparência, e que tantos locais, nos quais a composição fosse mais ou menos requintada, poderiam ser igualmente procurados pelas pessoas desde que fossem propícios ao encontro e ao convívio.

Também segundo Whyte (1980), as configurações ambientais deveriam acomodar circunstâncias e anseios distintos, ajustando-se à dinâmica da vida humana. No caso dos hospitais, tanto quanto parecem necessários locais que comportem atividades de interação social, possivelmente também serão aqueles que favoreçam o isolamento e a tranquilidade de pacientes e acompanhantes. Ao dar possibilidades de escolha para os

usuários, permite-se que eles exerçam algum controle sobre o ambiente e que expressem melhor suas necessidades, situação que costuma ser crítica nos estabelecimentos de saúde e, conseqüentemente, fonte de estresse.

No entanto, faz-se necessário avançar mais na compreensão de quais seriam de fato as necessidades sociais, físicas e psicológicas dos usuários de estabelecimentos de saúde e, em especial, dos Hospitais-Dia, bem como quais os atributos ambientais que permitem atendê-las, possibilitando a realização das atividades humanas e, mais do que isso, proporcionando uma experiência emocional mais positiva. Enquanto praças são lugares públicos de uso coletivo, onde a busca pela interação social parece ser uma função predominante, no ambiente hospitalar coexistem atividades e necessidades muito variadas. Condições ruins de privacidade, orientabilidade, legibilidade, acomodações de familiares, ociosidade e passividade do usuário em relação ao ambiente, são algumas questões frequentes nessas edificações e que precisam ainda ser melhor compreendidas. De acordo com Carpman e Grant (1993), sabe-se hoje mais sobre os hospitais na ótica de administradores do que sobre os usuários.

Pode-se constatar, entretanto, que para se efetivar essa concepção de humanização relacionada à qualidade e vivência do ambiente como um todo, é preciso incorporá-la desde o início da etapa de planejamento da edificação. Os atributos ambientais que dão suporte às atividades terapêuticas, ao processo de cura e ao bem-estar de seus usuários deverão ser considerados desde o lançamento do partido arquitetônico, uma vez que não se expressam apenas nas soluções de fachada ou de acabamento dos espaços internos, mas permeiam as relações entre todos os elementos constituintes do edifício e de sua implantação. O efeito restaurativo da contemplação de áreas verdes, por exemplo, só pode ser alcançado se for um aspecto previsto no partido, de forma que as decisões projetuais tomadas posteriormente – como tipologia e posicionamento de jardins, aberturas e fechamentos – viabilizem a integração interior-exterior. A própria funcionalidade pode ser entendida como um fator que contribui para a humanização, pois, quando se projeta visando à redução das circulações ou à descentralização de postos de enfermagem, aproxima-se o profissional de saúde do ambiente a ser atendido e minimiza-se seu esforço físico de deslocamento. Assim, contribui-se para o conforto da equipe médica e de enfermagem e para o próprio atendimento ao paciente.

Para o arquiteto Flávio Kelner (informação verbal),<sup>4</sup> criar um ambiente hospitalar visualmente agradável é o mínimo que os arquitetos devem fazer. A humanização, no entanto, corresponde a um projeto bem resolvido como um todo. Os arquitetos Luiz Carlos de Menezes Toledo e Celso Giraffa (informação verbal)<sup>5</sup> também relacionam a humanização com a qualidade da Arquitetura como um todo, isto é, nos casos dos ambientes hospitalares, os mesmos devem ser projetados de modo a refletir a preocupação com as pessoas que os utilizarão. Nesse sentido, a humanização inclui até mesmo o atendimento das necessidades técnicas e funcionais como flexibilidade e expansibilidade.

Assim, ambientes hospitalares humanizados não seriam apenas imagens arquitetônicas atraentes, mas também e, principalmente, locais que respondem adequadamente aos anseios de quem os utiliza, tornando-se para eles valorizados e carregados de significação. Poderíamos ainda defini-los como ambientes propícios à manifestação da vida, “[...] espaços que funcionem para as pessoas [...]” (WHYTE, 1980, p. 15).

## 2.2 O SENTIDO DE HUMANIZAÇÃO COMO IMAGEM

[...] pois a Arquitetura significa formas criadas em torno do homem, criadas para nelas se viver, não meramente para serem vistas de fora.  
(RASMUSSEN, 1986, p. 2)

A dimensão simbólica da Arquitetura hospitalar, pouco explorada no Movimento Moderno, teve sua importância reconhecida recentemente. Até então, a ênfase aos aspectos técnico-construtivos e à funcionalidade fez com que, em muitos projetos, fossem subestimadas as mensagens implícitas na imagem do ambiente, tão importantes para seus usuários durante a vivência do local.

Nesse momento, somam-se esforços no mundo inteiro no sentido de buscar a humanização dos estabelecimentos de saúde; e uma das abordagens em evidência consiste na recomendação de que os hospitais deveriam assemelhar-se à imagem de edificações com outras finalidades, apresentando, por exemplo, uma aparência residencial ou hoteleira e,

<sup>4</sup> Informação obtida em entrevista com o arquiteto, realizada em novembro de 2008, como contribuição para o desenvolvimento desta tese.

<sup>5</sup> Informação obtida em entrevista com os arquitetos, realizada em novembro de 2008, como contribuição para o desenvolvimento desta tese.

com menos frequência, comercial – *shopping center* – ou temática, sendo esta última indicada para instituições pediátricas.

A sugestão de que os edifícios de saúde revistam-se de outras leituras que não as que lhes são próprias, recorrente nas publicações, origina-se de trabalhos científicos e projetos desenvolvidos no exterior, passando a ser também recomendada localmente. De acordo com essa abordagem, procura-se desvincular a imagem do estabelecimento de saúde em relação à sua função e às associações negativas que esta possa inspirar, como dor, sofrimento, dependência, medo, estranhamento, entre outros. Além disso, dessa forma se estaria explorando associações positivas, como aconchego, familiaridade e controle, características comumente atribuídas ao ambiente residencial; e conforto, relaxamento, comodidade e sofisticação – típicas dos ambientes hoteleiro e comercial. De acordo com Carpman e Grant (1993, p. 19, tradução nossa). “O projeto de espaços de saúde está tentando distanciar-se de uma imagem de ‘doença’ em favor de uma imagem de ‘hospitalidade’ [...]”.

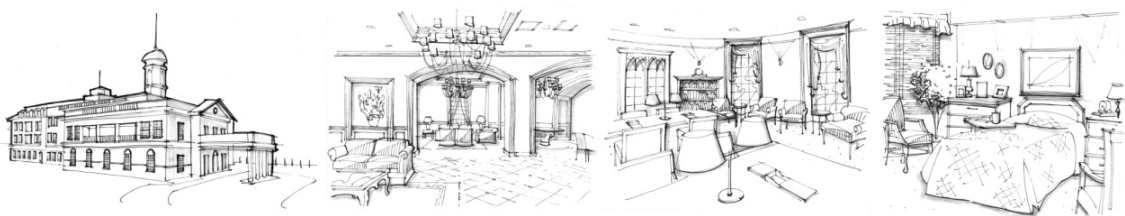
O psicólogo ambiental David Kopec, em seus estudos sobre estabelecimentos de saúde, sugere que “Componentes interiores com uma estética residencial (exemplo: mobiliário de pequena escala, revestimentos de parede e aparelhos de iluminação) irão criar um sentido de familiaridade e segurança” (KOPEC, 2006, p. 220, tradução nossa). E prossegue em suas recomendações:

Assim, projetistas deveriam evitar edifícios massivos e fachadas longas ininterruptas, e utilizar elementos encontrados em casas unifamiliares (como entradas cobertas protegidas do tempo, tratamento adornado em janelas, linhas de telhado diferenciadas, materiais de construção como madeira ou pedra) e paisagismo generoso com elementos como bancos para sugerir a presença humana. (KOPEC, 2006, p. 223, tradução nossa)

Nas publicações da reconhecida organização Planetree<sup>6</sup> também se aconselha a adoção de uma estética residencial (FIG. 14), pela utilização prioritária de materiais de acabamento aconchegantes. Contudo, suas recomendações não se limitam ao aspecto visual dos ambientes, pois sugerem a incorporação, aos projetos hospitalares, de atrativos para pacientes

<sup>6</sup> O Planetree é uma organização sem fins lucrativos, fundada em 1978, que passa a reivindicar a humanização dos hospitais norte-americanos, entendendo que o processo de tratamento deveria estar centrado no ponto de vista dos pacientes e não da equipe médica. Embora seu foco principal corresponda às questões de humanização do tratamento, isto é, da relação médico-paciente, também chamou a atenção para a influência do ambiente nesse processo.

e acompanhantes, como bibliotecas, cozinhas, salas de estar, acomodação para pernoite, lojas de conveniências, bem como a disposição de obras de arte em toda a edificação.



**Figura 14** – Vista externa, sala de espera, biblioteca e quarto encontrados em hospitais com ambientação residencial

Fonte: desenho da autora adaptado a partir de fotografias de OHBA, 1995.

O Center for Health Design,<sup>7</sup> outra organização mundialmente conhecida que tem desenvolvido um trabalho abrangente em relação à humanização, sugere, em algumas de suas publicações, a ambientação característica de hotéis como forma de proporcionar mais satisfação aos usuários sobre o espaço físico e à própria instituição. Embora recomende a adoção da imagem hoteleira, argumenta que não se trata necessariamente de planejar edifícios sofisticados ou luxuosos, mas de proporcionar conforto e bem-estar.

O arquiteto norte-americano Wolfgang Preisler, que tem se dedicado à Avaliação Pós-Ocupação e ao desenvolvimento de projetos de instituições de saúde, também sugere: “Hoje hospitais são mais como hotéis na tentativa de prover um ambiente acolhedor e cuidadoso que supere a apreensão, o medo e o trauma associados com os edifícios hospitalares” (PREISER; VISCHER; WHITE, 1991, p. 177, tradução nossa). Seu ponto de vista sobre a humanização exemplifica-se no projeto de reforma do Centro Ambulatorial West Side em Chicago, desenvolvido com base em entrevistas feitas junto aos usuários, que buscou explorar a espacialidade da proposta e uma ambiência aconchegante, bem como incorporar espaços de suporte a pacientes e acompanhantes como café, átrio e salas de espera.

<sup>7</sup> O Center for Health Design também é uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, que está buscando reunir e divulgar pesquisas científicas, desenvolvidas com rigor metodológico, que comprovem a influência de determinados atributos ambientais no bem-estar físico e emocional dos usuários, de forma a orientar a atividade projetual. Esta linha de pesquisa foi denominada projeto baseado em evidências - *evidence based design*. Um de seus principais trabalhos é o chamado Pebble Project, que se fundamenta em dados obtidos em mais de 40 hospitais norte-americanos, buscando estabelecer correlações diretas entre aspectos do ambiente e benefícios como a redução dos períodos de internação, da sensação de dor, dos níveis de estresse e a menor rotatividade de funcionários.



Para Rawlings, outro arquiteto norte-americano, a imagem hoteleira (FIG. 15) deve abranger desde a criação de ambientes luxuosos até a incorporação de espaços e serviços típicos de hotéis como: mais de uma opção de restaurante; lojas de conveniências; sala de jogos; biblioteca; tratamento paisagístico dos espaços externos; quartos privativos com área de estar, estação de trabalho com internet, aparelhos de televisão, DVD, micro-ondas e refrigerador, de forma a atrair um público cada vez mais exigente (RAWLINGS, 2006).

Os *lobbies* de hotel e áreas de espera de hoje são muito mais atraentes para qualquer um do que os ambientes estéreis dos hospitais passados. Áreas de espera amenas, materiais naturais e lareiras são agora uma realidade, e nós como projetistas queremos melhorar a experiência do paciente. (RAWLINGS, 2006, p. 40, tradução nossa)



**Figura 15** – Vista externa, átrio, recepção e quarto de hospitais exemplificando a ambientação hoteleira  
Fonte: desenho da autora adaptado a partir de fotografias de OHBA, 1995.

Para alcançar essa ambientação hoteleira ou residencial, muitas outras recomendações constam ainda nas publicações, como explorar mobiliário característico desses locais, elementos decorativos como cortinas e tapetes, projeto lumino-técnico com efeitos cenográficos, obras de arte, materiais naturais como pedra ou madeira, ou sintéticos com efeito visual similar, entre outros.

Embora as publicações dediquem-se muito à discussão da aparência das edificações, observa-se que no exterior o entendimento do que seria a imagem humanizada e hoteleira, residencial ou comercial do edifício hospitalar não se restringe apenas a isso, abrangendo também a inclusão na programação de projeto de ambientes e serviços comumente encontrados nestas outras categorias de construções. Nos Estados Unidos, país de onde provém boa parte das publicações na área, não apenas se explora uma ambientação que poderia ser considerada cênica ou *fake*, mas também verdadeiramente se centra o desenvolvimento dos projetos nas necessidades de pacientes e acompanhantes. Grande cuidado é despendido a aspectos determinantes do conforto dos usuários, como a possibilidade de controlar algumas das

condições ambientais, como iluminação, climatização, aparelhos de televisão e som. Além disso, embora nem sempre isto esteja tão explícito nos artigos sobre humanização ou na apresentação dos projetos arquitetônicos em revistas, esses hospitais com frequência caracterizam-se também como paradigmáticos no que se refere à variabilidade de atividades que os pacientes externos podem desenvolver durante o tratamento. No caso de unidades de Quimioterapia Ambulatorial, por exemplo, são comuns a adoção de boxes privativos com mobiliário que dê suporte ao uso de computador ou à realização de leituras; equipamento de mídia individualizado – som e televisão; acomodações para acompanhantes; e visuais para o exterior.

Raramente, no Brasil, verifica-se a amplitude da ambientação hoteleira, residencial ou comercial presente nos projetos hospitalares de países como os Estados Unidos ou o Japão. Nos estabelecimentos privados, a aplicação dessa abordagem de humanização fica aqui mais restrita a preocupações estéticas relativas ao tratamento das fachadas e de ambientes internos de maior fluxo do público, como *halls* ou salas de espera, a exemplo do que se verificou na Avaliação Pós-Ocupação da Clínica São Vicente (DEL RIO, 1998).

Há uma conscientização por parte do setor privado de que a imagem do hospital ou clínica é um elemento de atração e venda dos serviços. Em muitos estabelecimentos particulares busca-se a humanização como forma de focar em uma clientela mais restrita e em uma faixa mais alta de remuneração dos planos de saúde. Por essa razão, arquitetos têm sido cada vez mais solicitados a dar ênfase ao apelo visual da edificação, especialmente em locais de maior visibilidade. A compreensão de sua abrangência e a aplicação de estratégias de humanização nos projetos da área da saúde ainda está muito direcionada à imagem das edificações (informação verbal),<sup>8</sup> ainda que este aspecto seja de fato muito importante e represente, por si só, um avanço na área.

Na saúde pública, constata-se uma distância ainda maior entre a realidade das instituições e essas tendências internacionais, visto que há escassez de verbas para a construção de novos hospitais e para a manutenção dos existentes. Os problemas na saúde pública no país extrapolam as questões edilícias e, por sua seriedade e urgência, muitas vezes acabam por relegar a um segundo plano

<sup>8</sup> Os dados discutidos nesse parágrafo representam uma síntese de informações obtidas em quatro de dez entrevistas feitas em 2008 com profissionais com grande experiência na área hospitalar: Ana Claudia Meirelles Penna, Claudia Miguez, Fábio Bittencourt e Mauro César de Oliveira Santos.

a necessidade de humanização do ambiente.<sup>9</sup> Esta ainda é uma meta a ser alcançada, sendo as soluções adotadas bastante tímidas e, muitas vezes, restritas a recursos como explorar o uso de cores na pintura das paredes e nos demais acabamentos internos. Verificam-se aqui dificuldades orçamentárias para assegurar a higienização de soluções como carpetes e cortinas, razão pela qual sua aplicação é até mesmo restringida pelos órgãos responsáveis pela aprovação e fiscalização dos projetos e obras.

Desse modo, a visão de humanização direcionada à imagem do ambiente, originária do exterior, parece aqui ter uma aplicação orientada para as instituições particulares e, ainda assim, limitada por questões econômicas, técnicas e legais. Entende-se que essa concepção está usualmente relacionada a uma elevação dos custos de construção de curto e longo prazos e muitas vezes causa impacto em aspectos como funcionalidade, durabilidade e facilidade de limpeza – características que seguem sendo fundamentais nos serviços de saúde.

Embora haja aspectos favoráveis e desfavoráveis em se explorar tais possibilidades da imagem dos ambientes de saúde, há evidências de uma correlação positiva entre essas formas de ambientação e a satisfação dos usuários (ULRICH; ZIMRING, 2007).<sup>10</sup> Castello (2005), em sua tese, discorre sobre ambientes urbanos que são, frequentemente, avaliados pela crítica como sendo artificiais e inautênticos, por terem sido deliberadamente planejados para estimular determinados efeitos perceptivos, mas que respondem a necessidades e valores da sociedade contemporânea e que se caracterizam como lugares para seus usuários. Para o autor, a possibilidade de escapar da realidade e imergir num mundo de fantasia é parte daquilo que, de fato, dá significado a determinados espaços, caracterizando-os como lugares.

Por outro lado, pode-se questionar a busca de uma identidade não hospitalar como sendo o único caminho possível, isto é, a necessidade de se buscar referências em outras edificações para a definição da imagem do hospital como condição essencial para a promoção do bem-estar dos usuários. Algumas das publicações que defendem a ambientação hoteleira, comercial ou residencial parecem subentender a ideia de que não seria possível um

<sup>9</sup> Informação obtida em entrevista com os arquitetos Ana Claudia Meirelles Penna e Osvaldo Magalhães, em novembro de 2008, para fins de utilização nesta tese.

<sup>10</sup> Roger Ulrich tem desenvolvido um trabalho de pesquisa abrangente relativo à humanização de hospitais, obtendo resultados que excedem as questões da sua imagem, aqui destacadas em função de constituírem o ponto central da discussão. Suas pesquisas procuram comprovar, através de dados quantitativos, os benefícios para a saúde humana de determinadas características ou configurações ambientais, e integram as publicações divulgadas pelo Center for Health Design.

estabelecimento de saúde explicitar em sua imagem o fim a que se destina e, ao mesmo tempo, corresponder às expectativas e anseios dos usuários. Os projetos de João Filgueiras Lima para a rede Sarah, por exemplo, comprovam que uma edificação de saúde pode ter uma identidade institucional clara e ainda refletir, em cada detalhe, o foco no usuário para cuja vivência foi pensada. Nesse caso, é a qualidade da sua Arquitetura como um todo que lhe confere o caráter humanizado.

Além disso, cada contexto histórico, social, cultural, econômico e ambiental demanda propostas específicas. Ao limitarmos o desenvolvimento de espaços de saúde à aplicação de recomendações projetuais, restringe-se à liberdade necessária à prática projetual arquitetônica, que constitui campo para a inovação e a evolução da área.

A imagem e suas amplas possibilidades confirmam-se como uma dimensão indiscutivelmente importante para a Arquitetura hospitalar, assim como o são para toda a Arquitetura. Os trabalhos desenvolvidos nessa área contribuíram muito para o esclarecimento do tema e de sua importância e representam um avanço significativo em relação à ambientação hospitalar característica da maior parte do século XX. Todavia, o prosseguimento das pesquisas científicas e a revisão crítica dos projetos desenvolvidos devem seguir indefinidamente retroalimentando a prática projetual e aprofundando o entendimento destes e de outros aspectos determinantes da humanização de ambientes de saúde como, por exemplo, aqueles relacionados à sua vivência.

### 2.3 O SENTIDO DE HUMANIZAÇÃO COMO VIVÊNCIA E APROPRIAÇÃO

Toda a Arquitetura funciona como um estímulo potencial para o movimento, real ou imaginado. Um edifício é um convite à ação, um palco para o movimento e a interação. É um parceiro no diálogo com o corpo. (BLOOMER; MOORE, 1977, p. 59)

Conforme visto, grande ênfase tem sido dada recentemente à imagem dos ambientes de saúde em publicações internacionais, especialmente norte-americanas, sugerindo que os mesmos revistam-se da leitura de outras edificações, como o ambiente residencial, de forma a proporcionar sua humanização (PREISER; VISCHER; WHITE, 1991; CARPMAN; GRANT, 1993; KOPEC, 2006; RAWLINGS, 2006). Contudo, para além das questões de

imagem, os hospitais norte-americanos também são locais pensados para a vivência e, em especial, a vivência do paciente. Além dos projetos, há importantes trabalhos científicos direcionados para esse enfoque.

O pesquisador norte-americano Roger Ulrich define como um dos aspectos de maior relevância em ambientes de saúde, a possibilidade de desfrutar de distrações positivas (ULRICH, 1995; ULRICH; ZIMRING, 2007; ULRICH, 2009), que são componentes do ambiente que desviam o pensamento do paciente em relação à doença, proporcionando bem-estar, objetivando que o mesmo não se concentre exclusivamente em seu sofrimento. O medo da dor, do prognóstico, do tratamento e dos efeitos colaterais são algumas das preocupações comuns para pacientes e acompanhantes, e a possibilidade de distrair-se poderia amenizar sensivelmente o estresse daí oriundo. De acordo com Kopec (2006), pensamentos negativos associados às doenças podem acentuar o estado psicológico e fisiológico fragilizado do indivíduo e conduzir a outros distúrbios como ansiedade, depressão ou debilitar o sistema imunológico.

As pesquisas realizadas por Ulrich (1995) e Ulrich e Zimring (2007) enquadram-se na linha do *Evidence Based Design* – Projeto Baseado em Evidências – e têm comprovado objetivamente os efeitos de determinados aspectos da humanização do ambiente para a saúde humana, incluindo as distrações positivas como, por exemplo, acelerando a alta hospitalar, reduzindo a pressão sanguínea, reduzindo a produção de hormônios relacionados ao estresse e evitando distúrbios como a depressão. Para Sternberg (2009, p.6) “[...] Roger Ulrich foi o primeiro a realmente medir os efeitos do entorno do paciente no processo de cura.”

Para Ulrich (1995), a relação com a natureza, com animais de estimação e com rostos simpáticos e amigáveis – suporte social – são três das principais situações que constituem distrações positivas. Em seus trabalhos, grande ênfase é dada, sobretudo, ao poder restaurativo para a saúde humana de contemplar ou utilizar áreas verdes externas.

No entanto, entende-se aqui que o conceito de distrações positivas transcende essas três situações e pode ser aplicado também a outros aspectos do ambiente que deem suporte ao indivíduo, entretendo-o e proporcionando alívio emocional. Um ambiente que favoreça diferentes formas de uso, acomodando atividades outras, além das práticas clínicas, e que contribua para que o paciente tenha uma vivência mais satisfatória, enquadra-se nessa perspectiva.

Carpman e Grant (1993) e Kopec (2006) também destacam a importância das distrações positivas como receber visitas ou realizar pequenas refeições, satisfazendo necessidades práticas, aliviando a tensão própria do processo de tratamento e apresentando funções terapêuticas, como reduzir níveis de estresse e proporcionar relaxamento.

Em trabalho desenvolvido pela empresa Redman (2008), especificamente relacionado às necessidades de pacientes de Unidades de Quimioterapia, os entrevistados ressaltaram o valor de distrações positivas como ouvir música; ver um filme; caminhar em um jardim com árvores; estar em ambientes alegres, quentes e amigáveis; receber acompanhantes; contemplar arte figurativa; e desenvolver arteterapia. Nessa pesquisa, a própria imagem do ambiente foi relacionada às distrações positivas, por exemplo, desviando a atenção do paciente do tratamento para a contemplação de quadros, aquários, jardins, entre outros.

Cada pessoa tem o seu modo de vida e o ambiente hospitalar pode dar vazão à expressão de, ao menos, alguns dos seus hábitos ou rotinas. Já que ajustar-se à totalidade dos usuários é difícil, deve-se buscar permitir algum nível de expressão pessoal.

Obviamente é financeiramente impossível a qualquer hospital fornecer o conforto de uma casa. Todavia, ignorar as necessidades dos pacientes e negar-lhes a oportunidade de pelo menos se aproximarem de diversas atividades normais pode tornar mais grave seu desconforto, o que, por sua vez, pode resultar em necessidade de maiores cuidados. Assim, quaisquer efeitos comportamentais de projetos de hospitais que visem apenas à funcionalidade, sem levar em conta as necessidades do paciente, serão provavelmente deletérios. (HEIMSTRA; McFARLING, 1978, p. 83)

Sternberg (2009) aponta que o paciente hospitalizado deve movimentar-se sempre que possível, intencionando a contribuição para o processo de recuperação da saúde, evitando, por exemplo, a formação de escaras. Ulrich (2009) também observa os benefícios da movimentação e prática de exercícios físicos pelos pacientes com o intuito de combater a depressão e outros distúrbios psicológicos que possam acometê-los.

Del Nord (2010b) reforça a relevância de que os ambientes de saúde permitam aos pacientes dar continuidade às atividades que mantinham fora do hospital, como forma de humanização da Arquitetura hospitalar. Especialmente no que se refere a hospitais pediátricos, Del Nord enfatiza que o ambiente deve permitir à criança brincar nele e explorá-lo, já que estas são atividades do seu cotidiano.

A própria sensação de que não se está aproveitando o tempo, isto é, de que o tempo passado durante o tratamento é improdutivo, gera incômodo para muitos doentes (CARPMAN; GRANT, 1993).

Um último argumento em relação à necessidade de proporcionar distrações positivas que contribuam para uma postura mais ativa do paciente diz respeito ao ciclo circadiano, popularmente conhecido como relógio biológico. O ciclo circadiano corresponde ao ritmo do corpo humano para a produção de hormônios que afetam nossas atividades diárias, nosso bem estar fisiológico e mesmo psicológico, e esse ritmo é influenciado pelo sol, luminosidade e períodos do dia (STERNBERG, 2009). De acordo com o geriatra Vanir Cardoso (informação verbal),<sup>11</sup> se pacientes são estimulados a permanecerem ociosos ou repousando durante o dia, podem ocorrer alterações em sua rotina de sono, causando distúrbios como a insônia durante a noite. Especialmente no caso de idosos, que representam uma parcela expressiva dos usuários de hospitais, a inversão do período de repouso é prejudicial, impactando negativamente em seu estado psicológico.

A despeito disso, passividade e inatividade são situações comuns aos pacientes. Alves (2005) verificou três distintos padrões de apropriação de um ambiente público de saúde por pacientes internados: passividade e introversão frente à instituição, percebendo o atendimento quase que como um ato de caridade; passividade, apesar da insatisfação em relação ao ambiente associada a alternâncias entre sensações de medo e de otimismo; e interação com o ambiente, que, geralmente, era percebida nos casos de indivíduos com uma perspectiva mais otimista do processo de tratamento e recuperação.

Experiências passivas são aquelas nas quais não há a ação ou a ação é sofrida pelo indivíduo e não desenvolvida por ele (BLOOMER; MOORE, 1977). Nessas circunstâncias, o indivíduo não pode expressar-se plenamente e ocorre a alienação do corpo, que compromete sua capacidade de identificação com o ambiente e consigo mesmo, sua autoestima e bem-estar.

Mesmo quando há evidências de inadequações do ambiente para as suas necessidades, são frequentes as situações nas quais os pacientes não fazem reivindicações ou alterações para resolver esses desajustes (SOMMER, 1973; SOMMER; SOMMER, 1997; ALVES, 2005). A passividade com respeito ao ambiente pode estar relacionada ao fato de que parte

<sup>11</sup> Dado fornecido pelo médico em conversa que teve com a autora.

dos pacientes estão debilitados pela doença, o que pode limitar sua disposição física e psicológica (CHEN; SANOFF, 1990). Porém, também pode relacionar-se ao fato de que hospitais são lugares de domínio de quem os administra, assim como geralmente ocorre em edifícios institucionais. Essa situação torna-se ainda mais evidente em estabelecimentos públicos onde, devido ao atendimento ser subsidiado pelo Estado, é reduzido o controle exercido pelo indivíduo. Nesses locais, é comum que o paciente sinta-se agradecido pela gratuidade dos serviços (ALVES, 2005), ou ainda que o paciente seja pouco exigente, em função das próprias limitações dos ambientes que ele vivencia em seu cotidiano, no caso de população de baixa renda.

Assim, a humanização, em um entendimento mais abrangente, deve ligar-se não apenas à imagem do ambiente, mas também a outros aspectos vinculados à sua vivência. Corresponde à busca por entender o significado desses lugares para seus usuários, bem como capacitá-los para as atividades que lá se pretendem realizar. Essas atividades devem englobar tanto aquelas que são essenciais, como o atendimento médico propriamente dito, quanto as aspirações e necessidades mais sutis, a exemplo de atividades que se constituam em distrações positivas para pacientes e acompanhantes e que lhes possibilitem uma postura mais ativa dentro dos ambientes de saúde.

Dentro do papel que cabe à Arquitetura, faz-se necessário transpor a concepção estritamente funcionalista do espaço, de ambientes pensados para um único fim, que limitam a expressão espontânea de outros anseios. Faz-se necessário, também, transpor a concepção meramente formal ou imagética do ambiente, que não encerra em si todas as necessidades humanas. Imagem e vivência são duas dimensões distintas, relevantes e complementares da humanização, e ambas influenciam na percepção e satisfação do indivíduo.

A imagem do ambiente contribui para seu uso por sua capacidade de atratividade, orientação e motivação, porém, projetos arquitetônicos não devem focar demasiadamente nas questões formais a ponto de esquecerem as pessoas que o utilizam (MOORE; ALLEN, 1976). A Arquitetura deve ser, de alguma forma, direcionada às necessidades humanas, sua dinâmica, seu movimento. O projeto do lugar deve refletir a hierarquia e os hábitos de seus usuários, para que seja também ele um projeto incluyente e cheio de vida. A boa Arquitetura hospitalar, assim como a boa Arquitetura, deve constituir cenários para a ação humana, favorecendo sua apropriação.



## 2.4 O CONCEITO DE APROPRIAÇÃO

Nesta perspectiva, considera-se desde logo que os lugares em que vivemos e trabalhamos moldam de algum modo a nossa maneira de ser e os nossos comportamentos, dado que nós próprios nos constituímos nas relações que mantemos com eles. (FISCHER, 1984, p. 9)

Segundo Scannell e Gifford (2009), a apropriação corresponde à conexão entre as pessoas e os lugares que são significativos para elas, subentendendo que há uma carga simbólica e afetiva na relação entre o indivíduo e o ambiente. A apropriação refere-se ainda a sentimentos como apego, identificação e pertencimento ao local, ou ainda a posse em relação a ele.

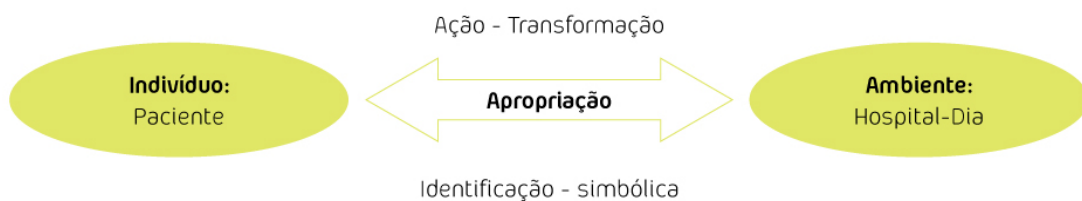
A apropriação constitui-se em um processo perceptivo, cognitivo, comportamental e experiencial, pois se relaciona ao modo como o indivíduo interage com as informações do ambiente, trata essas informações, comporta-se e o experiencia. Esse processo é complexo e subjetivo, mas não depende apenas das características do ambiente, e sim da interface entre o “mundo interno”, influenciado pelo *background* do indivíduo – experiências prévias, sentimentos, valores, atitudes etc. – e o “mundo externo” – o ambiente em sua dimensão física, simbólica e cultural (ALVES, 2005).

De acordo com Scannell e Gifford (2009), não há consenso na definição do que determina a apropriação de um determinado lugar, se são os aspectos sociais ou os aspectos físicos do ambiente. Estudos em relação ao tema (ALTMAN; LOW, 1992; VIDAL, 2004) têm apontado para a importância das experiências individuais e coletivas das pessoas em um determinado local e, em especial, das relações sociais que nele se estabelecem. Segundo tais estudos, não nos apropriamos meramente do local em seu âmbito físico, mas sim do que ele significa, do seu valor simbólico para nós. Assim, a conexão das pessoas ao lugar não se deve exclusivamente à configuração do ambiente, mas decorre de experiências emocionais positivas, como a ocorrência de determinadas relações sociais, que podem ser facilitadas ou dificultadas pelas características do local. Conforme Altman e Low (1992, p. 10), “O lugar pode, então, ser um meio ou ambiente que dá suporte ou recebe uma variedade de experiências da vida, é central para estas experiências, é inseparável delas. Então o lugar pelo lugar não é o foco último do apego.”

Para Pol (VIDAL, 2004; POL, 2008), a apropriação tem dois componentes: a ação-transformação e a identificação-simbólica (GRÁFICO 1). Segundo o autor, as pessoas

apropriam-se dos ambientes por meio de ações individuais ou coletivas que transformam o meio, assim como o indivíduo, em um processo dinâmico, cíclico e contínuo. Isto é, nesse processo, o usuário modifica o ambiente e é por ele modificado como, por exemplo, alterando a percepção que ele tem de um local ou de si mesmo em função de uma determinada experiência. A ação-transformação deixa marcas, não necessariamente visíveis, que podem corresponder aos significados atribuídos ao ambiente. A identificação do indivíduo com o local, por sua vez, ocorre com a emergência desses significados, ou seja, com o modo como o local corresponde a uma expressão do *self*, permitindo a ele ter a sensação de pertencimento. Por meio da identificação, a pessoa se reconhece no ambiente, percebe nele aspectos de sua própria identidade.

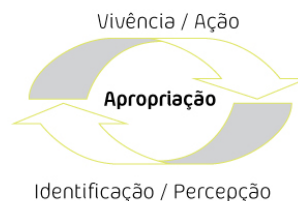
**Gráfico 1 – Componentes do processo de apropriação: ação e identificação**



Fonte: o autor, 2008.

Em outras palavras, a apropriação está ligada à vivência do local, pela realização de ações (dormir, brincar, habitar etc.) e pela atribuição de significados; e à identificação com ele, pelo modo como o ambiente responde aos anseios dos usuários e reflete sua identidade. Passa por utilizar o lugar, compreendê-lo e identificar-se com ele. A compreensão da imagem do ambiente contribui para sua vivência, e esta, por sua vez, contribui também para a nossa percepção e experiências nele e a contínua reformulação de sua imagem (GRÁFICO 2).

**Gráfico 2 – Apropriação como um processo cíclico e contínuo de vivência e identificação com o ambiente**



Fonte: o autor, 2008.

Na medida em que envolve a atribuição de significados e a identificação com o ambiente, a apropriação abrange a transformação do espaço em lugar. A propósito, ao tornar-se

carregado de significados por meio de sua vivência, cria-se uma conexão entre o indivíduo e o ambiente. Nesse sentido, a apropriação aproxima-se do conceito de topofilia de Tuan, pois se constitui em um processo que pode resultar no estabelecimento de vínculos afetivos entre as pessoas e os lugares (ALTMAN; LOW, 1992).

A partir da definição de apropriação de diversos autores (NORBERG-SCHULZ, 1980; FISCHER, 1984; ALMEIDA, 1995; COELHO, 2000; VIDAL, 2004; ALVES, 2005; POL, 2008), buscou-se categorizar algumas das necessidades humanas que a ela se relacionam, como:

- identificação: Refere-se à necessidade de orientar-se em um ambiente e perceber-se centrado, conectado e acolhido nele. A identificação está muito ligada à imagem do ambiente e à forma como ela corresponde aos anseios e à identidade do próprio usuário. Nesse sentido, relaciona-se também ao meio cultural e social do indivíduo. Por exemplo, um paciente tende a ter expectativas sobre a imagem do ambiente hospitalar que, por sua vez, estão relacionadas à imagem dos ambientes que ele vivencia em seu cotidiano ou que já experienciou em algum momento;

- possessão: Diz respeito à necessidade de expressar-se territorialmente e evidenciar posse. Pode manifestar-se pelo zelo, cuidado, apego ou demarcação de um ambiente, seja por pacientes ou pela equipe médica e de enfermagem, refletindo que o local tem significância para eles. Reservar uma poltrona em um quarto coletivo hospitalar, colocando sobre ela uma bolsa ou um cobertor, constitui um exemplo de demarcação. A possessão, assim como a identificação, também pode se exprimir através da personalização do ambiente, por exemplo, inserindo, no local, objetos de valor simbólico para o paciente, como porta-retratos ou imagens religiosas;

- e ação: Corresponde à movimentação e uso do local, de forma que a pessoa possa suprir suas necessidades e expressar-se. O uso intenso de um ambiente pode ser uma das evidências de sua apropriação. A apropriação enquanto vivência de um local pode ocorrer tanto para as funções previstas para o ambiente, quando o mesmo foi planejado; quanto para atividades outras que não foram previstas no projeto arquitetônico, desde que o espaço dê suporte para as mesmas.

Fischer (1984, p. 82) destaca a relevância da ação do indivíduo no ambiente enquanto componente da apropriação: “A apropriação traduz-se em termos de modificações físicas, de ocupação, de transformação, de utilização ou simplesmente de indícios através de um controle psicológico”.

Já a importância da identificação do indivíduo com o local é tão elevada que, quando uma pessoa quer apresentar-se, é comum que uma das primeiras informações que ela comunique é onde nasceu ou onde vive (NORBERG-SCHULZ, 1980; VIDAL, 2004). Segundo Pol (2008), quando há identificação, as pessoas percebem-se como pertencentes a um determinado lugar, podendo compartilhar comportamentos típicos; uma estrutura social específica; um passado comum ou uma continuidade histórica; valores ideológicos, políticos ou culturais; e até mesmo aspectos de personalidade, caráter ou idiossincrasias. Por perceberem o que têm em comum com outras pessoas que usam o mesmo lugar, elas percebem-se também diferentes das demais pessoas que habitam outros lugares (ALMEIDA, 1995). A identificação do indivíduo com o ambiente contribui para a definição de sua própria identidade e para sua estabilidade emocional (VIDAL, 2004; ALVES, 2005).

Assim, as pessoas afetam e são afetadas pelos locais que experienciam, tenham eles uma alta ou uma baixa responsividade às suas necessidades. Contudo, ambientes são mais facilmente e positivamente apropriáveis quando se adequam ao indivíduo, favorecendo seu uso e permitindo sua expressão por meio do ajuste, cuidado, controle, demarcação, personalização, entre outros.

Quando as pessoas não se identificam com um local e não se sentem pertencentes a ele, pode haver rejeição na forma de manifestações de vandalismo ou de indiferença. Pol (2008) denomina essas experiências negativas em relação ao ambiente de “alienação”.

No caso dos Hospitais-Dia, essas experiências negativas podem ser comuns, tendo-se em conta a escassez de possibilidades de expressão pessoal, já que são poucas as ações que os pacientes podem desempenhar além do tratamento. Ademais, frequentemente a imagem do ambiente hospitalar é neutra, de tal modo que a identificação do paciente com ela pode ser difícil. Por outro lado, atitudes mais extremas que reflitam a insatisfação em relação ao ambiente, como atos de vandalismo, tendem a ser reduzidas, uma vez que a administração das instituições de saúde costuma exercer o controle dos locais.

No caso de Unidades de Hospital-Dia, torna-se necessário compreender que características do ambiente são realmente importantes para as pessoas que o vivenciam cotidianamente. Planejar estas Unidades, possibilitando que sejam facilmente apropriáveis, subentende o planejamento de ambientes humanizados, qualificados para sua vivência e com uma imagem atraente e motivadora para o uso. Ou seja, para haver apropriação é preciso que

se possa dar ao paciente e demais usuários, condições de realizar atividades cotidianas, atender a necessidades e anseios pessoais, expressar-se como indivíduo e como grupo, atribuir significados ao ambiente e identificar-se com ele. Uma imagem que contribua para que o paciente entenda quem é e onde está deveria somar-se ao conforto do ambiente, proporcionando uma vivência plena.

A imagem do ambiente é um fator muito importante na experiência humana, já que ao experienciar o local, o vivenciamos em sua totalidade, sem dele nada excluir. Porém, o planejamento de locais facilmente apropriáveis não se limita a ambiência, que tem sido bastante enfatizada na literatura sobre a humanização dos edifícios hospitalares. A apropriação do lugar pelo paciente também não é exclusivamente a possibilidade de realizar atividades terapêuticas, mas envolve muitos outros aspectos de forma a criar a perspectiva de que os usuários compreendam o ambiente, utilizem-no satisfatória e confortavelmente, e criem relações afetivas. É algo mais amplo, é a construção do significado do lugar.

## 2.5 FATORES DETERMINANTES DA QUALIDADE AMBIENTAL E DA APROPRIAÇÃO EM HOSPITAIS-DIA

Visando identificar os fatores que contribuem para a apropriação em Hospitais-Dia, especialmente no que se refere à vivência destes locais e a realização de atividades de distração positiva, foram feitas visitas exploratórias a 31 Unidades no Brasil. Com as visitas buscou-se, entre outros objetivos, uma aproximação entre o conceito de apropriação e a realidade desses locais, de forma a melhor entender o papel da Arquitetura e seu potencial para a elaboração de propostas que deem suporte a uma postura mais ativa para este perfil de pacientes. Em cada Unidade visitada foram realizadas observações diretas, bem como entrevistas com um funcionário; e os resultados obtidos estão disponíveis no ANEXO 2.

Os resultados das visitas permitiram ainda categorizar alguns fatores determinantes da qualidade ambiental no sentido de favorecer sua apropriação, exemplificando os mesmos por meio de algumas soluções apontadas também pelos entrevistados. Para a definição conceitual das categorias, recorreu-se posteriormente à revisão de literatura e também às entrevistas feitas com arquitetos atuantes na área hospitalar.

Os fatores que foram identificados como sendo determinantes da qualidade ambiental em Unidades de Hospital-Dia, visando qualificar o ambiente para demandas dos usuários

e, em especial, focando-se nas distrações positivas, incluem privacidade, controle das condições ambientais e polivalência. Esses fatores, principalmente privacidade e controle das condições ambientais, já foram descritos em inúmeras pesquisas anteriores relacionadas aos ambientes de saúde (ULRICH, 1995; EVANS; McCOY, 1998; DEVLIN; ARNEILL, 2003; NHS, 2005a; NHS, 2005b). Acredita-se, no entanto, que a principal contribuição dessa categorização é refletir a realidade dos Hospitais-Dia, concentrando-se nas necessidades deste que é um novo perfil de pacientes. Além disso, a polivalência, pouco abordada em pesquisas anteriores, destacou-se nesse contexto.

Essas categorias estão inter-relacionadas e, muitas vezes, apresentam-se simultaneamente na vivência de um local, sendo difícil distingui-las. Uma determinada solução projetual pode impactar positiva ou negativamente em mais de um dos fatores determinantes da qualidade ambiental. Por exemplo, a possibilidade de dispor de som com fones de ouvido individuais em todos os boxes de tratamento influi na perspectiva de privacidade do paciente, possibilita-lhe algum controle sobre as condições ambientais e o torna polivalente. Entretanto, nenhuma das categorias consegue compreender todas as alternativas projetuais previstas em outra categoria, tornando as três necessárias. Assim, a categorização constitui, sobretudo, um esforço teórico no sentido de organizar e exemplificar alguns dos fatores que podem contribuir para a apropriação dos Hospitais-Dia.

Não se pretendeu com isso criar um modelo projetual. Ao contrário, tem-se consciência de que cada projeto demanda soluções específicas e que a inovação é essencial à Arquitetura na busca pelo atendimento a tais demandas. Com essas alternativas projetuais, quis-se apenas ilustrar a discussão teórica com possibilidades de intervenção no ambiente, fundamentadas nas sugestões e recomendações feitas pelos usuários entrevistados.

### 2.5.1 PRIVACIDADE

A privacidade é um fator importante para a apropriação dos ambientes e relaciona-se à forma como regulamos o acesso dos outros a nós, criando condições propícias à realização de atividades íntimas ou individuais (LEE, 1977; GIFFORD, 1987). Trata-se de estabelecer limites entre o “eu” e os “outros”, limites que devem se materializar por meio da Arquitetura. Em condições ideais de privacidade nós determinamos quando, como e com quem vamos interagir.

De acordo com o arquiteto e professor Mauro César dos Santos (informação verbal),<sup>12</sup> a privacidade diz respeito à preservação da individualidade. Para Gifford (1987, p. 199), a privacidade diz respeito “[...] a dois temas conectados: o controle da informação sobre si mesmo e o controle da interação social”.

O acesso ótimo dos outros a si próprio seria aquele em que não ocorre a subprivacidade – sensação de aglomeração ou de exposição demasiada – nem a superprivacidade – sensação de solidão (LEE, 1977). A privacidade não significa isolamento dos outros, ao contrário, as pessoas com boas condições de privacidade asseguradas costumam estar mais propensas à interação social. Segundo Coelho (2000, p. 265), “Não existe privacidade real em certos espaços, quando não há verdadeira convivialidade noutros e, inversamente, o adequado exercício de múltiplas atividades em boas condições de privacidade predispõe positivamente e estimula o convívio [...]”.

Condições favoráveis de privacidade preservam a identidade, proporcionam alívio emocional e restauração do bem-estar psicológico em analogia a outras fontes de estresse ambiental, como falta de controle sobre o ambiente ou alta complexidade ambiental (POLLACK; MENCONI, 2005). Já a falta de privacidade é apontada na literatura como um dos aspectos mais problemáticos de ambientes hospitalares, constituindo um dos principais receios das pessoas a respeito da internação e uma das causas de problemas como o estresse ambiental (GAINSBOROUGH; GAINSBOROUGH, 1964; MALKIN, 1991). Ela gera impactos negativos sobre o bem-estar, como ansiedade, distração, baixa autoestima, agressividade e depressão (CHEN; SANOFF, 1990; COELHO, 2000; ALVES, 2005).

A condição ideal de privacidade não é fixa, variando com o perfil do indivíduo, com o contexto cultural e com as circunstâncias. Há situações onde desejamos a interação social, e a falta de privacidade não nos perturba. Há outras circunstâncias em que gostaríamos de estar só ou de desenvolver atividades mais íntimas e que o convívio forçado com os outros pode ser incômodo. No ambiente hospitalar, a presença de uma única pessoa pode incomodar em uma atividade íntima como o vestir-se. Do mesmo modo, a presença de muitas pessoas pode ser tolerável em um café ou em uma sala de espera de um hospital.

<sup>12</sup> Informação obtida em entrevista realizada, em novembro de 2008, para fins de utilização nesta tese.

A importância da privacidade tem sido tão reconhecida, que se faz menção a ela inclusive em manuais para projetos de edifícios de saúde e normativas internacionais (HDWA, 1998; DHS, 2004; NHS, 2005a; NHS, 2005b; DVA, 2006a; FACILITY GUIDELINES INSTITUTE, 2006), recomendando-se que ambientes coletivos como áreas de recepção e espera, ambientes de exames, recuperação e tratamento sejam compartimentados em boxes por meio de divisórias ou cortinas.

No caso de Unidades de Hospital-Dia, a medida ideal de privacidade constitui um equilíbrio delicado. Por um lado, os ambientes coletivos de tratamento, típicos desses locais, favorecem a interação social entre pacientes e o controle visual pelos funcionários. Por outro lado, é comum o paciente estar exposto a muitos estímulos sonoros e visuais, ficar sujeito ao convívio forçado com outros e à manipulação pela equipe médica e de enfermagem na frente de todos. Segundo Bobrow (2000, p. 150), “Pacientes preferem a privacidade de um quarto com um único leito, a possibilidade de controlar o ambiente (luz, som, visuais) e ter acomodações para a família.” Para Redman (2008), a solução ideal consiste em proporcionar aos usuários a possibilidade de escolha e controle sobre as condições de privacidade, com o intuito de poder regular o nível de interação social.

Em Hospitais-Dia, são exemplos de atividades que constituem distrações positivas e requerem privacidade: repousar, meditar, relaxar, conversar com acompanhantes, trabalhar no computador e ler. Dentre as alternativas sugeridas pelos próprios entrevistados, durante as visitas, para melhorar as condições de privacidade em Hospitais-Dia e dar suporte a essas atividades, encontram-se:

- prever ambientes privativos e coletivos para o tratamento e para outras atividades, como a espera. Entre as alternativas mencionadas incluem-se: compartimentar o salão de medicação em grupos reduzidos de poltronas ou leitos, por exemplo, até seis poltronas, ao invés dos grandes salões coletivos; ou prever ambientes onde todos, ou parte dos boxes de tratamento, sejam privativos, definidos seja por meio de divisórias fixas (alvenaria, biombos etc.) ou retráteis. As divisórias retráteis permitem ainda ao paciente controlá-las, recolhendo-as quando desejarem interagir;
- dispor ambientes de apoio dentro da Unidade ou do hospital que permitam ao indivíduo estar só ou estar com outros de forma resguardada: sala silenciosa, sala para conversas entre médicos e familiares, ambiente para meditação ou para práticas



religiosas, biblioteca ou sala de estudos para funcionários e público, jardins, entre outros;

- prever equipamento individualizado de áudio e mídia para cada poltrona ou leito, permitindo ao paciente decidir como, quando e ao que deseja assistir ou ouvir (informação verbal);<sup>13</sup>

- separar os fluxos de pacientes, funcionários e materiais, evitando que aqueles entrem em contato com cheiros, sons ou visões indesejáveis;

- planejar ambientes de tratamento separados para crianças e adolescentes, considerando-se a maior necessidade de privacidade destes últimos, bem como os diferentes interesses e atividades desenvolvidas por cada grupo;

- controlar o acesso na recepção de Unidades de forma a avisar aos visitantes quando o paciente está repousando ou deseja repousar;

- criar anteparos visuais ou ambientes de transição no acesso aos banheiros para maior privacidade visual, acústica e olfativa.

## 2.5.2 CONTROLE DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Além da falta de privacidade, a falta de controle sobre o ambiente é uma das causas comuns de insatisfação em relação a um hospital. Enquanto a privacidade diz respeito ao acesso ao próprio indivíduo, o controle das condições ambientais está ligado ao gerenciamento do espaço estático, externo a ele.

De acordo com Evans e McCoy (1998, p. 88), “O controle é definido aqui tanto como o domínio ou a habilidade de alterar o ambiente físico quanto de regular a exposição do indivíduo ao que lhe cerca”. Através do controle sobre o ambiente, a autonomia e o conforto do paciente são favorecidos, diminuindo a sobrecarga da equipe médica e de enfermagem, bem como dos acompanhantes (DEVLIN; ARNEIL, 2003; NHS, 2005b).

<sup>13</sup> Recomendação obtida nas entrevistas com funcionários de unidades de Hospital-Dia e sugerida também pelos arquitetos Flávio Kelner e Mauro César de Oliveira Santos em entrevista realizada, em novembro de 2008, como parte da pesquisa desta tese.

Como, normalmente, o domínio do ambiente não é exercido pelo paciente e este encontra-se enfraquecido, tanto fisicamente quanto emocionalmente, o controle das condições ambientais é em geral reduzido. Conforme Clemesha (2003, p. 79), “[...] boa parte da sensação de falta de controle é intrínseca ao estado de saúde ou ao tratamento, mas o senso de controle também pode ser corroído por instalações mal projetadas”.

A falta de condições adequadas de controle também é causa de estresse ambiental, com diversos impactos negativos sobre o indivíduo como ansiedade, desânimo, depressão, perdas no sistema imunológico e elevação da pressão sanguínea (CARPMAN; GRANT, 1993; ULRICH, 1995; CLEMESHA, 2003; STERNBERG, 2009).

Uma das coisas que afeta os níveis de *stress* é o grau de controle que você tem sobre uma situação. Quanto mais você está no controle, menos estressado você estará; o fluxo hormonal químico e nervoso fará você se sentir estimulado, e mesmo animado. Quanto menos controle você tem, mais estressado você se sente. (STERNBERG, 2009, p. 102)

Por exemplo, o próprio estado de saúde dos pacientes, muitas vezes, aumenta sua sensibilidade para ruídos. No entanto, é difícil assegurar condições de silêncio devido ao barulho originado nos equipamentos, à presença frequente de muitas pessoas em um ambiente e à própria limitação na disponibilidade de materiais que atendam os requisitos de assepsia e sejam, ao mesmo tempo, de grande absorção acústica. Assim, a falta de controle sobre os níveis sonoros causa impacto negativo em outra dimensão fenomenológica já comentada: a privacidade do paciente.

O controle das condições ambientais também está ligado à territorialidade,<sup>14</sup> uma vez que pode se relacionar ao domínio sobre o lugar, à indicação de posse, à definição de limites e à manifestação da personalidade do indivíduo. Por exemplo, se o hospital não oferece um armário, prateleiras ou criado-mudo para o paciente guardar objetos pessoais, este pode não se sentir estimulado em trazê-los para o hospital (GIFFORD, 1987). Isso dificulta ao paciente ter consigo pertences que dizem respeito à sua história, que poderiam contribuir para a personalização do local, sua identificação com ele e sua vivência.

<sup>14</sup> A territorialidade refere-se ao domínio, posse ou desejo de posse de uma área visível por um indivíduo ou grupo, podendo manifestar-se por comportamentos como ocupação, defesa, demarcação e imposição de limites sociais, como as regras de utilização comuns em ambientes institucionais (BELL; FISHER, 1978; GIFFORD, 1987; LEE, 1977). De acordo com Lee (1977), o comportamento territorial é instintivo, pois é algo natural a muitos animais, e ao mesmo tempo socialmente aprendido, já que é influenciado pela cultura em que vivemos.

A falta de controle das condições ambientais pode ser parcialmente compensada através da criação de locais restauradores do bem-estar emocional, locais de refúgio como jardins, capelas ou bibliotecas. Segundo Fischer (1984), quanto maior for o controle da instituição sobre um determinado ambiente e menor o controle exercido pelo usuário, maior será a necessidade de dotar o hospital de espaços que constituam refúgios, locais para isolar-se e para dar uma pausa em relação ao tratamento ou ao estresse possivelmente ligado a ele.

O controle das condições ambientais causa impacto em praticamente todas as atividades do cotidiano como arrumar o ambiente, mudar a posição de um móvel ou ligar a televisão (KOPEC, 2006), influenciando, portanto, sobre todas as possíveis formas de distração positiva, permitindo sua realização em condições definidas pelo próprio usuário. Dentre as alternativas sugeridas pelos entrevistados para melhorar as condições de controle do paciente sobre o ambiente dos Hospitais-Dia e a realização de distrações positivas, encontram-se:

- esquadrias e maçanetas fáceis de movimentar e utilizar;
- mobiliário e equipamentos fáceis de movimentar, ajustar e utilizar como, por exemplo, poltrona do paciente com mecanismo de regulagem da inclinação do encosto;
- guarda-volumes junto ao posto de enfermagem ou recepção, ou ainda um móvel junto à poltrona do paciente, como criado-mudo ou prateleiras, para a armazenagem de objetos pessoais. É desejável que este móvel tenha fechadura para que o paciente sinta-se seguro quanto aos seus pertences;
- adequação do ambiente às pessoas com necessidades especiais;
- localização próxima ao leito ou às poltronas de tratamento de tomadas, interruptores, botão para chamada da enfermagem, controle para televisão, som e ar-condicionado, entre outros recursos;
- sistema de televisão e áudio individuais para cada paciente, com fones de ouvido que permitam o ajuste da programação e do volume.

### 2.5.3 POLIVALÊNCIA

A polivalência ou polifuncionalidade pode ser definida como a qualificação do ambiente por meio de infraestrutura, mobiliário e equipamentos para o atendimento de demandas variadas de atividades dos usuários. Além de abrigar funções essenciais como a realização de cuidados à saúde do paciente, deve-se buscar planejar os Hospitais-Dia de forma a dar suporte à diversidade de usos e de usuários.

A idealização dos ambientes para uma única atividade e somente para ela resulta na especialização e fragmentação do espaço (FISCHER, 1984). De acordo com Mahfuz (1986), os ambientes não deveriam ser pensados para uma única função, já que a vivência humana é complexa e variada. Além disso, para o autor, o desenvolvimento de projetos arquitetônicos não deve bitolar-se no binômio espaço-função, mas sim evidenciar o indivíduo e suas aspirações, para além das questões mínimas programáticas.

Para Coelho (2000), a humanização do ambiente deve ser expressada em uma configuração que abarque não apenas as atividades técnicas, mas também aquelas mais intimistas, e em uma imagem que não seja exclusivamente determinada pelo conteúdo funcional.

Quando um ambiente é pensado para um único fim, ele exclui outros usos, perfis de usuários, formas de percepção e mesmo de identificação. Um projeto muito lógico, porém rigidamente estruturado, pode confrontar com a sensibilidade humana e a expressão de sua identidade, conseqüentemente comprometendo sua capacidade de apropriação (MOORE; ALLEN, 1976).

A qualidade do ambiente como um todo contribui para a polivalência, já que aspectos como o conforto ambiental, a disposição e a adequação do mobiliário e o dimensionamento e arranjo dos ambientes potencializam ou não a realização de determinadas atividades. A polivalência também está associada à flexibilidade<sup>15</sup> dos ambientes, do mobiliário e seu *layout* quando se possibilita aos usuários realizar pequenos ajustes com facilidade que permitam, em um mesmo local, a ocorrência de diferentes atividades e em diferentes circunstâncias.

Todavia, nem todas as atividades poderão ocorrer em um único ambiente, como no salão de medicação. Assim, torna-se necessário prever ambientes que deem suporte a demandas que

<sup>15</sup> A flexibilidade poderia ser definida como a possibilidade de realizar modificações relativas ao uso ou à imagem dos ambientes de forma a acomodar novos valores e demandas.

nele não possam ser acomodadas e que possibilitem diferentes formas de distração positiva e oportunidades de uso. Desse modo, a Unidade de Hospital-Dia se tornará polivalente, e não apenas o salão de infusão de medicação. Por exemplo, prever uma sala de reuniões para os profissionais de saúde, dentro da Unidade, possibilita também estudar, realizar uma conversa privativa com o paciente ou com seus familiares e realizar atividades de educação em saúde para pequenos grupos de pessoas.

Quando não se planeja para a polivalência ou para a polifuncionalidade, podem-se verificar problemas como a inadequação dos ambientes a algumas atividades, a sobreposição de usos resultando em conflitos e o dimensionamento insatisfatório dos ambientes ocasionando a sobreocupação. O dimensionamento por si só não é suficiente para determinar a qualidade de um ambiente, mas sim a adequação das dimensões aos usos que nele se pretende. No entanto, enquanto dimensões maiores podem suprir algumas demandas distintas de uso, espaços com dimensões exíguas podem restringi-las e, por isso, definitivamente necessitam ser muito funcionais (COELHO, 2000).

As visitas às Unidades de Hospital-Dia mostraram que, em geral, há poucas alternativas de usos ligados a distrações positivas que poderiam ocorrer nesses locais, sendo predominante a sua organização de modo a permitir, quase que exclusivamente, as práticas terapêuticas. Embora os entrevistados tenham apontado uma grande variedade dessas atividades, verificou-se que elas costumam acontecer apenas esporadicamente e que, usualmente, a configuração do ambiente não é muito favorável a esta diversidade de usos.

Dentre as atividades que podem corresponder a distrações positivas para os pacientes, sugeridas pelos entrevistados, estão: utilizar um computador e acessar a internet; realizar leituras; brincar com jogos de mesa ou desenvolver outras atividades lúdicas; desenvolver atividades educativas; fazer tarefas manuais como tricô, crochê, ou artesanatos em geral; realizar refeições; receber visitas; interagir com os demais usuários do ambiente; desenvolver atividades ou terapias coletivas; e contemplar áreas externas ou deslocar-se até elas.

A acomodação dos acompanhantes nestas Unidades merece destaque, pois além do apoio emocional ser considerado uma importante distração positiva, eles desempenham variados papéis no suporte ao tratamento: ajudam o paciente a se comunicar com os profissionais de saúde; auxiliam no transporte, alimentação e agendamento do paciente; promovem campanhas educativas; promovem campanhas para arrecadação de fundos para manutenção

das instituições de saúde; entre outros. Além disso, familiares e acompanhantes lidam com forte estresse emocional por estarem com um parente doente e por terem suas rotinas alteradas em função disso. Muitas vezes, eles têm seu descanso noturno comprometido em função da doença do familiar e acumulam tarefas domésticas que já não podem ser realizadas pelo doente. Assim, é muito importante que o ambiente de saúde também dê suporte aos acompanhantes, por exemplo, através de poltronas confortáveis que lhes permitam repousar; e mobiliário e equipamentos como computadores e livros que deem suporte a atividades de trabalho, estudo e também os auxiliem a obter informações sobre a doença e processo de tratamento (REDMAN, 2008). Uma pesquisa norte-americana (CARPMAN; GRANT, 1993) apontou as seguintes atividades como sendo de especial interesse de acompanhantes a serem realizadas dentro do edifício hospitalar, enquanto os pacientes repousam: andar em um pátio externo, ver lojas, assistir a um filme e realizar uma leitura.

Seguem alguns exemplos de aspectos recomendados pelos entrevistados que contribuem para a polivalência de Unidades de Hospital-Dia:

- disponibilizar poltronas e leitos no salão de medicação, permitindo ao paciente optar se deseja dormir ou realizar outras atividades durante o tratamento;
- prever a flexibilidade no *layout* do mobiliário e equipamentos, de modo que seja fácil manuseá-los e movimentá-los para acomodar diferentes atividades e necessidades;
- dispor de suporte horizontal – mesa ou bancada – para a realização de refeições, atividades manuais, apoio para computador e livros etc.;
- prever iluminação natural e artificial para tarefas de maior acuidade visual como leitura e trabalhos manuais;
- prever formas de entretenimento do paciente como televisão, aparelho de som, aparelho de DVD, livros e jogos;
- disponibilizar um ou mais computadores para uso dos pacientes ou, se não for possível, conexão com a internet (cabo ou *wireless*), considerando-se que parte deles utiliza *notebook* mesmo em instituições públicas. O computador permite aos pacientes e acompanhantes estudar, trabalhar ou mesmo divertir-se durante o tratamento;

- disponibilizar facilidades de apoio aos pacientes e visitantes, dentro da Unidade ou do hospital, por meio de ambientes que acomodem uma maior variedade de atividades, nem sempre possíveis nos salões de medicação, ou que deem suporte a distrações positivas que possam ocorrer durante os tratamentos. São exemplos desses ambientes: sala de reuniões ou aconselhamento dos familiares; biblioteca ou carrinhos móveis com livros; restaurante, café, copa ou móvel onde se possa preparar um lanche; brinquedoteca em unidades pediátricas; ambientes comerciais como floricultura, revistaria, caixa eletrônico; salas de espera; átrios; centro de *wellness*; jardins internos e externos que possibilitem ao paciente realizar o tratamento, refeições, caminhadas e receber visitas ao ar livre; entre outros;
- dimensionar adequadamente os boxes de tratamento de forma a permitir a movimentação dos pacientes e a acomodação de visitantes, sem prejuízos à atuação da equipe médica e de enfermagem;
- dispor de poltrona confortável para os acompanhantes junto aos pacientes;
- dispor de infraestrutura que dê suporte a terapias complementares e alternativas, seja dentro do salão de medicação ou em ambiente previsto para tal fim no setor ou na edificação;
- planejar aberturas em quantidade, dimensionamento, forma e posicionamento de modo a proporcionar visuais agradáveis para o exterior.

As três categorias de fatores determinantes da qualidade ambiental e apropriação em Unidades de Hospital-Dia foram sintetizadas na Tabela 1, conforme segue abaixo, na qual se buscou explicitar também suas funções, exemplos de atividades para as quais elas dão suporte e de alternativas projetuais para concretizá-las.

**Tabela 1 - Categorização dos fatores determinantes da qualidade ambiental que podem contribuir para a apropriação dos Hospitais-Dia (continua)**

Propósito	Exemplos de atividades para as quais contribui	Exemplos de alternativas projetuais
<b>Privacidade (visual, acústica e olfativa)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer o desenvolvimento de atividades que sejam íntimas ou individuais, permitindo o controle do acesso dos outros a si ou ao ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repousar;</li> <li>Receber visitas;</li> <li>Ter conversas íntimas;</li> <li>Realizar atividades de reflexão, meditação, relaxamento ou introspecção;</li> <li>Desenvolver atividades que requeiram silêncio e/ou concentração como ler, trabalhar ou estudar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Previsão de diferentes ambientes de tratamento e apoio, sendo alguns mais coletivos e outros mais privativos;</li> <li>Compartimentação do ambiente de tratamento em grupos reduzidos de poltronas ou leitos, ao invés de grandes salões coletivos;</li> <li>Compartimentação do ambiente em boxes privativos, separados por meio de divisórias fixas ou retráteis;</li> <li>Disponibilidade de ambientes de apoio que permitam ao indivíduo estar só ou estar com outros de forma resguardada, como uma sala silenciosa, um jardim, uma biblioteca, ou uma sala para meditação;</li> <li>Previsão de equipamento individualizado de áudio e mídia para cada poltrona ou leito;</li> <li>Separação de fluxos de pacientes, funcionários e materiais, evitando cruzamentos indesejáveis;</li> <li>Planejamento de ambientes de tratamento separados para crianças e adolescentes, considerando-se a maior necessidade de privacidade desses últimos, e as diferentes atividades desenvolvidas por eles;</li> <li>Controle do acesso de visitantes na recepção das Unidades, de forma a avisar as visitas que chegam quando o paciente está repousando ou deseja repousar;</li> <li>Criar anteparos visuais ou ambientes de transição no acesso aos banheiros.</li> </ul>
<b>Controle sobre as condições ambientais</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir ao indivíduo realizar ajustes no ambiente (mobiliário, elementos arquitetônicos, iluminação, som, temperatura, ventilação, <i>layout</i> etc.) com independência e conforto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar as mais diversas atividades em condições ambientais ajustadas aos anseios e necessidades individuais, de forma a não comprometer o senso de independência e a autoestima do paciente e evitar a sobrecarga da equipe médica e de enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maçanetas de aberturas e esquadrias fáceis de movimentar e utilizar;</li> <li>Mobiliário fácil de movimentar e utilizar;</li> <li>Guarda-volumes para objetos pessoais dos pacientes e acompanhantes;</li> <li>Adequação do ambiente e mobiliário às pessoas com necessidades especiais;</li> <li>Localização próxima ao leito ou poltrona de tomadas, interruptores, botão para chamada da enfermagem, controle para televisão, entre outros recursos;</li> <li>Equipamentos de mídia (som e televisão) individualizados para os pacientes</li> </ul>



Propósito	Exemplos de atividades para as quais contribui	Exemplos de alternativas projetuais
<b>Polivalência</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificar o ambiente por meio de infraestrutura, mobiliário e equipamentos, para que pacientes possam desenvolver outras atividades simultâneas ao tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar um computador e acessar a internet para fins educativos, laborais ou recreativos;</li> <li>• Realizar leituras;</li> <li>• Brincar com jogos de mesa (xadrez, baralho etc.) ou desenvolver outras atividades lúdicas;</li> <li>• Desenvolver atividades manuais: tricô, crochê, artesanatos em geral;</li> <li>• Realizar refeições;</li> <li>• Receber visitas;</li> <li>• Interagir com os demais usuários do ambiente ou desenvolver atividades ou terapias coletivas;</li> <li>• Contemplar áreas externas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de poltronas e de leitos nos ambientes de tratamento;</li> <li>• Previsão de mobiliário e <i>layout</i> deve ser flexível permitindo a realização de ajustes de acordo com a atividade a ser desempenhada;</li> <li>• Prever formas de entretenimento do paciente como televisão, aparelho de som, aparelho de DVD, livros e jogos;</li> <li>• Previsão de suporte horizontal (mesa, bancada etc.) para realização de refeições, atividades manuais, apoio para computador e livros etc.;</li> <li>• Planejamento de iluminação natural e artificial adequada para tarefas visuais de maior acuidade, como leitura;</li> <li>• Disposição de ponto de conexão e/ou <i>wireless</i> para a utilização de computador e internet;</li> <li>• Disponibilidade de facilidades de apoio aos pacientes e visitantes, seja na sala de tratamento seja fora dela como: biblioteca ou carrinhos móveis com livros; restaurante, café, copa, ou móvel dentro do salão de tratamento onde se possa preparar um lanche; brinquedoteca em unidades pediátricas; entre outros;</li> <li>• Dimensionamento adequado dos boxes de tratamento de forma a permitir a acomodação de visitantes;</li> <li>• Disposição de cadeira confortável para acompanhantes;</li> <li>• Previsão de infraestrutura para terapias complementares e alternativas, podendo ocorrer no salão de tratamento ou fora dele, em ambiente previsto para tal fim no setor ou na edificação;</li> <li>• Planejamento de aberturas em quantidade, dimensionamento, forma e posicionamento de modo a proporcionar visuais agradáveis e contato com o exterior.</li> </ul>

Fonte: o autor, 2008.



# Capítulo 3

Um Modelo Emergente de  
Atendimento à Saúde:  
O Hospital-Dia



No presente capítulo, apresenta-se o modelo de atendimento à saúde denominado Hospital-Dia. Inicialmente, define-se o conceito de Hospital-Dia, para, em seguida, explicar as atividades de atendimento que normalmente ocorrem neste setor, o perfil de usuários e as características da configuração do ambiente. Na sequência, discutem-se algumas das possibilidades de vivência e apropriação dos ambientes que compõe a Unidade, focando-se nas distrações positivas para pacientes e acompanhantes. Ao final do capítulo, é apresentado o equivalente norte-americano ao Hospital-Dia, buscando entender similaridades e diferenças a respeito do trinômio atividade–indivíduo–ambiente<sup>16</sup>, focando na relação entre a configuração do ambiente e o modo como proporciona distrações positivas aos usuários.

Os dados apresentados abaixo se baseiam em revisão de literatura, nas visitas exploratórias feitas a 31 Unidades de Hospital-Dia no Brasil e 18 no exterior, nas entrevistas feitas com 10 arquitetos hospitalares da cidade do Rio de Janeiro e nas informações obtidas durante a 2ª Jornada Acadêmica da SUAIH – AADAIH – ABDEH, realizada em Montevidéu, Uruguai, em 2009, onde se discorreu exclusivamente sobre a temática dos Hospitais-Dia. Procurou-se, assim, aproximar a análise teórica da realidade destas Unidades. Uma breve descrição dos estabelecimentos visitados e a síntese de todos os dados coletados podem ser encontradas, respectivamente, no ANEXO 2. A seguir, encontram-se as principais reflexões desenvolvidas a respeito desse modelo de atendimento à saúde.

### 3.1 O CONCEITO DE HOSPITAL-DIA

O regime de Hospital-Dia tem por característica essencial reduzir, ao mínimo possível, a permanência do paciente no estabelecimento de saúde e maximizar sua estadia em casa, eliminando ou restringindo a ocorrência de pernoite no hospital, em especial naqueles tratamentos nos quais a mesma possa ser prescindível. Dessa maneira, o paciente vai à unidade para realizar procedimentos médicos durante o período da manhã ou da tarde e retorna para o seu lar assim que os finaliza, o que corresponde ao conceito de internação parcial – sem pernoite – em substituição ao de internação integral – com pernoite.

<sup>16</sup> A organização do presente capítulo baseando-se do trinômio atividades-indivíduo-ambiente tem sua origem relacionada à Ergonomia, permitindo aprofundamento nesta área. No entanto, tendo em vista que a presente tese fundamenta-se nas linhas de Percepção Ambiental e Avaliação Pós-ocupação, a revisão bibliográfica centrou-se nestas duas áreas.

A Portaria n. 2415 (ANVISA, 1998) e a RDC 50 (ANVISA, 2002), ambas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, referem-se ao Hospital-Dia como um setor de internação de curta duração, já que os procedimentos de investigação e tratamento nele realizados caracterizam-se por demandar a permanência do paciente na unidade durante algumas horas, seja para executá-los ou para o posterior acompanhamento médico e de enfermagem. Segundo a ANVISA (1998, p. 1), “[...] o hospital-dia é considerado uma internação hospitalar de curta duração, de caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a hospitalização”.

Na literatura internacional, o termo Hospital-Dia (*Day-Hospital*) parece com menos frequência que no Brasil, embora também seja utilizado. Além disso, enquanto aqui esse termo é empregado para estabelecimentos com procedimentos clínicos, diagnósticos ou cirúrgicos, no exterior é mais comum sua utilização para referir-se apenas aos cirúrgicos e a estabelecimentos psiquiátricos. Também se encontram, na literatura internacional, as expressões Cuidados Diários (*Day-Care*), Centros de Pacientes Externos (*Outpatient Facilities*), Internação de Curta Duração (*Short-stay Care*) e Hospital sem leitos (*Bedless Hospital*).<sup>17</sup> Cabe observar que as nomenclaturas Centro de Pacientes Externos e Hospitais sem leitos são abrangentes e podem estar fazendo menção a um setor que no Brasil poderia ser denominado Hospital-Dia ou referindo-se a outros setores hospitalares que não demandem internação, como uma unidade ambulatorial composta de consultórios e sem internação de curta duração.

Mesmo no Brasil, o termo Hospital-Dia (HD) tem sido utilizado em uma grande variedade de circunstâncias. De acordo com a Agência Câmara de Notícias (2004, p. 1), “Os HD estão inseridos em ambulatórios, policlínicas de especialidades, hospitais ou estão integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a portadores do HIV”.

<sup>17</sup> O atendimento em um Hospital-Dia aproxima-se do conceito de atendimento ambulatorial, uma vez que elimina o pernoite e pressupõe um perfil de pacientes externos e ambulantes. Essa semelhança justifica o fato de que algumas unidades chamadas no Brasil de Hospital-Dia possam ser entendidas como unidades ambulatoriais em outros países. Entre as diferenças, destaca-se que o atendimento ambulatorial está centrado na consulta médica e de enfermagem realizada em consultórios, enquanto o Hospital-Dia clínico costuma centrar-se na aplicação de medicações intravenosas e outros procedimentos demorados que ocorrem, em geral, em salões coletivos de tratamento. Entende-se ainda que o conceito de atendimento ambulatorial tem um emprego mais amplo, podendo abranger o Hospital-Dia, embora o contrário não ocorra.

Nas visitas exploratórias a estabelecimentos de saúde,<sup>18</sup> realizadas no Brasil, a situação mais reiteradamente encontrada foi a de Hospitais-Dia que são unidades integrantes de um Hospital, a exemplo de outras unidades como a Internação ou a UTI – Unidade de Tratamento Intensivo. Porém, Hospitais-Dia também podem funcionar como uma unidade independente de um Hospital – caso este verificado em clínicas particulares –, ou mesmo ser utilizado como um nome “fantasia” para o conjunto do estabelecimento de saúde, incluindo as suas várias unidades, o que é mais raro.

Além de viabilizar-se de diferentes modos – como uma clínica, um setor hospitalar ou o conjunto do hospital – em estabelecimentos de pequeno, médio ou grande porte, públicos ou privados, o modelo de Hospital-Dia aplica-se a diversas especialidades médicas. A legislação nacional prevê, em suas normativas, o atendimento em Unidades de Hospital-Dia para as seguintes áreas médicas: Psiquiatria, referida na Portaria SAS/MS n. 224 de 1992; Infectologia, em especial para o tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/AIDS, referida na Portaria SAS/MS n. 130 de 1994; Geriatria tratada na Portaria GM/MS n. 2.414 de 1998; Oncologia, para o atendimento após transplante de medula óssea e outros precursores hematopoiéticos, abordada na Portaria GM/MS n. 1.317 de 2000; e Cirurgia ambulatorial, descrita na Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.409/94 de 1994. Assim, coerentemente com a regulamentação nacional, nas visitas exploratórias, realizadas no Brasil, foram encontradas com frequência Unidades de Hospital-Dia direcionadas ao atendimento a pacientes cirúrgicos (Cirurgia Geral, Vascular, Plástica, Otorrinolaringológica, Oftalmológica, Dermatológica, Ginecológica, Urológica etc.), pacientes clínicos de quimioterapia, pacientes clínicos de infectologia (portadores do vírus da AIDS) e pacientes clínicos em geral. Não foram visitadas Unidades de Hospital-Dia Psiquiátrico, que embora sejam também comuns, não foram entendidas como sendo o foco desta pesquisa, já que muitas vezes elas funcionam em ambientes adaptados a partir de outras tipologias, como a residencial; e as formas de atendimento prestado e as exigências em relação à configuração do ambiente são muito distintas das demais unidades clínicas e cirúrgicas de Hospital-Dia. Os Hospitais-Dia geriátricos, ainda que estejam regulamentados por meio de legislação, não foram encontrados com a mesma facilidade e regularidade que os demais, razão pela qual também não foram visitados.

<sup>18</sup> Para dar subsídios à redação da tese, foram realizadas visitas exploratórias a 31 Unidades de Hospital-Dia, no Brasil, situadas em 29 estabelecimentos assistenciais de saúde. As visitas ocorreram no período de agosto de 2009 a fevereiro de 2010. As principais informações obtidas estão disponíveis no ANEXO 1.

Observou-se que não é o porte do edifício, nem a especialidade atendida que caracterizam o setor enquanto Hospital-Dia, mas sim o **tempo de permanência do paciente**. A Portaria n. 44 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, grifo nosso) que regulamenta o atendimento no regime de Hospital-Dia, no Brasil, define os mesmos como sendo locais destinados “[...] à realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um **período máximo de doze horas**”. A RDC 50 (ANVISA, 2002), por sua vez, limita a um período inferior a 24 horas as atividades de internação de curta duração. Essa permanência inclui desde a preparação prévia do paciente até a observação posterior ao procedimento. Entende-se que, apenas eventualmente, como no caso de intercorrências, os pacientes-dia serão encaminhados para a internação em setor específico.

Tanto nas unidades clínicas quanto nas cirúrgicas visitadas no país e no exterior, constatou-se que o tempo médio de permanência é inferior a 12 horas. Na grande maioria dos casos, o indivíduo fica entre duas a seis horas em tratamento.

Alguns importantes benefícios econômicos e sociais também caracterizam Unidades de Hospital-Dia (GAINSBOROUGH; GAINSBOROUGH, 1964; JAMES; TATTON-BROWN, 1986; PEJALER, 1996; CARR, 2008), justificando a expansão recente do setor, dentre os quais se incluem:

- melhor aproveitamento do edifício hospitalar e redução de encargos com funcionários, pois seus leitos são ocupados durante períodos pré-determinados pelo tempo mínimo necessário, em geral em turnos diurnos e exclusivamente de segunda a sexta-feira. Isso ocorre, porque os Hospitais-Dia destinam-se prioritariamente a procedimentos agendados e eletivos. Além disso, algumas Unidades são implantadas visando não somente uma única especialidade médica, mas uma variedade delas – Hospital-Dia Geral – caracterizando-se pela flexibilidade na disponibilização dos leitos;
- redução do setor de internação e, conseqüentemente, da mão-de-obra e da estrutura de apoio de todo o hospital (cozinha, lavanderia, estacionamento etc.) que é dimensionada em função daquele;
- otimização dos recursos financeiros pela eliminação da internação integral, reduzindo os custos para o paciente, para a instituição de saúde e para as seguradoras. James e Tatton-Brown (1986) sugerem que o valor de cirurgias ambulatoriais pode ser de até 1/8 do valor médio de uma operação seguida por internação;

- eficácia e completude do atendimento ao paciente, pois nas Unidades de Hospital-Dia costuma-se prestar a maior variedade de serviços possíveis que compõem o tratamento. Assim, o paciente muitas vezes realiza consultas, exames, tratamentos e encaminhamentos apenas nesse setor hospitalar, sem demandar deslocamento para outras unidades do edifício ou para outros estabelecimentos de saúde.<sup>19</sup> Tendo em vista que o paciente fica na Unidade por menos tempo do que em uma internação integral, o setor precisa estar estruturado de forma a favorecer que se encontrem soluções rápidas para o atendimento, e que este seja prestado de modo eficiente. Segundo o cirurgião uruguaio Enrique Cordero (informação verbal),<sup>20</sup> o fato de que todos os serviços são levados até o paciente e não o contrário representa, sobretudo, uma mudança cultural no atendimento;
- redução do risco de contrair infecção hospitalar, já que a pessoa permanece por menos tempo no hospital. No caso dos Hospitais-Dia cirúrgicos, atende-se a um público que realiza procedimentos eletivos, de baixo risco e que não estão associados a doenças graves ou infecciosas, diminuindo o risco de contaminação;
- humanização do processo de tratamento devido à permanência no ambiente residencial que é familiar ao paciente e por preservar seu contato com parentes e amigos. O fato de um paciente não necessitar ser internado lhe poupa ainda o convívio com outras pessoas que também estão doentes e que podem estar em um estado fisiológico e psicológico mais delicado do que o dele, o que poderia lhe ocasionar danos adicionais.

Além disso, segundo o cirurgião uruguaio Enrique Cordero (informação verbal)<sup>21</sup>, tem-se atualmente núcleos familiares cada vez menores e nos quais todos os membros trabalham fora, tornando difícil uma assistência prolongada a um familiar doente. Com o Hospital-Dia, os pacientes realizam a terapêutica no estabelecimento de saúde, retornando para casa à noite, permitindo a todos preservar suas rotinas diárias e reduzir o impacto social e econômico do tratamento. Por exemplo, no caso de adolescentes, é possível aos mesmos continuar frequentando diariamente a escola.

19 Os Hospitais-Dia clínicos também podem funcionar como uma extensão do atendimento ambulatorial permitindo a realização, com rapidez, de algum procedimento de investigação ou tratamento na sequência a uma consulta médica que tenha acabado de ser realizada (NHS, 1995).

20 Informação disponibilizada em palestra proferida pelo médico, na 2ª Jornada Acadêmica da SUAIH – AADAIH – ABDEH, sobre a temática dos Hospitais-Dia.

21 Informação disponibilizada em palestra proferida pelo médico, na 2ª Jornada Acadêmica da SUAIH – AADAIH – ABDEH, sobre a temática dos Hospitais-Dia.

Para pacientes psiquiátricos, o tratamento em Unidades de Hospital-Dia apresenta uma vantagem adicional, razão pela qual tem sido muito recomendado: reduz o estigma atribuído aos pacientes, comparativamente àqueles que são hospitalizados. Por sentirem-se mais confortáveis para realizar o tratamento, favorece-se a que o mesmo tenha início antes, já que as pessoas geralmente recorrem à internação psiquiátrica apenas em situações extremas. E quando se inicia cedo o tratamento, os custos tendem a ser inferiores (OMS, 2001).

No caso das instituições públicas de saúde, a menor permanência no hospital contribui ainda para amenizar problemas comuns como o *déficit* de leitos de internação. Por outro lado, porém, em nosso contexto, aspectos como a dificuldade em se assegurar atendimento continuado ao paciente que não está hospitalizado, além da precariedade de parte dos hospitais públicos e das condições de vida de uma parcela expressiva da população, podem comprometer a recuperação da saúde e precisam ser cuidadosamente analisados.

Quando a pressão em relação aos leitos hospitalares é alta, muitos pacientes são liberados sem que tenham sido feitos os arranjos adequados para seus cuidados posteriores imediatos ou qualquer investigação da adequabilidade das acomodações de sua casa para pacientes ainda parcialmente desabilitados. (GAINSBOROUGH; GAINSBOROUGH, 1964, p. 25)

Ainda que a internação dos pacientes, em muitos casos, não se justifique do ponto de vista médico, ela pode se justificar do ponto de vista social. A adoção do Hospital-Dia no sistema público de saúde proporciona alívio emocional ao paciente e aos seus familiares, redução de custos e otimização no uso dos leitos hospitalares, entretanto, devem ser buscadas condições mais favoráveis à sua implementação e funcionamento como, por exemplo: ampliação do atendimento preventivo, continuado e domiciliar, dispondo de um sistema comunitário de saúde completo, com ambulâncias, médicos de família e assistência social; investimento em práticas de educação em saúde, de forma a preparar o paciente e seus familiares para dar sequência ao tratamento em casa, bem como conscientizar a todos sobre a importância da prevenção das doenças e de se desenvolver um estilo de vida saudável; busca pela melhoria das condições de vida e saúde da população em geral, o que inclui acomodações apropriadas e seguras no ambiente hospitalar e residencial (JAMES; TATTON-BROWN, 1986; PRESSLER, 1995; PEJALER, 1996; HERMAN MILLER, 2007; TUSLER, 2007).



### 3.2 AS ATIVIDADES: A OPERACIONALIDADE DO HOSPITAL-DIA

Reconhecendo a ampla aplicabilidade do modelo de atendimento conhecido como Hospital-Dia, a partir de revisão de literatura e das visitas exploratórias, buscou-se entender mais sobre o contexto desses locais, como as atividades realizadas, o perfil de usuários atendidos e a configuração ambiental. A seguir, é apresentada uma descrição das principais atividades desenvolvidas em Hospitais-Dia cirúrgicos e em Hospitais-Dia clínicos de Quimioterapia e de Infectologia brasileiros, com ênfase para a rotina destes dois últimos.

Os **Hospitais-Dia cirúrgicos** visitados no Brasil direcionam-se à realização de procedimentos cirúrgicos para diversas subespecialidades médicas incluindo: Plástica, Ortopedia, Vascular, Geral, Buco-maxilo, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Dermatologia, Ginecologia, Gastroenterologia, Proctologia e Urologia, entre outros. O paciente permanece na Unidade apenas o tempo necessário para o preparo para a cirurgia, para a cirurgia propriamente dita e para a recuperação pós-anestésica, recebendo acompanhamento e cuidados médicos e de enfermagem, inclusive prescrição de exames e medicações. As cirurgias realizadas em Hospitais-Dia não costumam estender-se além de uma hora, já que se pressupõe que as mesmas devem ser eletivas, pouco invasivas, de baixa complexidade e de baixo risco. O tempo de recuperação pós-cirúrgico varia de acordo com o procedimento e com a anestesia, podendo ser de 40 minutos até 12 horas.

Embora a maioria dos pacientes chegue e saia andando da Unidade, isto é, mantendo-se consciente, durante sua estadia na Unidade, eles passam boa parte do tempo repousando em um leito, devido aos efeitos inerentes aos anestésicos. Além disso, nesses casos, o descanso e a pouca movimentação física são fatores desejáveis e que contribuem para o restabelecimento da saúde.

Já os **Hospitais-Dia clínicos** visitados no Brasil estão em geral orientados ao atendimento de doenças crônicas ou que requeiram tratamentos prolongados, em circunstâncias nas quais seja dispensável a internação e haja a possibilidade de pré-agendar a atividade (ANVISA, 1998). Assim, o indivíduo pode frequentar a Unidade diariamente, semanalmente ou mensalmente, de acordo com sua necessidade. Uma característica importante que distingue a vivência desses ambientes em relação a outras Unidades, como Emergência ou Internação, é o fato de que, nos Hospitais-Dia clínicos, os tratamentos exigem que o paciente retorne à instituição

com periodicidade, podendo estender-se por toda a vida. O paciente permanece na Unidade apenas o tempo mínimo necessário para os procedimentos e recuperação, o que se constatou ser em média de duas a seis horas, e, durante essa permanência no setor, a grande maioria dos pacientes encontra-se acordada, consciente e em condições de mobilidade, visto que os mais debilitados são hospitalizados.

As atividades realizadas por funcionários e pacientes variam de acordo com a especialidade médica, sendo descritas a seguir a rotina de um Hospital-Dia de Quimioterapia e de um Hospital-Dia de Infectologia.

No caso de **Hospitais-Dia de Quimioterapia**, verificou-se serem comuns: a administração via oral, intramuscular e endovenosa de quimioterápicos para combater as células cancerígenas; a observação do paciente quanto a reações adversas; o atendimento oncológico médico e de enfermagem; e o acompanhamento de pré e pós-operatório de transplante de medula óssea.

Quando o paciente chega à Unidade, a primeira atividade é o seu acolhimento. Em seguida, o corpo de enfermagem mede os seus sinais vitais – pressão, temperatura e respiração –, bem como avalia os exames por ele trazidos e que são relativos à evolução da doença. A partir de então, é verificado se o paciente realmente está apto a fazer a quimioterapia naquele dia ou se deve ser encaminhado para uma consulta médica.

Caso se proceda com a quimioterapia, é feita a punção do local no qual será aplicada a medicação do paciente. Também, nesse momento, confere-se o protocolo e se a medicação foi preparada na dose correta. Inicia-se a infusão de soro e de medicação pré-quimioterápica – corticoide e remédios para reduzir náuseas – normalmente no pulso ou na região torácica. Na sequência, inicia-se a medicação quimioterápica propriamente dita, que é, normalmente, realizada com o paciente sentado em uma poltrona. Enquanto se aplica a medicação, as enfermeiras observam o paciente, pois pode haver intercorrências. Durante esse período, é comum os pacientes utilizarem os sanitários, assistirem a televisão, realizarem leituras, dormirem e/ou estarem com seus acompanhantes, quando a instituição e o ambiente possibilitam essas atividades.

Quando a medicação inicia-se pela manhã e estende-se para a tarde, o almoço é oferecido ao paciente. Em alguns locais também se oferecem pequenos lanches. Ao longo do tratamento, também se faz necessário tomar muito líquido, especialmente bebidas geladas, como água, sucos e refrigerantes.

A punção é retirada com o término da medicação. Verificam-se novamente os sinais vitais do paciente, podendo-se reencaminhá-lo para o exame médico. Por fim, são dadas algumas orientações a respeito da continuidade do tratamento e o paciente é liberado para ir para casa.

Nos **Hospitais-Dia de Infectologia** são procedimentos comuns: medicação parenteral<sup>22</sup> para doenças oportunistas da AIDS e hepatite C, punções, coletas de sangue, reposição de soro e vitaminas de modo intravenoso, biópsia hepática, atendimento médico e de enfermagem e procedimentos pouco invasivos em geral.

O paciente é encaminhado para a Unidade através de prescrição médica vinda de outro setor, normalmente do ambulatório de um hospital, de um posto de saúde ou de uma clínica privada. Na chegada, o paciente é acolhido na secretaria ou na recepção e é encaminhado para consulta médica no Hospital-Dia, a qual determinará sua rotina de tratamento na Unidade.

O paciente passará então a frequentar o Hospital-Dia de Infectologia em datas previamente agendadas. Quando chega para o tratamento, uma das primeiras atividades é a medição dos sinais vitais, observando-se seu estado geral de saúde, do mesmo modo como se procede nas unidades de Quimioterapia. Se necessário, o paciente é novamente encaminhado para uma consulta ou avaliação médica, anteriormente à realização de procedimentos terapêuticos.

Em seguida, o paciente é encaminhado para uma sala de medicação, onde ele ficará em tratamento sentado em uma poltrona ou deitado em um leito, sendo a infusão de remédios ou de soro a atividade mais regular. Nesse período, ele é acompanhado por profissional de enfermagem. Durante a medicação, é comum que os pacientes utilizem o sanitário. Ao final, o profissional de enfermagem ou médico entrega aos pacientes a medicação para a continuidade do tratamento em casa e dá orientações referentes à mesma.

As visitas realizadas permitiram perceber que as rotinas distinguem-se sensivelmente entre Unidades clínicas e cirúrgicas de Hospital-Dia. Numa hipótese inicial de pesquisa, acreditava-se que, em ambos os casos, o ambiente deveria dar suporte a inúmeras demandas do paciente relacionadas a distrações positivas, de forma a estimulá-lo a permanecer acordado e ativo durante a estadia na instituição de saúde. Foi possível observar que qualificar o ambiente para o desenvolvimento de distrações positivas adquire maior relevância para

<sup>22</sup> Parenteral – por qualquer meio, exceto via oral (LEITE, 2007).

Unidades clínicas, já que nas cirúrgicas os pacientes encontram-se sob o efeito de anestésicos e, muitas vezes, repousando. Além disso, pacientes cirúrgicos vão à Unidade em geral uma única vez para a realização do procedimento, de forma que a importância da vivência e apropriação do ambiente será maior para os indivíduos em tratamentos prolongados.

Os diferentes tipos de Hospitais-Dia clínicos, foco do presente estudo, mostraram ter rotinas relativamente similares entre si, predominando, na grande maioria, a infusão de medicação como atividade principal. Os Hospitais-Dia clínicos mostraram-se ainda como uma nova realidade hospitalar, como ambientes que necessitam diferenciar-se de antigas concepções espaciais, pois têm características próprias, como o desenvolvimento de tratamentos prolongados no hospital durante períodos diurnos. Assim, embora a vivência do ambiente de saúde e sua humanização sejam relevantes em todas as modalidades de atendimento, no Hospital-Dia clínico potencializa-se um vínculo ainda mais consistente entre o indivíduo e o ambiente, e a criação de configurações ambientais que permitam ao paciente ocupar-se com atividades de distração (ULRICH; ZIMRING, 2007) paralelamente ao atendimento médico. Desse modo, seria minimizado o impacto negativo da estadia no hospital sobre a rotina do indivíduo; evitar-se-ia o repouso induzido durante o dia e possíveis problemas dele advindos, como a insônia durante a noite; e qualificar-se-ia o tempo passado no tratamento, permitindo ao paciente concentrar-se menos nesse processo e na própria dor.

Segue abaixo a Tabela 2 que sintetiza as principais atividades desenvolvidas nos diferentes Hospitais-Dia visitados.

**Tabela 2 – Síntese da modalidade de atendimento Hospital-Dia a partir dos dados coletados nas visitas exploratórias**

Hospital-Dia Cirúrgico	
Especialidades médicas	Cirurgia: Geral, Vascular, Plástica, Otorrinolaringológica, Oftalmológica, Dermatológica, Ginecológica, Gastrológica, Proctológica, Urológica, entre outras.
Exemplos de atividades desenvolvidas	Realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, pouco invasivos, de baixo risco e de baixa complexidade. Atividades: preparação para o procedimento cirúrgico, procedimento cirúrgico propriamente dito, recuperação pós-anestésica, acompanhamento médico e de enfermagem, prescrição de exames e medicações.

Hospital-Dia Clínico	
Especialidades médicas	Quimioterapia, Infectologia, Geral, Pediatria, Geriatria, Apoio à Hemodinâmica, Reumatologia, Distúrbios Alimentares (Nutrição), Psiquiatria, entre outras.
Exemplos de atividades desenvolvidas	Quimioterapia: tratamento de pacientes com câncer. Realiza-se: administração via oral, intramuscular e endovenosa de quimioterápicos, observação do paciente quanto a reações adversas, atendimento médico oncológico e de enfermagem, hidratação, procedimentos como biópsia de medula óssea e retirada de líquidos e o acompanhamento de pré e pós-operatório de transplante de medula óssea.
	Infectologia: tratamento de pacientes com AIDS e/ou doenças infecciosas ou oportunistas. Realiza-se: biópsia hepática; aplicação de medicação, soro e vitaminas de modo parenteral; punções; coletas de sangue; atendimento médico e de enfermagem; e procedimentos pouco invasivos em geral.
	Apoio de hemodinâmica: recuperação pós-exame de hemodinâmica, acompanhamento e cuidados de enfermagem.
	Geral: atende simultaneamente a diferentes especialidades médicas como, por exemplo, a pacientes HIV positivo e pacientes de Quimioterapia, entre outros. Realiza procedimentos diversos como: biópsia renal, biópsia hepática, punção, administração de medicamentos inclusive quimioterápicos, entre outros.

Fonte: o autor, 2008.

### 3.3 O INDIVÍDUO: O PACIENTE DO HOSPITAL-DIA

De modo geral, entende-se que o paciente de Hospital-Dia é alguém cujo estado de saúde encontra-se em situação intermediária ao paciente ambulatorial e ao internado. Para o paciente-dia, proporcionar apenas o atendimento ambulatorial por meio de consultas pré-agendadas não é suficiente e, por outro lado, a internação hospitalar é desnecessária. Segundo a NHS (1995, p. 5, tradução nossa), pacientes-dia são aqueles que “[...] não necessitam um pernoite, mas precisam de um período curto de tempo depois de um procedimento para recuperar-se. Pacientes-dia podem ficar no hospital por uma manhã, uma tarde ou por todo o período de funcionamento durante o dia.”<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Ainda segundo a NHS (1995, p. 5) em sua classificação dos tipos de pacientes hospitalares, têm-se além dos pacientes-dia, os: “A – Pacientes internos – que pernoitam no hospital; B – Pacientes externos – que vem para consultas, exames, investigação e procedimentos menores e partem assim que os mesmos terminam.”

O perfil de pacientes do **Hospital-Dia cirúrgico** não corresponde a casos agudos, graves ou críticos, pois se busca a Unidade para realizar pequenos procedimentos, de baixo risco e possíveis de agendamento. O público potencial é de pacientes com até 65 anos de idade, sem doenças crônicas e que, por essas características, apresentam menores chances de complicações durante o procedimento (PRESSLER, 1995). Uma vez que a recuperação e a alta hospitalar devem ser rápidas, ocorrendo em poucas horas, previamente às cirurgias é feita uma triagem dos pacientes. Assim, em sua maioria, o paciente-dia cirúrgico é um indivíduo consciente e ambulante, que chega e sai da Unidade movimentando-se sem necessitar da ajuda de terceiros.

No entanto, durante a recuperação pós-cirúrgica, deve-se considerar que os pacientes se encontram debilitados fisicamente e estão sob o efeito de anestésicos. Destarte, enquanto estão no Hospital-Dia Cirúrgico, é comum esses pacientes encontrarem-se deitados e repousando, de forma que poucas atividades de distração positiva seriam de seu interesse ou possíveis de ocorrerem. Nesses casos, a perspectiva de um ambiente humanizado parece não estar tão relacionada a uma variedade de atividades de lazer e entretenimento, mas principalmente ao conforto do paciente e condições favoráveis para o descanso e a recuperação.

O perfil de pacientes de **Hospitais-Dia clínicos** também é de indivíduos conscientes, acordados e ambulantes, em condições de pré-agendar as atividades. Não incluem casos agudos ou críticos, os quais são encaminhados para internação em Unidades de saúde com atendimento no nível terciário (JOHNS, ZIRKLE, 1999). Uma diferença importante entre os pacientes de Hospitais-Dia cirúrgicos e clínicos é que estes se encontram conscientes e despertos também durante a permanência no local, além de utilizarem a Unidade durante semanas, meses ou anos, de acordo com sua patologia e protocolo de tratamento.

Segundo o arquiteto hospitalar Celso Giraffa (informação verbal),<sup>24</sup> hoje há uma sobrevida grande para patologias como a AIDS e o Câncer, fazendo com que os tratamentos se prolonguem e o hospital vire uma extensão da casa. A sobrevida aumentou tanto que essas doenças praticamente tornaram-se crônicas, com boas possibilidades de controle por meio de medicação.

<sup>24</sup> Informação obtida em entrevista realizada, em novembro de 2008, para fins de utilização nesta tese.

As Unidades clínicas de Hospital-Dia também atendem em geral a pacientes com faixa etária muito variada e de ambos os sexos, não havendo separação por gênero. As Unidades destinadas ao atendimento de adultos costumam receber não apenas adultos, como também idosos. Não há limite máximo de idade, e o limite mínimo nas Unidades de Infectologia para adultos é de 18 anos. Nas Unidades destinadas ao atendimento pediátrico, acolhe-se a crianças e adolescentes até 18 anos.

No caso de **Hospitais-Dia de Quimioterapia**, o estado geral de saúde dos pacientes também é muito variável, pois há indivíduos em diferentes estágios da doença e com respostas distintas ao tratamento. Assim, há os pacientes muito debilitados fisicamente e também aqueles que levam uma vida absolutamente normal, sem nenhuma restrição.

Em geral, os pacientes chegam à Unidade caminhando, sendo raros os casos de cadeirantes. É costume que eles venham acompanhados de familiares ou amigos, pois, após o tratamento, ficam suscetíveis a reações adversas como desmaio e enjôo.

Nas Unidades visitadas, foi comentado que o estado psicológico dos pacientes em Quimioterapia é muito variado. É comum que o paciente esteja preocupado com relação ao seu estado de saúde. Segundo a médica oncologista Claudia Ottaiano (informação verbal),<sup>25</sup> o momento do diagnóstico e o início do tratamento são críticos, gerando medo de morrer, insegurança e preocupação. Há um entendimento de que a doença é grave e fatal. Com o decorrer do tempo, os pacientes tendem a se acostumar com as circunstâncias. Porém, pacientes com recidiva do câncer ou com metástase também costumam estar muito abalados emocionalmente.

A enfermeira Leda Berneche (informação verbal),<sup>26</sup> responsável por duas Unidades de Hospital-Dia **Oncológicas** do Uruguai, sendo uma para adultos e outra para crianças, comentou: “Adultos são mais temerosos, mais deprimidos que os pacientes oncológicos pediátricos. As crianças preferem os ambientes maiores, mais abertos e coletivos. Os adultos preferem estar sós.”

Os pacientes de unidades de **Hospital-Dia de Infectologia** são, em sua maioria, pacientes com AIDS. No entanto, foi observado que se costuma atender também pacientes de

<sup>25</sup> Informação verbalizada em palestra proferida, durante a 2ª Jornada Acadêmica SUAIH-AADAIH-ABDEH, sobre Hospitais-Dia (2009).

<sup>26</sup> Informação verbalizada em palestra proferida, durante a 2ª Jornada Acadêmica SUAIH-AADAIH-ABDEH, sobre Hospitais-Dia (2009).

imunoglobulina – deficiências de imunidade ligada a questões genéticas –, pacientes com meningite, pacientes com tuberculose e com outras doenças infecto-contagiosas em geral, visto que pacientes HIV positivo estão mais predispostos a serem acometidos por elas.

O paciente com AIDS pode necessitar tomar medicação em casa diariamente para o resto de sua vida e fazer exames, consultas e tratamentos médicos periódicos para acompanhar a evolução da doença. Assim, mantê-lo estimulado para o tratamento por meio de apoio psicoterápico e atividades de acolhimento para ele e seus familiares é de fundamental importância, sendo que a falta de adesão ao tratamento é um problema comum e sério.

O estado geral de saúde varia muito. Há pacientes adultos e infantis que fizeram o diagnóstico e iniciaram a medicação retroviral precocemente e, com isso, conseguiram controlar a carga viral. E há os pacientes com AIDS que tiveram um diagnóstico tardio ou estão em um estágio mais avançado da doença.

De modo geral, os tratamentos para a AIDS debilitam severamente o estado fisiológico do indivíduo. Porém, apesar da existência da necessidade de tomar medicação com regularidade, em sua maioria, os pacientes têm uma vida normal, mantêm relações familiares e estudam ou trabalham. Além disso, o paciente de Hospital-Dia é lúcido, desperto e apresenta condições de mobilidade, raramente utilizando muletas ou cadeiras de rodas.

Uma dificuldade para esses pacientes fazerem atividades que requeiram grandes movimentações é que, durante sua estadia, eles geralmente estão recebendo medicação de forma subcutânea pela mão e a sua movimentação pode gerar contaminação na via de acesso. Outra dificuldade é que eles necessitariam levar o soro ou a medicação e seu suporte consigo. Isto é, a possibilidade de movimentar-se varia de acordo com o tratamento, mas mesmo durante a infusão de medicação, é possível ao paciente deslocar-se, ainda que com restrições. Essa situação ocorre, por exemplo, quando se necessita utilizar os sanitários.

Embora a evolução da Medicina tenha prolongado muito a sobrevivência de portadores da AIDS, com casos de indivíduos com mais de 25 anos de tratamento, quando o paciente recebe o diagnóstico, ele costuma ficar abalado emocionalmente. Essa notícia ainda é recebida como uma sentença de morte, com alto impacto psicológico.

No caso de pacientes em estágio terminal, de diversas patologias, o que pode incluir pacientes com Aids ou câncer, Kubler-Ross (1969) aponta cinco estágios que serão



vivenciados: negação da doença e isolamento em relação aos outros; raiva em relação ao prognóstico, ao tratamento e aos que estão sãos; barganha no sentido de tentar negociar com Deus, de acordo com a fé professada por cada um, ou com os profissionais de saúde, um prolongamento da vida ou uma amenização da dor; depressão reativa aos problemas enfrentados ou depressão preparatória para a morte; e por fim, a aceitação da doença e da morte futura.

As crianças portadoras do vírus HIV tendem a não ter plena consciência da gravidade da doença e desconsideram a problemática do preconceito, o que pode ser positivo para seu bem-estar emocional. Por outro lado, a criança tem dificuldade para compreender o sofrimento inerente ao próprio tratamento, reagindo às injeções e às medicações. Já os pré-adolescentes, adolescentes e adultos têm maior consciência da doença.

Outro agravante é o estigma associado à doença. A sociedade em geral tem medo de contrair AIDS, o que gera retração das pessoas em relação ao doente. Muitos, equivocadamente, imaginam que todos os pacientes são necessariamente indivíduos promíscuos ou viciados em drogas. Por isso, preservar a privacidade do paciente durante o tratamento adquire uma importância maior do que no caso de outras doenças como o câncer.

Por todos esses motivos, bem como devido ao fato de que parte dos pacientes é usuária de drogas, mostra-se desejável prever serviços de apoio psicoterápico em complementaridade ao tratamento médico. Outra necessidade dos pacientes de Infectologia, também compartilhada pelos pacientes de Oncologia, é que o ambiente forneça a proteção adequada do seu sistema imunológico, isto é, que eles não sejam expostos a outras patologias, já que têm os mecanismos de defesa debilitados pelo vírus HIV (BOBROW, 2000).

Assim, além das semelhanças nas atividades desenvolvidas em Unidades de Hospital-Dia de Infectologia e de Quimioterapia – infusão de medicação – há também semelhanças no perfil dos pacientes, já que ambas são doenças com alto impacto emocional e fisiológico sobre o indivíduo e com possíveis complicações decorrentes do tratamento. HIV e câncer também são doenças com tratamentos prolongados que requerem uma frequência elevada de comparecimento a ambientes de saúde e durante períodos consideráveis de tempo. Seus pacientes são conscientes, despertos e apresentam boas condições de mobilidade, com um estado de saúde não tão favorável para tratar-se exclusivamente de modo ambulatorial, porém menos debilitado que um paciente de internação.

Também se verificam diferenças significativas entre o perfil de usuários dos Hospitais-Dia clínicos e cirúrgicos. Diferentemente destes últimos, a maioria dos pacientes em Quimioterapia ou em tratamento para a AIDS tem condições físicas de fazer pequenos movimentos e atividades de distração positiva durante o tratamento. Observa-se, porém, que devido à gravidade das doenças é possível que parte deles não tenha disposição para atividades de interação social ou que requeiram grande esforço físico. Segundo os arquitetos Osvaldo Magalhães, Mauro César Oliveira dos Santos e Ana Cláudia Meirelles Pena (informação verbal),<sup>27</sup> é possível imaginar que esses pacientes estejam mais propensos a atividades individuais, intimistas, introspectivas, contemplativas ou de relaxamento, do que a atividades que demandem maior movimentação, força ou destreza.

A Tabela 3, conforme segue abaixo, sintetiza os principais dados referentes ao perfil de pacientes de unidades de Hospital-Dia clínicas e cirúrgicas.

**Tabela 3 – Síntese do perfil de pacientes de Hospital-Dia a partir dos dados coletados nas visitas exploratórias**

Hospital-Dia Cirúrgico	
Características principais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Até 65 anos, sem doenças crônicas e/ou graves;</li> <li>• Consciente e ambulante;</li> <li>• Durante o procedimento e recuperação encontram-se repousando.</li> </ul>
Hospital-Dia Clínico	
Características principais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acima de 18 anos, exceto para os Hospitais-Dia pediátricos;</li> <li>• Consciente e ambulante;</li> <li>• Estado de saúde varia muito para cada paciente;</li> <li>• Estado emocional de pacientes com AIDS ou câncer: deprimido, assustado, preocupado, ansioso etc.</li> <li>• Durante o tratamento encontram-se despertos.</li> </ul>

Fonte: o autor, 2008.

### 3.4 O AMBIENTE: A CONFIGURAÇÃO DAS UNIDADES DE HOSPITAL-DIA

A infraestrutura e a organização espacial dos Hospitais-Dia podem variar muito de acordo com as especialidades médicas atendidas. Hospitais-Dia direcionados ao atendimento

<sup>27</sup> Informação obtida em entrevistas, realizadas em novembro de 2008, para fins de utilização na tese.

psiquiátrico ou multidisciplinar, como, por exemplo, de pacientes com distúrbios alimentares como bulimia ou anorexia, podem funcionar em espaços com uma organização e ambientação não hospitalar, diferentemente de Hospitais-Dia cirúrgicos, razão pela qual não são o foco desta pesquisa.

A RDC 50 (ANVISA, 2002), norma nacional que orienta o projeto arquitetônico de estabelecimentos assistenciais de saúde, utiliza a nomenclatura Hospital-Dia como equivalente à Unidade de Internação de Curta Duração associada à Unidade Ambulatorial. No entanto, as exigências normativas para a aprovação do projeto de uma Unidade de Hospital-Dia não se restringem àquelas relacionadas à Internação de Curta Duração, mas sim dependem, fundamentalmente, da especialidade médica que será atendida e da proposta assistencial. Está prevista, na RDC 50 e nas portarias complementares, uma correlação direta entre a listagem de atividades possíveis de serem realizadas em um estabelecimento de saúde e os requisitos espaciais mínimos. Por exemplo, para o projeto de uma Unidade de Hospital-Dia de Quimioterapia devem ser seguidas as recomendações contidas na própria RDC 50 (ANVISA, 2002) e também aquelas da RDC 220 (ANVISA, 2004) para o setor de Quimioterapia, de acordo com as atividades que a instituição se propõe realizar.

Há poucas exigências normativas específicas para Hospitais-Dia e estas não tratam exclusivamente do planejamento do ambiente, mas regulamentam aspectos variados do funcionamento desses locais. Entre elas, está a Portaria 2415 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) que estabelece requisitos para credenciamento de unidades hospitalares e critérios para realização de internação em regime de Hospital-Dia. Nela, se estabelecem como sendo instalações físicas mínimas necessárias para um Hospital-Dia:

[...] recepção, consultórios médicos, sala de enfermagem, sala de administração de medicamentos, instalações sanitárias completas, sala de repouso dos pacientes, serviço de nutrição, farmácia, refeitório, instalações especiais para expurgo, rouparia, serviço próprio ou de referência para realização de serviços auxiliares de diagnose e terapia, instalações para assistência clínica ou cirúrgica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 2)

No caso de Hospitais-Dia direcionados ao tratamento de pacientes HIV positivo, o Ministério da Saúde (1994, p. 1) recomenda que a Unidade seja composta por “[...] consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço, sala de inalação, posto de enfermagem e enfermarias”.

Na RDC 50 (ANVISA, 2002), as exigências específicas para o projeto de uma Unidade de Internação de Curta Duração são reduzidas comparativamente à de Internação Convencional, não demandando alguns ambientes exclusivos para o setor como sala de serviços, rouparia, sala de exames e sala de curativos. Essa redução nas exigências também pode estar relacionada ao fato de que a unidade está prevista dentro do Ambulatório, portanto, usufruindo de sua infraestrutura. À parte essas diferenças, os demais ambientes exigidos e o dimensionamento recomendado são similares aos da internação convencional, sendo eles: posto de enfermagem, quartos para um número máximo de seis leitos, sala de espera para pacientes e acompanhantes, sala de utilidades,<sup>28</sup> depósito de material de limpeza (DML) e sanitários para pacientes e funcionários.

Nas visitas feitas no Brasil às **Unidades cirúrgicas de Hospital-Dia** de fato confirmou-se que a organização espacial se dá como sugere a legislação, ou seja, por meio de um setor de Internação de Curta Duração associado a um Centro Cirúrgico ambulatorial ou convencional. Na Unidade de Internação de Curta Duração funciona o pré e pós-operatório dos pacientes. Ela costuma organizar-se em quartos privativos ou de até dois leitos dispostos próximos a um posto de enfermagem, contando com espaços de apoio como sala de prescrição médica, sala de serviços, rouparia, DML, sala de utilidades, recepção e espera, entre outros. Os quartos costumam dispor de banheiros exclusivos, leitos para os pacientes, uma poltrona para acompanhantes e, em se tratando de clínicas privadas, também é possível encontrar, normalmente, frigobar, televisão, armário para roupas, escrivaninha e, eventualmente, ponto de conexão com a internet (FIG. 16 e 17, 18 e 19). O Centro Cirúrgico era, em algumas circunstâncias, exclusivo do setor, destinado apenas à realização de procedimentos eletivos, pouco invasivos, de baixo risco e complexidade; e, em outros casos, era compartilhado por todo o estabelecimento de saúde, encaminhando pacientes também para outras unidades de internação.

28 De acordo com GÓES (2004, p. 146), a sala de utilidades é "Ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda de utensílios usados no atendimento de pacientes. Também pode ser utilizada para guarda de material de limpeza e roupa usada na unidade em que esteja instalado."



**Figura 16** – Quarto de internação de um Hospital-Dia cirúrgico  
Fonte: o autor, 2007.



**Figura 17** – Quarto de internação de um Hospital-Dia cirúrgico  
Fonte: o autor, 2007.



**Figura 18** – Quartos de internação de uma Unidade de Hospital-Dia cirúrgica  
Fonte: Hospital-Dia Baía Sul, 2006.



**Figura 19** – Sala cirúrgica de uma Unidade de Hospital-Dia  
Fonte: Hospital-Dia Baía Sul, 2006.

Em apenas um dos Hospitais-Dia cirúrgicos visitados, a área destinada à Internação de Curta Duração não se organizava em quartos privativos ou com poucos leitos. Nessa instituição, a continuidade de recuperação pós-cirúrgica para o paciente, que saiu da área de recuperação própria do Centro Cirúrgico, se dava em uma unidade organizada ao redor de um salão de enfermaria com 12 leitos, em vez de em uma unidade de internação. Cabe mencionar que esta área de recuperação coletiva estava sendo desativada na época em que a visita ocorreu. A predominância na compartimentação das Unidades de Hospital-Dia em apartamentos privativos ou de até dois leitos justifica-se por proporcionar maior privacidade e conforto, pela redução do risco de contração de infecção hospitalar (CHAUDHURY; MAHMOOD; VALENTE, 2005; ULRICH; ZIMRING, 2007) e pela própria exigência da norma nacional – RDC 50 – de que se disponham, no máximo, seis leitos por enfermaria.

Nos **Hospitais-Dia clínicos** brasileiros, objeto de estudo desta tese, observou-se uma organização diferente dos Hospitais-Dia cirúrgicos, bem como de qualquer outro setor hospitalar. Em sua grande maioria, o ambiente físico da Unidade centrava-se em um salão de atendimento coletivo, com um posto de enfermagem ou uma bancada de apoio com lavatório e, em vez de leitos hospitalares, havia até 20 poltronas dispostas em seu perímetro. Essa mudança na organização espacial e no mobiliário legitima-se porque, na grande maioria dessas Unidades, os pacientes estão acordados e conscientes durante o tratamento. Além disso, o paciente tende a frequentar o local durante o dia e por um período considerável de tempo, razão pela qual é desejável que ele permaneça acordado e ativo, de forma a não induzir ao repouso e causar alterações em seu ciclo circadiano. Com a utilização de poltronas estofadas e em modelos aparentemente mais confortáveis do que os oferecidos a outros usuários do edifício hospitalar, estimula-se os mesmos a permanecerem na posição sentada. Apenas em um estabelecimento particular foi constatada a organização de uma Unidade de Hospital-Dia Quimioterápica Pediátrica dispondo apenas de leitos, sendo a criança estimulada a passar todo o tempo de tratamento na posição deitada (FIG. 20 e 21).



**Figura 20** – Unidade de Hospital-Dia Pediátrica mobiliada apenas com leitos

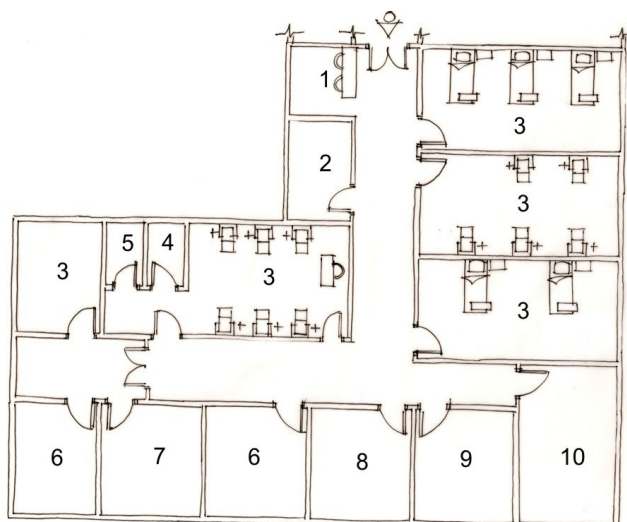
Fonte: o autor, 2007.



**Figura 21** – Unidade de Hospital-Dia Pediátrica mobiliada apenas com leitos

Fonte: o autor, 2007.

Assim, os ambientes de Hospital-Dia clínicos lembram as salas de observação já encontradas em Ambulatórios ou Pronto-Atendimentos, porém com o diferencial de que, no caso dos primeiros, esse é o ambiente central da Unidade, além de que predominam as poltronas em relação aos leitos (FIG. 22, 23, 24 e 25).



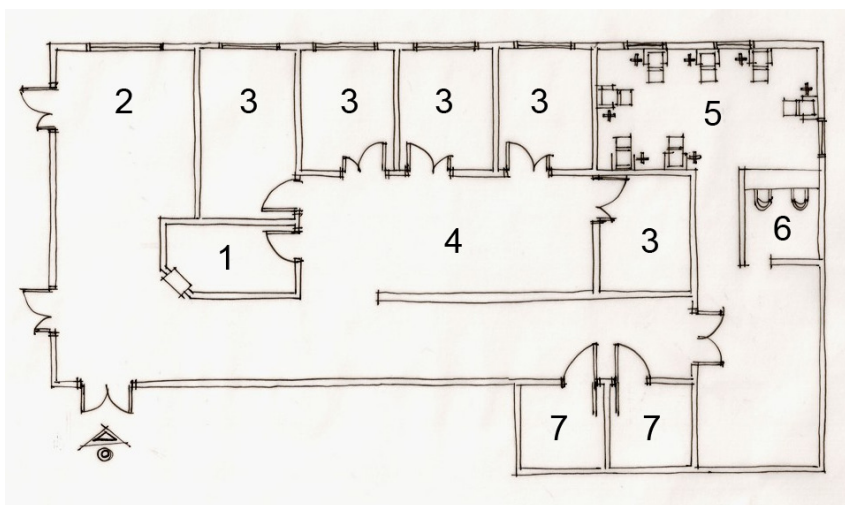
**Figura 22** – Planta-baixa esquemática de Unidade de Hospital-Dia de Infectologia visitada  
Fonte: o autor, 2008.

**Legenda:**

- 1 – Posto de enfermagem
- 2 – Sala de aplicação de medicação
- 3 – Sala de medicação (infusão)
- 4 – Sala de serviços
- 5 – Sanitário
- 6 – Consultório
- 7 – Brinquedoteca
- 8 – Sala de pesquisa
- 9 – Sala de exames
- 10 – Sala administrativa



**Figura 23** – Foto de uma das salas de medicação da Unidade de Hospital-Dia de Infectologia  
Fonte: o autor, 2008.



**Legenda:**

- 1 – Recepção
- 2 – Copa
- 3 – Consultório
- 4 – Sala de espera
- 5 – Sala de medicação
- 6 – Posto de enfermagem
- 7 – Sanitário

**Figura 24** – Planta-baixa esquemática de Unidade de Hospital-Dia de Quimioterapia visitada  
Fonte: o autor, 2007.



**Figura 25** – Foto da sala de Unidade de Hospital-Dia de Quimioterapia visitada  
Fonte: o autor, 2007.

Em cinco Unidades clínicas visitadas, além das poltronas havia leitos para situações críticas (FIG. 26, 27, 28, 29 e 30). Numa dessas instituições, a enfermeira entrevistada observou a importância de se dispor não apenas de leitos ou poltronas, mas de ambos, de forma a se considerar as diferentes necessidades individuais. Embora as poltronas sejam mais indicadas para esse perfil de usuários e para o período no qual se dá o tratamento, a existência de alguns leitos também é positiva para aqueles que desejem ou necessitem repousar. Uma situação comum em hospitais públicos das cidades de médio e grande porte, por exemplo, é a acomodação de pacientes que vêm do interior e encontram-se cansados devido ao deslocamento. Há também aqueles com menor disposição física para permanecerem acordados ou ativos. A entrevistada apontou ainda que, se não houver leitos, se faz desejável disponibilizar ao menos uma maca para a realização de procedimentos de emergência ou reanimação que possam ser necessários, visto que estes são difíceis de serem conduzidos quando o paciente encontra-se sentado.

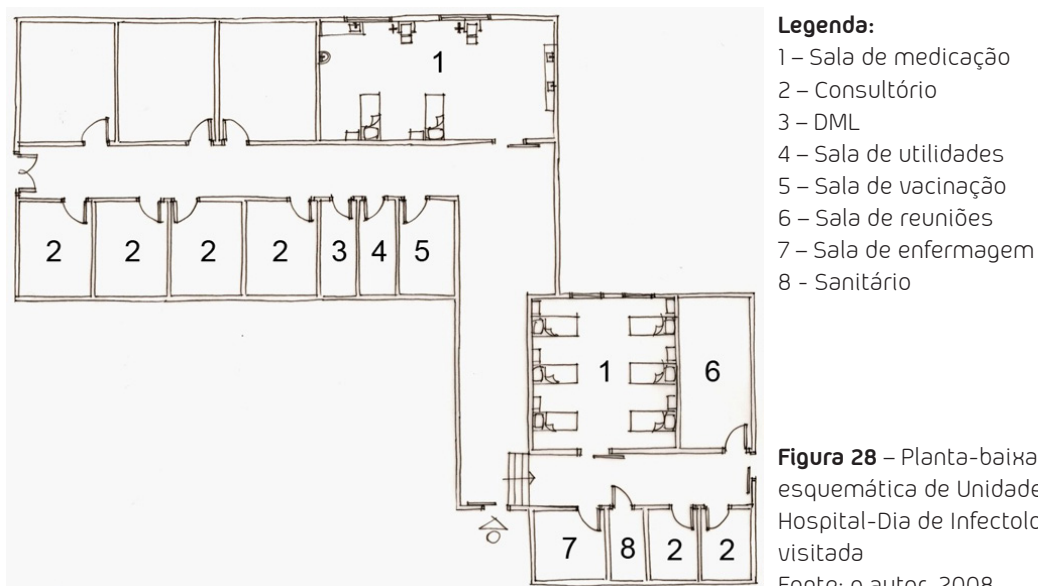


**Figura 26** – Foto de Unidade de Quimioterapia Ambulatorial que dispõe de leitos e poltronas em um mesmo ambiente  
Fonte: o autor, 2008.



**Figura 27** – Foto de Unidade de Quimioterapia Ambulatorial que dispõe de leitos e poltronas em um mesmo ambiente  
Fonte: o autor, 2008.





**Figura 29** – Foto de uma das salas de medicação desta Unidade, com poltronas e leitos  
Fonte: o autor, 2008.

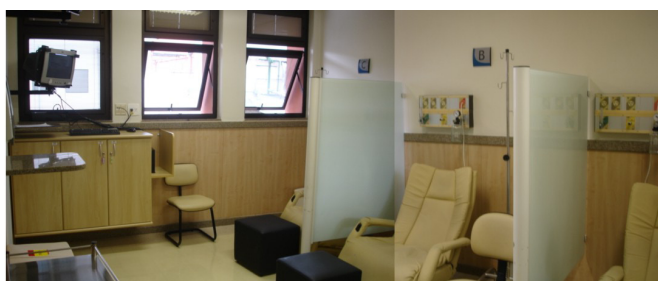


**Figura 30** – Foto da outra sala de medicação desta Unidade, apenas com leitos  
Fonte: o autor, 2008.

Também a norma inglesa da NHS (1995) entende que a maioria dos atendimentos em um Hospital-Dia clínico ocorre em ambientes que dispõem de cama, maca ou cadeira reclinável, com suportes de soro, sugerindo que o mobiliário mínimo assemelha-se ao utilizado no Brasil.

Na maioria das Unidades clínicas brasileiras visitadas não havia nenhuma forma de separação entre as poltronas ou entre os leitos dos salões coletivos de medicação. São exceções cinco Unidades, das quais quatro são particulares, organizadas em quartos ou boxes privativos ou para até três pessoas. Uma das Unidades, direcionada à Quimioterapia Ambulatorial, era composta por quartos individuais dispostos linearmente em relação a um corredor, com paredes executadas em alvenaria e com grandes portas de correr delimitando seu acesso.

Essa Unidade assemelhava-se a um setor de Internação convencional, com a diferença de que o paciente poderia escolher se desejava realizar o tratamento em um leito ou poltrona. Em outra Unidade, os boxes eram executados em alvenaria, porém com os acessos permanentemente abertos, sem esquadrias de fechamento, pois os mesmos organizavam-se ao redor de um posto de enfermagem. Em outras três instituições, havia divisórias separando parcialmente algumas poltronas ou leitos entre si em ambientes coletivos de atendimento (FIG. 31, 32 e 33). Além de expressar uma possível atenção à privacidade dos pacientes, também foram observadas, em algumas dessas Unidades, cuidados nem sempre presentes nas demais, como sofá ou cadeira para visitantes, móvel para o paciente colocar objetos pessoais, ponto elétrico para utilização de computador e internet.



**Figura 31** – Unidade de Quimioterapia Ambulatorial organizada em quartos com boxes individuais para três leitos  
Fonte: o autor, 2008.



**Figura 32** – Unidade de Quimioterapia Ambulatorial organizada em quartos com boxes individuais para três leitos  
Fonte: o autor, 2008.



**Figura 33** – Unidade de Hospital-Dia de Infectologia com boxes privados executados com divisórias de Eucatex  
Fonte: o autor, 2008.

Assim como nas unidades cirúrgicas, os Hospitais-Dia clínicos, em sua maioria, dispõem de ambientes de apoio como sala de utilidades, DML, sanitários para pacientes, sanitários para funcionários, recepção e espera. Em algumas das unidades, há ainda consultórios médicos, sala de procedimentos, sala de nebulização e inalação e sala de vacinação.

As dimensões dos ambientes que compõem as Unidades de Hospital-Dia visitadas variam muito em função da quantidade de leitos ou poltronas, sendo difícil falar em um padrão. As amplas medidas de alguns ambientes foram apontadas em seis das instituições visitadas como um dos aspectos mais positivos de sua configuração espacial, no sentido de que asseguram um acesso fácil ao paciente pelos funcionários, bem como a circulação de macas e cadeiras de rodas. Já em Unidades com dimensões mais exíguas, estas foram citadas como um dos aspectos que dificulta ou inviabiliza a colocação de acomodações para acompanhantes, de forma que os mesmos são orientados a permanecerem em uma sala de espera enquanto aguardam seus entes em tratamento.

Tanto em Hospitais-Dia para tratamento clínico quanto cirúrgico, as Unidades seguem o padrão de materiais de acabamento do restante da instituição na qual se inserem, apresentando, na maior parte, piso vinílico, com paredes em alvenaria rebocadas e pintadas, e teto em laje ou gesso.

Quanto à localização do setor de Hospital-Dia, seja clínico ou cirúrgico, verificou-se que muitos se encontram inseridos em um hospital. A inserção do Hospital-Dia em uma edificação hospitalar lhe permite usufruir de sua infraestrutura para serviços complementares como Farmácia e Laboratório de Análises Clínicas, além de dar suporte completo ao atendimento emergencial ao paciente, se necessário. Segundo o Arquiteto Luiz Carlos Toledo (informação verbal),<sup>29</sup> os Hospitais-Dia deveriam estar sempre suficientemente próximos de estruturas hospitalares ou anexos a elas de forma a garantir o atendimento em caso de intercorrências. Quando não estiverem inseridas em hospitais ou localizadas em suas proximidades, estas Unidades devem dispor de ambientes e equipamentos para o atendimento emergencial do paciente (CHAGAS, 2006).

As Unidades clínicas de Hospital-Dia costumam ser de fácil acesso, seja diretamente a partir da rua ou por meio das circulações verticais. A norma inglesa da NHS (1995) recomenda que essas Unidades, quando localizadas junto a um hospital, situem-se no

<sup>29</sup> Informação obtida em entrevista realizada, em novembro de 2008, para fins de utilização nesta tese.

pavimento térreo com entrada própria e clara, fora das circulações de maior fluxo. Verificou-se ainda, nas visitas realizadas, que os Hospitais-Dia clínicos geralmente caracterizam-se pela proximidade em relação à Unidade Ambulatorial, o que se deve ao fato de que ambas recebem pacientes externos e prestam serviços que são complementares.

Constatou-se que muitas das Unidades de Hospital-Dia visitadas, tanto cirúrgicas quanto clínicas, são posteriores à edificação dos hospitais dos quais fazem parte, visto que muitos destes estão em funcionamento há mais tempo que o aparecimento daquela modalidade de atendimento. Assim, parte das Unidades visitadas é oriunda de uma reforma ou ampliação, o que possivelmente condicionou, e até mesmo restringiu, algumas das possibilidades do projeto arquitetônico. Esse fato, assim como a escassez de recursos financeiros que caracteriza o setor público da saúde, pode justificar o motivo pelo qual o espaço em geral não dá suporte a muitas demandas dos pacientes relativas às distrações positivas e à humanização, delimitando-se, com frequência, às condições ambientais mínimas necessárias à realização dos tratamentos médicos.

### 3.5 VIVÊNCIA DO HOSPITAL-DIA BRASILEIRO: USO E APROPRIAÇÃO DO AMBIENTE PELOS PACIENTES

Na constituição do *self* e da subjetividade há uma profunda interligação entre a pessoa e o mundo, ou seja, o *self* é o acontecer de si mesmo no ambiente, o que indica que a ação e o gesto são fundamentais para essa integração, bem como para a interação com o interlocutor. (SANTO ANTONIO; ANTUNEZ, 2008)

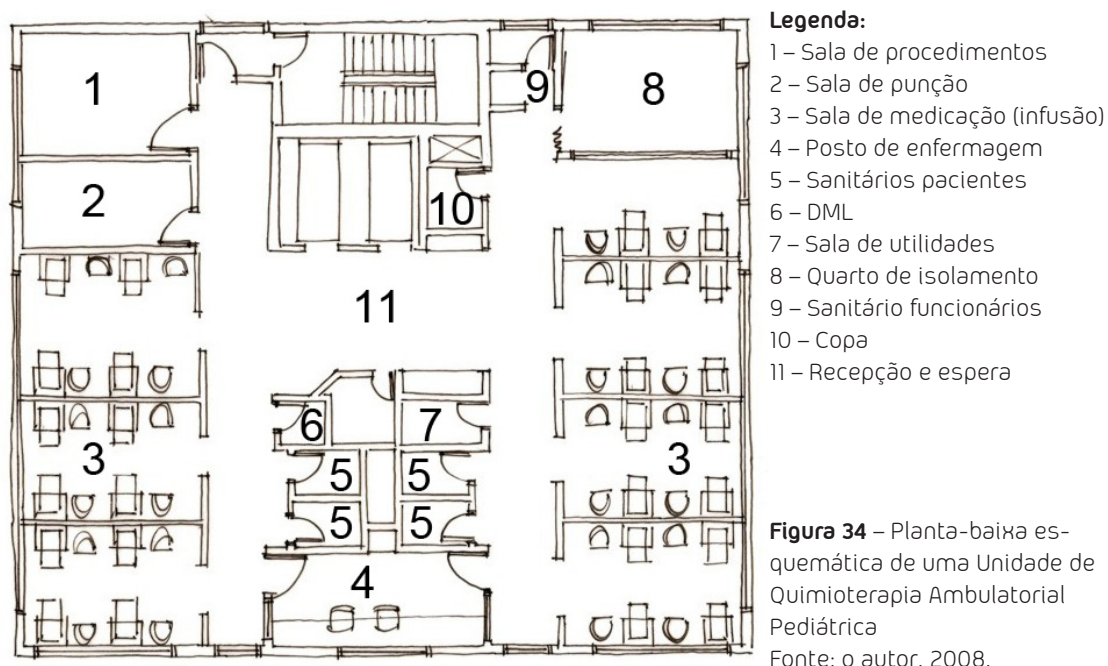
Nas visitas às Unidades de Hospital-Dia realizadas no país, além de buscar o entendimento de seu funcionamento, do perfil de pacientes e da configuração ambiental, visou-se ainda entender como são vivenciados os espaços de saúde pelos pacientes, e como esses espaços deveriam ser de forma a tornarem-se mais facilmente apropriáveis e contribuir para uma experiência positiva.

Durante as entrevistas, alguns dos funcionários comentaram a importância de que os pacientes exercitem-se e mantenham-se ativos para seu bem-estar físico e emocional. Segundo depoimento de uma funcionária, quando os pacientes são induzidos a permanecerem em repouso prolongado durante o tratamento, tende a ocorrer um decréscimo perceptível em sua disposição e saúde. Ainda segundo ela, após uma semana frequentando intensamente o ambiente hospitalar, afastados de suas atividades rotineiras, sem lazer e estimulados a

repousar continuamente, as pessoas propendem-se a ficar desorientadas, sendo os pacientes idosos, que representam boa parte dos usuários de hospitais, especialmente vulneráveis a essas perdas.

Em outra instituição, foi mencionado, também por uma funcionária, que, no caso de procedimentos de Quimioterapia, proporcionar aos pacientes alternativas de entretenimento é desejável, pois, desse modo, acredita-se ser possível aplicar uma menor quantidade de medicação sedativa para amenizar a percepção da dor.

Nas visitas realizadas observaram-se algumas configurações ambientais de Unidades de Hospital-Dia favoráveis à vivência e à apropriação pelos pacientes e acompanhantes. Como exemplo, pode-se citar uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial Pediátrica, cujo ambiente constituía visivelmente um estímulo à presença das crianças e à continuidade do tratamento (FIG. 34, 35 e 36). No salão no qual se dava a infusão de medicação Quimioterápica, havia a disponibilidade de uma área exclusiva para brincar, mesas que se encaixavam nas poltronas de tratamento para as crianças utilizarem joguinhos e computador, móveis com rodízio para colocação de livros, muitas janelas para o exterior e acomodações para visitantes, além de se caracterizar por uma ambientação alegre e lúdica. Também havia, nessa instituição, uma grande brinquedoteca, situada em outro pavimento, na qual eram realizadas atividades recreativas, teatrais, terapêuticas e de ensino.





**Figura 35** – Foto das poltronas de infusão e de acompanhantes da sala de medicação desta Unidade

Fonte: o autor, 2008.



**Figura 36** – Foto da Brinquedoteca, situada no andar abaixo da sala de medicação

Fonte: o autor, 2008.

No entanto, embora existam exemplos positivos, em boa parte das Unidades clínicas e cirúrgicas visitadas no Brasil, as possibilidades de uso do ambiente costumam ser restritas, a despeito da consciência de sua importância, explicitada pelos próprios funcionários. Entre as atividades de distração positiva mencionadas com mais frequência estão: assistir à televisão, verificada em 23 das 31 Unidades visitadas; realizar leituras, mencionada em 17 das instituições visitadas; e receber visitas e acompanhantes, possível apenas em 16 das 31 Unidades visitadas. Nas entrevistas, os respondentes sugeriram que atividades lúdicas, educativas, laborais, de interação social, de terapia ocupacional e de terapias complementares (fisioterapia, atendimento psicológico, atendimento psiquiátrico, arte-terapia etc.) poderiam, ou mesmo deveriam, ser viabilizadas pela configuração dos ambientes de modo a qualificar sua vivência. Porém, algumas destas atividades, como terapias ocupacionais, foram encontradas apenas esporadicamente.<sup>30</sup>

Há que se considerar a diversidade de pacientes e prognósticos, de forma que nem todos terão interesse e condições físicas ou emocionais de ocupar-se com recreação ou convívio. Parte dos pacientes em tratamento para o câncer ou a AIDS, por exemplo, não se encontram em um estado de saúde que lhes permita realizar tarefas que requeiram esforço físico, não sendo raros os casos de medicações que irritam e debilitam o organismo do paciente. No

<sup>30</sup> Não se pretende, neste trabalho, precisar as atividades que pacientes poderiam ou não estar desenvolvendo em paralelo ao tratamento, pois se acredita ser essa uma competência exclusiva do corpo médico e de enfermagem. Discutem-se, no entanto, algumas possibilidades de uso dos ambientes, mencionadas pelos próprios profissionais de saúde entrevistados ou evidenciadas na revisão de literatura, e para as quais os ambientes deveriam estar adequados.

entanto, observou-se que muitos dos salões de medicação não dão suporte a quase nenhuma outra atividade além do tratamento médico. Em geral, dispõe-se apenas de um aparelho de televisão para o entretenimento do paciente, o qual é compartilhado por todos.

Em apenas duas das instituições, ambas destinadas à oncologia clínica, observou-se a disponibilidade de ponto elétrico para uso de **computador e conexão com a internet**, possibilitando que o mesmo seja utilizado **para trabalho, entretenimento ou educação**<sup>31</sup> por pacientes e acompanhantes. Um entrevistado comentou que disponibilizar acesso para computador e internet, em espaços de saúde, é uma tendência muito importante e desejável para a satisfação dos doentes e familiares.

Mesmo a acomodação de acompanhantes em muitos estabelecimentos, o que seria relativamente simples de se viabilizar, é restringida por características do espaço físico ou por regras administrativas. Uma das inovações da RDC 50 (ANVISA, 2002) em relação à Portaria 1884 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994) foi justamente que se passou a exigir acomodações para acompanhantes em unidades de internação pediátrica, geriátrica e UTIs, tendo em vista os comprovados benefícios do suporte social ao doente. Embora não sejam normatizados para Unidades de Hospital-Dia, pode-se imaginar que esses benefícios também se estendam para seus usuários. De acordo com Spellman (2007, p. 1), “Os hospitais de hoje não são apenas para pacientes. Quando alguém se torna doente, toda a família é afetada e a unidade familiar como um todo deveria ser acolhida.”

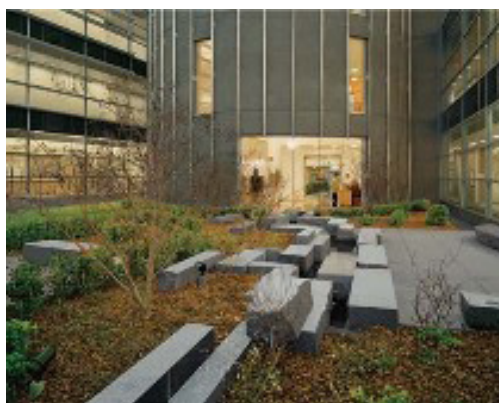
Contudo, em muitos Hospitais-Dia clínicos visitados, as condições de **acomodação de acompanhantes** mostraram-se deficientes, sendo que, em várias circunstâncias, nem mesmo uma cadeira é disponibilizada ao lado da poltrona do paciente. Assim, reduzem-se consideravelmente as possibilidades de suporte social ao indivíduo em tratamento, que acaba dispondo, claramente, de poucos meios para ocupar-se na maioria desses locais.

São exceções as Unidades de Hospital-Dia cirúrgicas, onde predominam os quartos privativos ou de até dois leitos, e que apresentam condições mais favoráveis à ocorrência de visitas, através da disponibilidade de cadeiras, poltronas, sofá, escrivaninha, entre outros móveis.

<sup>31</sup> Em um dos manuais do Department of Veterans Affairs (DVA, 2006b) que visa orientar o projeto de unidades para quimioterapia, sugere-se que na recepção da Unidade haja um quiosque, no qual o paciente possa dispor de um computador, DVD, vídeo e impressora, de forma a que possa fazer pesquisas a respeito de sua saúde e tratamento.

Visando-se estimular a realização de visitas, além da previsão de área e cadeiras para os acompanhantes, pode-se dispor de ambientes e facilidades, localizadas também fora da área de tratamento, que contribuam para seu conforto. São exemplos frequentes em estabelecimentos de saúde privados: salas de espera bem equipadas e com mobiliário confortável, café/lanchonete/restaurante, revistaria, caixa eletrônico, lojas, telefones públicos, ambiente para reflexão espiritual, entre outros.

Em quatro das Unidades de Hospital-Dia visitadas foi comentado que seria muito positiva a existência de um solário ou um jardim anexo ao salão de tratamento, tirando-se partido do **efeito restaurativo para a saúde**, da contemplação e utilização **de áreas verdes** (AZEVEDO, 2002; KAPLAN; KAPLAN, 2009; ULRICH, 2009). Além de permitir aos pacientes, acompanhantes e funcionários estarem em contato visual com o exterior, os jardins potencializam: experienciar sensações diferentes e estimulantes (vento, sol, texturas, cheiros etc.), orientar-se em relação aos períodos do dia, criar condições propícias para que o indivíduo possa conversar com algum parente ou visitante de forma privativa, movimentar-se e exercitar-se ao ar livre, e cuidar do jardim como atividade psico-terapêutica (MARCUS; BARNES, 1999; AZEVEDO, 2002). Segundo Azevedo (2002), os jardins têm alto valor simbólico para o ser humano, pois ao cuidar de jardins cuida-se da vida, permitindo aos pacientes exteriorizar e organizar suas próprias emoções, bem como renovar seu estado psicológico. A justaposição do salão de tratamento a um jardim ou a um pátio pode também ser explorada no sentido de permitir ao paciente escolher se deseja realizar o tratamento no ambiente interno ou externo, a exemplo do que ocorre na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial do Contra Costa Regional Medical Center, nos Estados Unidos (FIG. 37 e 38).



**Figura 37** – Jardim interno do Contra Costa Regional Medical Center  
Fonte: MARTINEZ, 2008.



**Figura 38** – Box de quimioterapia do Contra Costa Regional Medical Center  
Fonte: MARTINEZ, 2008.



A despeito de sua importância, observou-se nas Unidades visitadas pouca relação do ambiente interior com o exterior. São recorrentes, especialmente nos Hospitais-Dia clínicos, as janelas pequenas e altas, com uso continuado de ar-condicionado e iluminação artificial suplementar. Possivelmente, isso se deva ao fato de que a maioria das Unidades visitadas é posterior à edificação dos hospitais nos quais se inserem, sendo fruto de reformas e adaptações. Além disso, aspectos como assepsia, segurança e conforto térmico por meio do uso continuado do ar-condicionado podem ter sido priorizados em detrimento do contato visual com áreas verdes externas, ainda que estes aspectos não sejam necessariamente conflitantes entre si.

Verificou-se que outra atividade importante para os pacientes de algumas especialidades médicas é a **realização de refeições** durante a sessão terapêutica. Na maioria das Unidades públicas e particulares visitadas são servidos pequenos lanches, quando os tratamentos se estendem por muitas horas ou por mais de um período, o que é comum para pacientes de Infectologia e mais ainda para os de Oncologia. Com frequência, essa atividade acontece na poltrona sem uma infraestrutura adequada. Para tanto, poder-se-ia dispor de bancadas ou mesas dentro da sala de medicação, úteis também para atividades de terapia ocupacional, como pintura. Outras opções para dar suporte à realização de refeições incluem prever uma copa nas adjacências da sala de tratamento ou uma área externa com mesas e cadeiras. Estas duas últimas alternativas eliminariam o problema dos odores dos alimentos dentro da sala de medicação, que podem causar enjoo em pacientes em Quimioterapia, cuja sensibilidade olfativa e auditiva é mais acentuada. Além dos benefícios já citados, a previsão desses ambientes adicionais poderia ainda contribuir para tornar as refeições mais interessantes e prazerosas, e estimular a movimentação do paciente.

Apesar das possibilidades acima citadas, em grande parte das Unidades visitadas, há apenas uma **televisão** que, quando está ligada e com som, importuna parte dos enfermos, além de que, conforme depoimentos obtidos, nem sempre há consenso quanto à programação. Por outro lado, quando se opta por tirar o som da televisão, fica difícil para os que a assistem entenderem o que está sendo exibido, tornando-se assim desinteressante. Nesse sentido, uma solução possível seria **dispor de fones de ouvido individuais** que permitissem ouvir música, a programação da televisão ou mesmo desfrutar de silêncio.

Outra alternativa a ser considerada é a compartimentação do ambiente em boxes ou salas menores com até 10 poltronas, de forma a aumentar as possibilidades de controle das

pessoas sobre o ambiente e criar circunstâncias mais propícias a atividades que se deseje desenvolver individualmente. Com a organização do ambiente em boxes, o hospital poderia disponibilizar pequenos televisores, se viáveis financeiramente, ou dar condições para que os pacientes trouxessem seus próprios aparelhos, provendo um móvel ou um suporte. Para que a compartimentação do ambiente não dificulte o controle visual do paciente pelos médicos e enfermeiras, poder-se-ia buscar alternativas como divisórias retráteis ou fixas executadas com panos de vidro.

Embora em muitas Unidades visitadas sejam poucas as possibilidades de distrações positivas, constatou-se que o perfil de pacientes e as atividades realizadas permitiriam a concepção de ambientes que dessem suporte às mesmas. As visitas exploratórias evidenciaram que é desejável e possível que o ambiente esteja qualificado para atender a tais demandas dos usuários. Observou-se ainda que muitas das atividades possíveis de distração positiva não implicam requisitos espaciais e projetuais significativos, podendo-se qualificar os ambientes de tratamento por meio de soluções simples. Por exemplo, a acomodação de acompanhantes requer apenas um espaço adicional junto à poltrona de tratamento e uma cadeira.

Além dessas considerações em relação aos ambientes privativos e coletivos de tratamento, a edificação hospitalar ou de saúde pode ser planejada em sua totalidade de forma a permitir usos diversos, considerando a necessidade de ambientes específicos de apoio e suporte emocional aos pacientes, acompanhantes e funcionários, como cafés, bibliotecas, capelas, jardins etc. Desse modo, centrando-se o desenvolvimento das propostas arquitetônicas nas necessidades dos usuários, torna-se possível qualificá-las para sua vivência.

### 3.6 O MODELO NORTE-AMERICANO DE CENTROS DE INFUSÃO

Antes de discorrer sobre o equivalente norte-americano aos Hospitais-dia clínicos brasileiros, cabe fazer algumas observações. Até o momento, a saúde norte-americana fundamentou-se na prestação de serviços pela iniciativa privada, enquanto que, no Brasil, a maior parte da população é atendida pelo SUS – Sistema Único de Saúde. Assim, boa parte das Unidades de Hospital-Dia existentes no Brasil encontra-se em instituições públicas, sem fins lucrativos, enquanto as Unidades norte-americanas estão predominantemente situadas em estabelecimentos particulares. Para as instituições privadas norte-americanas, a qualidade do ambiente constitui parte de sua estratégia de inserção em um mercado

altamente competitivo, no qual a oferta por leitos hospitalares já é, em alguns lugares, superior à procura. A competitividade entre as instituições, associada ao contexto cultural e econômico, justifica o aporte de grandes recursos financeiros para a execução das instituições de saúde, bem como a sofisticação das soluções e acabamentos encontrados em muitas delas.

Tendo em vista tratar-se de contextos sociais, culturais e econômicos muito distintos, não se buscou, nesta pesquisa, a comparação direta entre o Hospital-Dia brasileiro e seu equivalente norte-americano, no sentido de atribuir uma escala de valores a ambos. Buscou-se apenas apontar semelhanças e diferenças que fossem indispensáveis para a compreensão desses locais e que pudessem enriquecer a discussão relativa às atividades de planejamento e projeto arquitetônico.

Uma das primeiras constatações realizadas é a de que a nomenclatura Hospital-Dia não é adotada com a mesma frequência e significação encontrada no Brasil. As entrevistas feitas com profissionais de saúde, arquitetos e as visitas exploratórias feitas nos Estados Unidos confirmaram que o termo Hospital-Dia é menos difundido lá, e tem sua aplicação restrita às Unidades cirúrgicas ambulatoriais e às Unidades psiquiátricas sem internação. O equivalente norte-americano das Unidades de Hospital-Dia clínicas brasileiras, em termos de atividades, perfil de usuários e configuração dos ambientes são as Unidades ou Centros de Infusão.

Foi possível visitar 18 Unidades de Infusão, das quais 11 são gerais, isto é, não se destinam a uma única especialidade médica, atendendo as áreas de Oncologia, Hematologia, Reumatologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Hemodiálise, Endocrinologia, entre outras. A infusão de medicação intravenosa é a principal atividade realizada nesses locais, e dentre as medicações aplicadas no paciente a Quimioterapia é a mais frequente. São ainda procedimentos realizados nesses locais: medicações intravenosas em geral incluindo antibióticos, hidratação, transfusão de sangue, aplicação de injeções, coleta de material para exames e acompanhamento dos resultados de exames diversos realizados pelos pacientes.

Sete Unidades de Infusão visitadas destinam-se exclusivamente à Quimioterapia. São procedimentos comuns nessas Unidades: acompanhamento de pré e pós-operatório de transplante de medula óssea, administração de quimioterápicos por meio de infusão subcutânea da medicação, infusão de anticorpos, infusão de sulfato fêmico, hidratação, inalação, observação do paciente quanto a reações adversas, atendimento de enfermagem, exames diagnósticos como coleta de sangue e exame de fundo de olho, orientações prestadas

pelo corpo de enfermagem para a continuidade do tratamento em casa e indicação de serviços de suporte como apoio psicológico.

As rotinas de atividades em Unidades de Infusão Gerais e Unidades específicas de Quimioterapia se parecem, até porque, também nas Unidades gerais, predominam os pacientes oncológicos. A rotina padrão de um paciente inclui a vinda do paciente para a Unidade; seu registro na recepção; a checagem dos exames, que ele traz consigo, pelo corpo médico ou de enfermagem; a medição dos sinais vitais (altura, peso, pressão sanguínea, auscultação etc.); o início da medicação intravenosa em uma sala de medicação ou infusão; a observação do paciente durante este procedimento pelo corpo de enfermagem; e sua liberação para ir para casa. Assim como no Brasil, existe um protocolo de atividades, de modo que a sequência do atendimento ao paciente se assemelha entre as Unidades visitadas lá e as visitadas aqui.

Uma das grandes diferenças constatadas é que não foram encontradas Unidades de Infusão de Infectologia, ou seja, prioritariamente direcionadas ao atendimento de pacientes HIV, que são comuns no Brasil. Segundo profissionais de saúde norte-americanos entrevistados, as Unidades de Infusão Gerais tem como ponto positivo dificultar a discriminação dos pacientes e a identificação de suas doenças por outras pessoas, já que os portadores do vírus HIV podem ser tratados em um mesmo ambiente que os de demais patologias, assegurando-se o sigilo sobre sua condição médica. Além disso, os entrevistados afirmaram que o tratamento para a AIDS é feito principalmente em uma base ambulatorial, onde o paciente consulta seu médico, recebe a prescrição do tratamento e ingere via oral, em sua própria casa, a medicação indicada para a maioria de seus sintomas. Raramente esses pacientes vão a um hospital realizar qualquer tipo de tratamento. Também desta maneira, a privacidade do paciente é preservada, pois este não precisa frequentar um ambiente específico para portadores do HIV, tornando-se passível de identificação e discriminação. A preservação da privacidade dos pacientes, a possibilidade de realizar alguns tipos de tratamento em casa e a menor incidência de casos de AIDS foram os argumentos utilizados como justificativa para o fato de não existirem, nos Estados Unidos, as Unidades de Hospital-Dia ou Centros de Infusão específicos de Infectologia.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Informações obtidas com base nas entrevistas realizadas com vários profissionais de saúde das Unidades de Infusão visitadas e também com médica infectologista e assistente social de um centro de apoio a portadores do vírus da AIDS.

Por outro lado, um dos médicos brasileiros entrevistado entende que a especialização das Unidades para áreas como Infectologia ou Quimioterapia é fundamental por permitir um atendimento abrangente e um treinamento específico dos profissionais de saúde para lidar com um determinado perfil de pacientes. Além disso, esse médico também acha que a ausência de Centros de Infusão específicos de Infectologia nos Estados Unidos deve-se, sobretudo, ao fato de que o atendimento a saúde é privado, enquanto no Brasil a grande maioria destas Unidades situa-se em hospitais públicos, visto que o tratamento para a AIDS é subsidiado pelo governo em sua integralidade. Assim, no caso dos pacientes HIV norte-americanos, estes serão atendidos em consultórios particulares e realizarão o tratamento em casa pela ingestão de comprimidos, cujo custo é ainda mais elevado do que o das infusões, e que será diretamente pago por eles. Isto é, o tratamento do paciente em sua própria casa é mais lucrativo para as seguradoras de saúde e para a indústria farmacêutica, embora seja mais oneroso para o doente.

Embora as Unidades de Infusão norte-americanas estejam habilitadas para realizar infusões a pacientes HIV, esta não é uma prática lá, e estes pacientes não representam uma parcela expressiva do público atendido. Feitas essas ressalvas, o restante das atividades desenvolvidas nas Unidades de Infusão norte-americanas e nos Hospitais-Dia clínicos brasileiros assemelham-se, bem como o público usuário. O tempo máximo de permanência do paciente nessas Unidades foi estimado entre seis e oito horas, o que é próximo ao tempo de permanência observado no Brasil.

A frequência da ida do paciente a estes locais varia de acordo com a patologia e o tratamento prescrito. Como grande parte dos pacientes das Unidades visitadas estão realizando Quimioterapia, eles podem vir ao local diariamente, semanalmente, quinzenalmente ou com outra periodicidade, de acordo com o planejamento feito pelos oncologistas. Outras patologias demandam outras regularidades de presença do paciente na Unidade. São exemplos: o tratamento para Osteoporose, feito cerca de uma vez por ano; o tratamento para doença de Crohn<sup>33</sup> aplicado cerca de seis vezes por ano com duração aproximada de duas horas; e tratamento para Artrite reumatoide<sup>34</sup> aplicado de uma a quatro vezes a cada dois meses, com duração de 30 minutos a 2 horas cada sessão.

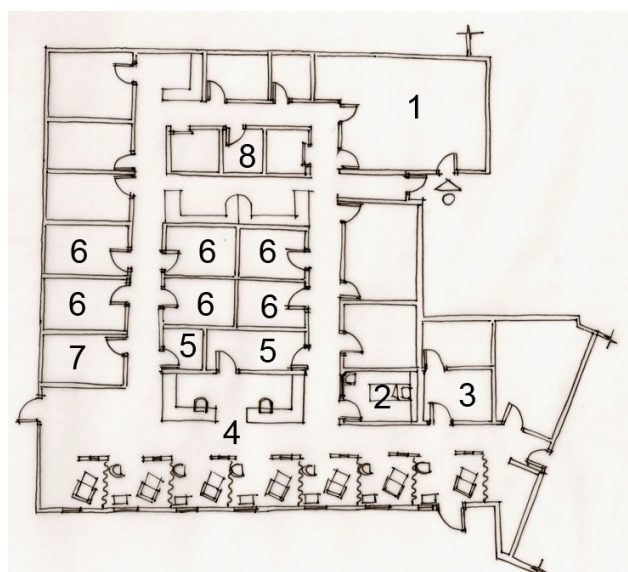
33 Doença crônica do aparelho digestivo que causa sintomas como dor, febre, cansaço, diarreia e perda de peso.

34 Doença crônica onde o próprio sistema imunológico ataca as juntas do paciente.

O perfil de pacientes dessas Unidades é de pessoas conscientes e ambulantes, sem limitações significativas em sua capacidade de mobilidade. Durante sua estadia, no entanto, eles poderão tanto estar acordados e ativos quanto repousando.

Os Centros de Infusão visitados estavam situados tanto dentro de pequenos, médios e grandes hospitais, quanto de clínicas particulares. Em alguns hospitais há mais de uma Unidade de Infusão, o que se deve à separação entre pacientes pediátricos e adultos ou à separação entre Unidades Gerais de Infusão e Unidades específicas de Infusão de Quimioterapia Ambulatorial.

Têm-se como ambientes principais destas Unidades as salas coletivas de infusão de medicação, onde se realizam as infusões intravenosas. Ao redor dessas salas ficam os demais ambientes de apoio. Em muitas das Unidades visitadas, as salas de medicação eram um ambiente único, sendo muito frequente a compartimentação por meio de cortinas divisórias entre as poltronas ou leitos dos pacientes (FIG. 39, 40 e 41). Em outras Unidades, havia mais de uma sala de medicação, formando subgrupos de pacientes (FIG. 42, 43 e 44). Quando a Unidade se organizava prioritariamente através de ambientes coletivos era comum encontrar ao menos um quarto de isolamento, permitindo que pacientes com imunidade comprometida ou com doenças contagiosas realizassem o tratamento sozinhos (FIG. 45, 46 e 47). Frequentemente o quarto de isolamento encontrava-se posicionado próximo ao posto de enfermagem e dispunha de um ou mais panos de vidro, que permitiam o controle visual por parte das enfermeiras.



**Legenda:**

- 1 – Recepção e espera
- 2 – Quarto de isolamento
- 3 – Farmácia satélite
- 4 – Sala de medicação (infusão)
- 5 – Sanitários pacientes
- 6 – Consultórios
- 7 – Copa
- 8 – Sanitários funcionários

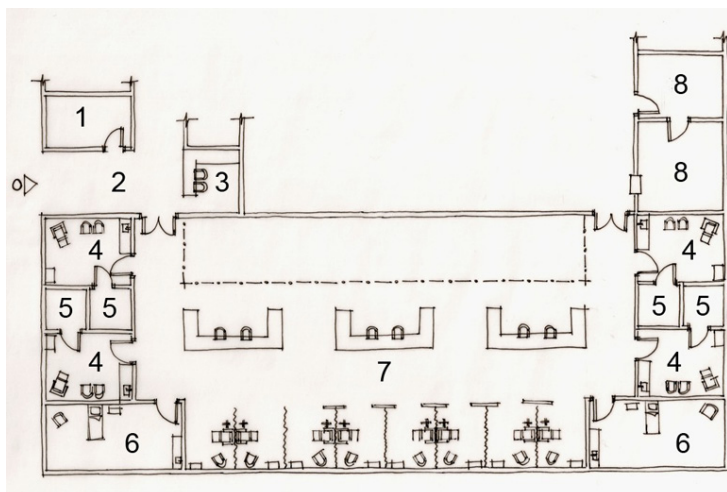
**Figura 39** – Planta-baixa esquemática de Unidade de Infusão visitada  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 40** – Foto da sala de infusão com acesso aos variados boxes de tratamento  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 41** – Foto de um box de tratamento  
Fonte: o autor, 2009.



**Legenda:**

- 1 – Sala para atendimento a familiares
- 2 – Sala de espera
- 3 – Recepção
- 4 – Quarto privativo (infusão)
- 5 – Sanitários pacientes
- 6 – Quarto de isolamento
- 7 – Sala de medicação (infusão)
- 8 – Farmácia satélite

**Figura 42** – Planta-baixa esquemática de Unidade de Infusão visitada  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 43** – Foto de um quarto privativo de infusão desta Unidade  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 44** – Foto do mesmo quarto privativo de infusão desta Unidade  
Fonte: o autor, 2009.

**Legenda:**

- 1 – Sala de espera
- 2 – Sala de medicação (infusão)
- 3 – Posto de enfermagem
- 4 – Quarto de isolamento
- 5 – Brinquedoteca
- 6 – Ambientes de apoio
- 7 – Recepção

**Figura 45** – Planta-baixa esquemática de Unidade de Infusão visitada  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 46** – Foto do leito de infusão desta Unidade  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 47** – Foto do quarto de isolamento desta Unidade  
Fonte: o autor, 2009.

Foram observadas salas de infusão de medicação equipadas exclusivamente com poltronas, exclusivamente com leitos e mistas, com poltronas e leitos. Na maioria das Unidades de Infusão visitadas, a capacidade total de atendimento é inferior a 20 poltronas e/ou leitos.

Além das salas e quartos de medicação e dos quartos de isolamento, as Unidades contavam ainda com os seguintes ambientes: recepção e sala de espera, postos de enfermagem, sala



de serviços, consultórios médicos, sala de medição dos sinais vitais,<sup>35</sup> sala de aplicação de injeções e coleta para exames laboratoriais, sala administrativa, DML (Depósito de Material de Limpeza), sala de utilidades, sanitários para os funcionários, sanitários para os pacientes e outros depósitos, como o de material esterilizado. Com menor frequência, podem ainda ser mencionadas: a farmácia, especialmente quando a Unidade situa-se fora de um Hospital; a sala de jogos ou brinquedoteca em Unidades pediátricas; a sala de conforto para funcionários, utilizada também como ambiente de pesquisa e estudos; e a copa.

Os acabamentos internos dos ambientes assemelham-se aos utilizados no Brasil, sendo comum a manta vinílica, formando variadas composições de paginação de piso; o forro em gesso ou placas acústicas e as paredes em alvenaria ou gesso acartonado. Dentre as diferenças observadas, cabe destacar a presença de carpete em algumas das Unidades visitadas, o que não é aceito nos projetos feitos no Brasil devido à dificuldade de higienização.

Observou-se, ainda, certo cuidado no que se refere à imagem dos ambientes internos no sentido de criar um clima acolhedor e humanizado. Como mencionado anteriormente, isso possivelmente justifica-se porque as Unidades visitadas encontram-se, em sua grande maioria, em instituições privadas, onde a Arquitetura é explorada no sentido de contribuir para uma melhor inserção no mercado da saúde.

Embora a maior parte dos ambientes de permanência dos pacientes dispusesse de aberturas para o exterior, o uso de ar-condicionado é predominante, bem como de iluminação artificial suplementar. Em uma Unidade, o uso do ar-condicionado foi justificado em função da intenção de se dispor de pressão negativa no local, de modo a não gerar contaminação para os pacientes.

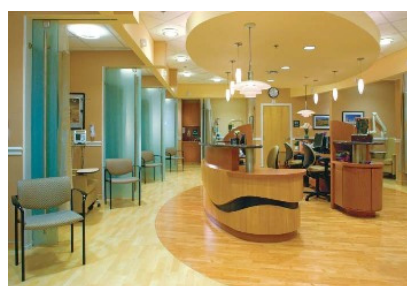
Dentre os aspectos positivos da configuração ambiental das Unidades visitadas, mencionados pelos funcionários entrevistados, destacaram-se, em ordem decrescente de frequência: a disponibilidade de distrações positivas, por meio de aparelhos individuais de televisão, DVD, videogames, brinquedoteca, sala de terapia ocupacional, sala de ginástica, massagem

<sup>35</sup> A sala de medição dos sinais vitais foi encontrada em várias das Unidades visitadas nos Estados Unidos, e corresponde, em geral, a uma sala pequena, com uma escrivaninha e poltrona para um profissional de saúde, uma poltrona para o paciente e a balança. Nela mede-se o peso, ausculta-se o batimento cardíaco por meio do estetoscópio, mede-se a pressão e a temperatura do paciente. Tais informações são necessárias, antes do início da infusão de medicação, para avaliação e acompanhamento da condição de saúde do paciente, e fazem parte do protocolo de atividades nos Estados Unidos e também no Brasil.

e acupuntura; a relação interior-exterior, por meio de aberturas amplas e de pátios internos, proporcionando visuais agradáveis e contato com o exterior; a imagem dos ambientes interiores, mencionada devido à boa escolha de cores, materiais de acabamento, proposta de iluminação e objetos decorativos, entre outros; a disponibilidade de iluminação natural abundante; as condições de privacidade proporcionadas aos pacientes, quando da existência de quartos ou boxes privativos de tratamento (FIG. 48 e 49), ou quando da separação do posto de enfermagem em relação ao local de tratamento; e a localização conveniente do Hospital na cidade ou a localização conveniente da Unidade no Hospital.



**Figura 48** – Suítes de infusão de Quimioterapia do Memorial Breast Cancer Center  
Fonte:HEALTH CARE DESIGN MAGAZINE, 2008.



**Figura 49** – Suítes de infusão de Quimioterapia do Memorial Breast Cancer Center  
Fonte:HEALTH CARE DESIGN MAGAZINE, 2008.

Dentre os aspectos negativos da configuração ambiental das Unidades visitadas, mencionados pelos funcionários entrevistados, destacaram-se, em ordem decrescente de frequência: o subdimensionamento de muitos ambientes, tornando-os inadequados para a demanda atual de atendimento; a falta de privacidade para pacientes em ambientes coletivos sem divisórias e integrados aos postos de enfermagem; e aspectos relacionados ao mobiliário e equipamentos como, por exemplo, o fato de que as poltronas dos pacientes deveriam ser mais confortáveis do que as disponíveis no local, bem como deveriam permitir reclinar até a posição de atendimento emergencial.

Por fim, foi perguntado quais as atividades de distração positiva eram realizadas por pacientes e acompanhantes durante sua permanência na Unidade. As atividades mais mencionadas coincidem com as possibilidades de respostas fechadas previstas no formulário. Elas correspondem, em ordem decrescente de frequência, a: ouvir música através de *Ipod*; assistir à televisão ou ver filme em aparelho de DVD; realizar leituras; utilizar o computador ou, especificamente, a internet para trabalho ou lazer; desenvolver atividades de terapia ocupacional (ex.: artesanato, preparo de comida etc.);

caminhar e realizar pequenas movimentações dentro da instituição; contemplar visuais agradáveis como um jardim ou esculturas; e caminhar em um jardim. Outras formas de distração positiva foram ainda mencionadas, no espaço previsto para respostas e comentários adicionais, ainda que em menor frequência que as anteriores. São elas: receber visitas ou acompanhantes; realizar atividades lúdicas como jogos de mesa ou videogame; receber atendimento por profissional de serviço social, nutricionista, psicólogo ou por especialista em crianças (*child life specialist*), no caso de Unidades Pediátricas;<sup>36</sup> desenvolver atividades terapêuticas com animais de estimação, como cachorro, na própria sala de medicação, ou pônei em pátios internos; receber apoio pedagógico durante a estadia no hospital no próprio ambiente de tratamento ou em sala de estudos; alimentar-se; receber massagem; observar peixes em um aquário; e dormir.

Uma das funcionárias entrevistada de uma Unidade pediátrica afirmou que os jogos são incrivelmente importantes para as crianças, pois a vivência de um hospital, para este público, pode ser resumida à seguinte pergunta: “Quanto tempo vai levar isso para eu poder voltar a brincar?”

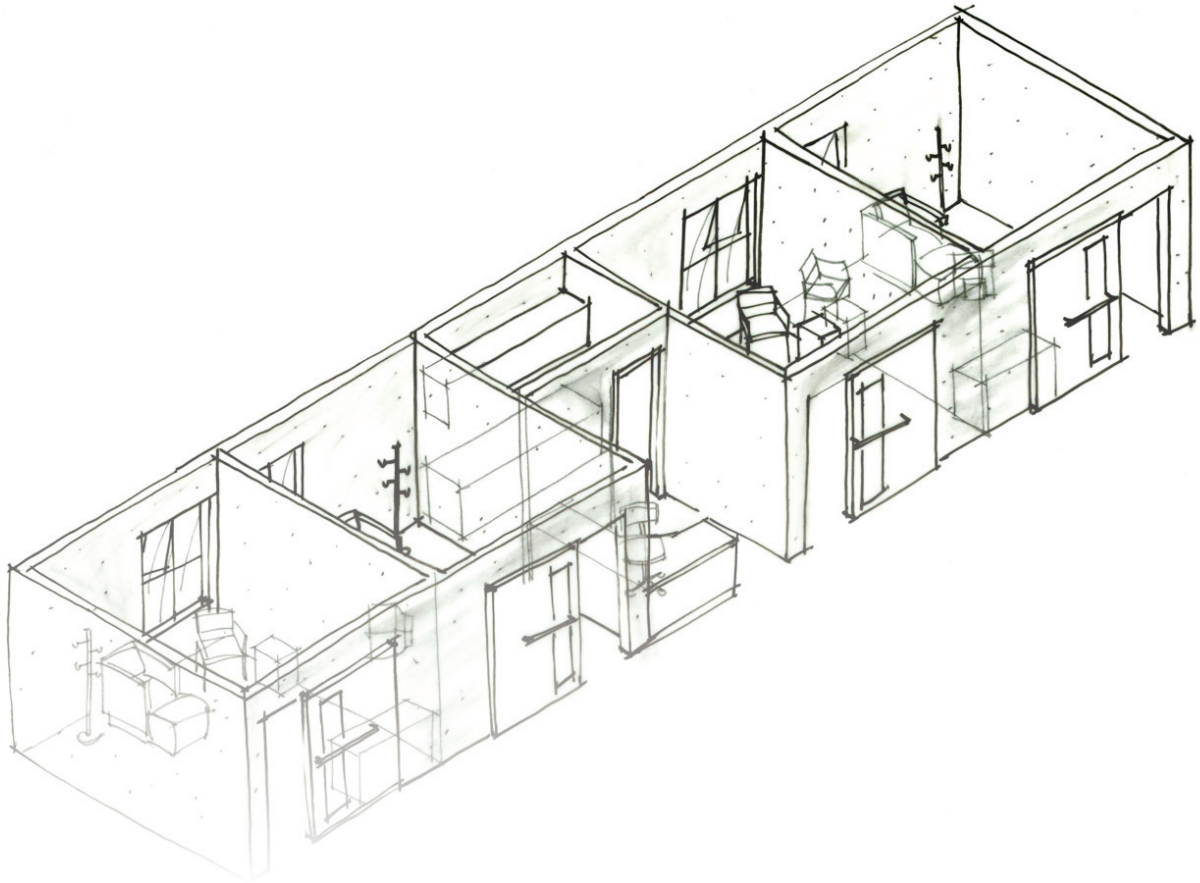
De fato, pôde-se observar, nas visitas, variadas atividades sendo realizadas pelos pacientes durante o tratamento e que podem contribuir para uma experiência mais positiva no ambiente hospitalar, assim como são mencionados na literatura sobre o assunto (BARONE, 2008; BLOCK; BLOCK; GYLLENHAAL 2008). Para dar suporte a essas atividades são comuns, nas Unidades de infusão: a compartimentação dos ambientes coletivos de tratamento em boxes individuais; a integração do local de tratamento com áreas externas; a presença de revisteiros nas salas de espera e medicação; a disponibilidade de televisões individuais e sistema de áudio individualizado para cada paciente ou boxe de atendimento, com a utilização de fones de ouvido; o posicionamento das poltronas de atendimento de modo a contemplar pátios internos ou áreas externas; e a presença de poltronas para acompanhantes. Além disso, dentro da Unidade de Infusão ou dentro da instituição de saúde é comum haver locais para atividades recreativas (demonstrações de culinária, sessões de apoio, classes de exercícios etc.), de terapias

<sup>36</sup> O especialista na vida infantil (*child life specialist*) é um profissional frequentemente encontrado em Hospitais ou Unidades pediátricas norte-americanas e que proporciona atendimento de psicoterapia e entretenimento direcionado às necessidades do público infantil.

complementares<sup>37</sup> e alternativas (aromaterapia, cromoterapia, massagem, acupuntura, ervas orientais, ioga, relaxamento etc.), além de outros ambientes de suporte como sala silenciosa,<sup>38</sup> sala para descanso, ambiente para meditação ou para práticas religiosas, biblioteca, bistrô, café, restaurante, copa para pacientes, salões de beleza, e loja de produtos de interesse específico dos pacientes, como próteses, perucas e gorros.

<sup>37</sup> No manual do DVA – *Department of Veterans Affairs*, terapias psicossociais são previstas, complementarmente, ao tratamento médico, o que parece sugerir que as mesmas são entendidas, por essa instituição, como uma parte necessária do atendimento à saúde.

<sup>38</sup> No manual do DVA (2008b) prevê-se a existência de uma sala silenciosa – *Quiet Room* – em Unidades de *Day Hospital* e *Day Treatment Center*, sendo a sala silenciosa definida como “[...] um lugar onde um paciente pode ir para se acalmar, se sobre estimulado por outras atividades e eventos” (DVA, 2006b, p. 6).



# Capítulo 4

Materiais e Métodos



No presente capítulo, buscou-se explicar sobre a estrutura metodológica do trabalho, visando demonstrar como foram organizadas as etapas da pesquisa – revisão bibliográfica e trabalho de campo. São ainda apresentadas: a justificativa para a seleção dos dois estudos de caso realizados; a descrição da população e da amostra; e a descrição dos métodos, buscando delinear o objetivo pretendido com cada um deles, o instrumento de coleta de informações adotado, os grupos de usuários a quem foram aplicados e a forma de tratamento dos dados.

## 4.1 ETAPAS

A pesquisa é de cunho experimental, e nela foi adotada uma abordagem interdisciplinar e qualitativa, tomando como referência pressupostos teóricos da Percepção Ambiental. O delineamento metodológico recaiu sobre os instrumentos e técnicas de APO – Avaliação Pós-Ocupação – privilegiando a visão do observador, dos usuários e das relações produzidas ao experienciar o ambiente. Assim, busca-se estabelecer parâmetros para análise e projeto de Unidades clínicas de Hospital-Dia, focando no estudo da percepção e comportamento dos usuários, na reflexão sobre a experiência de observar do pesquisador e na empatia entre eles – pesquisador e usuários.

A pesquisa foi influenciada pela conduta experiencial, desenvolvida e adotada nos trabalhos recentes do Grupo ProLUGAR/PROARQ/UFRJ, na qual entende-se que as pessoas e os ambientes não podem ser analisados separadamente, pois encontram-se em interação, influenciando-se e modificando-se continuamente. Entende-se que o comportamento do indivíduo é modificado pelo ambiente no qual se encontra, e este também o modifica. Entende-se ainda que o ambiente não é apenas algo externo ao indivíduo, como um envelope, mas sim algo interno e internalizado, pois molda seus comportamentos e é por eles moldado. Assim, durante a aplicação dos métodos, além do preenchimento de cada um de seus respectivos formulários, foi realizado um registro escrito em uma planilha à parte, denominada Diário de Campo. Este registro corresponde às informações sensíveis e relevantes que emergiam espontaneamente da relação entre o pesquisador, o ambiente e os usuários. O Diário de Campo consiste no registro de emoções, sensações, percepções e comportamentos relativos à experiência do pesquisador e também dos usuários do ambiente durante a aplicação dos métodos, buscando-se ter uma melhor compreensão de aspectos relativos à vivência e à apropriação do edifício e das circunstâncias nas quais foi realizado o trabalho de campo. Entende-se que essas anotações podem contribuir para que se evitem

interpretações equivocadas por parte do pesquisador, porque agregam informações não previstas nos formulários de cada método, e que são relevantes para o entendimento e a análise das respostas proporcionadas pelos entrevistados. Por exemplo, comentários feitos espontaneamente pelos respondentes durante a aplicação de algum instrumento podem auxiliar sensivelmente na interpretação posterior de suas respostas.

A pesquisa foi estruturada em duas etapas distintas: (a) **Revisão bibliográfica** e (b) **Trabalho de campo**, descritas mais detalhadamente a seguir.

## 4.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segue uma breve descrição dos principais temas trabalhados na revisão bibliográfica e dos principais autores nos quais se apoia a reflexão teórica:

- **a espacialização da saúde ao longo da história:** Buscou-se fazer uma reflexão histórica de forma a introduzir o contexto no qual apareceram as Unidades de Hospital-Dia. O estudo inicia-se na reconstrução do Hôtel-Dieu de Paris, evento de grande relevância histórica, cujos fatos subsequentes foram determinantes na evolução do edifício hospitalar. Além disso, trabalhos precedentes já apresentaram históricos completos que se iniciam na Antiguidade, razão pela qual se optou por um recorte específico que focasse na história recente da Arquitetura Hospitalar e na alternância do papel desempenhado pelo lar e pelas edificações hospitalares, enquanto locais de tratamento, cura e bem-estar. A revisão de literatura fundamentou-se em: Agência Câmara de Notícias (2004); Betsky (2006); Bittencourt (2003); Clemesha (2003); Foucault (1979; 1980); Freitas (2005); Góes (2004); James e Tatton-Brown (1986); Johns e Zirkle (1999); Jorge (1997); Karman (1970); Kopec (2006); Leistikow (1967); Lima e Botega (2001); Maceachern (1951); Marberry (1995); Mckahan (1998); Miller e Swensson (2002); Miquelin (1992); Penna (2004); Rosenfield (1951; 1970); Silva (1999); Skaggs, Sprague e Mann (2007); Sternberg (2009); Taylor (1997); Toledo (2006); Tusler (2002); Verderberer (2006); Verderberer e Fine, (2000); e Wagenaar (2006);

- **a concepção atual de saúde:** Buscou-se apresentar a relação entre a visão integral que se tem do indivíduo e de sua saúde com o entendimento atual de humanização e o surgimento dos Hospitais-Dia, apoiando-se em autores da área da saúde e de Arquitetura hospitalar como: Clemesha (2003); Costeira (2004); Del Nord (2010a); Donabedian (1973); Fontes

(2004); Freitas (2005); Góes (2004); Howard e Strauss (1975); Johns e Zirkle (1999); Jorge (1997); Kopec (2006); Malkin (2002); Marchi (2007); Mendes (2004); Miller e Swensson (2002); Moreira (2000); OMS (1978; 1988; 2001); Penna (2004); Pressler (1995); Santos e Bursztyn (2004); Silva (1999); Souza e Grundy (2007); Vaitsman e Andrade (2005); e Tusler (2002);

- **cenários prospectivos para a saúde:** Discutiu-se tendências para a área, como o aumento crescente de pacientes externos frente a uma redução no número de internações, a revalorização do ambiente residencial como local de tratamento e a inserção do Hospital-Dia nesse contexto. A discussão baseia-se, principalmente, nas seguintes fontes: American Hospital Association (2007); Bittencourt (2003); Bobrow et al. (2000); Freitas (2005); Góes (2004); Ittelson (1973); James e Tatton-Brown (1986); Johns e Zirkle (1999); Karman (1970); Malkin (2002); Mckahan (1998); Miller e Swensson (2002); Pressler (1995); Sadler (2006); Silva (1999); Silva (2006); Skaggs, Sprague e Mann (2007); Tusler (2002); Ulrich e Zimring (2007); Verderberer e Fine (2000); e Wagenaar (2006);

- **os sentidos da humanização na Arquitetura hospitalar:** Discutiu-se o enfoque dado à imagem e ao apelo visual dos ambientes de saúde, bem como o conceito de humanização entendida como vivência e apropriação do lugar pelo usuário. A discussão está referenciada em: Alves (2005); Bloomer e Moore (1977); Carpman e Grant (1993); Castello (2005); Chen e Sanoff (1990); Cullen (1971); Del Nord (2010b); Del Rio et al. (1998); Fontes (2004); Heimstra e McFarling (1978); Kopec (2006); Malkin (1991; 2002); Marberry (1995); Moore (1976); Redman (2008); Portoghesi (2007); Preiser (2006); Preiser, Vischer e White (1991); Rasmussen (1986); Rawlings (2006); Sommer (1973); Sommer e Sommer (1997); Sternberg (2009); Toledo (2006); Ulrich (1995; 2009), Ulrich e Zimring (2007); Verderberer (2006); Wagenaar (2006) e Whyte (1980); e ainda nas pesquisas publicadas pelas organizações não governamentais norte-americanas Planetree e Center for Health Design, e em artigos disponíveis em revistas nacionais e internacionais de Arquitetura. A discussão baseia-se também em alguns dos resultados obtidos em entrevistas com arquitetos atuantes na área hospitalar;

- **o conceito de apropriação aplicado à Arquitetura hospitalar e ao Hospital-Dia:** Refletindo-se sobre os atributos ambientais que lhe são determinantes, apoiando-se em autores como: Almeida (1995; 2001); Altman e Low, (1992); Alves (2005); Bell, Fisher e Loomis (1978); Bloomer e Moore (1977); Bobrow (2000); Carpman e Grant (1993);



Cavalcanti (2002); Chen e Sannof (1990); Clemesha (2003); Coelho (2000); Devlin e Arneill (2003); DHS (2004); DVA (2006a); Evans e Mccoy (1998); Facility Guidelines Institute (2006); Fischer (1984); Gainsborough e Gainsborough, (1964); Gifford (1987); HDWA (1998); Jerônimo e Gonçalves (2008); Kopec (2006); Lee (1977); Mahfuz (1986); Malkin (1991); Moore e Allen (1976); NHS (2005a; 2005b; 1995); Norberg-Schulz (1980); Pol (2008); Pollack e Menconi (2005); Proshansky, Ittelson e Rivlin (1978); Scannell e Gifford (2009); Sommer (1973); Sternberg (2009); Ulrich (1995); Vasconcelos (2004); e Vidal (2004), transpondo-se suas definições de apropriação e vivência para a temática dos ambientes de saúde;

- **o modelo de atendimento à saúde denominado Hospital-Dia:** Procurou-se apresentar como são essas Unidades no contexto nacional e norte-americano, qual o perfil de usuários, as configurações espaciais, as atividades que os pacientes costumam desempenhar durante o tratamento e refletir como seria o ambiente recomendável do ponto de vista daqueles que as utilizam cotidianamente. Dentre os principais autores trabalhados, encontram-se: Barone (2008); Bobrow et al. (2000); Block, Block e Gyllenhaal (2008); Carr (2008); Carpmann e Grant (1993); Fischer (1984); Gainsborough e Gainsborough (1964); Herman Miller (2007); James e Tatton-Brown (1986); Johns e Zirkle (1999); Jorge (1997); Kubler-Ross (1969), Lima e Botega (2001); Malkin (1991); Pejaler (1996); Pressler, (1995); Rawlings (2006); Santo Antônio e Antunez (2008); Sommer (2002); Spellman (2007); Tusler (2002); e Ulrich e Zimring (2007). Esta parte da fundamentação teórica também se baseia em publicações das seguintes organizações: Agência Câmara de Notícias (2004), ANVISA (1998; 2002), American Hospital Association (2007), DHS (2004), DVA (2006a; 2006b), HDWA (1998), Ministério da Saúde (1994; 1998b; 2004); NHS (1995), e OMS (2001).

### 4.3 TRABALHO DE CAMPO

Tendo em vista o fato de serem recentes as Unidades de Hospital-Dia, mostraram-se escassas as publicações sobre o tema. Assim, mesmo a etapa de elaboração do referencial teórico da pesquisa baseou-se parcialmente no trabalho de campo, por meio da realização de visitas exploratórias a inúmeras Unidades de Hospital-Dia no Brasil e Centros de Infusão nos Estados Unidos. Visando-se confrontar a hipótese de pesquisa com a prática em Arquitetura Hospitalar, também foram realizadas entrevistas com dez arquitetos atuantes nesta área, na cidade do Rio de Janeiro - Ana Cláudia Meirelles Pena, Celso Giraffa, Cláudia Miguez,

Elisabeth Hirth, Fábio Bittencourt, Flávio Kelner, Luiz Carlos de Menezes Toledo, Mário Ferrer, Mauro César Oliveira dos Santos e Osvaldo Magalhães - e cinco nos Estados Unidos – Barbara Denton, John Ruffo, Richard Weiss, Robert Gaderlunt e Steve Powell. Cabe, no entanto, destacar que essas entrevistas ocorreram sem a preocupação de obter uma amostra expressiva de respondentes. Utilizou-se um roteiro semiestruturado, com poucas perguntas e com respostas abertas, objetivando apenas ter um vislumbre da percepção dos profissionais atuantes na área, sobre a temática dos Hospitais-Dia e de sua humanização. Tendo em vista que as entrevistas com arquitetos hospitalares foram realizadas de modo informal e com uma amostra pequena, optou-se por não incluí-las na descrição detalhada dos métodos, embora elas tenham proporcionado contribuições significativas registradas ao longo da tese. O formulário utilizado nestas entrevistas encontra-se disponível no Anexo 9.

O trabalho de campo, além das visitas exploratórias e entrevistas com arquitetos hospitalares, inclui e centra-se na realização de dois estudos de caso em profundidade. Para a realização dos estudos de caso foi adotada uma abordagem com múltiplos métodos, buscando obter resultados que se complementassem uns aos outros e fossem passíveis de comparação. Dentre os métodos adotados nos estudos de caso, incluem-se, na mesma ordem em que foram aplicados: Análise *Walkthrough*, Observação Direta e Sistemática do Comportamento, Mapeamento Visual, Poema dos Desejos, Questionários e Seleção Visual.

A preparação para o trabalho de campo compreendeu a elaboração de *checklist*, planilhas e formulários utilizados na aplicação de cada método. Como para a presente pesquisa não foram criados métodos novos, e foram adotados instrumentos de coleta das informações baseados em formulários já utilizados anteriormente em pesquisas da autora e em trabalhos do Grupo ProLugar/PROARQ, não se sentiu a necessidade de realizar um teste piloto dos mesmos. Os únicos instrumentos que se diferenciam bastante dos utilizados em outras pesquisas são os questionários, uma vez que as perguntas tinham que ajustar-se à temática específica da tese, e por isso eles foram testados em uma amostra piloto no decorrer do primeiro estudo de caso, previamente à aplicação dos formulários definitivos.

Durante o desenvolvimento da tese, foi realizado um estágio de doutorado de seis meses na cidade de San Luis Obispo – Califórnia/EUA – de agosto de 2009 a fevereiro de 2010. Nesse período, além de revisão de literatura, foram realizadas visitas exploratórias a Centros de Infusão, entrevistas com profissionais de saúde e arquitetos hospitalares norte-americanos, e um estudo de caso aprofundado em um Centro de Infusão. Procurou-se, durante esse

tempo, ampliar o entendimento sobre as possibilidades de funcionamento e a configuração ambiental dessas Unidades e o panorama de humanização do ambiente hospitalar. Nos Estados Unidos, optou-se pela aplicação dos mesmos métodos, na mesma sequência, e utilizando-se dos mesmos formulários já adotados no Brasil, após sua tradução para o inglês. Baseando-se na experiência obtida com a realização do estudo de caso do Hospital Regional de São José e nas sugestões oriundas da banca de qualificação, foram efetivados alguns ajustes nos instrumentos de pesquisa, como, por exemplo, a exclusão de parte dos espaços disponíveis para respostas discursivas nos formulários dos questionários, que foram entendidos como desnecessários, e sua exclusão buscou tornar o formulário mais objetivo e menos exaustivo para os respondentes, bem como facilitar a tabulação e a interpretação posterior dos resultados. Algumas perguntas ou sentenças dos instrumentos também foram adaptadas no processo de tradução do português para o inglês, pois a tradução literal não favoreceria a compreensão. No entanto, cabe destacar que somente foram realizados os ajustes mínimos necessários nos instrumentos, de forma a potencializar a eficácia em sua aplicação. O critério de padronização dos dois estudos de caso foi considerado fundamental e prioritário, pois, embora não se desejasse comparar os dois hospitais, por se tratarem de contextos distintos, procurou-se permitir a observação posterior de alguns pontos comuns e divergentes na análise de ambos.

Tendo em vista as preocupações de ordem ética intrínsecas às pesquisas na área da saúde, optou-se por preservar o anonimato das instituições, nas quais foram realizadas as visitas exploratórias, bem como foram preservadas as identidades de todos os participantes das entrevistas e também dos estudos de caso, sendo registrado nos instrumentos de coleta apenas se o participante é um paciente, acompanhante ou funcionário.

Além disso, o estudo de caso efetuado no Brasil foi aprovado junto ao Comitê de Ética do Hospital Regional de São José, conforme carta que consta no ANEXO 7. O estudo de caso norte-americano teve seu projeto de pesquisa revisado pelo Comitê de Ética da própria Universidade, na qual foi realizado o estágio de doutorado no exterior – CalPoly –, e, a partir desta revisão, alguns ajustes foram feitos. O mesmo foi aprovado pela direção do Centro de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center via ligação telefônica e correspondência pela internet. A chefia desse Centro de Infusão entendeu que não haveria tempo hábil durante o estágio de doutorado para conseguir a aprovação no Comitê de Ética do Hospital, pois somente a análise do projeto de pesquisa poderia levar meses. Por esse motivo, a chefia autorizou diretamente a realização do estudo, conforme e-mail informal em inglês, também incluso no ANEXO 7.

Em ambos os países, previamente à aplicação de cada um dos métodos, era apresentado aos participantes um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”,<sup>39</sup> introduzindo a pesquisa (objetivos, métodos etc.), informando que a participação não era obrigatória e solicitando a autorização para consultá-los, conforme recomenda a Resolução CNS 196/96 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CNS, 1996). Só participaram da pesquisa aqueles usuários das Unidades que espontaneamente aceitaram. Evitou-se a realização de registros fotográficos, quando havia usuários dentro dos ambientes de estudo. Quando estes registros foram considerados indispensáveis, como no caso de algumas das visitas exploratórias, assumiu-se o compromisso de editar as fotografias por meio de *softwares*, de modo que não fosse possível identificar o rosto de nenhum paciente, funcionário ou acompanhante. Cabe destacar que pela natureza dos métodos adotados, e pelo modo que os instrumentos de coleta das informações foram elaborados, a pesquisa não ofereceu danos ou riscos aos participantes, nem sequer no sentido de comprometer sua privacidade.

### 4.3.1 SELEÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO

Foram realizados dois estudos de caso, um no Brasil e um nos Estados Unidos, de forma a refletir sobre as possibilidades de configuração e apropriação dos Hospitais-Dia em diferentes contextos. Com isso, pretendeu-se ampliar o entendimento da humanização do edifício hospitalar no que se refere à imagem dos ambientes e, principalmente, em relação à vivência, no modo como esses locais respondem às necessidades dos usuários.

Os estudos de caso também foram realizados em tipos distintos de Unidades clínicas de Hospital-Dia, sendo uma de Infectologia e outra um Centro de Infusão Geral, no qual a maioria dos pacientes estava realizando quimioterapia. Estes dois tipos de Unidades Clínicas de Hospital-Dia foram escolhidos por serem as duas especialidades médicas encontradas com maior frequência durante as visitas exploratórias. Além disso, a escolha destas Unidades justifica-se pelo fato de que o perfil de usuários e de atividades potencializa a realização de distrações positivas, diferentemente de Hospitais-Dia cirúrgicos, por exemplo. Em

<sup>39</sup> Consentimento livre e esclarecido – anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previsto, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (CNS, 1996, p. 1).

ambas as Unidades visitadas os pacientes retornam durante vários dias, meses ou anos; permanecem horas acordados em cada sessão; realizam infusão de medicação; e apresentam configurações ambientais parecidas, dispondo de salões coletivos de medicação, junto aos quais se encontram locais de apoio, como sanitários e depósito de material de limpeza. Esses pacientes apresentam-se em condições de mobilidade, uma vez que os casos mais críticos são direcionados para a internação. Por fim, ambos os perfis de pacientes – de Infectologia e de Oncologia – caracterizam-se por encontrarem-se fragilizados emocionalmente, em consequência da gravidade de suas doenças, por isso, a relevância do ambiente e de sua humanização.

O estudo de caso realizado no Brasil ocorreu em Florianópolis, por ser a cidade onde reside a pesquisadora. Nessa cidade, oficialmente funcionando como Hospital-Dia, tem-se as Unidades de Infectologia do Hospital Regional de São José, do Hospital Nereu Ramos e do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Têm-se ainda duas Unidades de Quimioterapia, as quais se caracterizam como Hospital-Dia, sendo uma do Hospital do Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) e outra também do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Para o primeiro estudo de caso, foi selecionado o Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Regional de São José. Um dos critérios para escolha dessa instituição diz respeito à própria organização espacial do ambiente de atendimento, com a configuração em um salão coletivo que é típico de Hospitais-Dia clínicos. Sob esta ótica, o estudo será representativo desse tipo de Unidade e de sua configuração ambiental. O Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Nereu Ramos não apresenta uma organização espacial típica dessas Unidades, a partir do que se constatou nas visitas exploratórias. O mesmo dispõe de uma sala com leitos para os pacientes que estão fazendo medicação, em vez de uma sala com poltronas, e dispõe de uma sala mista com dois leitos e uma poltrona, também para esse tipo de atendimento. Entendeu-se que a Unidade do Hospital Nereu Ramos tem uma configuração espacial pouco usual, e que, por isso, sua análise teria menor correspondência com a realidade da maioria das Unidades de Hospital-Dia. Optou-se por não se analisar o Hospital-Dia de Infectologia e de Quimioterapia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, tendo em vista que a pesquisa não tem o foco específico para o público de crianças e adolescentes. O potencial de apropriação e de vivência dos Hospitais-Dia para este público é certamente muito distinto dos adultos, o que tornaria necessário aprofundar a compreensão de suas especificidades. Por fim, não foi estudada a Unidade do Hospital do CEPON porque esta não adota oficialmente a nomenclatura de Hospital-Dia, embora os funcionários refram-se ao local deste modo.

O estudo de caso realizado nos Estados Unidos ocorreu na Unidade de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center, localizado na cidade de Long Beach, estado da Califórnia. A escolha do Centro de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center, em relação às demais Unidades visitadas neste país, deu-se, principalmente, em virtude à grande receptividade com que a proposta de pesquisa foi acolhida no local, graças à boa-vontade da chefia do setor que colaborou ao máximo para a realização do trabalho. Obter autorização para realizar pesquisas em hospitais nos Estados Unidos, assim como no Brasil, é um processo delicado e demorado, em razão das preocupações éticas relativas à exposição da privacidade e da identidade dos pacientes, já mencionadas. Ainda que o estudo tenha sido estruturado levando em consideração essas preocupações, conseguir a autorização para realizá-lo demorou, por si só, alguns meses. A solicitação para o estudo de caso no exterior foi feita, inicialmente, junto a diversas instituições de saúde, pelo co-orientador nos Estados Unidos – o professor Dr. Vicente Del Rio – antes mesmo do início do estágio de doutorado. Depois de algumas tentativas, e observando a dificuldade em obter um retorno das instituições com as quais fez contato, o co-orientador entendeu que seria melhor que a pesquisadora tentasse essa autorização quando já estivesse naquele país, buscando agendar um encontro com os responsáveis, e se apresentar pessoalmente para explicar os objetivos e os métodos do trabalho. Assim, a intenção de fazer o estudo de caso foi comunicada pela pesquisadora, já nos primeiros contatos via e-mail, com todas as instituições, nas quais posteriormente foram realizadas as visitas exploratórias (ANEXO 3), e uma cópia resumida do projeto de pesquisa e do pedido de realização do estudo de caso foram entregues durante tais visitas. Ainda, durante as visitas exploratórias, buscava-se esclarecer o propósito e os métodos de pesquisa a serem adotados e, dessa maneira, tentar eliminar todas as possíveis dúvidas dos responsáveis, evidenciando que não haveria riscos aos participantes, bem como não seriam expostas suas privacidades. De qualquer modo, o fato de que alguns instrumentos de pesquisa demandavam contato direto com os pacientes mostrou-se um fator crítico para a aprovação da pesquisa pelas instituições. Ademais, estabelecimentos de saúde são, em geral, locais onde os profissionais encontram-se muito atribulados, e a intenção de realizar qualquer tipo de pesquisa nesses ambientes pode ser percebida por alguns funcionários como algo que vá sobrecarregá-los ainda mais. Assim, o modo prestativo com o qual o trabalho foi acolhido pela chefia da Unidade do Long Beach Memorial Medical Center, assim como também aconteceu no Hospital-Dia estudado no Brasil, foi um fator decisivo na sua escolha. Como havia um tempo limitado para sua realização, planejou-se o estudo de caso para esta instituição, que foi a primeira em consentir o trabalho.

### 4.3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população dos estudos de caso corresponde aos usuários de Unidades clínicas de Hospital-Dia de Infectologia e Quimioterapia e subdivide-se em três classes: os pacientes, os acompanhantes e os funcionários (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, entre outros). Essa subdivisão justifica-se pelas diferentes atividades e anseios em relação ao ambiente, e também pelas suas distintas condições fisiológicas e psicológicas. Entende-se que, embora visitantes e acompanhantes não sejam os usuários-chave, os mesmos podem dar importantes contribuições, inclusive por estarem em condições de saúde mais favoráveis à sua participação na pesquisa.

A amostragem foi randomizada e combinada, isto é, ao acaso, porém abrangendo todos os grupos de usuários que compõem o universo da amostra. Além disso, ela foi uma amostra de conveniência (SOMMER; SOMMER, 1997), pois os métodos foram aplicados junto ao maior número possível de pessoas dentro do período de realização dos estudos de caso, uma vez que a população não se caracteriza por um contingente elevado. Por isso, buscou-se a participação de todos os funcionários, pacientes e acompanhantes disponíveis durante o período de coleta das informações, de forma a assegurar a representatividade da amostra.

No Brasil, a amostragem de pacientes e acompanhantes entrevistados em cada método era aproximadamente de 25 a 30 pessoas, e correspondia à quase o total de pacientes tratados na Unidade no mês em que se iniciou o estudo de caso: 28 pacientes. Para alcançar essa amostra, foram consultados todos os pacientes que concordaram em participar da pesquisa no período total de sua realização – três meses.

Nos Estados Unidos, a Unidade estudada era maior, dispondo de quatro salas coletivas de infusão e uma privativa com um total de 20 poltronas de atendimento, e uma média de até 25 pacientes atendidos diariamente. No entanto, a amostra foi limitada pela menor disponibilidade de tempo da pesquisadora para realizar o trabalho de campo – 1 semana. Essa restrição deu-se pelo fato de que a Unidade situava-se em uma cidade distinta daquela em que residiu a pesquisadora, limitando seu acesso. Além disso, imaginou-se que seria difícil obter uma autorização da chefia da Unidade para estarmos em contato com os pacientes por um período prolongado, tendo em vista o receio das instituições norte-americanas de enfrentarem processos relativos à invasão da privacidade. A simples autorização para a realização do estudo de caso, aplicando-se todos os métodos utilizados no Brasil, já foi vista

muito positivamente pela pesquisadora. Assim, a experiência de realização desse segundo estudo de caso foi mais intensa, já que mais instrumentos tinham que ser aplicados em um mesmo dia, com o maior número de participantes possível. Buscou-se alcançar uma amostra mínima também de aproximadamente 25 a 30 pacientes e acompanhantes por método. Embora essa amostra tenha sido proporcionalmente menor do que a do estudo de caso brasileiro em relação à população total da Unidade, conclui-se que foi representativa por assemelhar-se em número total de pessoas consultadas e por se ter verificado, no primeiro estudo de caso, que a mesma é suficiente para que haja padrões claros de resultados.

### 4.3.3 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

#### 4.3.3.1 Visitas exploratórias

Entre agosto de 2007 e janeiro de 2009, foram visitadas 31 Unidades de Hospital-Dia ou Unidades com funcionamento similar em 29 estabelecimentos assistenciais de saúde do Brasil, sendo 11 instituições do Rio de Janeiro – RJ, 11 de Florianópolis – SC e 7 de São Paulo – SP, com o consentimento esclarecido dos funcionários responsáveis. Seguindo o padrão do que havia sido realizado no Brasil, entre agosto de 2009 e fevereiro de 2010, foram visitadas 18 Unidades de Infusão – o equivalente norte-americano ao Hospital-Dia clínico brasileiro – em 16 instituições de saúde da Califórnia.

Buscou-se, com essas visitas, uma compreensão abrangente do panorama dessas Unidades em termos de configuração ambiental e operacionalidade (perfil de usuários, tempo de permanência, especialidades médicas atendidas, atividades médicas e de enfermagem realizadas, distrações positivas, entre outros) de forma que fosse possível introduzir a temática dos Hospitais-Dia na tese, contribuindo principalmente para a redação dos capítulos 2 e 3.

As visitas efetivadas no Brasil e nos Estados Unidos aconteceram em hospitais e clínicas de pequeno, médio e grande porte, que apresentavam uma ou mais Unidades de Hospital-Dia ou ainda Unidades que funcionassem de modo similar, já que se percebeu que nem sempre se adota essa nomenclatura. Esse é o caso, por exemplo, das clínicas particulares com serviços de Quimioterapia. Porém, optou-se por incluí-las na amostra tendo em vista



que alguns Hospitais-Dia visitados também se destinam, exclusiva ou parcialmente, à Quimioterapia e que, mesmo nos locais onde esse nome não é adotado, a organização do ambiente é similar.

Sabe-se também que existem no país, e no exterior, numerosos Hospitais-Dia Psiquiátricos. Estes foram deliberadamente excluídos das visitas exploratórias realizadas, visto que a natureza das atividades ali desenvolvidas e sua configuração espacial diferenciam-se sensivelmente daquelas das demais áreas médicas, e distanciam-se do foco de estudo desta tese.

Em cada uma das Unidades visitadas foram aplicados os seguintes métodos: entrevista estruturada com um funcionário; observação direta dos ambientes pelo pesquisador e registros fotográficos, quando autorizados,<sup>40</sup> preservando-se a identidade do estabelecimento e dos pacientes. O registro das informações foi apontado em dois formulários distintos. O primeiro formulário continha o roteiro para a realização de uma entrevista com um funcionário de cada Unidade, normalmente um profissional médico ou enfermeiro que acompanhava a visita exploratória. Nesse roteiro, buscava-se compreender as características psicológicas e fisiológicas dos pacientes, o tempo de permanência no estabelecimento, as atividades que os mesmos costumam desenvolver ou que poderiam estar desenvolvendo além dos procedimentos médicos para os quais o ambiente deveria dar suporte, aspectos positivos e negativos da configuração da Unidade e algumas características desejáveis para projetos de Unidades futuras. O roteiro era estruturado e consistia, em sua maior parte, em perguntas com respostas abertas. O segundo formulário dava suporte à observação direta da configuração da Unidade, e consistia em um *checklist* que permitia a descrição de aspectos como: ambientes que compõem a Unidade e a dimensão dos mesmos, mobiliário, *layout*, materiais, relação interior-exterior, conforto ambiental etc. Os formulários utilizados nas visitas exploratórias para a entrevista e a observação direta e sistemática do ambiente encontram-se disponíveis no ANEXO 1.

A maioria das informações obtidas foi tratada apenas qualitativamente. Alguns dados que assim o permitiram foram quantificados e transformados em percentuais. Uma

<sup>40</sup> Nas instituições visitadas foi assumido o compromisso de se resguardar a sua identidade, tendo em vista que se buscava apenas proporcionar uma visão abrangente sobre o panorama dos Hospitais-Dia no país, sem desenvolver uma análise específica de algum deles.

breve descrição dos estabelecimentos visitados e a síntese de todas as informações coletadas no Brasil e no exterior, com a tabulação dos dados, podem ser encontradas, respectivamente, nos ANEXOS 2 e 3.

#### 4.3.3.2 Análise *Walkthrough*

A Análise *Walkthrough* foi o primeiro método a ser adotado nos dois estudos de caso. Ela foi realizada em três etapas: primeiramente com a apresentação da pesquisadora aos funcionários da Unidade e a realização de uma única entrevista com a chefia do setor; num segundo momento com a realização do inventário espacial da Unidade; e, por fim, com a realização de uma entrevista com mais de um funcionário à medida que se percorria o local, o que corresponderia à Análise *Walkthrough* propriamente dita.

Inicialmente, objetivou-se estabelecer um primeiro contato com a instituição. Nesse momento, o pesquisador apresentou-se à chefia e aos demais funcionários esclarecendo do que se tratava a pesquisa, de forma a estimular a participação dos mesmos e dirimir possíveis dúvidas. Também nesse momento, foi realizada uma entrevista com os chefes das duas Unidades selecionadas para os estudos de caso. Com essas entrevistas, buscaram-se obter informações como missão, histórico da Unidade, perfil de pacientes, perfil dos funcionários, horários mais adequados para a aplicação dos instrumentos de coleta das informações, informações organizacionais, tarefas prescritas pela chefia para realização pelos funcionários, regras administrativas no uso dos ambientes, etc. As informações coletadas foram anotadas em um formulário de entrevista semiestruturada de duas páginas, em sua maioria com perguntas prevendo respostas abertas. Esse formulário também recebeu inicialmente a nomenclatura de “Visita Exploratória”, conforme modelos em português e inglês disponíveis nos ANEXOS 4 e 5, respectivamente. Posteriormente, e por sugestão da banca de qualificação, entendeu-se que esta primeira entrevista constituía parte da Análise *Walkthrough* e que o nome originalmente dado poderia dificultar seu entendimento, pois coincidia com o nome dado às Visitas Exploratórias feitas às inúmeras Unidades de Hospital-Dia, nas quais não se realizaram estudos de caso aprofundados. Assim, para o formulário adotado nos Estados Unidos, utilizou-se a nomenclatura Análise *Walkthrough* Parte 1.

Num segundo momento, foi elaborado o inventário espacial, objetivando produzir o cadastro atualizado dos ambientes, mobiliário e equipamentos, de forma a permitir a correta representação gráfica do ambiente nos demais instrumentos de pesquisa e favorecer a análise

dos resultados. Todas as informações levantadas foram registradas em um formulário para inventário espacial (ANEXOS 4 e 5), conforme modelo proposto por Adans (1990), contendo: nome do ambiente; principais atividades nele desenvolvidas; tempo de uso em horas/dia e dias/semana; grau de privacidade necessário às atividades; dimensões (largura, comprimento e área); listagem do mobiliário e equipamentos mais importantes, com desenho e dimensões; planta-baixa esquemática com *layout*, e fotografias. Os dados foram registrados exclusivamente pela pesquisadora em um formulário de duas páginas para cada um dos ambientes levantados.

Como produtos mínimos do inventário espacial, incluem-se: a obtenção ou a elaboração de plantas-baixas com cotas e áreas da Unidade, *layout* detalhado dos ambientes analisados, cortes e elevações, todos em escala gráfica adequada, e registro fotográfico do local, em períodos do dia em que não esteja sendo ocupado.

Por fim, foi realizada a Análise *Walkthrough* propriamente dita, que consiste em uma visita do pesquisador a todo o conjunto de ambientes analisados, com a participação de um ou mais usuários, de forma a que os mesmos sejam estimulados a fazer uma avaliação na medida em que o ambiente é percorrido. Esse método foi aplicado apenas com funcionários, mais especificamente duas enfermeiras de cada uma das Unidades analisadas, uma vez que os pacientes poderiam ter dificuldades para realizar o deslocamento, somado ao fato de que eles não necessariamente conhecem e têm acesso a todos os ambientes do Hospital-Dia.

A Análise *Walkthrough*, método muito utilizado em pesquisas de APO, tem suas origens nos trabalhos de Lynch e de Bechtel nos anos 60 e 70 (RHEINGANTZ et al., 2007). Associa entrevista ao usuário à observação do pesquisador e permite uma compreensão inicial da configuração do ambiente, evidenciando pontos que merecem uma avaliação posterior mais cuidadosa de modo a ajustar o planejamento do trabalho de campo. Por esse motivo, é um método exploratório (ORNSTEIN; BRUNA; ROMÉRO, 1995; BAIRD et al., 1966), normalmente aplicado antes de outros métodos.

Pretendeu-se, através da *Walkthrough*, obter uma visão abrangente da problemática ambiental incluindo os seguintes temas: implantação e relação interior-exterior; aspectos técnico-constructivos, como materiais de acabamento, estrutura e estado de conservação; aspectos funcionais como adequação das dimensões e forma dos ambientes, *layout* de móveis e de equipamentos, fluxos e acessos; aspectos comportamentais como atividades

dos distintos grupos usuários; aspectos estéticos pertinentes à imagem e à ambiência da edificação; e aspectos de conforto ambiental – térmico, lumínico e acústico. Uma vez que se instigam os usuários a fazerem comentários e observações, o método permite ainda levantar informações sobre sua percepção e comportamento, contribuindo para o lançamento de recomendações projetuais.

As informações levantadas foram documentadas em um *checklist* previamente preparado, conforme modelos em português e inglês disponíveis nos ANEXOS 4 e 5, e também por meio de registro fotográfico. Os dados obtidos com a Análise *Walkthrough* foram tratados qualitativamente.

#### 4.3.3.3 Observação direta e sistemática do comportamento

Através do estudo do comportamento dos usuários (pacientes, funcionários e acompanhantes) buscou-se compreender as atividades que integravam a rotina de uso do local e a adequação do ambiente às mesmas. Procurou-se, ainda, observar aspectos de apropriação e territorialidade (BECHTEL; MARANS; MICHELSON, 1987; SANOFF, 1991) e, em particular, aqueles relacionados às possibilidades de distração positiva que são o foco desta tese.

Segundo SOMMER e SOMMER (1997), a observação direta e sistemática permite entender os comportamentos públicos das pessoas, porém constitui um método limitado no que se refere ao estudo de comportamentos privados ou íntimos, que não serão desempenhados na frente do pesquisador, como, por exemplo, trocar de roupa. Como a pesquisa focaliza-se no estudo de ambientes coletivos – os salões de medicação –, não havia interesse particular na observação de comportamentos privados ou íntimos e, portanto, acredita-se que a opção por esse método foi correta, contribuindo para o entendimento das rotinas de uso do local e a verificação da hipótese da tese.

Este foi o segundo método aplicado nos estudos de caso, antecedendo o Poema dos Desejos, o Mapeamento Visual, os Questionários e a Seleção Visual, com o intuito de evitar a interferência do restante do trabalho de campo sobre as atitudes das pessoas observadas, o que poderia ocasionar distorções nos resultados (SOMMER, 1979; SOMMER; SOMMER, 1997).

Foi adotada a postura de observador do tipo reconhecido, isto é, não se pretendeu tentar passar por funcionário da Unidade, devido aos questionamentos éticos presentes na literatura sobre o tema (BECHTEL; MARANS; MICHELSON, 1987). No entanto, intentou-se fazer as observações de modo o menos intrusivo possível, evitando interferir sobre os eventos que ocorriam no ambiente.

A observação direta e sistemática foi realizada centrando-se no ambiente, através de Mapeamento Comportamental, que foi desenvolvido por Ittelson, em 1970 (BECHTEL; MARANS; MICHELSON, 1987). Com esta técnica, almeja-se associar à planta-baixa do local os padrões de comportamentos das pessoas, em intervalos regulares de tempo. Para tanto, dispôs-se de uma planilha cuja parte gráfica mostrava a planta-baixa do ambiente, com a representação de mobiliário e equipamentos fixos, e a legenda que sistematizava o registro da posição e perfil dos usuários (idade, sexo, e categoria – paciente, acompanhante ou funcionário), e de suas atividades (ANEXOS 4 e 5). De acordo com Sommer e Sommer (1997), a planilha deve apresentar, em sua legenda, uma lista que contenha, pelo menos, 80% a 90% das atividades que de fato ocorrem no ambiente. Por isso, nas primeiras observações feitas no local, foram registradas por escrito as atividades mais frequentes, e quando ficou claro o padrão destas atividades, foi efetivamente incluída uma legenda numerada nos formulários. Bechtel, Marans e Michelson (1987) recomendam ainda que a lista de atividades seja organizada em comportamentos mais gerais como, por exemplo, “sair de casa”, ao invés de “abrir a porta”, “passar pela porta” e “fechar a porta”, a menos que esse detalhamento seja relevante para o trabalho.

A aplicação foi realizada por amostragem, em dias e horários alternados, a fim de se observar, de modo ordenado, o comportamento de pacientes, funcionários e acompanhantes ao longo de todo o período de funcionamento das Unidades estudadas. Para tanto, as observações ocorreram em intervalos regulares de tempo – a cada 30 minutos – em todos os dias da semana, para que houvesse clareza em seus padrões de utilização (LEE, 1977; SOMMER, 1979; BECHTEL; MARANS; MICHELSON, 1987). Ainda considerando-se as recomendações desses autores, as observações não se estenderam por mais de 20 minutos cada, para que fosse evitada a exaustão do pesquisador e a distorção dos resultados, fazendo, portanto, intervalos de 10 minutos entre elas. Uma vez que a observação é centrada no lugar, o pesquisador fica parado, registrando o que ocorre, quando e onde.

Considerando-se que a realização de registros fotográficos periódicos poderia constranger os usuários, optou-se por realizar alguns croquis em folhas à parte, que representassem os comportamentos, sempre que necessário.

As informações obtidas pela observação do comportamento foram analisadas qualitativamente, de modo a permitir a descrição de resultados como: as rotinas de uso do ambiente por funcionários, pacientes e acompanhantes; possíveis conflitos entre as atividades e a configuração ambiental; fluxos dos usuários dentro do ambiente; posturas e perfil dos usuários; e, principalmente, se o ambiente dá ou não suporte a distrações positivas.

#### 4.3.3.4 Poema dos Desejos (*Wish Poems*)

O método foi desenvolvido por Henry Sanoff visando envolver grupos de interesse em projetos participativos. Com ele, buscou-se a compreensão do que seria desejável para a configuração de uma Unidade clínica de Hospital-Dia na percepção dos usuários. Este foi um método de fácil aplicação, com expressiva contribuição para o lançamento de diretrizes projetuais.

Seu emprego consiste na introdução de um formulário predominantemente em branco contendo a seguinte frase “Eu gostaria que o ambiente (fosse ou tivesse)...”. A ideia é proporcionar ampla liberdade de expressão, por meio de desenhos ou de textos, aos usuários para que os mesmos expressem seus anseios e imaginário em relação ao local (ANEXOS 4 e 5). A espontaneidade das respostas é muito importante, razão pela qual também esse método foi aplicado antes dos questionários, evitando sugerir os resultados.

Assim como os demais métodos que demandam a participação dos usuários, procurou-se consultar o maior número possível de respondentes – funcionários, pacientes e acompanhantes – objetivando melhor compreender os anseios de cada um destes grupos. Conforme recomendação de Rheingantz et al. (2007), a aplicação foi realizada com grupos de 3 a 4 pessoas por vez, durante cerca de 20 minutos, permitindo acompanhar a elaboração dos desenhos e textos, e registrando comentários feitos espontaneamente pelos entrevistados durante esse processo.

O tratamento dos resultados foi qualitativo, categorizando-se as respostas e agrupando informações similares, por meio de Análise de Conteúdo.

#### 4.3.3.5 Mapeamento Visual

Criado por Ross Thorne e Jeffrey Turnbull, em 1991, (RHEINGANTZ et al., 2007), o método vem a complementar e permitir a confirmação das informações coletadas por outros instrumentos, especialmente no que diz respeito à percepção do ambiente pelos usuários, embora também possa fornecer informações sobre o comportamento ambiental. Esse método contribui para a compreensão da vivência, apropriação, rotinas de uso e dinâmica do lugar, bem como para a adequação do mobiliário e da configuração do ambiente às necessidades dos usuários. Também é um método de fácil compreensão e aplicação, que fornece um diagnóstico de todos os ambientes da Unidade, favorecendo uma grande variedade de respostas e auxiliando no desenvolvimento das recomendações projetuais, ao evidenciar quais características do ambiente são mais ou menos apropriadas na percepção de seus usuários.

Para a aplicação do método, foi apresentada uma planilha com uma planta-baixa (ANEXOS 4 e 5) na qual se solicitava ao respondente que registrasse possíveis aspectos positivos ou negativos de cada ambiente das Unidades de estudo. Assim, torna-se possível não apenas detectar problemas específicos, como localizá-los espacialmente, por exemplo, pela indicação de fontes de ruído em um determinado ponto do ambiente.

A anotação desses aspectos positivos ou negativos era, em geral, feita pelo próprio usuário. Porém, caso algum respondente tivesse dificuldade para realizar esta tarefa, as anotações também podiam ser realizadas pelo pesquisador.

A aplicação desse método ocorreu conjuntamente com a do Poema dos Desejos, antecedendo as entrevistas de forma a obter informações espontâneas por parte dos usuários. Também este método foi aplicado com o maior número possível de pacientes, funcionários e acompanhantes, evidenciando as diferentes percepções em relação à Unidade atualmente em uso.

O tratamento das informações foi qualitativo, categorizando-se os aspectos positivos e negativos mais citados em relação a cada ambiente, por meio de Análise de Conteúdo.

#### 4.3.3.6 Questionários

Os questionários também foram aplicados com funcionários, pacientes e acompanhantes. A opção pela aplicação de questionários, isto é, sem a presença do pesquisador, deve-se à dificuldade de entrevistá-los individualmente, tendo em vista que normalmente se teve acesso aos participantes em ambientes coletivos, como a sala de espera ou o salão de medicação. Com a aplicação de questionários, evitou-se que as respostas de um pudessem vir a influenciar nas respostas dos outros, distorcendo os resultados.

Buscou-se, sobretudo, com os questionários, refletir sobre a hipótese de pesquisa, confirmando quais atividades de distração positiva o paciente desenvolve ou desejaria estar desenvolvendo paralelamente à terapia, e como deveria ser o ambiente para dar suporte às mesmas e ao seu bem-estar, visando ao preenchimento de possíveis lacunas de métodos anteriores. Pretendeu-se ainda obter informações sobre valores, sentimentos, percepções e comportamento ambiental dos usuários, com foco na discussão dos atributos do ambiente que fossem relevantes, do ponto de vista do entrevistado, e que favorecessem a apropriação e a vivência do local. Entre os tópicos perguntados, incluem-se: avaliação geral da sala de medicação do Hospital-Dia; importância de que o ambiente favoreça a privacidade ou a interação social; importância de atributos como controle das condições ambientais, e variabilidade da organização e arranjos espaciais; importância da realização de distrações positivas pelos pacientes; estado psicológico e fisiológico dos pacientes e o modo como possibilitam realizar distrações positivas; tipos de distrações positivas que seriam do interesse de pacientes e acompanhantes; e Seleção Visual, método este explicado a seguir.

Foi adotado um roteiro estruturado, priorizando perguntas com respostas fechadas, de múltipla escolha, possibilitando, quantificar e calcular os seus percentuais. Utilizou-se um roteiro de perguntas similar para pacientes e funcionários, porém com duas perguntas a menos para estes últimos, tendo em vista sua provável menor disponibilidade de tempo para participação na pesquisa (ANEXOS 4 e 5). Os resultados foram analisados quantitativamente, por meio dos totais e percentuais de cada uma das respostas obtidas, bem como qualitativamente, no caso das justificativas adicionais para determinadas respostas.



#### 4.3.3.7 Seleção Visual (*Visual Cues*)

O método *Visual Cues* (de seleção visual), também criado por Henry Sanoff, visa identificar as preferências dos usuários em relação a imagens pré-selecionadas que correspondam a diferentes possibilidades de configuração ambiental.

Consiste na apresentação aos usuários de uma seleção de imagens (fotos ou desenhos de ambientes existentes ou imaginados) que, no estudo de caso em questão, correspondiam a alternativas para a configuração ambiental da Unidade. Solicitou-se aos participantes que classificassem as alternativas por ordem de preferência e justificassem o porquê dessa classificação, registrando o que gostaram e o que não gostaram nas imagens apresentadas. Com isso, tornou-se possível verificar a percepção deles com relação a essas imagens, observando o quanto as alternativas propostas refletiam os atributos ambientais almejados. O método permitiu ainda comparar as alternativas e compreender o significado de algumas soluções, obtendo imagens referenciais de preferências dos respondentes sobre o ambiente.

Rheingantz et al. (2007) recomendam que sejam tomados alguns cuidados como: realizar uma seleção criteriosa das imagens, que devem estar relacionadas aos aspectos investigados; e cuidar para que todas elas tenham a mesma qualidade, por exemplo, não misturando fotografias com desenhos, ou imagens coloridas com imagens preto e branco. No caso da presente pesquisa, foram elaboradas perspectivas isométricas, em preto e branco à mão, que representassem distintas alternativas projetuais para uma Unidade de Hospital-Dia e que estivessem, de algum modo, relacionadas aos atributos ambientais determinantes da apropriação já evidenciados pelos métodos anteriores.

Este foi o último método da sequência de aplicação do estudo de caso, e foi inserido no formulário do questionário como uma pergunta a mais a ser respondida (ANEXOS 4 e 5). Desse modo, buscou-se tornar mais ágil a participação dos usuários no trabalho e evitar sua exaustão.

Sua aplicação no final do trabalho de campo também se deve ao fato de que esse método está mais direcionado ao desenvolvimento de novas propostas e, assim, tornava possível que a seleção de imagens a ser apresentada aos respondentes fosse realmente baseada nos resultados obtidos pelos métodos anteriormente citados como o Poema dos Desejos e o Mapeamento Visual, possibilitando a comparação dos resultados. Os dados foram analisados quantitativamente, por meio de seus totais e percentuais, bem como qualitativamente para as justificativas dos respondentes para a escolha realizada.



# Capítulo 5

Estudo de Caso: Hospital Regional  
de São José - Dr. Homero de  
Miranda Gomes (São José - SC)



No presente capítulo, são apresentados os resultados obtidos com o primeiro estudo de caso, realizado na Unidade de Hospital-Dia de Infectologia, para adultos, do Hospital Regional de São José – Dr. Homero de Miranda Gomes, na cidade de São José, em Santa Catarina – Brasil. Encontra-se, a seguir, uma breve contextualização desta Unidade, de forma a introduzir seu histórico e operacionalidade. Na sequência, é apresentada uma descrição de todos os ambientes que compõem a Unidade. Por fim, são apresentados os resultados obtidos no trabalho de campo, que se estendeu de abril a junho de 2009 e utilizou-se da aplicação dos seguintes métodos: Análise *Walkthrough*, Observação Direta e Sistemática do Comportamento, Poema dos Desejos, Mapeamento Visual, Questionários e Seleção Visual.

## 5.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL-DIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

O Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Regional de São José foi inaugurado em novembro de 1998. Desde então, a Unidade funciona no mesmo local, dentro do edifício do Hospital, e próxima à entrada dos setores de Emergência e Ambulatório. Nesse local, anteriormente à implantação do Hospital-Dia, funcionava parte do setor de Endoscopia. Para o início das atividades do Hospital-Dia, foram realizadas as adaptações mínimas exigidas pelos órgãos competentes. Tendo em vista as restrições orçamentárias e de tempo, o projeto de reforma foi elaborado contendo apenas os ajustes indispensáveis para dar início ao atendimento na nova unidade. Poucas modificações foram efetivadas no local desde a sua inauguração, sendo a maioria delas referente à substituição de mobiliário.

O Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Regional de São José é um serviço de referência na região metropolitana para o atendimento a doenças infectocontagiosas. Destina-se, principalmente, a pacientes adultos portadores do vírus HIV que apresentem condições de saúde comprometidas, de tal modo que não lhes seja possível apenas dispor do atendimento ambulatorial. Com o serviço, busca-se acelerar o diagnóstico e o início do tratamento desse paciente, intencionando reduzir a necessidade de internação. Para tanto, presta-se um atendimento inicial intensivo ao indivíduo debilitado pela doença, buscando-se a melhoria de suas condições de saúde. Quando se progride para um estágio controlado da doença e da carga viral, o paciente passa a vir em uma frequência menor ao Hospital-Dia ou mesmo passa a ser atendido em regime ambulatorial.

O perfil de pacientes do setor abrange principalmente adultos dos 30 aos 50 anos de idade, de ambos os sexos, dos grupos socioeconômicos C e D. São, em geral, pessoas com baixo grau de escolaridade, com no máximo o primeiro grau concluído, e com poucos recursos econômicos, já que se trata de um local mantido exclusivamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde). A maioria dos pacientes reside na região metropolitana de Florianópolis. No entanto, a Unidade atende também a pacientes do interior e de outros Estados, pois presta serviços pouco difundidos, como a aplicação de metacrilato para preenchimento facial em pacientes com AIDS.

O total de atendimentos varia bastante. A chefia do setor estima uma média de 7 pacientes atendidos diariamente apenas na sala de infusão de medicação e em torno de 40 pacientes por mês. O total de pacientes atendidos por mês é inferior à multiplicação do atendimento diário pelo número de dias, porque a maioria utiliza o local mais de uma vez por mês. Boa parte dos pacientes vem uma, duas ou três vezes por semana ao Hospital-Dia, e permanece no local, em média, duas horas, entre espera, realização de exames e consultas, e infusão de medicação.

A Unidade tem hoje um total de 7 funcionários, dentre os quais: 4 médicos, 2 técnicas de enfermagem e 1 escriturária. Segundo a chefia, há pouca rotatividade e também poucas faltas ao trabalho por motivo não justificado, que poderiam ser indicativos de insatisfação em relação ao serviço ou à infraestrutura do local. A maioria dos funcionários está ali há pelo menos seis anos.

O setor funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 19 horas, com atendimento pré-agendado. O paciente é encaminhado para o Hospital-Dia a partir de outra Unidade, como um posto de saúde comunitário, e sua primeira vinda ao local também é agendada. Nas terças-feiras, o atendimento é exclusivamente ambulatorial, sendo realizadas consultas médicas aos pacientes de Infectologia nos dois consultórios. Nos demais dias da semana, há períodos de atendimento ambulatorial concomitantemente ao atendimento na sala de medicação. Nas quartas, quintas e sextas-feiras, realizam-se uma maior variedade de procedimentos, como coletas para exames ou a aplicação de metacrilato, a qual ocorre nas quartas e tem tido grande demanda.

A rotina padrão de um paciente poderia ser descrita, sequencialmente, como: chegada do paciente à Unidade e espera; avaliação pelas técnicas de enfermagem, que checam os sinais vitais; avaliação pela equipe médica; se necessário são feitos exames laboratoriais no paciente; é realizada infusão de medicação; o paciente recebe orientação e medicações para a continuidade do tratamento em sua casa e é informado sobre quando deve retornar ao Hospital-Dia.

Não existem muitas regras administrativas quanto ao uso dos ambientes, que restrinjam as atividades dos usuários, conforme apontou a chefia do setor. Um cuidado que se tem é evitar colocar no salão de medicação pacientes com elevado risco de transmissão de doenças, como aqueles com tuberculose, já que os portadores de HIV têm imunidade baixa e o ambiente atual do Hospital-Dia não favorece a separação de pacientes e a renovação do ar. O médico destacou que para que se pudesse atender a pacientes com maior risco de transmissão de doenças contagiosas, seria necessário dispor de boxes individualizados ou quartos de isolamento dentro da Unidade.

Para um dos médicos do setor, o ambiente não está humanizado e há necessidade urgente de reforma, razão pela qual já foi desenvolvido um projeto arquitetônico. Pretende-se que essa reforma renove completamente a Unidade, melhorando expressivamente as condições de uso do local e sua adequação às necessidades de pacientes e funcionários. A chefia da Unidade espera que essa reforma inicie-se brevemente, tão logo sejam liberados os recursos necessários pela administração pública.

## 5.2 DESCRIÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO DO HOSPITAL-DIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

O ambiente principal da unidade de Hospital-Dia de Infectologia é o salão de medicação. Esse salão compõe-se de cinco poltronas para atendimento, três arquivos para fichário, uma escrivaninha que serve como uma espécie de posto de enfermagem, uma bancada com pia, aonde ocorre o preparo das medicações e exames, e alguns outros móveis de apoio (FIG. 50 e 51).



**Figura 50** – Foto do salão de medicação, olhando para o posto de enfermagem

Fonte: o autor, 2009.



**Figura 51** – Foto do salão de medicação

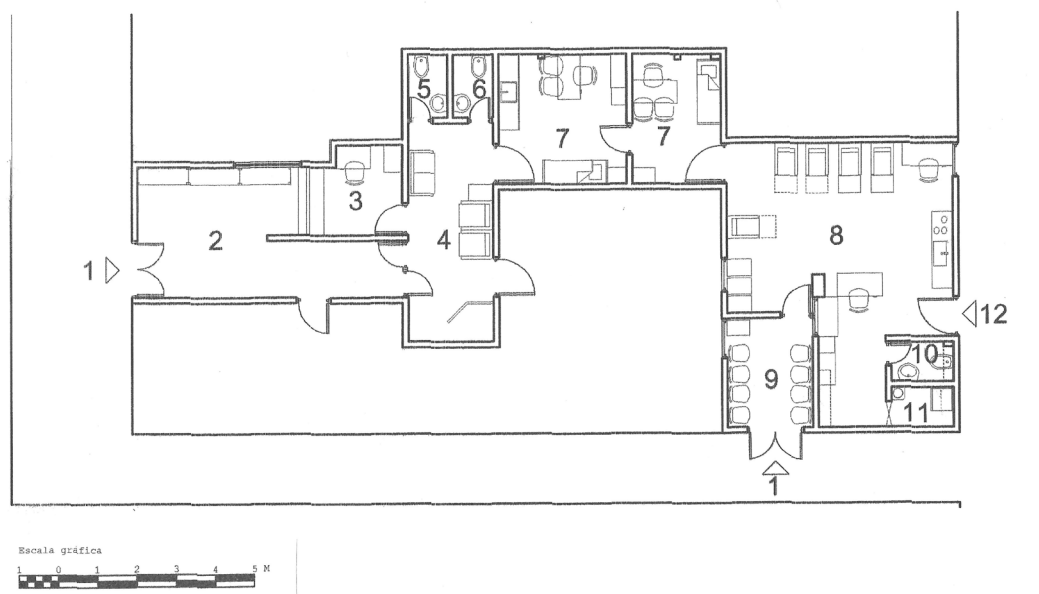
Fonte: o autor, 2009.

Como o espaço físico do Hospital-Dia era anteriormente uma unidade de Endoscopia, e houve limitações orçamentárias e de tempo para a reforma, observam-se diferentes materiais no piso, parede e forro de um mesmo ambiente. Encontram-se na sala de medicação e também nos demais ambientes: placas vinílicas de 20 x 20 cm e cerâmica nos pisos; reboco com pintura, divisória em Eucatex e azulejo nas paredes; placas de fibra, PVC e laje rebocada nos tetos. A cor bege está presente na maioria dos acabamentos.

Outro aspecto que evidencia o fato de que a Unidade foi adaptada a partir de um uso distinto é a presença de portas que não são mais utilizadas. Essas portas não foram retiradas, apenas mantêm-se as mesmas fechadas e, muitas vezes, com mobiliário bloqueando seu acesso.

Os móveis são antigos, simples e, aparentemente, correspondem à quantidade máxima que se pode acomodar dentro das dimensões do ambiente. As cores e materiais do mobiliário também variam, mas predominam os acabamentos em laminado melamínico em tons de bege.

O salão de medicação pode ser acessado pelos pacientes de dois modos distintos, sendo um deles pela sala de espera exclusiva do Hospital-Dia e o outro pela sala de espera compartilhada com o setor de Endoscopia, que permite o acesso direto aos consultórios e destes para o salão de medicação. Para os funcionários, há um terceiro acesso possível, que é uma porta que interliga o salão de medicação a um corredor de serviços do Hospital (FIG. 52).

**Legenda:**

- 1 – Acesso do público à sala de espera
- 2 – Sala de recepção e espera compartilhada com o setor de Endoscopia
- 3 – Sala de recepção do setor de Endoscopia
- 4 – Sala de recuperação do setor de Endoscopia
- 5 – Sanitários para funcionários do setor de Endoscopia
- 6 – Sanitários para público do setor de Endoscopia
- 7 – Consultórios médicos do Hospital-Dia
- 8 – Salão de infusão de medicação
- 9 - Sala de espera
- 10 – Sanitário para funcionários
- 11 – Copa para funcionários
- 12 – Acesso exclusivo de funcionários ao Hospital-Dia

**Figura 52** – Planta-baixa da Unidade

Fonte: o autor, 2009.

A sala de espera exclusiva do Hospital-Dia tem duas longarinas com quatro lugares cada e uma mesa de refeições utilizada para apoiar revistas. Faltam móveis e equipamentos que têm sido amplamente recomendados na literatura como bebedouro, quadros, televisão, entre outros. O ambiente também é enclausurado, não tem janelas e nem mesmo um sistema mecânico de renovação do ar. Tendo em vista a falta de ventilação, com frequência a porta de acesso da sala de espera fica parcialmente aberta, expondo a identidade dos pacientes da Unidade aos demais usuários do Hospital.

Ainda junto ao salão de medicação encontram-se um banheiro e uma copa, ambos de uso exclusivo dos funcionários. O banheiro e a copa têm as mesmas dimensões exíguas

(FIG. 53 e 54). No banheiro, encontra-se um vaso sanitário e uma pia com coluna. O local também é utilizado como depósito para caixas, já que não há este tipo de ambiente na Unidade. A copa comporta apenas a geladeira e um bebedouro. Não há nenhum móvel para o usuário sentar-se ou mesmo espaço para que fique em pé durante as refeições. Outro aspecto que chama a atenção é que algumas das paredes da copa e do banheiro têm apenas 2,10 m de altura, não tocando o teto, permitindo, por exemplo, que os cheiros e os ruídos destes ambientes passem para o salão de medicação.



**Figura 53** – Foto do banheiro de funcionários  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 54** – Foto da copa  
Fonte: o autor, 2009.

Há dois consultórios no local, onde são realizadas consultas exclusivamente aos pacientes de Infectologia, e o acesso a estes ambientes pode se dar tanto por meio do salão de medicação, quanto por meio da sala de espera e recuperação compartilhada com o setor de Endoscopia.

Os dois consultórios dispõem de escrivaninha, maca de exames e cadeiras para o médico e para os pacientes, além de armário e arquivo para fichário (FIG. 55 e 56). Os dois ambientes têm apenas iluminação zenital, por meio de janelas fixas junto à cobertura, e utilizam ar-condicionado para a renovação do ar. Não há um corredor de acesso aos consultórios. Por isso, para circular de um para outro ambiente, bem como acessar a sala de medicação e salas de espera, faz-se necessário passar dentro deles, o que compromete a privacidade de pacientes e médicos durante as consultas.





**Figura 55** – Foto de um dos consultórios  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 56** – Foto do outro consultório  
Fonte: o autor, 2009.

Na sala de espera e de recuperação compartilhada com o setor de Endoscopia, há um sofá de dois lugares e mais duas poltronas acolchoadas (FIG. 58). Anexos a esta sala encontram-se um pequeno banheiro de funcionários e outro de pacientes. Dessa sala pode-se ainda acessar a sala principal de espera e recepção do setor de Endoscopia. Este é o maior ambiente de espera, com três bancos estofados em couro, televisão e ventilador (FIG. 57). Apesar de ser totalmente enclausurada, não se verificou nesta sala a presença de ar-condicionado para a renovação do ar.



**Figura 57** – Foto da sala de recepção e espera compartilhada com a Unidade de Endoscopia  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 58** – Foto da sala de espera e recuperação compartilhada com a Unidade de Endoscopia  
Fonte: o autor, 2009.

Quando questionados se o tamanho dos ambientes que compõem a Unidade de Hospital-Dia estava adequado, todos foram avaliados como sendo pequenos pelos funcionários.

## 5.3 RESULTADOS

### 5.3.1 ANÁLISE *WALKTHROUGH*

#### 5.3.1.1 Sobre a aplicação do método

Nos dias 14 e 15 de abril, durante as manhãs e as tardes, deu-se início ao trabalho de campo, após o mesmo ter sido autorizado pelo Comitê de Ética do Hospital Regional de São José. O primeiro método aplicado foi a Análise *Walkthrough*, que incluiu a realização de um inventário espacial, uma visita exploratória e a realização da Análise *Walkthrough* propriamente dita, entrevistando-se duas funcionárias enquanto se percorria a Unidade.

Na visita exploratória, buscou-se introduzir a pesquisa aos funcionários, de modo que os mesmos pudessem familiarizar-se com a presença do pesquisador no local. Também foi realizada uma entrevista com o chefe do setor, visando uma compreensão inicial da Unidade e de seu funcionamento.

O inventário espacial correspondeu a um levantamento de dados realizado quase que exclusivamente pela pesquisadora, com pouca participação dos usuários. Procurou-se tomar as medidas de todos os ambientes, mobiliário e equipamentos importantes, além de registrar o *layout* dos mesmos e informações complementares. Todos os dados eram registrados em uma planilha baseada no modelo de formulário desenvolvido por Adans (1990). Também foram feitos registros fotográficos de cada um dos locais.

A Análise *Walkthrough* incluiu ainda, e principalmente, uma entrevista a duas funcionárias, enquanto se percorria a Unidade. Cabe destacar que as funcionárias alternaram-se nas respostas dadas, pois ambas precisavam se revezar no atendimento aos pacientes. As suas observações, bem como a percepção da pesquisadora em relação aos itens perguntados, foram registradas em um *checklist*, utilizando-se uma caneta de cor azul e uma lapiseira para diferenciar as respostas dadas. Já que, no dia anterior, havia sido feito o levantamento de dados da Unidade, com registro gráfico de cada ambiente, não se sentiu necessidade de tirar fotografias durante a *Walkthrough*, além do que havia pacientes na unidade. Com essa entrevista, buscou-se um entendimento abrangente do local, por isso os itens de avaliação incluíam: localização, entorno, imagem interior e exterior

do edifício e da Unidade, funcionalidade e relações espaciais, condições ambientais de conforto (iluminação, ventilação, temperatura etc.), manutenção do setor, questões comportamentais, e amenidades do ambiente para dar suporte à equipe médica e de enfermagem, aos pacientes e aos acompanhantes.

Pode-se perceber que a realização da *Walkthrough* com as entrevistadas gerou algum incômodo devido ao tempo tomado. Como era pequena a quantidade de funcionários por turno (em torno de dois médicos, duas técnicas de enfermagem e a escriturária), todos se encontravam muito envolvidos no atendimento ao paciente, dificultando sua participação na aplicação dos métodos. Entende-se que esta dificuldade não se deve a forma como foi elaborado o *checklist*, mas ao fato de que a *Walkthrough* é um instrumento demorado devido à sua natureza abrangente, o que implica a necessidade de registrar uma grande variedade de aspectos do ambiente. Uma possibilidade para a aplicação futura do método seria que o(a) pesquisador(a) fizesse a análise sozinho(a), referente a todos os aspectos técnicos do *checklist*, e apenas questionasse os funcionários entrevistados em relação a itens em que sua participação fosse indispensável, como naqueles onde a vivência do local se faz necessária. Outra alternativa para a aplicação futura do método, talvez mais enriquecedora e menos intrusiva, seria dividir sua aplicação em dois ou mais dias, compartimentando a entrevista.

### 5.3.3.2 Resultados da análise *Walkthrough*

- Quanto à localização e entorno

A localização do Hospital Regional de São José foi avaliada positivamente pela primeira entrevistada. O edifício situa-se no alto de um morro, próximo à BR-101, o que faz com que parte de seu atendimento esteja direcionado a emergências e traumas decorrentes de acidentes na rodovia (FIG. 59 e 60).

A região ao redor do Hospital é predominantemente residencial, com edificações de um ou dois pavimentos. Existem ainda no local alguns tipos de comércio e serviços relacionados ao atendimento de saúde – como farmácias, lanchonetes, necrotério e laboratório.



**Figura 59** – Foto aérea de localização do Hospital em relação à BR 101  
Fonte: GOOGLE EARTH, 2011.



**Figura 60** – Foto aérea de localização do Hospital Regional de São José em relação às principais ruas do entorno  
Fonte: GOOGLE EARTH, 2011.

A funcionária entrevistada avaliou positivamente a disponibilidade de vagas de estacionamento e sua proximidade à Unidade de Hospital-Dia. Porém, observa-se que o estacionamento do Hospital é insuficiente para atender a demanda atual do público. Assim, o mesmo está disponível apenas para os funcionários. Os demais veículos costumam estacionar em terrenos vazios próximos. Essa avaliação positiva da funcionária pode ser decorrente do fato de que a grande maioria dos pacientes não utiliza veículo próprio, mas sim a rede de transporte público coletivo, havendo pontos de ônibus nas suas proximidades.

Ela também avaliou positivamente a orientabilidade e facilidade de acesso à Unidade. No entanto, verificou-se que o acesso ao Hospital-Dia é um pouco difícil, por estar inserido em um hospital de grande porte, com um complexo sistema de circulação. O Hospital-Dia situa-se em uma área central do edifício, tornando necessário ao paciente percorrer cerca de 70 metros, para chegar até ele. Além disso, os corredores são longos e quase simétricos, as placas de sinalização são pequenas, e muitas são as unidades e as especialidades médicas atendidas (FIG 61 e 62).



**Figura 61** – Foto do corredor de acesso à sala de espera exclusiva do Hospital-Dia  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 62** – Foto da porta de acesso à sala de espera exclusiva do Hospital-Dia  
Fonte: o autor, 2009.

A localização da Unidade dentro do edifício também foi avaliada positivamente pela funcionária. De fato, a Unidade encontra-se no pavimento térreo, próxima ao Setor Ambulatorial, o que é bom por tratar-se de serviços complementares. Além disso, a Unidade também fica próxima ao Laboratório, a alguns ambientes de exames, como ultrassonografia, e à Emergência, o que possibilita prestar estes serviços ao paciente com rapidez, caso sejam necessários. Houve queixas em relação ao distanciamento

entre o Hospital-Dia e o setor da Farmácia. Diariamente, as técnicas de enfermagem deslocam-se inúmeras vezes até este setor para pegar medicações e uma proximidade maior seria desejável para tornar mais rápido o atendimento e minimizar esforços.

- Quanto à imagem do hospital e da Unidade de Hospital-Dia

A aparência exterior da edificação foi avaliada como regular pela entrevistada, associando essa assertiva ao fato de que a placa que identifica o nome do hospital tem dimensões muito reduzidas. Cabe destacar que a obra é referencial para a arquitetura hospitalar, fruto do trabalho do renomado arquiteto gaúcho Irineu Breitman. Possivelmente, a avaliação negativa da entrevistada esteja associada à necessidade de melhorar as condições de manutenção das fachadas e das áreas externas da edificação que, assim como outras obras públicas do país, carece de recursos financeiros (FIG. 63).



**Figura 63** – Foto da fachada externa do Hospital Regional de São José  
Fonte: o autor, 2009.

Quando perguntada sobre a aparência dos espaços coletivos internos do Hospital, a entrevistada também a avaliou como sendo muito ruim. Sua justificativa foi atribuída principalmente ao fato de que os banheiros são pequenos e mal estruturados, sem chuveiro para o uso de pacientes que porventura se sujem. Na percepção da pesquisadora, os ambientes internos poderiam ter melhores condições de manutenção e de humanização, o que também está relacionada à escassez de recursos financeiros que afeta boa parte dos estabelecimentos de saúde públicos. Os espaços internos estão equipados apenas com os móveis mínimos necessários, e estes, muitas vezes, são antigos.

A aparência dos ambientes internos específicos da Unidade de Hospital-Dia também foi avaliada como sendo muito ruim. Acredita-se que, além dos aspectos já citados, essa avaliação negativa pode estar relacionada a falta de padronização dos acabamentos e ao mobiliário antigo, simples e variado

- Quanto à funcionalidade e relações espaciais

A primeira funcionária entrevistada avaliou como sendo muito ruim o dimensionamento dos ambientes de tratamento do Hospital-Dia e do posto de enfermagem, bem como a disponibilidade e a adequação dos espaços de suporte e apoio técnico. De fato, a Unidade é pequena para as tarefas realizadas e para a quantidade de mobiliário. A entrevistada comentou, por exemplo, que falta um ambiente adequado para as aplicações de metacrilato. Além disso, quando se está atendendo a algum paciente sentado nas poltronas mais próximas do consultório, torna-se difícil a circulação entre esses dois ambientes. Isso faz com que acidentes ocorram, como esbarrarem na técnica de enfermagem durante o atendimento ao paciente, ocasionando riscos para ambos.

Outro aspecto que também compromete a funcionalidade diz respeito à inexistência de outros ambientes de suporte como: corredor de acesso aos consultórios, sala de utilidades, sanitários para os pacientes, depósito de material de limpeza e depósitos em geral. Também falta um posto de enfermagem propriamente dito para a permanência das técnicas de enfermagem. Atualmente uma escrivanhinha cumpre esta função, caracterizando um certo improvisado de uso.

Em contrapartida, a facilidade de visualização do paciente pelos médicos e técnicas de enfermagem foi avaliada positivamente, o que ocorre porque o salão de medicação é pequeno e integrado, sem compartimentação.

A disponibilidade de banheiros na Unidade também foi avaliada como sendo muito ruim. Isso se explica facilmente, já que no salão de medicação só existe um pequeno banheiro para funcionários, que também serve como depósito. Não há sanitários para pacientes junto à sala de espera exclusiva do Hospital-Dia ou no salão de medicação. Os pacientes precisam sair da Unidade se quiserem utilizar um banheiro, ou então atravessar os consultórios dirigindo-se à sala de espera compartilhada com o setor de Endoscopia.

O mobiliário foi avaliado como sendo desconfortável e o *layout* como sendo ruim. Este segundo comentário possivelmente remete ao dimensionamento do ambiente que faz

com que os móveis fiquem muito próximos uns aos outros, dificultando a circulação e o atendimento. Além disso, faltam cadeiras para acompanhantes e móveis para armazenamento de suprimentos.

As distâncias a serem percorridas dentro da Unidade foram avaliadas positivamente, por serem curtas. A separação de fluxos dentro da Unidade também foi avaliada positivamente. A entrevistada explicou que o lixo só é recolhido quando se encerram as atividades no local. No entanto, a pesquisadora entende que os acessos aos dois consultórios deveriam ocorrer a partir de um corredor e sem passar por dentro do salão de medicação, o que possibilitaria mais privacidade no atendimento ao pacientes desses três ambientes.

A segurança no controle do acesso ao ambiente foi avaliada positivamente pela entrevistada. Ela comentou ainda que as portas do salão de medicação estão sempre trancadas, visando preservar a privacidade do paciente em tratamento.

A adequação da Unidade a pessoas com necessidades especiais foi avaliada como sendo muito ruim. De fato, como o ambiente é pequeno, é difícil circular com ou acomodar cadeiras de rodas e mesmo macas, quando necessário.

A legibilidade dos ambientes, isto é, o entendimento da finalidade à qual se destinam não é tão difícil já que o porte do setor é pequeno. A sinalização foi avaliada como sendo razoável, pois as placas indicativas das funções dos ambientes poderiam ser maiores.

- Quanto às condições ambientais

A orientação solar e a iluminação natural do Hospital-Dia foram avaliadas como sendo muito boas pela entrevistada, que comentou ainda que é comum dispensar a iluminação artificial complementar durante o dia. No ponto de vista da pesquisadora, faltam aberturas para o exterior no nível do olhar dos usuários, pois como a iluminação natural se dá apenas por zenitais fixos, não há contato visual com jardins. Além disso, como os zenitais ficam continuamente fechados, a renovação do ar fica comprometida.

A iluminação artificial foi avaliada como sendo boa. A entrevistada comentou que as luminárias poderiam estar melhor distribuídas, de forma a gerar menos sombras nos pacientes e facilitar o trabalho de punção das veias. Observa-se ainda que as luminárias não têm difusores, de forma que as lâmpadas fluorescentes estão diretamente expostas



ao olhar de todos. Com exceção dos aspectos de iluminação, o restante dos itens relativos às condições ambientais foi avaliado como sendo razoável, ruim ou muito ruim.

O conforto térmico foi avaliado como sendo muito ruim. A entrevistada falou que há desconforto pelo frio no inverno, e apontou o piso cerâmico como uma das causas. A escassez de aberturas e seu posicionamento elevado dificultam a entrada dos raios solares, podendo ser outra justificativa.

O conforto acústico também foi avaliado como sendo muito ruim. Todos podem ouvir os sons provenientes dos vários ambientes da Unidade e, muitas vezes, até mesmo se pode ouvir ruídos vindos de outras unidades. Há muito azulejo nos ambientes, o que não facilita a absorção sonora.

- Quanto à manutenção

O estado de manutenção dos acabamentos internos e esquadrias foi avaliado como sendo muito ruim. A entrevistada apontou que parte do forro do ambiente, executado em placas de fibra, pode cair a qualquer momento, fato este que gera preocupação para todos.

O estado de manutenção do mobiliário e equipamentos, por sua vez, foi avaliado como sendo razoável. De fato, embora os móveis sejam antigos, a maioria não está em condições precárias. A entrevistada destacou que o estado de manutenção dos móveis é mérito também do cuidado dos funcionários para com os mesmos.

Os ambientes foram avaliados como sendo fáceis de limpar. Os materiais adotados nos acabamentos são compatíveis com a assepsia necessária a estabelecimentos de saúde: azulejo, cerâmica, placas vinílicas, reboco com pintura, fórmica, entre outros. A limpeza é feita diariamente por uma firma terceirizada. Segundo a entrevistada, como o serviço é terceirizado, há dias em que a limpeza é melhor do que em outros, variando de acordo com quem o presta. Mas sua avaliação geral foi muito boa.

- Quanto aos aspectos comportamentais

Com exceção da adequação do ambiente à socialização dos pacientes, todos os demais aspectos comportamentais foram avaliados pela entrevistada como sendo muito ruins.

A entrevistada entende que o ambiente não favorece em nada a privacidade dos pacientes e seu controle em relação ao local. De fato, os pacientes ficam expostos ao olhar dos demais

usuários do Hospital quando estão na sala de espera e ao olhar dos demais pacientes quando estão na sala de medicação. Além disso, não há muitas escolhas ou ajustes que o paciente possa fazer no ambiente. É difícil movimentar o mobiliário para ajustar o *layout*, pois há escassez de espaço. Também não é viável dar ao paciente o controle das condições ambientais, pois são vários os usuários em um ambiente único e integrado.

A entrevistada também afirmou que o ambiente não proporciona distrações positivas para os pacientes. O único elemento previsto no local com este intuito é uma televisão, a ser utilizada coletivamente. Nem mesmo é fácil acomodar acompanhantes, já que só existem as cinco poltronas de atendimento dos pacientes e duas cadeiras para uso pelos funcionários.

Além disso, segundo ela, a Unidade não está adequada à socialização dos funcionários, pois não há ambientes favoráveis ao convívio, já que a copa existente é muito pequena.

Quase não há evidências de demarcação ou personalização do ambiente, o que poderia indicar um comportamento territorial ligado à sua apropriação. Verificou-se na Unidade apenas dois objetos pessoais de funcionários, sendo um deles um mural com imagens de um time de futebol e o outro um porta-retratos com uma foto de criança.

## 5.3.2 OBSERVAÇÃO DIRETA E SISTEMÁTICA DO COMPORTAMENTO – MAPEAMENTO COMPORTAMENTAL

### 5.3.2.1 Sobre a aplicação do método

A observação direta e sistemática do comportamento foi realizada nos dias 29 e 30 de abril, e nos dias 6 e 7 de maio de 2009, correspondendo a duas quartas e duas quintas-feiras. Nas quartas-feiras, a observação estendeu-se durante todo o período de funcionamento da unidade e, nas quintas-feiras, apenas durante a manhã. A opção por esses dias deve-se ao fato de que o atendimento no salão de medicação, foco do estudo, ocorre nas quartas à tarde e em todos os dias no período da manhã, com exceção das terças-feiras.<sup>41</sup> Nas segundas e sextas pela manhã, embora houvesse atendimento no salão de medicação, a pesquisadora

<sup>41</sup> Nas segundas e sextas pela manhã, embora houvesse atendimento no salão de medicação, a pesquisadora não tinha disponibilidade para realizar o trabalho de campo por estar lecionando na universidade na qual era funcionária.

não tinha disponibilidade para realizar o trabalho de campo por estar lecionando na universidade na qual era funcionária.

A pesquisadora chegava ao Hospital por volta das oito horas da manhã, quando começam as atividades de atendimento no salão de medicação.

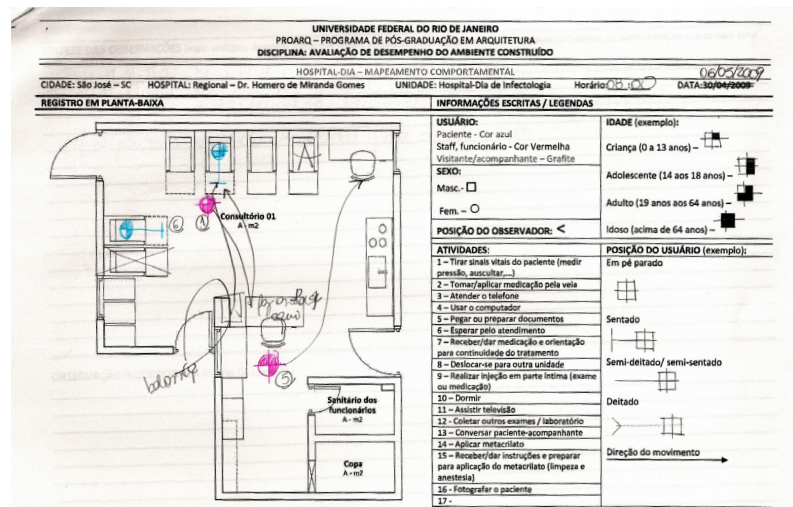
No primeiro dia da Observação direta e sistemática, a dinâmica de aplicação do instrumento foi explicada aos funcionários, de forma que os mesmos não se sentissem surpresos ou constrangidos por estarem sendo observados.

As observações foram feitas com a pesquisadora sentada, registrando-se também a sua posição na planilha. Escolhia-se uma poltrona que estivesse disponível e, às vezes, no decorrer da aplicação do método, era necessário alternar o local, conforme as necessidades de uso das poltronas e cadeiras pelos funcionários ou pacientes.

A observação do comportamento centrou-se em um único ambiente – salão de medicação. As anotações foram feitas durante 10 minutos com intervalos de 20 minutos para descanso, conforme previsto no planejamento do método. Durante os intervalos, era costume da pesquisadora circular pela Unidade e pelo Hospital, e assim, inevitavelmente, era possível observar as atividades de outros ambientes, como, por exemplo, a sala de espera. Por conta do conjunto da Unidade ser pequeno, e devido ao fato de que os ambientes encontravam-se com as portas abertas, foi possível perceber o que ocorria nas áreas adjacentes.

A aplicação do método foi fácil, tendo em vista que a planilha utilizada foi um aprimoramento de uma versão desenvolvida e testada em uma pesquisa prévia em ambientes de saúde da qual a pesquisadora participou (ELY, 2007; CAVALCANTI, 2008).

Foram efetuados registros gráficos e escritos do comportamento dos usuários nessa planilha. Embora ambos os registros tenham sua validade, durante a análise dos resultados, constatou-se que os registros escritos foram mais eficazes para relembrar as observações feitas em campo do que os registros gráficos (FIG. 64), cuja interpretação mostrou-se mais difícil. Isso se deve ao fato de que os registros escritos descreviam detalhadamente as rotinas na Unidade, enquanto os registros gráficos não contemplavam o mesmo grau de detalhamento e demandavam uma interpretação dos símbolos e legendas utilizados.



**Figura 64** – Exemplo de registro gráfico realizado durante a observação direta e sistemática do comportamento  
Fonte: o autor, 2009.

### 5.3.2.2 Resultados da observação direta e sistemática do comportamento – perfil dos usuários

Os pacientes da Unidade são adultos de ambos os sexos. Não foi observada uma prevalência de homens ou mulheres. A faixa etária varia muito, tendo sido observados pacientes de 20 a 60 anos. Não há adolescentes na Unidade, pois estes são encaminhados para o Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Infantil. Também não foram vistos idosos no local.

Cerca de um quarto dos pacientes vem com acompanhantes, mas a maioria vem sozinha. A maior parte aparenta estar bem, do ponto de vista físico e emocional. Porém, há pacientes debilitados sob ambos os aspectos, tendo sido observados cadeirantes, pessoas com dificuldades de locomoção e pessoas que não se sentem suficientemente bem dispostas para se locomoverem sozinhas. Também foram observados indivíduos fragilizados emocionalmente pela doença. Em mais de uma circunstância, pacientes choraram e queixaram-se, sendo consolados pelo corpo de funcionários.

### 5.3.2.3 Resultados da observação direta e sistemática do comportamento – atividades

O início da manhã é normalmente o período em que a sala de espera fica mais cheia. O agendamento de todos os pacientes da Unidade é feito por dia e os mesmos são orientados

para chegarem por volta das oito horas, sendo o atendimento realizado por ordem de chegada.

É costume que tanto antes das consultas, quanto dos procedimentos, seja realizada a observação dos sinais vitais dos pacientes pelas técnicas de enfermagem, o que inclui medir a pressão, a temperatura e o peso. Assim, os pacientes são chamados, um por um, para entrar no salão de medicação, onde esses dados são coletados e anotados. Esse procedimento leva em torno de 15 minutos. Em seguida, eles voltam para a sala de espera até serem chamados para o atendimento propriamente dito. Dispondo desses dados, e a partir da análise comparativa do histórico do paciente, os médicos podem confirmar os próximos passos do tratamento, e inclusive o que deverá ser realizado especificamente naquele dia.

Mesmo nos dias em que há atendimento no salão de medicação, costuma haver consultas nos consultórios. Assim, o salão de medicação dá suporte tanto aos pacientes agendados para ele quanto para aqueles que saem de consultas ambulatoriais e que necessitam realizar um procedimento não previsto, como infusão de medicação ou soro.

Incluem-se nas atividades mais comumente realizadas pelos pacientes no salão de medicação:

- punção de veia para poder em seguida aplicar medicação intravenosa ou soro. Antes de se puncionar a veia, procede-se com a higienização da região da mão ou do braço do paciente na qual se fará a punção. Observou-se que muitos pacientes sofrem com o procedimento, pois as veias que estão deterioradas pelo excesso de medicação se rompem com facilidade. É comum ter que puncionar várias veias até encontrar uma que de fato suporte a medicação;
- infusão de medicação intravenosa ou de soro. O tempo de duração desse procedimento varia muito para cada caso, podendo estender-se por até seis horas. O que se verificou no local foi uma média de duração de uma a duas horas;
- tomar injeção. Como não há um ambiente privativo para isso, quando a injeção deve ser dada em uma região íntima do corpo, essa atividade acontece dentro do banheiro dos funcionários;
- coletar exames para análise laboratorial. Essa coleta normalmente é realizada por um profissional da Patologia Clínica que vem à unidade de Hospital-Dia, por solicitação telefônica. Quando a coleta é de sangue, ela costuma ser realizada nas poltronas do salão

de medicação. O profissional que faz a coleta utiliza a bancada com pia para o preparo dos instrumentos. Quando a coleta é de urina, ela é realizada dentro do banheiro dos funcionários. Ao levar a Patologia Clínica até o Hospital-Dia, minimizam-se os esforços do paciente e presta-se um atendimento completo;

- receber medicação e orientação das técnicas de enfermagem para dar continuidade ao tratamento em casa, bem como receber orientação sobre quando voltar à Unidade. As técnicas de enfermagem deslocam-se continuamente à Farmácia do Hospital para pegar a medicação que será entregue aos pacientes, já que a mesma é fornecida gratuitamente pelo governo federal;
- e esperar por atendimento. Alguns pacientes são orientados para esperar dentro do salão de medicação. Essa espera normalmente está relacionada à continuidade do atendimento deles, isto é, são pacientes que já fizeram algum procedimento como infusão intravenosa ou foram atendidos no consultório, mas que ainda precisam realizar algo antes de serem liberados da Unidade.

A maior parte das atividades de atendimento realizadas no salão de medicação é feita pelas técnicas de enfermagem. Os médicos, por sua vez, permanecem continuamente na Unidade de Hospital-Dia, alternando-se entre o atendimento ambulatorial, realizado nos dois consultórios, e a orientação e acompanhamento das atividades que ocorrem na sala de medicação.

Além das atividades descritas anteriormente, há algumas outras que são realizadas exclusivamente pelos médicos, técnicas de enfermagem e escriturária. São elas:

- utilizar o telefone para marcação de consultas e atendimentos ou solicitação de serviços de apoio, como a vinda de algum profissional do setor da Patologia Clínica do Hospital;
- usar o computador para preparar pedidos de medicação, consultar dados de algum paciente ou registrar informações após um atendimento. Só há um computador e um telefone dentro da Unidade. Isso faz com que os médicos utilizem bastante o salão de medicação também para esse fim, forçando-os a deslocar-se continuamente dos consultórios, mesmo durante a realização das consultas;
- e pegar, guardar ou preparar a documentação de um paciente, utilizando-se para isso dos armários, dos fichários ou da escrivaninha.

Há ainda algumas atividades que são realizadas exclusivamente pelas técnicas de enfermagem e escriturária, como:

- buscar medicação na Farmácia do Hospital;
- sair da Unidade para fazer uma fotocópia ou para encaminhar alguma documentação;
- e organizar o ambiente, guardando objetos nos armários e jogando no lixo os resíduos comuns e de serviços de saúde.

A Unidade fica à disposição do público durante todo o dia, ininterruptamente, caso seja necessário um atendimento inesperado. No entanto, como o foco da Unidade não é a prestação de serviços emergenciais, a maioria das atividades que lá ocorrem são agendadas. Quando acabam essas atividades, praticamente encerra-se o trabalho daquele período. Nas manhãs nas quais foram feitas as observações, isso ocorreu aproximadamente ao meio-dia.

As quartas-feiras à tarde estão reservadas para um tipo específico de procedimento que é a aplicação de metacrilato no rosto dos pacientes, visando amenizar a perda de gordura decorrente da medicação retroviral. Este é um tratamento de caráter estético que consiste em injetar com seringa uma medicação que estimula a produção de colágeno na face. A Unidade é referência nesse tipo de tratamento, realizado em poucas instituições públicas do país, por isso a demanda de pacientes é grande. O médico responsável pela aplicação do metacrilato comentou que, em média, são de três a quatro sessões por paciente, podendo chegar a até oito sessões.

Cerca de uma hora antes de realizar o procedimento, é preciso anestesiá-lo o rosto dos pacientes. Por isso, todos os pacientes chegam entre meio-dia e 13 horas. A anestesia é feita na sala de medicação e individualmente. O procedimento tem início com a limpeza do rosto, a aplicação da pomada anestésica e o recobrimento da área com gases. Em seguida, o paciente retorna para a sala de espera e só voltará a ser chamado depois da anestesia fazer efeito, por volta das 14 horas.

Para dar início ao procedimento, eles retornam para a sala de medicação. O médico tira fotos do rosto do paciente e compara com fotos anteriores, disponíveis no computador, para avaliar a evolução do tratamento. As fotos são batidas em uma das duas cadeiras dos funcionários, junto a uma parede que não está ocupada. Devido à necessidade de dispor de uma cadeira

para as fotos, resta apenas uma cadeira para o uso das três funcionárias. Em seguida, o paciente é encaminhado para a poltrona que fica entre os arquivos e a porta de acesso do consultório. Lá o médico injeta o metacrilato em pontos diferentes do rosto, durante cerca de 15 minutos. Após essa atividade, é dada uma bolsa de gelo para o paciente colocar no rosto de forma a minimizar o inchaço e a inflamação, e então ele é liberado para ir embora.

A observação demonstrou que uma parte considerável do tempo de permanência na Unidade de Infectologia ocorre na sala de espera, podendo durar até três horas. Os atendimentos em si duram aproximadamente até uma hora. Esse tempo permite um vínculo importante entre o indivíduo e o ambiente, especialmente se considerarmos que a frequência da utilização pode estender-se por meses ou anos. Nesse sentido, o método confirma que não apenas o salão de medicação, mas também a sala de espera são ambientes cruciais para a experiência dos pacientes no Hospital-Dia, e que, portanto, deveriam dar mais suporte a atividades de seu interesse que pudessem constituir distrações positivas.

No entanto, a observação confirmou que, enquanto espera por atendimento ou realiza algum procedimento demorado, não há muito que o paciente possa fazer. As poucas possibilidades de distração positiva verificadas foram: assistir à televisão; conversar com o corpo de funcionários; conversar com acompanhantes, que por vezes precisam ficar em pé, pois faltam cadeiras; ou conversar com outros pacientes. A escassez de possibilidades confirmou-se em um registro escrito: “Um paciente dorme enquanto aguarda pelo atendimento. Outro assiste à televisão enquanto recebe medicação. Outros dois pacientes olham o chão, e olham o movimento na Unidade...”.

Quanto à televisão, observou-se que muitas vezes ela está ligada, porém sem volume, e em outras circunstâncias permanece desligada. É provável que isso ocorra devido ao desejo dos funcionários por silêncio durante parte do dia. Talvez porque a televisão fique com frequência sem som, raramente se viu os pacientes atentos para a programação. “As duas pacientes que esperam por medicação estão à toa. Elas não assistem à televisão, a qual está ligada, porém com volume reduzido. Às vezes, elas conversam entre si. Em outros momentos, elas olham para o chão. E ainda em outros momentos elas me observam e sorriem.” A maioria dos pacientes aguarda e realiza os procedimentos silenciosamente e passivamente. Ficam apenas observando a movimentação e as atividades dos funcionários.



Também se verificou que existe uma pilha de revistas sobre um dos móveis que se encontra perto do acesso à copa. As revistas estão ali para o entretenimento de pacientes, caso eles solicitem. Porém, como elas não estão num local facilmente visível, é provável que eles não saibam de sua existência, já que em nenhum momento as mesmas foram vistas sendo utilizadas.

Assim, a observação confirma, portanto, que o ambiente carece de distrações positivas. Com exceção da televisão, que é única para todos e nem sempre está ligada, as demais distrações referem-se à presença, movimentação e interação de pessoas na Unidade.

Por meio da observação pode-se ainda registrar alguns aspectos do ambiente que parecem inadequados para as atividades que lá ocorrem. Entre eles, incluem-se:

- as janelas zenitais do salão de medicação não proporcionam contato visual com o exterior, exceto com o céu. Além disso, observou-se que o ar-condicionado ficou desligado boa parte do tempo e que isso implica a ausência de renovação do ar. Considerando-se que é uma Unidade de Infectologia e que pacientes HIV positivo são muito suscetíveis ao contágio e à transmissão de doenças, a renovação de ar no local é ainda mais crucial que em outros setores hospitalares;
- a iluminação natural foi insuficiente durante os dias observados, razão pela qual a iluminação artificial suplementar foi utilizada o tempo todo;
- há problemas de orientabilidade e sinalização. Um paciente que desejava deixar a Unidade de Hospital-Dia após ter sido atendido, dirigiu-se equivocadamente ao consultório, interrompendo a consulta que ali ocorria;
- são ruins as condições de privacidade nos ambientes, principalmente acústica. É possível ouvir no salão de medicação parte das conversas que ocorrem dentro dos consultórios. Algumas vezes a consulta era realizada com a porta do consultório aberta, procurando amenizar o problema de falta de renovação do ar. Além disso, como a parede do banheiro não vai até o teto, podem-se ouvir os sons quando alguém o utiliza;
- falta um local próprio para bater fotos dos pacientes e aplicar metacrilato;
- falta mobiliário que permita apoiar ou guardar objetos pessoais dos pacientes, os quais ficam dispostos em poltronas vazias ou sobre os braços das que estão ocupadas;

- também não há um ambiente apropriado de vestiário ou mesmo um armário para os funcionários guardarem seus objetos pessoais. Por isso, os mesmos trazem poucas coisas para a Unidade e em geral estas ficam armazenadas no banheiro;
- falta um posto de enfermagem para observação e atendimento aos pacientes, bem como cadeiras em quantidade suficiente para os funcionários se sentarem;
- aparentemente as poltronas dos pacientes não são suficientemente confortáveis, pois em várias circunstâncias as técnicas de enfermagem pegaram a escada da maca do consultório para que pacientes pudessem apoiar as pernas durante o tratamento;
- falta um ambiente de conforto para os funcionários. Quando estão livres, os funcionários sentam-se em poltronas dos pacientes ou então conversam em pé. Esse ambiente de conforto também poderia dar suporte a conversas mais privadas entre funcionários e pacientes, como por exemplo, quando se deseja dar apoio emocional;
- faltam uma ou mais macas que permitam a realização de alguns procedimentos com mais conforto, como a aplicação de metacrilato, ou mesmo que atendam aos anseios dos pacientes que desejem repousar;
- o ambiente deveria ser maior. Com frequência verificou-se dificuldade de movimentação no ambiente, inadequado para a circulação de cadeirantes e macas.

### 5.3.3 MAPEAMENTO VISUAL

#### 5.3.3.1 Sobre a aplicação do método

A aplicação do Mapeamento Visual foi realizada conjuntamente com o Poema dos Desejos, visando possibilitar uma amostra mais expressiva de pacientes dentro das possibilidades do cronograma da pesquisa. Ambos os métodos foram aplicados nos dias 13, 14, 20 e 27 de maio de 2009, estendendo-se assim por 3 semanas.<sup>42</sup> Foram coletados os dados em 3 quartas-feiras, que são dias com fluxo intenso de usuários na Unidade, e em uma única quinta-feira.

<sup>42</sup> Nos dias 21 e 22 de maio, a pesquisadora viajou para o Uruguai, para participar de um evento científico internacional diretamente relacionado ao tema da pesquisa – a 2ª Jornada Acadêmica da SUAIH, AADAIH e ABDEH sobre Hospitais-Dia, razão pela qual teve que interromper a aplicação do Mapeamento Visual.

Como nos métodos anteriores, a pesquisadora chegava ao hospital pela manhã por volta das oito ou nove horas. Antes do início da aplicação, solicitava-se aos usuários a sua autorização para participação na pesquisa, e entregava-se aos mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o formulário do Mapeamento Visual (FIG. 65 e 66) e o do Poema dos Desejos. Visando poupar o esforço de leitura dos pacientes, acompanhantes e funcionários, a pesquisadora explicava rapidamente do que tratava a pesquisa, os métodos em questão e como poderiam ser preenchidos os formulários, além de esclarecer que a participação não era obrigatória.

Aos que concordaram, era colocada a possibilidade de que eles mesmos fizessem suas anotações ou então de que o registro escrito fosse feito pela pesquisadora. Exatamente 50 % das pessoas consultadas pediu que a pesquisadora fizesse as anotações, possivelmente por ser mais ágil e fácil ou, em alguns casos, por se tratarem de pessoas pouco alfabetizadas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROARQ - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA  
DISCIPLINA: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO

HOSPITAL-DIA - MAPEAMENTO VISUAL

CIDADE: Florianópolis - SC HOSPITAL Regional de São José Dr. Homero M. G. UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
DATA: 11/03/2009 HORÁRIO: 11:05 USUÁRIO: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

Bom dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PROARQUITURA onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia do ponto de vista de seus usuários. Com esta pesquisa, busca-se entender a expectativa de pacientes, funcionários e acompanhantes a respeito do ambiente, de forma a elaborar recomendações para futuras melhorias nele e para o desenvolvimento de projetos semelhantes.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração para o trabalho. Sua participação é muito importante! Não é necessária a sua identificação.

Primeiramente gostaríamos que você indicasse os ambientes do Hospital-Dia que usa por mais tempo:

Unidade 3 (COP)

Solicitamos agora sua colaboração para indicar na planta-baixa do Hospital-Dia, os pontos mais positivos ou mais negativos dos ambientes que você utiliza. Para tanto, você pode marcar com um sinal de menos (-) os aspectos ruins do ambiente ou de mais (+) para os aspectos positivos, e com o auxílio de setas descrever quais seriam estes aspectos positivos ou negativos. Fique à vontade para utilizar a folha ou o verso como desejar. Exemplo de aspecto negativo: (-) ambiente muito quente no verão. Exemplo de aspecto positivo: (+) temperatura agradável. Obrigado!

Espaço para comentários, críticas ou sugestões:

Muito obrigado por sua atenção.  
Mapeamento Visual

Figura 65 – Exemplo de formulário preenchido de Mapeamento Visual  
Fonte: o autor, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROARQ - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA  
DISCIPLINA: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO

HOSPITAL-DIA - MAPEAMENTO VISUAL

CIDADE: Florianópolis - SC HOSPITAL Regional de São José Dr. Homero M. G. UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
DATA: 11/03/2009 HORÁRIO: 11:05 USUÁRIO: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

Bom dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PROARQUITURA onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia do ponto de vista de seus usuários. Com esta pesquisa, busca-se entender a expectativa de pacientes, funcionários e acompanhantes a respeito do ambiente, de forma a elaborar recomendações para futuras melhorias nele e para o desenvolvimento de projetos semelhantes.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração para o trabalho. Sua participação é muito importante! Não é necessária a sua identificação.

Primeiramente gostaríamos que você indicasse os ambientes do Hospital-Dia que usa por mais tempo:

Unidade 3

Solicitamos agora sua colaboração para indicar na planta-baixa do Hospital-Dia, os pontos mais positivos ou mais negativos dos ambientes que você utiliza. Para tanto, você pode marcar com um sinal de menos (-) os aspectos ruins do ambiente ou de mais (+) para os aspectos positivos, e com o auxílio de setas descrever quais seriam estes aspectos positivos ou negativos. Fique à vontade para utilizar a folha ou o verso como desejar. Exemplo de aspecto negativo: (-) ambiente muito quente no verão. Exemplo de aspecto positivo: (+) temperatura agradável. Obrigado!

Espaço para comentários, críticas ou sugestões:

Muito obrigado por sua atenção.  
Mapeamento Visual

Figura 66 – Exemplo de formulário preenchido de Mapeamento Visual  
Fonte: o autor, 2009.

A aplicação dos dois métodos aconteceu na sala de espera e no salão de medicação, buscando-se a participação de todos os que estivessem disponíveis. Não foram percebidas dificuldades no emprego do método.

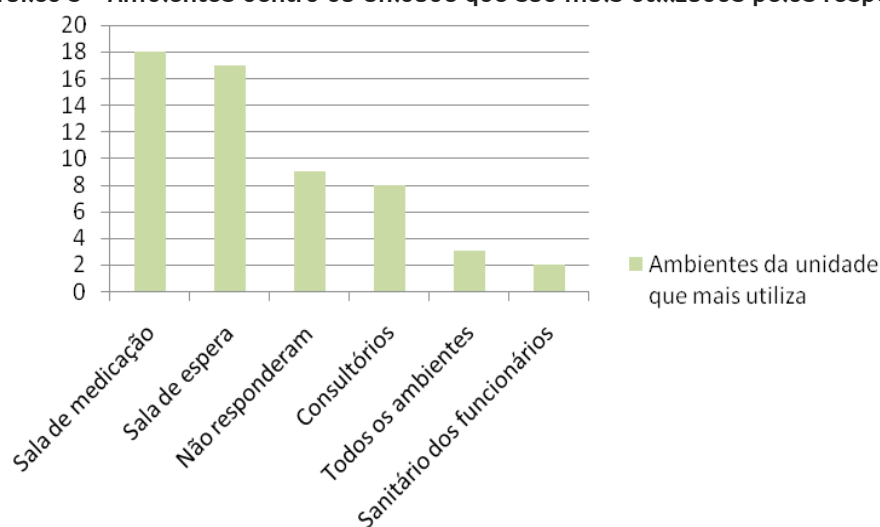
Para a análise, foram separados os resultados obtidos com os pacientes e acompanhantes, daqueles obtidos com os funcionários. Pacientes e acompanhantes foram analisados conjuntamente, pois estes últimos eram vistos com pouca frequência na Unidade, não sendo possível obter uma amostra expressiva no período da pesquisa. Além disso, imaginava-se que as preocupações dos acompanhantes centrem-se nas necessidades dos pacientes, diferentemente das observações dos funcionários que podem ou não estar mais direcionadas à funcionalidade da Unidade e às atividades que ali desempenham.

### 5.3.3.2 Resultados do mapeamento visual – pacientes e acompanhantes

Neste método, foi obtida a participação de 35 usuários do ambiente, sendo 29 pacientes – 83% do total – e 6 acompanhantes – 17% do total.

Quando questionados sobre os ambientes da Unidade que eles mais utilizam, obtiveram-se as seguintes respostas, por ordem decrescente de frequência: sala de medicação, sala de espera, consultórios, todos os ambientes e sanitários dos funcionários (GRÁFICO 3). Uma parcela dos participantes – 25% – não respondeu a esta questão.

Gráfico 3 – Ambientes dentro da Unidade que são mais utilizados pelos respondentes

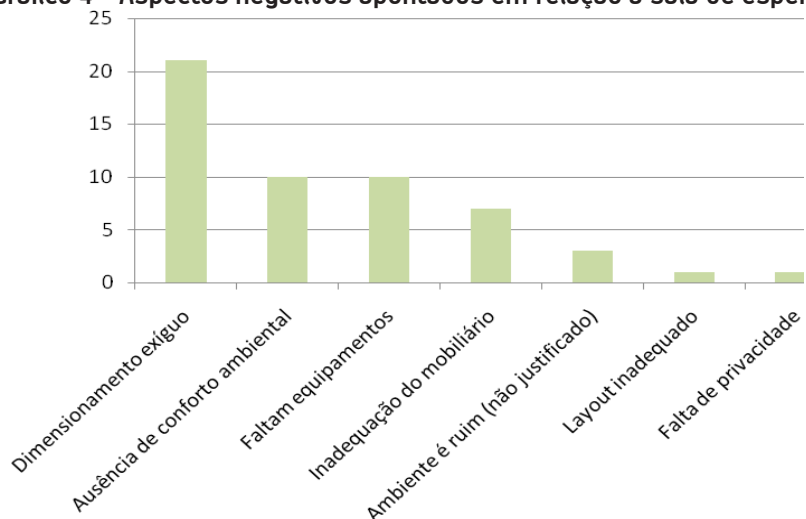


Fonte: o autor, 2009.

Apesar de alguns pacientes terem se sentido inibidos para criticar os ambientes, os aspectos negativos foram muito superiores ao total de aspectos positivos. Foram 126 as observações negativas associadas aos ambientes da Unidade – 81% do total – e 29 as positivas – equivalentes a 19%.

A **Sala de Espera** do Hospital-Dia foi o ambiente que teve o maior número de comentários. Foi avaliada por 3 pessoas como sendo boa, embora não tenham justificado essa avaliação. Os comentários negativos totalizaram 53. O mais frequente – 21 comentários ou 38% do total de avaliações negativas – foi o de que o ambiente é muito pequeno e, em decorrência disso, não permite a circulação e a acomodação de cadeirantes, e a movimentação de macas. Em seguida, foram feitos comentários negativos relacionados ao conforto ambiental – 10 comentários ou 18% das avaliações negativas – como a falta de renovação apropriada de ar; e a necessidade de melhorar o conforto térmico. Outro aspecto citado com a mesma frequência – 10 comentários ou 18% das avaliações negativas – em relação à sala de espera, é a falta de equipamentos, como televisão, bebedouro, mural informativo para os pacientes e material lúdico para crianças, que podem estar acompanhando seus pais. Foram ainda citadas, em menor frequência: problemas referentes ao mobiliário – 7 comentários – como a falta de locais para sentar e o desconforto das cadeiras; a inadequação do posicionamento das portas em relação ao *layout* – 1 comentário –; e a falta de privacidade para os pacientes – 1 comentário; além de avaliações negativas não justificadas (GRÁFICO 4).

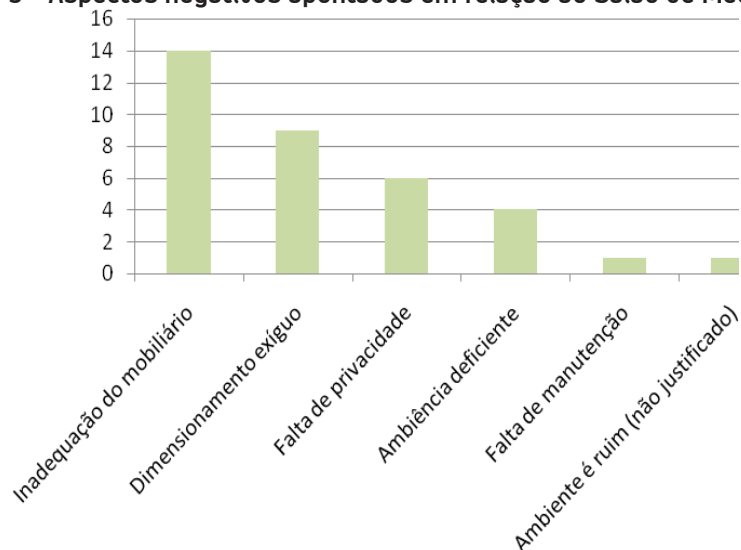
Gráfico 4 – Aspectos negativos apontados em relação à sala de espera



Fonte: o autor, 2009.

O **Salão de Medicação** recebeu 9 comentários positivos em relação a 35 negativos. Entre os comentários positivos, encontram-se: o conforto ambiental atribuído às condições térmicas e à boa ventilação – 2 menções; a qualidade do mobiliário – 2 menções; as dimensões amplas – 2 menções; a boa manutenção do local – 2 menções; além de 2 avaliações positivas não justificadas. Entre os aspectos negativos mencionados, destaca-se a crítica ao mobiliário, totalizando 14 observações ou 40% das avaliações negativas. As poltronas foram avaliadas como sendo desconfortáveis por serem velhas e não reclinarem; faltam cadeiras para acompanhantes; os armários deveriam ser melhorados para dar suporte aos funcionários e deveria haver mais arquivos. O segundo aspecto mais comentado em relação a esse ambiente, mencionado 9 vezes ou o correspondente a 25% das avaliações negativas, foi seu dimensionamento exíguo frente ao número de pacientes atendidos. Os pacientes observaram que um ambiente maior facilitaria a atuação dos funcionários. O terceiro aspecto mais comentado em relação ao Salão de Medicação, mencionado por 6 entrevistados, representando 17% do total das avaliações negativas, foi a falta de privacidade. Os entrevistados comentaram que é incômodo ser observado e ter de observar os procedimentos que estão sendo realizados com outras pessoas e sugeriram que o ambiente tivesse divisórias. Foram ainda comentados, com menor frequência: a ambiência do local, que foi avaliada negativamente, com adjetivos como triste, num total de 4 menções; e a falta de assepsia, mencionada 1 única vez (GRÁFICO 5).

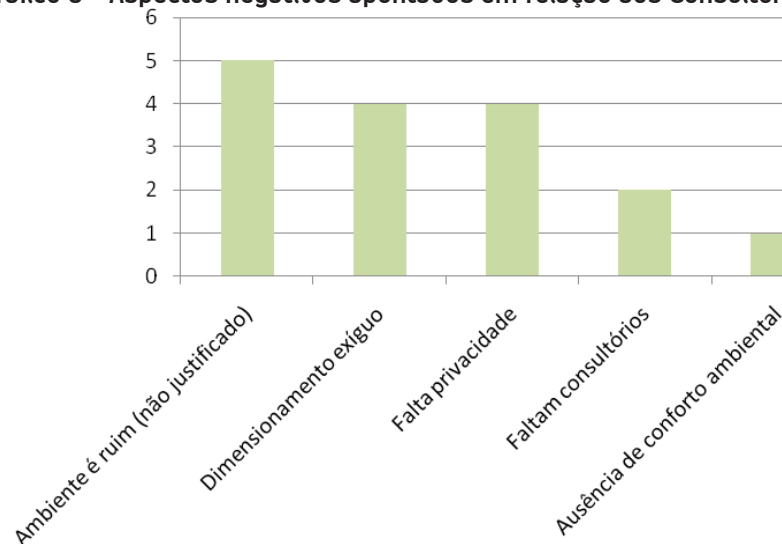
Gráfico 5 – Aspectos negativos apontados em relação ao Salão de Medicação



Fonte: o autor, 2009.

Os **Consultórios** totalizaram 7 comentários positivos, dos quais 6 – 85% do total – disseram que o ambiente é bom, mas não justificaram a resposta. Os comentários negativos totalizaram 16 e, em ordem decrescente de frequência, foram: o ambiente é ruim, mas não justificaram – 5 observações ou o equivalente a 31%; as dimensões são exíguas e desconfortáveis – 4 observações ou 25% do total; falta privacidade no atendimento, decorrente da ausência de um corredor de acesso – 4 observações ou 25% do total; a Unidade deveria ter mais consultórios tendo em vista a demanda atual – 2 observações ou 13 % do total; e não há conforto ambiental, pois os ambientes não são bem ventilados e são quentes no verão – 1 observação ou 6 % do total (GRÁFICO 6).

Gráfico 6 – Aspectos negativos apontados em relação aos Consultórios



Fonte: o autor, 2009.

Em relação aos **ambientes compartilhados com a Unidade de Endoscopia** – salas de espera, recepção e sanitários – foram apontados com maior frequência aspectos positivos – 8 – do que negativos – 4. Entre os aspectos positivos, estão: os ambientes são bons, não justificado – com 5 menções ou 62% das avaliações positivas; tem televisão – 2 menções ou 25% das avaliações positivas; e as dimensões são amplas – com 1 menção ou 13% do total. Entre as 4 avaliações negativas, mencionadas uma única vez cada, ou 25% do total, estão: o ambiente é ruim, não justificado; deveriam ser colocadas flores no balcão da recepção; o dimensionamento da sala de espera é exíguo; e falta um bebedouro.

O **sanitário dos funcionários** foi comentado apenas 10 vezes sendo que 2 participantes observaram que o ambiente é bom, mas não justificaram o porquê desta avaliação; 6

participantes comentaram que as dimensões são pequenas e, em decorrência disso, o ambiente está inadequado para cadeirantes; e 2 o avaliaram como sendo ruim, sem justificar.

Foram ainda feitos outros comentários negativos em relação à Unidade como um todo, os quais não estão associados especificamente a um dos ambientes. Dentre eles, incluem-se: a falta de um sanitário exclusivo para pacientes, seja no salão de medicação ou junto à espera; a ausência de um ambiente para atendimento psicológico; a falta um posto de enfermagem, planejado e equipado para tal; e a carência de computadores para uso dos funcionários.

### 5.3.3.3 Resultados do mapeamento visual – funcionários

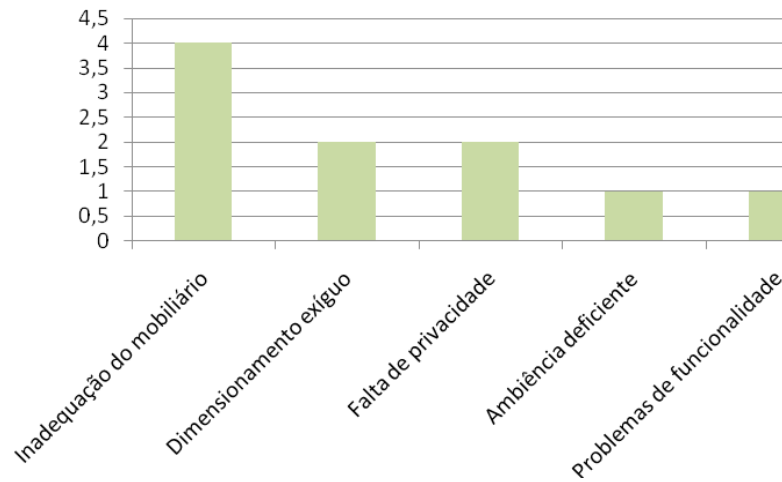
Na aplicação do método de Mapeamento visual junto aos funcionários da Unidade, foram consultadas: as duas técnicas de enfermagem, a escriturária, dois médicos e dois estudantes de Medicina.

Com exceção dos estudantes de Medicina que disseram conhecer melhor os consultórios, os demais utilizam todos os ambientes com frequência. No total, foram associadas 6 observações positivas aos ambientes da Unidade, em comparação a 49 observações negativas.

O **Salão de Medicação** foi o ambiente que recebeu o maior número de avaliações, sendo 4 positivas e 11 negativas. Dentre os aspectos positivos atribuídos a este ambiente, mencionados 1 vez cada, estão: a boa disposição dos móveis; a disponibilidade de um computador; a disponibilidade de música ambiente, por meio de um aparelho móvel trazido pelos próprios funcionários; e o fato de que todos os pacientes estão integrados, interagindo. Dentre os aspectos negativos atribuídos ao ambiente, o mais comentado – 4 vezes ou 36% do total – foi a inadequação do mobiliário, que é antigo e variado. Além disso, foi observado que as cadeiras são feias, desconfortáveis e ocupam muito espaço. Em ordem decrescente de frequência também foram observados: o dimensionamento exíguo do ambiente – 2 menções ou 18% do total – dificultando a circulação quando o local está cheio; a falta de privacidade para funcionários e para pacientes – 2 menções ou 18% do total; a aparência “feia”, atribuída às cores “pálidas” do local – 1 menção ou 9% do total; problemas relativos à funcionalidade, por sobreposição de funções – 1 menção ou 9% do total; além de 1 avaliação negativa não justificada – 9% do total (GRÁFICO 7).



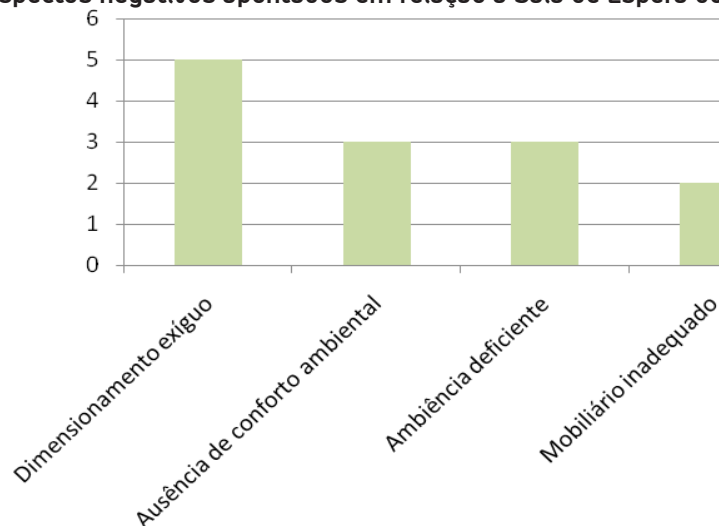
Gráfico 7 – Aspectos negativos apontados em relação ao Salão de Medicação



Fonte: o autor, 2009.

A **Sala de espera do Hospital-Dia** foi associada apenas a aspectos negativos, dentre os quais: dimensões exíguas – 5 menções ou 38% do total; ausência de conforto ambiental, devido a falta de renovação do ar – 3 menções ou 23% do total; ambiência deficiente, atribuída às cores dos acabamentos internos e a falta de humanização – 3 menções ou 23% do total; e a inadequação do mobiliário, pois há poucas poltronas disponíveis e estas são desconfortáveis – 2 menções ou 15% do total (GRÁFICO 8).

Gráfico 8 – Aspectos negativos apontados em relação à Sala de Espera do Hospital-Dia



Fonte: o autor, 2009.

Os **consultórios** foram avaliados como sendo bons por apenas uma pessoa, que não justificou este posicionamento. A este ambiente, 8 comentários negativos foram associados, sendo o

mais frequente – 4 menções ou 50% do total – a inexistência de um corredor entre eles, o que compromete a sua privacidade e funcionalidade. Também foram comentadas por 3 pessoas – 37% das avaliações negativas – as dimensões insuficientes. E 1 respondente – 13% das avaliações negativas – observou a perda de conforto ambiental decorrente da ausência de janelas baixas que proporcionem um maior acesso da iluminação e ventilação natural.

Os **sanitários dos funcionários** foram avaliados apenas negativamente. O aspecto mais comentado – citado por três pessoas – foi o fato de que o ambiente, além de ser muito pequeno, acumula funções, servindo também de depósito. Outro aspecto citado por um funcionário foi a falta de privacidade acústica e olfativa, já que o banheiro não é isolado do restante do salão de medicação, pois parte de suas paredes tem apenas 2,10m de altura. Um usuário avaliou o ambiente como sendo ruim, porém não justificou sua avaliação.

A **copa** também foi avaliada apenas negativamente, por quatro usuários. Os quatro destacaram o fato de que este ambiente é muito pequeno, comportando tão somente o bebedouro e a geladeira.

Os **ambientes integrados com a Unidade de Endoscopia** foram avaliados positivamente por uma pessoa que os considerou amplos. As demais observações foram negativas e totalizaram cinco, das quais três referiam-se ao cruzamento indesejável de fluxos, já que pacientes com perfis tão diversos como os de Endoscopia e Infectologia são acomodados conjuntamente. Também foram comentados, uma vez cada: problemas relativos à manutenção e a dificuldade de comunicação desta sala de espera da Endoscopia com o salão de medicação do Hospital-Dia, ocasionando a circulação das funcionárias por fora da Unidade, para chamar os pacientes para o atendimento.

Os funcionários apontaram ainda problemas relativos à organização geral da Unidade como a ausência de sanitários femininos e masculinos para pacientes e para funcionários, mencionada duas vezes; ausência de um posto de enfermagem, em local reservado, mencionada uma vez; carência de um maior número de consultórios, mencionada uma vez; ausência de uma sala de reuniões para conversas privativas, mencionada uma vez; e ausência de uma área para isolamento de pacientes, mencionada uma vez. Também foi feito um comentário relativo à manutenção dos ambientes, como o fato de que os forros demandam reparos, pois apresentam mofo e infiltrações.

## 5.3.4 POEMA DOS DESEJOS

### 5.3.4.1 Sobre a aplicação do método

O Poema dos Desejos foi aplicado logo em seguida ao Mapeamento Visual e, portanto, nos dias 13, 14, 20 e 27 de maio de 2009, começando a distribuição dos formulários no início da manhã.

Embora os dois métodos sejam muito distintos e os mesmos tenham sido introduzidos previamente pela pesquisadora quando da entrega dos formulários, alguns participantes questionavam sua finalidade, dando a entender que já haviam expressado todas as suas opiniões ao responder o Mapeamento Visual. Possivelmente, isso ocorreu por que muitos participantes estavam cansados pelo preenchimento do primeiro instrumento e porque não liam os cabeçalhos que explicavam a finalidade e a forma de responder a cada instrumento.

A pesquisa conduzida no Hospital Regional de São José leva a crer que a redução na quantidade de métodos pode ser desejável para futuros estudos de caso, minimizando os esforços dos participantes e favorecendo que o conjunto dos instrumentos seja respondido em sua totalidade.

Apesar disso, todos os usuários que preencheram os formulários de Mapeamento Visual, preencheram também os do Poema dos Desejos, totalizando 29 participações de pacientes e acompanhantes e 7 de funcionários – duas técnicas de enfermagem, dois médicos, uma escriturária e dois estudantes de Medicina.

Em alguns casos, as observações feitas em um instrumento são muito parecidas às realizadas no outro, mas, na maioria das situações, foi possível obter resultados complementares. Mesmo algumas anotações, efetuadas no formulário do Poema dos Desejos e que correspondem a críticas à Unidade de Hospital-Dia atual, foram interpretadas como sugestões válidas para projetos futuros.

Uma questão que se constatou em relação à aplicação deste método é que apenas 2 dos 42 entrevistados optaram por expressar-se por meio de desenhos. Todos os demais preferiram expressar por escrito, possivelmente por acharem este meio mais fácil (FIG. 67 e 68). Várias pessoas comentaram que não sabiam desenhar e mostraram-se intimidados em relação a essa possibilidade.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PRÓ-REU - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA  
DISCIPLINA: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO

HOSPITAL-DIA - POEMA DOS DESEJOS

CIDADE: São José - SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
DATA: 11/05/2009 HORÁRIO: 11:00 USUÁRIO: (Paciente) (Acompanhante) (Enfermeiro) (Médico)

Um dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PRÓ-REU onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia de parte de vista de seus usuários. Com este propósito, busca-se obter entender a expectativa de pacientes, funcionários e acompanhantes a respeito do ambiente, de forma a elaborar recomendações para futuras melhorias nele e para o desenvolvimento de projetos arquitetônicos.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração para o trabalho, a qual é muito importante! Garantimos que você não será identificado em nenhuma publicação e que sua opinião, seja a vontade para discutir ou escrever o que desejar. Não é necessário a sua identificação. Obrigada!

"EU GOSTARIA QUE O HOSPITAL-DIA (fosse ou tivesse)..."

*Relações mais confortáveis e racionais  
- sala de espera por receber o pct. ~~maior~~ maior e que já se fica as febras.  
- sala de medicação mais privada  
- acesso direto entre os departamentos (depois em outro)  
- sala de fumos que fizesse fumos  
- botões apropriados para o fone de ouvidos  
- fones de ouvidos  
- sala de procedimentos  
- aparência de um ambiente de de 20 anos*

Muito obrigado por sua atenção.  
Poema dos Desejos

**Figura 67** – Exemplo de formulário preenchido de Poema dos Desejos  
Fonte: o autor, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PRÓ-REU - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA  
DISCIPLINA: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO

HOSPITAL-DIA - POEMA DOS DESEJOS

CIDADE: São José - SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
DATA: 11/05/2009 HORÁRIO: 11:00 USUÁRIO: (Paciente) (Acompanhante) (Enfermeiro) (Médico)

Um dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PRÓ-REU onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia de parte de vista de seus usuários. Com este propósito, busca-se obter entender a expectativa de pacientes, funcionários e acompanhantes a respeito do ambiente, de forma a elaborar recomendações para futuras melhorias nele e para o desenvolvimento de projetos arquitetônicos.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração para o trabalho, a qual é muito importante! Garantimos que você não será identificado em nenhuma publicação e que sua opinião, seja a vontade para discutir ou escrever o que desejar. Não é necessário a sua identificação. Obrigada!

"EU GOSTARIA QUE O HOSPITAL-DIA (fosse ou tivesse)..."

*Que o hospital tivesse + espaço para dar + comodidade e/ banheiro, ventilação -  
Precisa ter local apropriado para recepção, e até mesmo um salão onde pessoal de outras cidades possam fazer um lanche ou refresco até que aguarda a hora de atendimento tendo onde haver uma TV - há pessoas q chegam bem cedo, e até tarde horas + tarde ou a tarde.  
As caducas e/ estofamento razoável.*

Muito obrigado por sua atenção.  
Poema dos Desejos

**Figura 68** – Exemplo de formulário preenchido de Poema dos Desejos  
Fonte: o autor, 2009.

Com exceção da dificuldade inicial de compreensão do método e de expressão gráfica, não houve outras dificuldades significativas na sua implementação. Ao contrário, obtiveram-se muitas respostas e bem variadas, que podem apontar caminhos para projetos futuros de unidades de Hospital-Dia de Infectologia.

Assim como no caso do Mapeamento Visual, os resultados de pacientes e acompanhantes foram analisados separadamente em relação aos dos funcionários. Primeiramente foi realizada uma categorização dos resultados, no sentido de compreender que atributos ambientais são mais importantes para os usuários. Em seguida, foi elaborada uma síntese das recomendações, no sentido de descrever quais as características desejáveis, na percepção dos participantes, para o projeto de unidades de Hospital-Dia.

### 5.3.4.2 Resultados do Poema dos Desejos – pacientes e acompanhantes

A descrição que segue, do que seria desejável para um projeto futuro de Hospital-Dia, foi organizada de acordo com a frequência com que foram citadas as recomendações pelos respondentes. Os ambientes são apresentados no texto em ordem decrescente em relação ao número de vezes que foram mencionados. As recomendações específicas

de cada ambiente também foram organizadas por ordem decrescente de vezes em que foram comentadas.

A **sala de espera** foi o ambiente que recebeu o maior número de sugestões: 23 usuários comentaram que este deve ser um ambiente amplo, dimensionado de modo a melhor acomodar a demanda do Hospital e a permitir a movimentação de cadeiras de rodas; 15 usuários comentaram que esse ambiente deveria ter distrações como revistas, televisão/DVD, som ambiente, bebedouros, café, material lúdico e recreativo para crianças, atividades de educação em saúde, entre outros. Ainda, 8 usuários comentaram que esse ambiente deveria ter acomodações confortáveis para pacientes e acompanhantes; 2 usuários destacaram que a sala de espera deveria ser um ambiente isolado, que preservasse a privacidade de quem nele se encontra. Foi ainda comentado que a mesma deveria ser humanizada e ter uma recepção anexa.

O segundo ambiente mais comentado foi o **salão de medicação**: 14 usuários comentaram que este deveria ser amplo, acomodando pacientes e também acompanhantes; deveria haver um espaçamento entre as poltronas dos pacientes de forma a minimizar o risco de transmissão de doenças, bem como mais espaço disponível para a movimentação dentro do local; 11 usuários destacaram a importância de se ter poltronas confortáveis para os pacientes e que dispusessem ainda de apoio para os pés; 8 respondentes destacaram que esse ambiente deveria ser compartimentado em boxes, proporcionando privacidade aos pacientes. Foi ainda comentada a importância de prever leitos na sala de medicação para que pacientes pudessem deitar-se, caso assim o preferissem, ou para a realização de procedimentos como a aplicação de metacrilato. Quanto à ambientação, foi sugerido que a sala de medicação deveria ser aconchegante e alegre, com flores, cortinas e pufes.

Além disso, 8 respondentes sugeriram que sejam previstos **sanitários de uso exclusivo dos pacientes**, próximos à sala de espera e ao salão de medicação, adequados para o uso por cadeirantes.

Foi comentado, por 5 respondentes, que os **consultórios** devem ser amplos, confortáveis, bem mobiliados e equipados; e 3 respondentes observaram que os consultórios deveriam ser separados entre si, sendo possível seu acesso apenas por meio de um corredor, resguardando assim a privacidade de pacientes e funcionários.

A sugestão da existência de uma **copa**, dentro da Unidade, que permitisse aos pacientes realizar e preparar suas refeições, foi mencionada por 4 respondentes; 2 usuários comentaram ainda que este ambiente seria especialmente importante no caso de população de baixa renda permitindo aos mesmos alimentar-se com baixo custo.

Na percepção de alguns pacientes e acompanhantes, um Hospital-Dia deveria ainda ter:

- um **ambiente de observação ou isolamento**;
- um **posto de enfermagem** separado para a preparação da medicação, dispo de pia;
- uma **sala para vacinação**;
- um **ambiente ou área para armazenar cadeira de rodas**.

Algumas observações também foram feitas em relação a toda a Unidade, não se referindo especificamente a um ambiente, como:

- boa ventilação e iluminação natural e artificial;
- localização discreta da Unidade dentro do hospital para não expor os pacientes;
- boa manutenção dos acabamentos (paredes, pintura, piso etc.);
- e uma estética atraente e “não hospitalar”

#### 5.3.4.3 Resultados do Poema dos Desejos – funcionários

Na descrição das características desejáveis ao projeto de uma unidade futura de Hospital-Dia, os dois ambientes mais citados pelos funcionários foram a sala de espera e o salão de medicação, recebendo cada um 8 recomendações. Em relação à **sala de espera**, foi comentado que ela deveria ser ampla, com local para recepção dos pacientes e agendamento, agradável e humanizada, dispo de cadeiras confortáveis e de material informativo.

A **sala de medicação** também deveria ser ampla, com poltronas ergonômicas para os pacientes. Segundo os funcionários, deveriam estar dispostos para a comodidade dos pacientes, recursos como televisão e som ambiente, além de ter uma ambiência humanizada por meio de vasos com folhagem, quadros e mensagens otimistas nas paredes. Um

respondente comentou que o salão de medicação deveria ser compartimentado em boxes, proporcionando privacidade aos usuários.

Foi destacada, por 6 respondentes, a necessidade de se prever **sanitários** e **copa** apropriadas para os funcionários e também sanitários para os pacientes.

Também foi sugerido, por 3 respondentes, que uma Unidade de Hospital-Dia deveria disponibilizar 3 **consultórios médicos** para atendimento ambulatorial aos pacientes de Infectologia; e 3 outros respondentes comentaram ainda que os consultórios devem ser separados entre si, abrindo-se para um corredor que permita a circulação sem comprometer a privacidade.

A importância de se prever um **posto de enfermagem** próximo ao salão de medicação, porém separado deste, foi apontada por 5 respondentes. O posto de enfermagem poderia ter um pano de vidro que favorecesse a observação dos pacientes que se encontram no salão de medicação pelos profissionais de saúde.

Dentre as sugestões mais relacionadas à **organização geral da unidade**, estão:

- prever uma **sala administrativa**, ou de escrituração;
- prever uma **sala de reuniões**;
- prever um **quarto de isolamento** para casos específicos;
- prever **ambiente de suporte para equipe multidisciplinar**, incluindo profissionais de psicologia, serviço social e nutrição.

Por fim, foram feitas algumas recomendações para o projeto de uma futura unidade, como:

- a disponibilidade de muitas janelas para iluminação e ventilação natural;
- a disponibilidade de aparelho de ar-condicionado nos ambientes;
- prever integração de circulações e ambientes de espera com áreas externas como jardins;
- prever circulações separadas para funcionários e pacientes.

## 5.3.5 QUESTIONÁRIOS E SELEÇÃO VISUAL

### 5.3.5.1 Sobre a aplicação dos métodos

Inicialmente, havia-se planejado aplicar entrevistas junto aos funcionários e questionários com os pacientes e acompanhantes. No entanto, a vivência do Hospital-Dia de Infectologia, evidenciou que o número de funcionários é pequeno, resultando que os mesmos não dispõem de muito tempo para sua participação na pesquisa, o que poderia tornar complicado realizar uma entrevista ininterrupta. Por esse motivo, optou-se por aplicar questionários com todos.

O método foi aplicado nos dias 10, 16, 17 e 24 de junho, correspondente a terças e quartas-feiras. Assim como nos demais métodos, a pesquisadora estava impossibilitada de realizar as entrevistas nas segundas e sextas por serem dias em que lecionava. E, nas quintas-feiras, não estava sendo realizado atendimento ambulatorial porque a médica responsável estava de férias. Dessa forma, os questionários foram aplicados nas terças, apenas durante a manhã, período em que havia mais movimento na Unidade, e nas quartas-feiras, nos dois períodos.

O teste piloto ocorreu nos dias 10 e 16 de junho e foi realizado com uma amostra de 7 pacientes, o que correspondeu a todos os pacientes disponíveis para participar nesses dois dias. Como os respondentes acharam que o questionário estava de fácil compreensão, sem críticas a nenhuma das perguntas, não se fez modificações para a aplicação final. Assim, o formulário seguiu sendo o mesmo e apresentava 12 perguntas, além de um espaço para comentários adicionais. As perguntas focavam na hipótese de pesquisa, tentando averiguar se o ambiente deveria dar suporte a distrações positivas para os pacientes, além de confirmar os resultados previamente obtidos em relação aos atributos ambientais desejáveis na percepção dos usuários. Visando diminuir o tempo de aplicação, optou-se, por empregar um modelo de formulário reduzido para os funcionários, contendo apenas dez perguntas.

No início da aplicação do método, a pesquisadora apresentava-se e introduzia a pesquisa e o método a ser utilizado, bem como o Termo de consentimento Livre e Esclarecido, solicitando a colaboração. De todos os métodos, este foi o que apresentou mais dificuldades na aplicação, embora a tabulação e a análise posterior dos resultados tenham sido fáceis.



Uma das dificuldades refere-se ao fato de que, durante o mês de junho, uma das médicas da Unidade e uma técnica de enfermagem estavam de férias, bem como foi suspensa a aplicação de metacrilato por falta de material. Consequente, além da ausência destes profissionais, verificou-se uma redução expressiva no número de pacientes agendados.

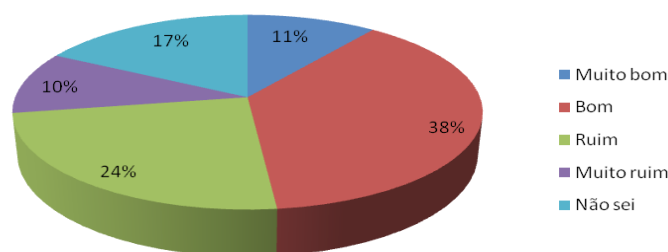
Este também foi o método em que um maior número de pacientes e acompanhantes se recusou a participar. É possível que parte destes tenha dificuldade para ler e escrever, e os questionários exigem mais destas habilidades do que os métodos anteriores. Além disso, embora sejam casos menos frequentes, alguns pacientes também desenvolvem problemas fisiológicos, como perdas na visão decorrentes da doença ou do tratamento. Em virtude disso, algumas pessoas pediram à pesquisadora para preencher o questionário, ocorrendo de forma similar a uma entrevista. Outra possível explicação é que o questionário foi organizado em duas folhas o que pode ter causado a impressão de ser extenso. Mesmo muitos dos pacientes que se dispuseram a participar deixaram em branco as perguntas com respostas abertas, limitando-se ao preenchimento daquelas de múltipla escolha.

### 5.3.5.2 Resultados dos questionários - pacientes e acompanhantes

A aplicação dos questionários totalizou 29 respondentes, sendo 26 pacientes e 3 acompanhantes.

Na primeira pergunta, solicitava-se ao respondente que expressasse sua opinião em relação ao ambiente da sala de medicação. A avaliação do ambiente como sendo “bom” totalizou 38% das respostas, seguida por “ruim”, que totalizou 24% (GRÁFICO 9).

Gráfico 9 – Avaliação geral do salão de medicação



Fonte: o autor, 2009.

Na pergunta seguinte, de resposta aberta, questionavam-se quais os três aspectos da sala de medicação que o usuário mais gostava. Apesar de na primeira ter predominado uma avaliação positiva da sala de medicação, muitos usuários não responderam a pergunta de número dois, na qual deveriam ser apontadas as principais qualidades do local. Poucas foram as respostas positivas, totalizando seis menções. São elas, em ordem decrescente de frequência: as cadeiras confortáveis (duas vezes); a adequação das dimensões do ambiente (duas vezes); a disponibilidade de televisão (uma vez) e a iluminação (uma vez).

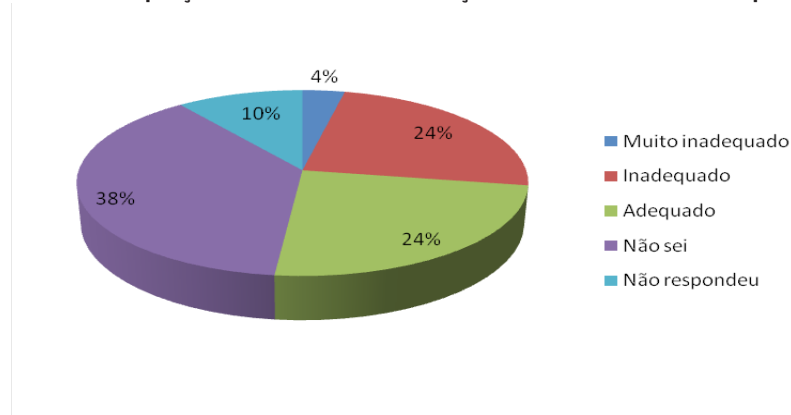
Na terceira pergunta, também de resposta aberta, questionava-se os três aspectos da sala de medicação que o respondente menos gostava. Essa pergunta também foi pulada por algumas pessoas, mas ainda assim houve um maior número de associações negativas ao ambiente do que de positivas. Em ordem decrescente de ocorrência, foram criticadas: a inadequação das dimensões do ambiente (sete vezes); o mobiliário velho e desconfortável (quatro vezes); a ausência de sanitários para pacientes (três vezes); a ausência de uma cozinha para os funcionários (uma vez); o estado de manutenção dos acabamentos (uma vez); a falta de renovação do ar (uma vez); a falta de uma área para isolamento de pacientes (uma vez); e a falta de separação do posto de enfermagem em relação à sala de medicação.

Em um estudo de uma Unidade francesa de Hospital-Dia para HIV, feito por Castro (2010), o dimensionamento exíguo dos ambientes foi também um dos principais problemas constatados, dificultando o atendimento ao paciente e impondo riscos à segurança dos funcionários, que ficavam mais vulneráveis a ferir-se e contaminar-se durante tais atividades.

Na quarta pergunta, questionava-se ao respondente se ele achava que o salão de medicação atual estava adequado às atividades realizadas por pacientes, funcionários e acompanhantes.<sup>43</sup> As avaliações positivas – “adequado” – totalizaram 25% das respostas e foram praticamente equivalentes às negativas – “inadequado” e “muito inadequado” – as quais juntas totalizaram 28% (GRÁFICO 10). A resposta “não sei” foi a opção de 39% dos respondentes, sendo que alguns justificaram essa escolha por terem utilizado poucas vezes o local.

43 Na redação das perguntas do questionário, priorizou-se a clareza, simplicidade e informalidade da linguagem adotada, de forma que elas fossem facilmente compreensíveis por todos os participantes, pressupondo-se que haveria participantes com variados níveis de escolaridade. Cabe observar, no entanto, que o professor Paulo Afonso Rheingantz, durante a banca de qualificação da presente pesquisa, destacou que ao invés de iniciar algumas das perguntas do questionário com “*Você acha...*”, se deveria ter utilizado “*Na sua opinião...*”, o que não pode ser corrigido neste trabalho já que este instrumento já havia sido aplicado.

Gráfico 10 – Adequação do salão de medicação às atividades desempenhadas



Fonte: o autor, 2009.

Na quinta pergunta, questionava-se aos respondentes se, em um projeto futuro de um salão de medicação, deveria buscar-se preservar a privacidade dos pacientes, sendo que 78% dos respondentes afirmaram que sim. Entre os comentários adicionais feitos a esta resposta, foi sugerido que o salão de medicação deveria ser mais espaçoso, dispendo de divisórias que permitissem individualizar o atendimento e separar pacientes com diferentes doenças, diminuindo o perigo de contaminação. Porém, 10% dos respondentes afirmaram não ser importante a privacidade, preferindo compartilhar o momento do tratamento com outras pessoas.

Na sexta pergunta, indagava-se se o salão de medicação deveria, de algum modo, favorecer o contato e a interação entre os pacientes. 48% dos respondentes afirmaram que sim; 21% que não; 24% não sabiam responder; além de 7% que não responderam de fato. Preservar a privacidade dos pacientes parece ser mais importante na percepção da maioria dos respondentes do que a interação social. Um respondente sugeriu que a interação é positiva, mas que para tanto se deveria prever, dentro da Unidade, uma sala especial para atividades coletivas, separada da área de tratamento.

Na sétima pergunta, se questionava se os pacientes e acompanhantes deveriam poder exercer algum controle sobre o ambiente: 55 % dos respondentes afirmaram que sim; 24% que não; e 21% que não sabiam. Foi comentado que o paciente deveria, por exemplo, poder regular o ar-condicionado, para que o ambiente não ficasse demasiadamente frio, bem como diminuir ou aumentar o volume da TV, de forma a melhorar suas condições de conforto e satisfação.

Na oitava questão, perguntava-se ao respondente se ele achava que pacientes e acompanhantes deveriam poder realizar alterações no ambiente, mobiliário ou disposição dos móveis para ajustá-los às suas necessidades: 48% dos respondentes afirmaram que sim; 31% que não, e 21% não souberam responder.

Na nona questão, indagava-se se seria importante para o bem-estar dos pacientes poder distrair-se durante o tratamento:<sup>44</sup> 66% dos respondentes informaram que seria muito importante e 34% que seria importante. Os respondentes destacaram que é fundamental o paciente poder distrair-se, esquecendo-se, durante algum tempo, da problemática da doença e aliviando a tensão própria do tratamento. Segundo eles, ao distrair-se, há a percepção de que o tempo passa mais rápido e, com isso, melhora o estado psicológico e se contribui para a recuperação. Além disso, uma paciente destacou a importância de concentrar-se em pensamentos positivos ao enfrentar uma enfermidade como a AIDS.

Na décima pergunta, questionava-se se o respondente acreditava que os pacientes de Hospital-Dia têm condições físicas e psicológicas para desenvolver algumas atividades de distração positiva durante o tratamento: 72% dos respondentes afirmaram que sim; 10% que não; 16% não sabia responder; e 2% não responderam de fato. Dentre os argumentos relacionados às respostas negativas, foi comentado que a disposição física e psicológica varia de acordo com o estado de saúde de cada um.

Na décima primeira pergunta, se indagava quais as atividades de distração que o respondente acreditava que seriam do interesse dos pacientes e, possivelmente, também de seus acompanhantes. A atividade mais comentada foi assistir à televisão, totalizando 33% das respostas. Ler livros, revistas e jornais foi a segunda resposta mais comentada, totalizando 23%. Distrair-se com jogos, ouvir música e conversar com outras pessoas totalizaram 7,6% dos comentários cada. Realizar atividades de terapia ocupacional (trabalhos artísticos e manuais etc.) e realizar alguma atividade ligada ao próprio

---

44 De acordo com uma observação do professor Paulo Afonso Rheigantz, durante a banca de qualificação, a forma como foi redigida esta pergunta torna-a tendenciosa, aumentando a probabilidade de respostas positivas. Fica registrado este comentário como uma limitação do trabalho, a ser observada em pesquisas futuras, já que a aplicação do método havia finalizado no Brasil, quando de sua ocorrência. Para o estudo de caso feito nos Estados Unidos, fez-se a tradução dos instrumentos, alterando-se o mínimo possível os mesmos, de forma que fosse possível estabelecer algumas correlações entre os dois estudos de caso desenvolvidos.

trabalho ou profissão totalizaram 5% das respostas cada. Foram ainda sugeridos: ter atendimento psicológico, realizar atividades de educação em saúde, acessar a internet e desenvolver atividades físicas.

### 5.3.5.3 Resultados dos questionários – funcionários

Apenas quatro funcionários da Unidade participaram do preenchimento dos questionários, visto que o número total é reduzido e parte dele encontrava-se em férias. Dentre os participantes, dois são Médicos, uma é técnica de enfermagem e uma é escriturária.

Na primeira pergunta, solicitava-se aos respondentes que fizessem uma avaliação geral dos ambientes de infusão da Unidade: 50% dos respondentes avaliaram como sendo “ruim” e 50% como sendo “muito ruim”. Entre as justificativas, foi mencionado que a sala de infusão é pequena, falta privacidade para os pacientes, as cadeiras são desconfortáveis e o visual e a disposição dos móveis são inadequados.

Observa-se, desse modo, uma prevalência maior de avaliações negativas por parte dos funcionários em relação às feitas por pacientes e acompanhantes, o que também ocorreu na pesquisa feita por Castro (2010), na Unidade de Hospital-Dia para HIV, na França. Possivelmente, isso se deve ao fato de que os profissionais de saúde permanecem por mais tempo dentro do ambiente do que os pacientes e, por isso, vivenciam cotidianamente algumas dificuldades em sua utilização. Além do mais, os profissionais de saúde podem sentir-se mais confortáveis em realizar tais avaliações sem o sentimento de “gratidão” que os pacientes têm pelo atendimento recebido.

Na segunda pergunta do questionário, se indagava se os respondentes achavam que o salão de medicação estaria adequado às atividades realizadas por pacientes, funcionários e acompanhantes: 75% responderam que o salão de medicação é “inadequado”, e 25% que é “muito inadequado”. Assim, a avaliação do ambiente de medicação pelos funcionários foi mais negativa do que a realizada pelos pacientes, nas quais praticamente equilibraram-se avaliações positivas e negativas. Os funcionários justificaram suas respostas novamente destacando as dimensões exíguas do ambiente, o desconforto das poltronas e a falta de privacidade dos pacientes.

Na terceira pergunta, a questão era se para projetos de futuros salões de medicação se deveria priorizar a privacidade dos pacientes: 75% dos respondentes afirmaram que sim e apenas 25% que não. Alguns dos respondentes sugeriram que o ambiente deveria ser compartimentado divisórias retráteis ou cortinas, de forma a também permitir a interação entre pacientes se desejada. Foi sugerido ainda que o posto de enfermagem deveria ser isolado da sala de medicação.

Na quarta pergunta, se questionava se, em projetos futuros, se deveria de algum modo favorecer o contato e a interação entre os pacientes. Os quatro respondentes afirmaram que sim, pois acreditam que assim torna-se possível aos pacientes trocar experiências e eliminar dúvidas e preocupações. Um dos respondentes destacou que a sala de medicação deveria ter alguns boxes para os que quisessem mais privacidade, mas que as demais poltronas de atendimento deveriam estar integradas.

Na quinta questão, perguntava-se se pacientes e acompanhantes deveriam poder exercer algum controle sobre o ambiente, por exemplo, regulando as condições de iluminação e ventilação ou controlando a programação da televisão ou do som. Metade dos respondentes afirmou que sim e a outra metade que não. Diferentemente das respostas obtidas com os pacientes, metade dos funcionários acredita que poderia ser complicado dar ao paciente o controle sobre as condições ambientais.

Na sexta pergunta, a indagação era se pacientes e acompanhantes deveriam poder realizar alterações no ambiente, mobiliário ou disposição dos móveis para ajustá-los às suas necessidades. Novamente, as respostas se dividiram entre sim e não, diferenciando-se dos resultados obtidos junto aos pacientes e acompanhantes. A menor prevalência de respostas positivas possivelmente se deve a um receio dos funcionários de que o controle dos pacientes sobre o ambiente possa tornar-se um problema ou dificultar a sua atuação.

Na sétima pergunta, se questionava se os funcionários acreditavam que era importante para o bem-estar dos pacientes poder distrair-se durante o tratamento: 75% dos funcionários afirmaram ser muito importante e 25% afirmaram ser importante. Não houve respostas negativas.

Na oitava pergunta, se questionava se os funcionários acreditavam que os pacientes de Hospital-Dia teriam condições físicas e psicológicas de desenvolverem algumas

atividades de distração positiva: 50% afirmaram que sim, 25% que não e 25% disseram não saber. É possível que as respostas negativas estejam relacionadas à parte do perfil de usuários e não à sua totalidade. Isto é, nem todos os pacientes teriam condições, ainda que a maioria deles sim. Segundo um dos médicos, os pacientes são indivíduos atentos e espertos. Poucos estão com nível de consciência comprometido. Assim, a realização de distrações positivas contribuiria para a sua recuperação e autoestima.

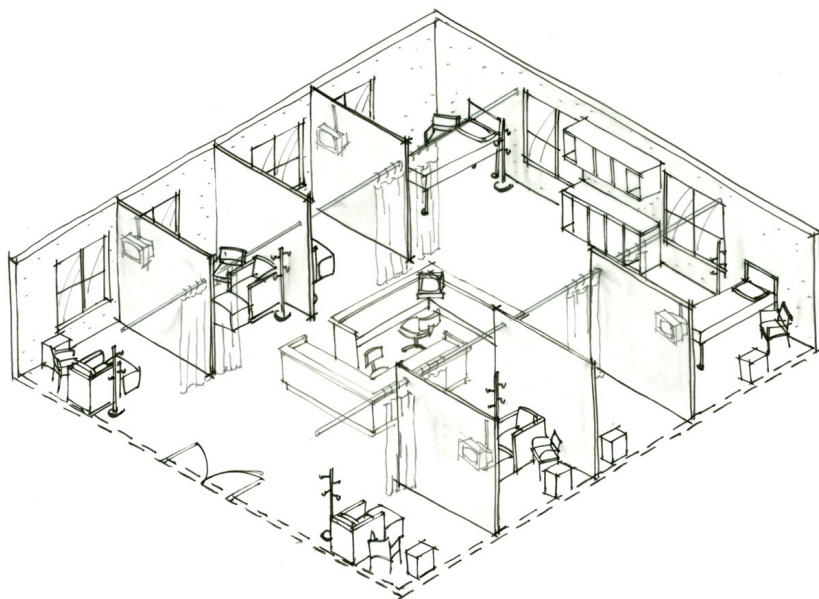
Na nona pergunta, questionava-se que atividades de distração o respondente acreditava que seriam do interesse dos pacientes e, possivelmente, também de seus acompanhantes. Houve poucas respostas a esta pergunta, sendo mencionadas uma vez cada: a realização de jogos diversos; atividades de educação em saúde, como palestras e programas de TV e DVD; atividades físicas, como relaxamento, *reiki* e alongamento; leituras; e estar com os acompanhantes.

#### 5.3.5.4 Resultados da Seleção Visual - pacientes e acompanhantes

O método da Seleção Visual foi aplicado como se fosse uma pergunta dentro do formulário do questionário. Nessa pergunta, solicitava-se ao respondente que escolhesse entre quatro alternativas distintas de organização do salão de medicação ou unidade de Hospital-Dia, visando à realização de atividades de distração positiva pelos pacientes e também ao bem-estar dos usuários em geral. Ao final, solicitava-se que o respondente justificasse sua escolha, isto é, porque preferia uma alternativa em relação às demais.

Dos 29 respondentes, apenas 1 não completou o item da Seleção Visual.

A opção mais votada por pacientes e acompanhantes foi a alternativa B, escolhida por 41% dos respondentes. Essa alternativa correspondia a uma sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, porém com poltronas separadas em boxes privativos (FIG. 69). Sua escolha foi justificada por proporcionar privacidade para o paciente e o acompanhante, sem isolá-los entre si e em relação à equipe médica e de enfermagem. Os respondentes entendem que esta alternativa favorece aos pacientes chamar as enfermeiras e, conseqüentemente, receber atendimento.

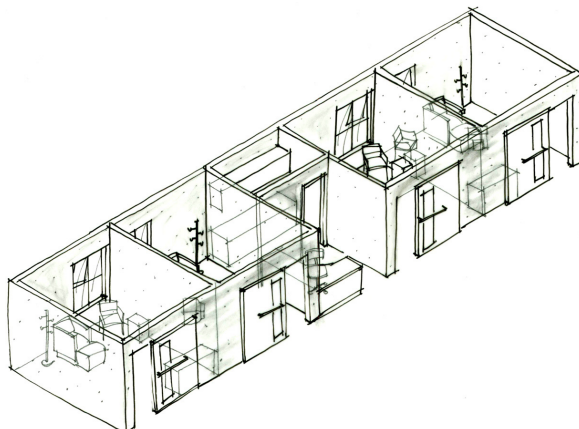


**Figura 69** – Alternativa B para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, com poltronas separadas em boxes privados  
Fonte: o autor, 2009.

Este resultado mostra-se coerente com as observações feitas por Castro (2010), em seu estudo de uma Unidade de Hospital-Dia para HIV, na França. Neste trabalho, a autora observou a necessidade de proporcionar o controle visual dos funcionários sobre os pacientes para uma maior eficácia no atendimento, sem, contudo, deixar de se ter em consideração a relevância da privacidade para este público específico.

A segunda alternativa mais votada foi a D, escolhida por 31% dos respondentes. Ela corresponde a quartos privativos para cada paciente, com um posto de enfermagem centralizado (FIG. 70). Com ela, a organização do Hospital-Dia se daria de forma similar a uma unidade de internação, porém com a utilização de poltronas em vez de leitos na maioria dos quartos. Sua escolha foi justificada por assegurar a privacidade dos pacientes e dos profissionais de saúde, já que o posto de enfermagem é separado. Os que escolheram esta opção afirmaram que preferem estar só durante o tratamento, o que implicaria um menor risco de contaminação de doenças contagiosas.

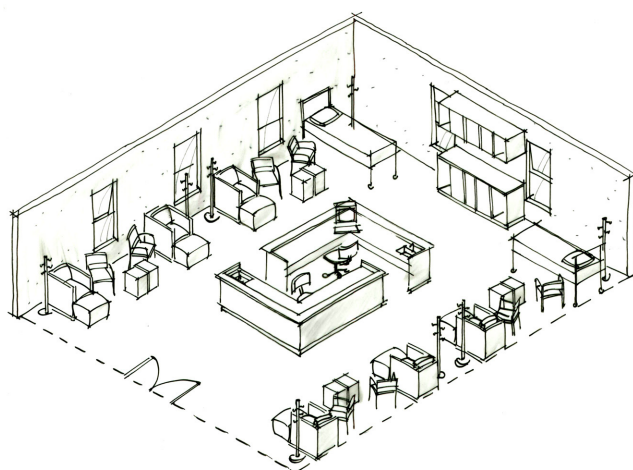




**Figura 70** – Alternativa D para o Hospital-Dia – quartos privativos de tratamento com posto de enfermagem em ambiente separado e centralizado

Fonte: o autor, 2009.

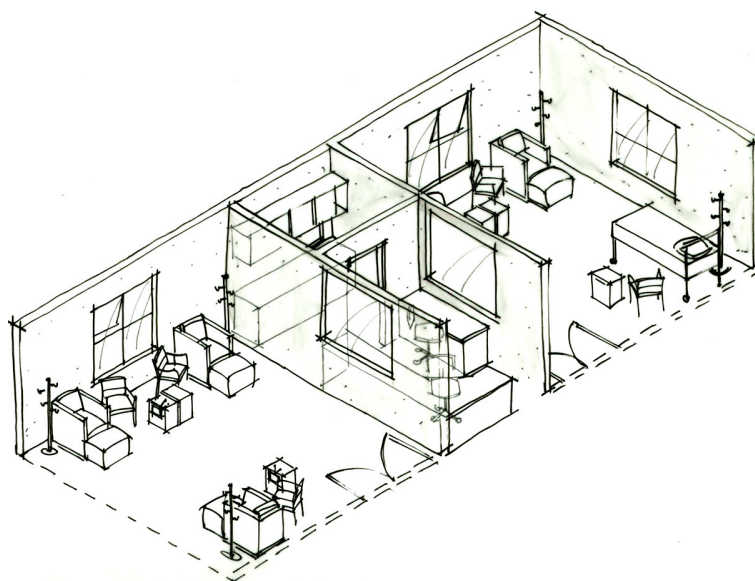
A terceira alternativa mais votada foi a A, representando 17% do total de preferências. Esta alternativa é a que mais se assemelha à realidade atual do Hospital-Dia de Infectologia do Regional e também da maioria dos Hospitais-Dia clínicos visitados no Brasil. Nela, tem-se uma sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, sem nenhum tipo de compartimentação do ambiente (FIG. 71). Os que escolheram esta opção afirmaram que ela é positiva por favorecer o contato entre os pacientes, de forma que eles possam conversar e dar apoio moral uns aos outros. Um respondente também comentou que, num ambiente coletivo, o paciente pode acompanhar o tratamento dos demais, exigindo igualdade nas condições de atendimento.



**Figura 71** – Alternativa A para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central

Fonte: o autor, 2009.

A opção menos votada foi a alternativa C, com 10% da preferência dos respondentes. Ela corresponde à organização da Unidade de Hospital-Dia em duas salas de medicação, com até seis poltronas, com posto de enfermagem em ambiente separado, porém com integração visual por meio de painel de vidro (FIG. 72). Os que preferiram esta opção destacaram como sendo positivo o controle visual dos pacientes pelos funcionários. Também foi comentado que, ao dividir o salão de medicação em mais de um ambiente, poder-se-ia isolar os pacientes mais graves dos menos graves.



**Figura 72** – Alternativa C para o Hospital-Dia – salas de medicação com até seis poltronas cada e com posto de enfermagem em ambiente separado, porém integrado visualmente por meio de painéis de vidro  
Fonte: o autor, 2009.

### 5.3.5.5 Resultados da Seleção Visual – funcionários

Dos quatro funcionários que responderam aos questionários, três preencheram o item referente à Seleção Visual, sendo que cada um optou por uma alternativa diferente. Um dos respondentes pulou esta pergunta.

O respondente que optou pela alternativa A – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, sem divisões entre as poltronas – justificou sua escolha por entender que esta opção fortalece a ideia de coletividade e de interação entre os pacientes, bem como o controle visual de todos pelos funcionários.

O respondente que optou pela alternativa B – sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central, porém com poltronas separadas em boxes privativos – entendeu que este modelo favorece a privacidade do paciente. Porém, ele sugeriu que os boxes sejam executados com cortinas retráteis, dando opção de escolha aos pacientes, bem como facilitando sua visualização a partir do posto de enfermagem. Segundo o respondente, o posto de enfermagem poderia ser parcialmente fechado e deslocado do centro do ambiente, dando privacidade também aos funcionários para atividades como a elaboração de relatórios.

Um respondente preferiu a alternativa C, na qual a organização da Unidade se dá por meio de salas de medicação, com até seis poltronas, com posto de enfermagem em ambiente separado. Sua escolha foi justificada pela preferência por um posto de enfermagem isolado da área onde se encontram os pacientes.

Nenhum funcionário optou pela alternativa D, na qual cada paciente teria um quarto privativo, a exemplo do que mais comumente ocorre em unidades de internação. É possível que a dificuldade no controle visual e no atendimento ao paciente justifique esse resultado.

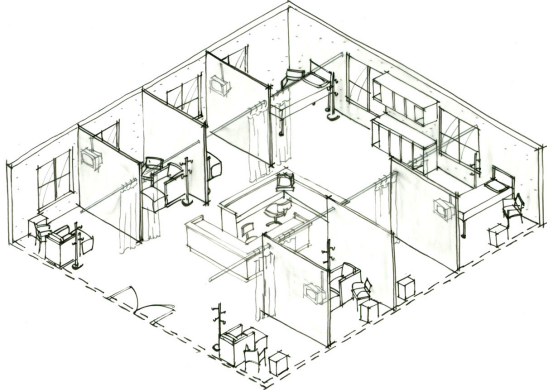
Cabe observar que a escolha dos funcionários pelo ambiente de tratamento totalmente integrado, de modo a favorecer a interação social, diverge da escolha dos pacientes e acompanhantes, os quais aceitam tratar-se em um ambiente coletivo, porém com divisórias entre as poltronas de atendimento, de forma a resguardar sua privacidade. A preferência dos pacientes por ambientes que favoreçam sua privacidade coincide com as observações feitas por Castro:

Era difícil existirem momentos de convivalidade entre pacientes portadores do HIV, pois não se sentiam a vontade para falar sobre suas vidas pessoais, ou compartilhar experiências sobre como enfrentam o preconceito ou superam as dificuldades causadas pelo vírus ou pelas doenças. São assuntos íntimos e muitas vezes difíceis de serem compartilhados com outras pessoas, mesmo quando essas trocas poderiam ajudá-las. (CASTRO, 2010, p. 212)

Segue abaixo um quadro síntese dos principais resultados obtidos com a aplicação dos métodos na Unidade de Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Regional de São José.

**Tabela 4 – Síntese dos principais resultados do estudo de caso da Unidade de Hospital-Dia de Infectologia.**

Método	Objetivos	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise <i>Walkthrough</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar uma visão abrangente da problemática ambiental e do funcionamento da Unidade.</li> <li>Elaborar um cadastro atualizado dos ambientes e do mobiliário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os espaços coletivos do Hospital são deficientes.</li> <li>A maioria dos ambientes são pequenos.</li> <li>O mobiliário e o <i>layout</i> estão inadequados.</li> <li>Os ambientes não tem Desenho Universal.</li> <li>As condições de conforto ambiental são ruins.</li> <li>Há problemas de privacidade e controle das condições ambientais.</li> <li>Faltam ambientes de apoio e ambientes de convívio dos funcionários.</li> <li>Ambientes não dão suporte a distrações positivas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação direta e sistemática do comportamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender as rotinas de uso da Unidade, verificando a adequação do ambiente as necessidades cotidianas dos usuários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quase não há distrações positivas.</li> <li>Não há acomodações para acompanhantes.</li> <li>Falta contato visual com o exterior e renovação do ar.</li> <li>Não há condições favoráveis de privacidade.</li> <li>Faltam guarda-volumes para pacientes e vestiário para funcionários.</li> <li>O mobiliário é desconfortável.</li> <li>Falta um ambiente de conforto para funcionários.</li> <li>Faltam macas.</li> <li>Ambientes são pequenos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mapeamento Visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar os principais aspectos positivos e negativos de cada um dos ambientes que compõem a Unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevaleram avaliações negativas.</li> <li>Sala de espera: pequena, conforto ambiental e ambiência deficientes e faltam equipamentos.</li> <li>Salão de medicação: mobiliário inadequado, pequeno, falta privacidade e conforto ambiental deficiente.</li> <li>Consultórios: pequenos, falta privacidade e faltam consultórios.</li> <li>Sanitário dos funcionários: sobreposição de funções, pequeno e falta privacidade.</li> </ul>

Método	Objetivos	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poema dos Desejos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender o que seria desejável para o projeto de uma futura Unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma futura Unidade deveria ser ou deveria ter:</li> <li>Sala de espera: ampla, humanizada, com distrações positivas, mobiliário confortável e privacidade.</li> <li>Salão de medicação: amplo, mobiliário confortável, distrações positivas, privacidade, opção de leitos e ambientação humanizada.</li> <li>Sanitários e copa apropriados para funcionários.</li> <li>Sanitários e copa apropriados para pacientes.</li> <li>Consultórios: em maior quantidade, amplos, confortáveis e com mobiliário apropriado.</li> <li>Outros: quarto de isolamento; posto de enfermagem; sala para vacinação; área para armazenar cadeira de rodas; sala administrativa; sala de reuniões; ambiente para equipe multidisciplinar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Questionários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprofundar a investigação acerca da hipótese de pesquisa – importância e possibilidades de distrações positivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privacidade é muito valorizada por todos.</li> <li>Cerca de metade dos pacientes valorizam o contato e a interação social.</li> <li>Distrações positivas são consideradas importantes por todos e maioria dos respondentes entende que pacientes tem condições de realiza-las.</li> <li>Distrações positivas sugeridas: televisão, leituras, jogos de mesa, música, estar com acompanhantes, terapia ocupacional, trabalhar, atendimento psicológico, educação em saúde, <i>internet</i>, atividades físicas como relaxamento, alongamento e <i>reiki</i>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seleção Visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreender as preferências dos respondentes quanto a algumas alternativas de soluções projetuais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A maioria dos respondentes optou pela sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, porém com poltronas separadas em boxes privativos, por favorecer a privacidade sem comprometer as condições de atendimento.</li> </ul> 

Fonte: o autor, 2011.



# Capítulo 6

Estudo de Caso: Long Beach  
Memorial Medical Center (Long  
Beach - CA/EUA)



No presente capítulo, são apresentados os resultados obtidos com o segundo estudo de caso, realizado no Centro de Infusão (*Infusion Center*) para adultos do Long Beach Memorial Medical Center, na semana dos dias 09 a 13 de novembro de 2009. Um dos motivos que justifica a seleção desta Unidade para a realização do estudo de caso, é que os Centros de Infusão são o equivalente dos Hospitais-Dia de Quimioterapia e HIV brasileiros, pois são nestes locais que estes pacientes e também pacientes de outras patologias passam o dia realizando tratamentos que não demandem internação, como a infusão de medicação. Assim, apesar da diferença entre os nomes adotados, a função das Unidades de Infusão ou Centros de Infusão assemelha-se às dos Hospitais-Dia de Infectologia e de Quimioterapia visitados no Brasil.

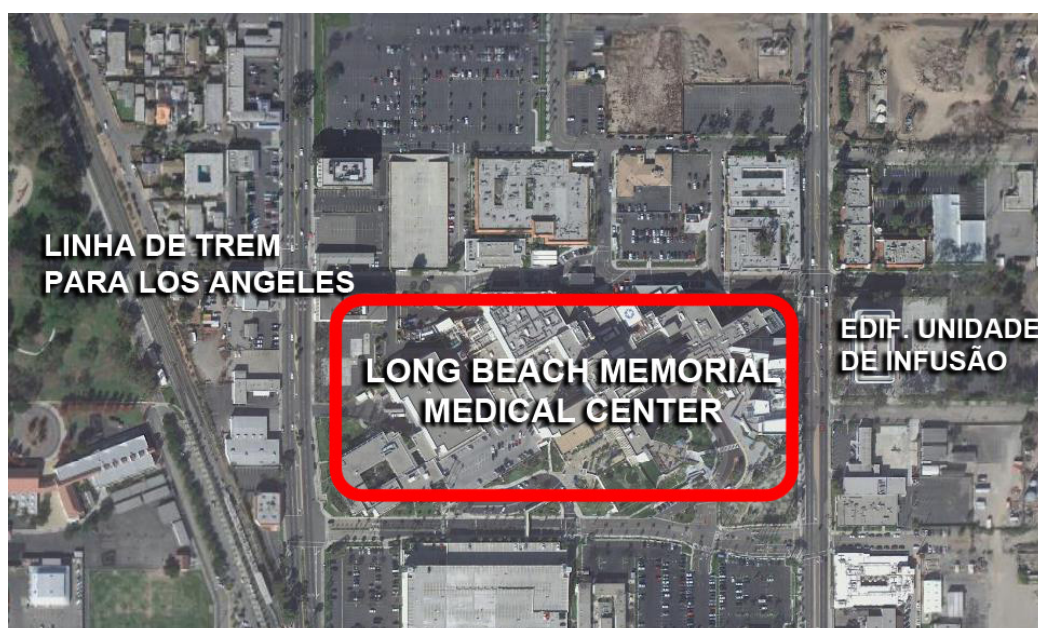
Conforme já foi comentado anteriormente, a estrutura metodológica do segundo estudo de caso foi semelhante ao primeiro, mantendo o padrão já adotado na pesquisa e possibilitando estabelecer algumas correlações entre os resultados. Segue uma breve contextualização desta Unidade, uma descrição dos ambientes que a compõe e a apresentação dos resultados obtidos a partir da aplicação de cada um dos métodos.

## 6.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO DE INFUSÃO DO LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER

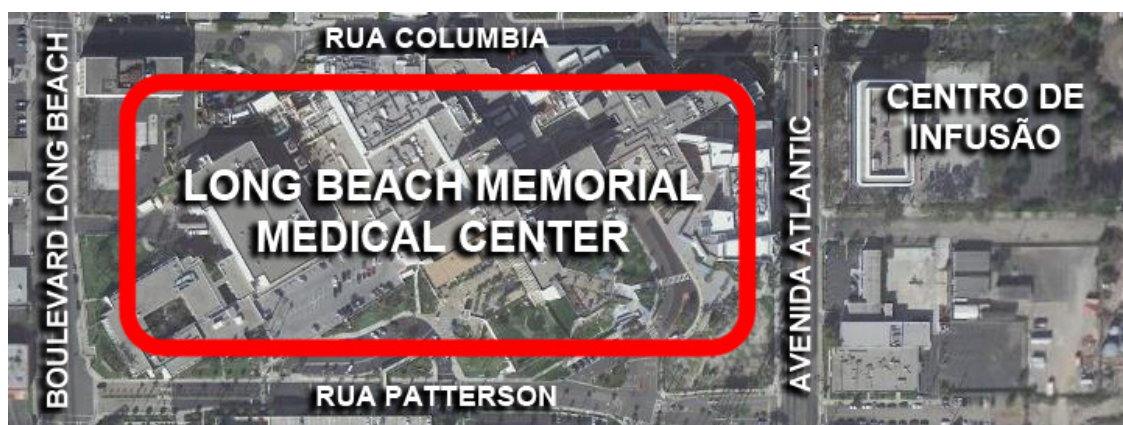
O Long Beach Memorial Medical Center é um hospital de grande porte, da cidade de Long Beach, estado da Califórnia, e seu centenário foi celebrado em 2007. Segundo a chefia da Unidade de Infusão, a instituição é atualmente um hospital de atendimento em Nível III de Trauma, bem como foi designado como Centro de Recursos para Desastres. O Hospital é também o segundo maior empregador da cidade de Long Beach, com 5.000 funcionários, dos quais 1.200 são médicos.

A Unidade de Infusão escolhida para a realização do estudo de caso localiza-se em um edifício médico fora do complexo do Hospital, em um terreno situado do outro lado de uma das avenidas adjacentes (FIG. 73, 74 e 75). Esta e as outras quatro unidades do Hospital se situam neste edifício fora do seu campus, ocupando espaços sublocados de terceiros, e dividindo o prédio com clínicas e consultórios particulares de profissionais da saúde. O Centro de Infusão foi inaugurado nesse local há, aproximadamente, quatro anos, a partir da reforma do que anteriormente era um setor de diagnóstico por meio de Raio X, também de propriedade do Hospital. Na reforma realizada para a inauguração da Unidade de Infusão, foram removidas algumas das paredes duplas executadas junto à fachada externa do edifício, de forma a

recuperar o contato dos ambientes internos e externos que caracterizava a estrutura original do prédio. No entanto, parte das paredes que determinava a compartimentação dos ambientes internos foi preservada, o que explica porque as quatro salas coletivas de infusão têm tamanhos e capacidades de atendimento distintas. A manutenção de algumas das paredes baritadas do setor de Raio x, também explica porque não há sinal *wireless* para internet na maioria dos ambientes. Ao longo dos quatro anos de uso, pequenas adaptações que se mostraram necessárias foram executadas, ampliando ou reduzindo alguns ambientes.



**Figura 73** – Foto aérea de localização do Long Beach Memorial Medical Center em relação à linha de trem  
Fonte: GOOGLE EARTH, 2010.



**Figura 74** – Foto aérea de localização do Long Beach Memorial Medical Center e do edifício médico que abriga o Centro de Infusão  
Fonte: GOOGLE EARTH, 2010.





**Figura 75** – Foto do Long Beach Memorial Medical Center, à esquerda, e do edifício onde se encontra o Centro de Infusão, à direita, a partir da Avenida Atlantic

Fonte: o autor, 2009.

Atualmente, o Long Beach Memorial Medical Center planeja executar uma nova Unidade de Infusão dentro do próprio complexo do Hospital. Com a realocação da atual Unidade, se obterá acesso mais fácil à Farmácia, ao Laboratório de Análises Clínicas, ao setor de Diagnóstico ou mesmo à Emergência, situados no campus do Hospital. A proposta da nova unidade foi feita com a participação de alguns funcionários e compreende as seguintes intenções projetuais: a criação de boxes individuais para cada paciente por meio de partições fixas e móveis que permitam regular o grau de privacidade desejado; a orientação das poltronas dos pacientes para o exterior, de costas para o posto de Enfermagem, de forma que estes possam contemplar visuais interessantes durante o tratamento; e a criação de ambientes de estar com sofás e mesas para os acompanhantes dentro do próprio salão de infusão, permitindo a eles um pouco de distração, sem ser preciso que se afastem de seus parentes que se encontram em tratamento.

O Centro de Infusão está direcionado ao atendimento a pacientes externos que necessitem fazer tratamentos por meio de infusão – medicação intravenosa ou hidratação – e que não demandem internação hospitalar. Assim como nos Hospitais-Dia clínicos brasileiros, o perfil de pacientes é de pessoas ambulantes e conscientes, pois aqueles que estiverem mais fragilizados serão conduzidos para unidades de internação.

Diferentemente da maioria dos Hospitais-Dia visitados no Brasil, este Centro de Infusão segue o padrão norte-americano, não se direcionando ao atendimento de uma única especialidade médica, mas sim se voltando ao atendimento de pacientes com distintas patologias, como câncer e artrite, sem separá-los espacialmente. Embora esta Unidade também possa realizar infusões a pacientes HIV, como esta não é uma prática no país, eles não representam uma parcela expressiva do público atendido. Segundo a chefia da unidade, cerca de 40% dos pacientes atendidos são pessoas com algum tipo de câncer e estão em

processo de quimioterapia. Cerca de 25% são pacientes com artrite reumatoide ou outras doenças autoimunes, como esclerose múltipla. Cerca de 20% têm doenças sanguíneas, como anemia e doença falciforme, e o restante corresponde a pacientes com patologias variadas que demandam infusão de antibióticos, hidratação e coleta para exame de sangue.

Os pacientes atendidos na Unidade são encaminhados por médicos do Hospital, da cidade e da região, após a realização do diagnóstico e a prescrição do tratamento. Assim, diferentemente de muitos Hospitais-Dia brasileiros e mesmo de Centros de Infusão norte-americanos, não há consultórios e profissionais médicos atuando dentro desta Unidade. O paciente é orientado pelo seu médico, em geral oncologista, para agendar o tratamento por ele prescrito, e este é executado exclusivamente pelas enfermeiras da Unidade. Apenas se necessário, as enfermeiras se comunicam com os médicos por telefone, como quando há necessidade de conferir alguma prescrição ou quando há intercorrências.

O perfil de pacientes corresponde a adultos e a idosos, de ambos os sexos. A chefia da Unidade mencionou que não dispõe de um perfil estatístico preciso dos pacientes, mas que acredita que predominem pacientes com uma média de idade de 50 a 75 anos, sendo que a distribuição entre gêneros deve ficar, aproximadamente, entre 50% masculino e 50% feminino. O atendimento na Unidade é particular e sua remuneração é feita, na maioria dos casos, por meio de seguros de saúde, ou, mais raramente, por pagamento feito diretamente à instituição, pelo paciente. São exceções os pacientes que se enquadram no sistema público de saúde norte-americano, conhecido como MEDICAID – direcionado a pessoas comprovadamente carentes – e MEDICARE – orientado para pessoas acima de 65 anos, portadores de deficiências e pessoas com doença renal em estágio avançado. A enfermeira entrevistada acredita que a maioria dos pacientes tem o nível educacional de segundo grau ou superior, e que os mesmos são moradores da cidade de Long Beach ou cidades imediatamente adjacentes, como Los Angeles.

A Unidade atual dispõe de 20 poltronas de atendimento. O total de pacientes atendidos por dia é variável, ficando aproximadamente entre 25 a 45 pessoas nos dias úteis (segunda a sexta) e cerca de 4 pacientes nos finais de semana. O tempo de permanência por dia no ambiente varia para cada paciente, podendo ser de 30 minutos até 8 horas de infusão. A chefia da Unidade entende que os pacientes oncológicos não apenas são os mais numerosos como também permanecem durante maior período de tempo.

Segundo a chefia, a quimioterapia dura uma média de 5 horas e meia, tendo em vista que há um protocolo rigoroso de atendimento e que há a aplicação de medicação pré-quimioterápica, seguida pelos agentes quimioterápicos. Enquanto a quimioterapia em geral estende-se por horas, alguns outros procedimentos são muito rápidos como, por exemplo, quando o paciente vem apenas coletar sangue para acompanhamento dos resultados de sessões anteriores ou tomar injeções que sejam complementares ao seu tratamento.

A quimioterapia é cíclica, planejada pelo médico oncologista e varia para cada paciente. Ela é feita fundamentalmente pela infusão de medicação por meio intravenoso, de forma a destruir as células cancerígenas e evitar sua reprodução. É comum que o paciente necessite realizar várias horas de Quimioterapia todos ou vários dias de uma semana, durante vários meses, porém com intervalos de duas a três semanas entre cada etapa do tratamento, de modo a permitir o acompanhamento dos resultados obtidos.

A Unidade conta com três recepcionistas e sete enfermeiras, sendo que estas últimas se revezam em dias e turnos para que haja sempre quatro profissionais presentes, uma em cada sala de infusão. Nos dias em que estão na Unidade, as enfermeiras costumam cumprir turnos de oito horas. A maioria das funcionárias trabalha na Unidade há pelo menos dois anos.

O Centro de Infusão funciona todos os dias da semana, operando de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, nos finais de semana e nos feriados das 8 às 12 horas, sendo todos os pacientes previamente agendados. Não há uma variação das atividades ao longo dos dias da semana. Ou seja, em todos os dias são realizadas medicações intravenosas, assim como injeções e coletas de sangue. As infusões mais demoradas costumam ser agendadas para o período da manhã, permitindo finalizar o tratamento antes das 18 horas. Como também alguns dos atendimentos rápidos têm que ser agendados pela manhã, de acordo com a disponibilidade dos pacientes, este período do dia costuma ter uma demanda maior do que as tardes.

Com exceção de que não é permitido fumar ou consumir bebidas alcoólicas na Unidade, assim como em nenhum outro lugar do Hospital, não há outras regras administrativas que restrinjam as atividades dos usuários nos ambientes.

## 6.2 DESCRIÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO DO CENTRO DE INFUSÃO DO LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER

A Unidade ocupa parte do pavimento térreo do edifício. Para acessá-la, passa-se do estacionamento para a entrada do edifício e desta para um hall, onde se encontra uma recepcionista, e deste para o corredor junto ao qual está a Unidade (FIG. 76, 77, 78 e 79).



**Figura 76** – Foto da fachada posterior do edifício, junto a qual se encontra o estacionamento e o acesso principal

Fonte: o autor, 2009.



**Figura 77** – Foto do acesso principal do edifício, na fachada posterior

Fonte: o autor, 2009.



**Figura 78** – Foto do corredor do prédio que dá acesso à Unidade

Fonte: o autor, 2009.



**Figura 79** – Foto da porta principal de acesso à Unidade

Fonte: o autor, 2009.

Ao entrar na Unidade o primeiro ambiente encontrado é a sala de espera. Neste ambiente, observam-se alguns detalhes que evidenciam uma intenção de humanizar o espaço, como vasos com plantas, pôsteres de aquarelas nas paredes, carpete no piso, pintura das paredes em tom e sobretom de verde claro, e poltronas e sofás com estrutura de madeira e estofamento em tons de verde e bege (FIG. 80 e 81).



**Figura 80** – Foto da sala de espera e recepção, olhando na direção da porta de acesso à Unidade

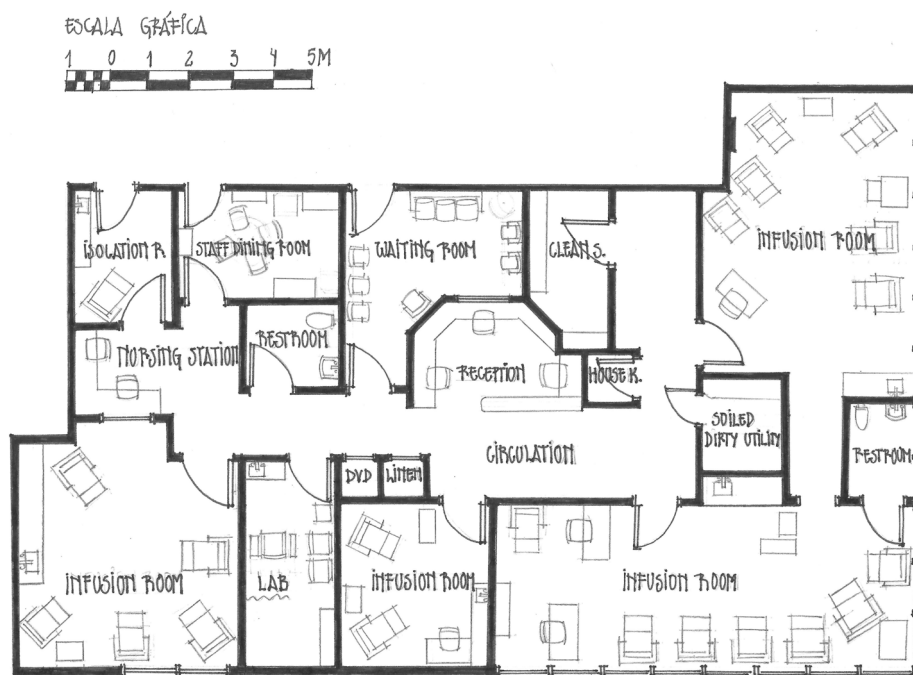
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 81** – Foto da sala de espera e recepção, olhando na direção do guichê de recepção e da porta para o corredor interno da Unidade

Fonte: o autor, 2009.

Comunicando-se por meio de uma janela de vidro com a sala de espera está a área de recepção. Esta foi planejada como um local centralizado e aberto para o interior da Unidade, facilitando o contato das enfermeiras e pacientes com as recepcionistas. Dispõem de três postos de trabalho com computador, armários baixos e suspensos para arquivar documentação e uma bancada alta que é utilizada pelas enfermeiras para preenchimento de formulários (FIG. 82)



**Figura 82** – Planta-baixa da unidade

Fonte: o autor, 2009.

Junto à área de recepção (FIG. 83), encontra-se o corredor em formato de “L”, ao longo do qual se distribuem todos os ambientes da Unidade. Nele está localizado um

armário grande com impressoras e, ao lado deste, encontram-se duas balanças para pesar os pacientes (FIG. 84). Próximo a esse armário, encontra-se ainda uma máquina copiadora utilizada pelas funcionárias.



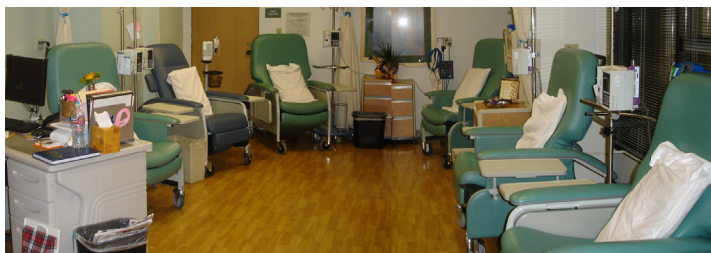
**Figura 83** – Foto da área da recepção, com o guichê voltado para a sala de espera  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 84**– Foto da bancada, balança e máquina copiadora situadas no corredor interno da Unidade  
Fonte: o autor, 2009.

Os principais ambientes da Unidade são quatro salas coletivas de infusão com configurações, tamanhos e capacidades variadas – duas a seis poltronas de atendimento cada (FIG. 85, 86, 87 e 88). Todas, no entanto, contam com uma bancada com pia e um móvel suspenso utilizados pela enfermeira para preparar medicação e armazenar suprimentos limpos. As salas têm amplas aberturas para o exterior, uma vez que o edifício no qual se encontram têm todas as fachadas em panos de vidro. Duas das quatro salas de infusão estão orientadas a leste, uma – localizada na esquina – está orientada a norte e também a leste, sendo estas orientações solares favoráveis, pois permitem a incidência do sol no período da manhã. Apenas uma sala está orientada apenas para a direção norte, o que, no hemisfério norte, não favorece um bom aproveitamento da radiação solar.

Segundo a chefia da Unidade, os atendimentos realizados nas quatro salas de infusão são similares. O encaminhamento dos pacientes para uma ou outra sala está relacionado à preferência dos mesmos por serem atendidos por alguma enfermeira específica. Quando os pacientes não têm este tipo de preferência, as secretárias distribuem os agendamentos entre as diferentes profissionais de forma a melhor adequar os cuidados necessários ao tempo disponível de cada uma.



**Figura 85** – Foto de uma sala de infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 86** – Foto de uma sala de infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 87** – Foto da sala de infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 88** – Foto da sala de infusão  
Fonte: o autor, 2009.

Junto a uma das salas de infusão, foi situado um posto de Enfermagem externo, possivelmente aproveitando a configuração pré-existente do departamento de Raio X que já funcionava no local.

Na Unidade, encontram-se dois banheiros adaptados para cadeirantes e compartilhados por pacientes, acompanhantes e funcionários (FIG. 89 e 90). Um dos banheiros está localizado na circulação principal e o outro se situa dentro de uma das salas de infusão.



**Figura 89** – Foto do banheiro situado dentro de uma das salas de infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 90** – Foto do banheiro situado no corredor  
Fonte: o autor, 2009.

Uma das salas da Unidade, chamada de laboratório (*lab*), funciona como um ambiente para coleta de sangue e aplicação de injeções. Por falta de área específica disponível, nesse mesmo local ficam estocadas cadeiras de rodas e outros equipamentos usados por pacientes, bem como um armário do tipo *locker* utilizado pelas funcionárias para guardar seus objetos pessoais. Assim, verifica-se uma sobreposição de funções neste ambiente: área de coleta, depósito e vestiário das funcionárias. Possivelmente visando dar mais privacidade às funcionárias no uso do *locker* ou esconder parte do equipamento armazenado, foi colocada uma cortina divisória na sala atrás da poltrona onde os pacientes coletam sangue (FIG. 92).

Em uma das extremidades da Unidade, encontra-se uma sala de infusão privativa, que é utilizada por pacientes que desejem estar a sós (FIG. 91). Esta sala também permite acomodar pacientes com doenças contagiosas ou que estejam mais imunodeprimidos do que os demais, funcionando como um quarto de isolamento. Por falta de outro espaço apropriado, o local também funciona como um depósito, e nele são estocados equipamentos que não estão em uso, como bombas de infusão. Nessa sala há uma porta de acesso à Unidade, porém, durante a permanência da pesquisadora, não se viu esta porta ser utilizada uma única vez, o que pode estar relacionado pelo acúmulo de equipamentos estocados no local.



**Figura 91** – Foto do quarto de isolamento, com equipamentos estocados nele  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 92** – Foto do laboratório, local de coleta de sangue e aplicação de injeções  
Fonte: o autor, 2009.



Ao lado deste ambiente, fica uma copa para os funcionários, dispendo de uma mesa circular com quatro cadeiras, bancada com pia, micro-ondas, geladeira, estantes e um pequeno frigobar, no qual são armazenados alimentos exclusivos dos pacientes, que podem ser trazidos por eles de suas casas (FIG. 93). O ambiente também é um pouco pequeno para todo o mobiliário que comporta e para as atividades que nele ocorrem, como as reuniões dos funcionários. Além disso, observa-se a falta de um ambiente exclusivo para armazenagem de alimentos ou refeições dos pacientes e acompanhantes, que pudesse ser livremente acessado por eles e não apenas pelos funcionários, bem como faltam cadeiras para os acompanhantes nas salas de infusão, que com frequência são retiradas da copa. Esta também tem uma porta que é utilizada pelos funcionários para acessar e sair da Unidade, sem necessariamente passar pela sala de espera.

Por fim, a Unidade conta com ambientes menores de apoio como: área para armazenar filmes e aparelhos portáteis de DVD (FIG. 97), área para armazenar cobertores (FIG. 98), um depósito de material de limpeza (FIG. 94), uma sala de utilidades (FIG. 95) e um depósito de suprimentos limpos (FIG. 96). Embora o depósito de suprimentos limpos seja o maior destes ambientes citados, sua área é insuficiente para as necessidades de armazenagem, razão pela qual, no corredor e também em outras salas da Unidade, podem ser observadas a estocagem de caixas.



**Figura 93** – Foto da copa dos funcionários  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 94** – Foto do DML  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 95** – Foto da sala de utilidades  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 96** – Foto da sala de estoque limpo

Fonte: o autor, 2009.



**Figura 97** – Foto do depósito de DVD

Fonte: o autor, 2009.



**Figura 98** – Foto da rouparia

Fonte: o autor, 2009.

Toda a unidade e mobiliário estão em excelente estado de conservação e limpeza. Predomina o carpete nas circulações, sala de espera e recepção, e a manta vinílica com aspecto de madeira em todos os demais ambientes. Em todas as paredes, adotou-se a pintura em tons de verde claro. E nos forros, são usadas placas acústicas brancas, com iluminação e climatização artificiais embutidas. As únicas exceções são os banheiros com forro de gesso rebaixado.

Aparentemente não há ambientes ociosos na unidade, sendo que alguns locais, como as salas de infusão, são utilizados durante todo o período de funcionamento, e outros, como o depósito de material de limpeza, são utilizados apenas à noite pela funcionária responsável. Quando questionados se o tamanho dos ambientes estava adequado, todos foram avaliados como sendo pequenos pelos funcionários consultados.

## 6.3 RESULTADOS

### 6.3.1 ANÁLISE *WALKTHROUGH*

#### 6.3.1.1 Sobre a aplicação do método

Assim como no estudo de caso feito no Brasil, o primeiro método utilizado foi a Análise *Walkthrough*, realizada no dia 09 de novembro de 2009. Iniciou-se a *Walkthrough* com

uma entrevista com uma enfermeira, visando obter informações que permitissem uma compreensão inicial da Unidade, como dados de seu histórico, perfil de pacientes, perfil dos funcionários, tarefas prescritas pela chefia para os funcionários e regras administrativas que pudessem interferir no uso dos ambientes. Os resultados desta entrevista foram registrados por escrito no formulário denominado *Walkthrough* Parte 1, disponível no ANEXO 5.

Após essa entrevista inicial, a pesquisadora percorreu o ambiente, anotando em um *checklist* – *Walkthrough* Parte 2 – aspectos variados do ambiente abrangendo desde sua localização a questões comportamentais. No Brasil, o preenchimento desse *checklist* foi efetuado com o auxílio de duas enfermeiras que acompanharam a pesquisadora durante o percurso. No entanto, devido à longa extensão do formulário, a aplicação do instrumento mostrou-se exaustiva, causando incômodo por impedir que as mesmas pudessem rapidamente voltar às suas atividades profissionais. Assim, nos Estados Unidos, o ato de percorrer a Unidade e preencher o *checklist* foi executado, inicialmente, pela pesquisadora, e apenas em pontos duvidosos e mais relacionados à percepção dos usuários, optou-se por consultar as enfermeiras. As suas observações, bem como a percepção da pesquisadora em relação aos itens perguntados, foram registradas por escrito, utilizando-se uma caneta de cor azul e uma lapiseira para diferenciar as respostas dadas.

No final do mesmo dia, após a aplicação destes dois instrumentos foram também preenchidas as fichas de inventário espacial, fotografando-se, medindo-se e desenhando-se os ambientes da Unidade para compor o seu cadastro atualizado. Assim como no Brasil, essa parte da *Walkthrough* foi realizada quase que exclusivamente pela pesquisadora. Apenas perguntava-se a um funcionário qual o grau de privacidade necessário ao ambiente e suas atividades, a sua frequência de uso, e se o ambiente deveria ter dimensões maiores. Todas as informações escritas e gráficas foram registradas em uma planilha – *Walkthrough* Parte 3.

Uma das dificuldades constatadas na aplicação da *Walkthrough*, foi o fato de que a enfermeira chefe do setor estava viajando na semana em que o estudo de caso foi realizado, razão pela qual algumas informações necessárias tiveram que ser posteriormente complementadas, via contato feito por e-mail. Os resultados obtidos com os instrumentos da *Walkthrough* estão sintetizados abaixo, bem como foram utilizados para a descrição da Unidade no texto 6.1.

### 6.3.1.2 Resultados da Análise *Walkthrough*

- Quanto à localização e entorno

O Long Beach Memorial Medical Center situa-se numa área a cerca de 10 minutos de carro do centro comercial da cidade de Long Beach, com paradas de ônibus próximas ao campus do Hospital, bem como à estação final da linha de metrô 801, que conecta a região com a cidade de Los Angeles, num trajeto aproximado de 1 hora. O Hospital encontra-se ainda localizado a dois quarteirões de uma importante rodovia interestadual, conhecida como 405 Freeway. Apesar de dispor de acesso por transporte público coletivo, aparentemente, o Hospital é principalmente acessado por meio de carro, dispondo de amplos estacionamentos. A Unidade de Infusão, situada no Edifício Médico em frente ao Hospital não é exceção, tanto que seu acesso principal não está voltado para as ruas com as paradas de ônibus, mas sim para o estacionamento de veículos.

A proporção entre a caixa e a altura das avenidas que circundam a região do Hospital e a Unidade de Infusão proporciona a sensação de não se tratar de uma região muito densamente ocupada. Isto é, o principal acesso de veículos para o Centro de Infusão se dá pela Atlantic Avenue, a qual apresenta cinco pistas de rolagem e grandes calçadas, sendo que a maioria das construções adjacentes tem em torno de um ou dois pavimentos de altura. O Long Beach Memorial Medical Center é exceção, pois a maioria de seus blocos tem grande porte e quatro pavimentos de altura, um deles tem três pavimentos, e a torre principal do hospital tem sete pavimentos, nos quais são comportados 750 leitos hospitalares.

O bairro situa-se em área não muito adensada, porém próxima do centro da cidade, compreendendo uma variedade de atividades residenciais, de serviços (clínicas e consultórios médicos), comerciais e institucionais. Apesar disso, é pouco comum a presença de pedestres nas ruas, e o acesso a estes serviços bem como ao Hospital, é feito prioritariamente por carro, o que se enquadra nos padrões urbanísticos e culturais norte-americanos.

A identificação da Unidade de Infusão não é muito clara para quem a acessa pela primeira vez, já que a mesma situa-se fora do campus do Hospital, em uma edificação com inúmeros outros setores e sem uma placa de sinalização que a anuncie. O pedestre ou o motorista tem

que se referenciar pelo endereço da edificação em si, ao chegar ao prédio, pode informar-se junto à portaria sobre a localização da Unidade. Mesmo as placas de identificação das diferentes Unidades dentro do edifício são pequenas e discretas, posicionadas no plano vertical das portas.

O edifício conta com uma ampla área de estacionamento ao ar livre, junto à qual ocorre o acesso do público, bem como dispõe ainda de pavimentos de garagem no subsolo. Além destes estacionamentos, imediatamente em frente ao prédio, dentro do campus do Hospital, encontra-se outra área de estacionamento ao ar livre e também edifícios garagem que podem complementar a disponibilidade de vagas, caso haja necessidade.

As funcionárias entrevistadas avaliaram como sendo boa a localização do hospital, pela disponibilidade de serviços no entorno e por ser seguro durante o dia. Uma funcionária, contudo, lembrou que computadores da Unidade foram roubados em uma circunstância, durante a noite, e destacou que nesse período essa região da cidade pode tornar-se um pouco perigosa.

A localização de alguns serviços de uma instituição de saúde, fora da edificação hospitalar propriamente dita, é uma situação relativamente comum nos Estados Unidos, e especialmente na Califórnia, pois a legislação edilícia é mais rigorosa e restritiva em relação ao projeto de hospitais do que de edifícios médicos (*Medical Office Buildings*) que não apresentem serviços e unidades de internação. Na Califórnia, os hospitais devem apresentar estrutura e instalações complementares de tal modo projetadas e executadas que não apenas resistam a terremotos, mas que possam manter-se plenamente funcionando durante e após este tipo de catástrofe. Para edifícios médicos, por sua vez, a única exigência é de que os mesmos não entrem em colapso durante o terremoto, de forma a que não comprometam a vida das pessoas que neles se encontrem. Tendo em vista o alto custo de uma obra hospitalar, uma solução comum adotada por muitas dessas instituições é planejar todos os serviços possíveis fora do hospital, situando-os em edifícios médicos. Além da questão de custos, um ponto positivo é a possibilidade de ter serviços de saúde descentralizados, mais próximos da comunidade e em edificações que potencializam uma maior integração com a paisagem do entorno e aproximação com a escala humana, por serem em geral menores e com menos restrições construtivas. Um ponto negativo é a distância que se cria entre algumas destas Unidades e os serviços que são necessários ou complementares a elas e que se encontram dentro dos hospitais, como Farmácia, Laboratórios e Emergência.

Não há neste edifício médico ambientes de suporte para os usuários como cafeteria, o que possivelmente se justifica pela probabilidade de que não há demanda suficiente para a instalação dessas atividades. Por outro lado, há máquinas de venda de comida e de bebidas e há áreas externas com mesas e bancos que são utilizados pelo público da edificação em geral. Os usuários da Unidade podem ainda usufruir dos restaurantes e cafeterias disponíveis dentro do campus do Hospital.

- Quanto à imagem do Hospital e da Unidade de Hospital-dia

A imagem externa da edificação que compreende a Unidade de Infusão foi avaliada como razoável pela funcionária entrevistada (FIG. 99). Ela comentou que não considera a edificação “bela” nem tão pouco “feia”.



**Figura 99** – Foto da fachada lateral e posterior do edifício onde se encontra a Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.

De fato, a imagem exterior é neutra: as fachadas são compostas de grandes panos de vidro com película refletiva, solução comumente adotada em edifícios comerciais, institucionais e de serviços. A imagem interior, por sua vez, reflete uma preocupação com a humanização e a ambiência, através de materiais de acabamento e mobiliário com aparência residencial, além da disponibilidade de equipamentos para o conforto dos usuários, como o bebedouro situado no corredor (FIG. 100 e 101). Além disso, o excelente estado de conservação e manutenção dos ambientes, bem como as pequenas proporções da Unidade, composta em geral de salas pequenas, favorecem sua percepção como um lugar aconchegante e próximo da escala humana



**Figura 100** – Foto de uma das gravuras que decora a Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 101** – Foto do bebedouro situado no corredor interno da Unidade  
Fonte: o autor, 2009.

- Quanto à funcionalidade e relações espaciais

Os ambientes foram, em geral, avaliados pelas funcionárias como sendo pequenos para as suas necessidades de uso, com exceção dos banheiros. Especialmente as salas de infusão têm poltronas de atendimento próximas umas das outras, de forma que um paciente pode encostar no outro se desejar. Além disso, a dimensão dessas salas dificulta o posicionamento de cadeiras para os acompanhantes. Para tanto, os acompanhantes são recebidos em poltronas de pacientes que estejam vazias, mas, à medida que as mesmas vão sendo ocupadas, alguns se encaminham para a sala de espera, enquanto outros pegam cadeiras da copa e procuram posicioná-las de forma a minimizar o impacto na circulação interna do ambiente.

Também há pouco espaço para as enfermeiras movimentarem-se ao redor das poltronas dos pacientes, durante o atendimento (FIG. 102). A enfermeira entrevistada também avaliou como sendo insuficientes as áreas disponíveis para armazenagem e espaços de apoio, bem como a quantidade de banheiros. Ela destacou, ainda, que pacientes em infusão recebem muitos líquidos e estão mais predispostos a náuseas, razão pela qual, necessitam usar banheiros com frequência, e que é comum vê-los esperando do lado de fora do banheiro para usá-lo.



**Figura 102** – Foto da poltrona do paciente com posicionamento frontal da banqueta usada pelas enfermeiras durante o atendimento  
Fonte: o autor, 2009.

As dimensões atuais dos ambientes foram ainda apontadas pela entrevistada como um fator que compromete a acessibilidade por cadeirantes ou mesmo a movimentação do paciente com auxílio de terceiros. Segundo a entrevistada, para alguns pacientes cadeirantes, seria ainda desejável fazer a infusão na própria cadeira de rodas, faltando espaço dentro da sala de infusão para acomodá-la. Além disso, a Unidade não apresenta as dimensões normalmente exigidas pela norma brasileira – RDC 50 – para circulações (2,00 m) e portas de acesso (1,20 m). Porém, embora com limitações, é possível acessar a unidade com uma cadeira de rodas, pois as portas utilizadas por pacientes têm 1,00 m de largura e a circulação tem cerca de 1,30 m nas áreas mais estreitas.

Por outro lado, as pequenas dimensões dos ambientes e o posicionamento das escrivaninhas parecem favoráveis à fácil visualização dos pacientes pelas enfermeiras, bem como ao acesso e comunicação entre ambos, facilitando o atendimento. Os postos de Enfermagem são constituídos por escrivaninhas e bancadas de serviço disponíveis em cada sala (FIG. 103 e 104). As escrivaninhas, aparentemente, poderiam ser maiores, pois costumam estar cheias de objetos apoiados sobre elas.





**Figura 103** – Foto da escrivaninha utilizada pelas enfermeiras para observação dos pacientes durante o tratamento  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 104** – Foto da bancada de serviço com pia, disponível em todas as salas de infusão  
Fonte: o autor, 2009.

O pequeno porte da Unidade também foi avaliado como um ponto positivo no sentido de não gerar grandes circulações a serem percorridas, facilitando a comunicação entre os funcionários e os pacientes de distintos ambientes.

Não foram verificados problemas de segurança quanto ao uso dos ambientes pelos pacientes e funcionárias.

Os ambientes são, em geral, organizados e limpos, o que contribui para sua legibilidade. Há placas nas portas das salas utilizadas pelos pacientes e de alguns dos ambientes de apoio. Possivelmente, se houvesse placas nas portas de todos os ambientes, as condições de orientabilidade seriam ainda melhores.

Não foram verificados problemas quanto ao conforto do mobiliário ou *layout* dos ambientes.

- Quanto às condições ambientais

Como mencionado anteriormente, os ambientes de infusão localizados junto à fachada do edifício dispõem de amplos panos de vidro fixos que lhes proporcionam boa iluminação natural e visuais para o exterior, embora sem ventilação natural. Apesar dos panos de vidro disporem de película refletiva, os pacientes da Unidade ficam expostos ao olhar dos transeuntes externos que vêm do estacionamento para o acesso da edificação, caso a

iluminação interior seja maior do que a exterior. Como em algumas circunstâncias utiliza-se iluminação artificial complementar durante o dia, foram adotadas persianas nos ambientes internos para resguardar a privacidade dos pacientes, o que, por outro lado, limita a iluminação natural e o contato com o exterior. Isso poderia ser evitado caso a Unidade fosse voltada para um jardim privativo, ao invés do estacionamento.

A iluminação artificial é feita com luminárias embutidas no teto, providas de lâmpadas fluorescentes comuns. As luminárias têm difusores e foram avaliadas positivamente pela entrevistada. A iluminação artificial nas salas de infusão foi observada em uso apenas ao final da tarde, já que a Unidade é utilizada em horário comercial, e tem amplos panos de vidro para o exterior.

Como não há ventilação natural, a climatização é feita por meio de ar-condicionado. A entrevistada comentou que o sistema de climatização é deficiente e que é comum os usuários, especialmente os pacientes, queixarem-se de calor no verão e de frio no inverno. Ela ainda realçou que pacientes, por estarem debilitados fisicamente, ficam mais sensíveis ao desconforto térmico e tendem a sentir frio, sendo a climatização do ambiente especialmente importante para eles.

Não houve queixas da entrevistada quanto à acústica da Unidade. A presença de carpete em circulações e em alguns ambientes, os estofamentos do mobiliário, o forro acústico e a compartimentação da área de tratamento em quatro salas de infusão são, na percepção da pesquisadora, fatores que justificam as condições favoráveis de conforto acústico.

- Quanto à manutenção

As condições de assepsia e manutenção dos móveis, ambientes e equipamentos foram avaliadas como sendo muito boas. Ao final do expediente, as enfermeiras desinfectam as poltronas, organizam os ambientes de infusão em que atuaram e recolhem o material a ser higienizado. A limpeza final de todos os ambientes é feita por um(a) profissional específico(a) todos os dias, no período da noite, quando a Unidade não está em uso. Todas as fronhas e cobertores são encaminhados para serem lavados.

- Quanto aos aspectos comportamentais

Foram observadas algumas evidências de territorialidade, como a personalização das escrivatinhas das enfermeiras por meio de fotografias e de objetos pessoais. Essas evidências

de personalização também foram encontradas na bancada de recepção, onde cada funcionária tem seu lugar e sua cadeira fixa. Não há, no entanto, muitas possibilidades para os pacientes trazerem objetos pessoais para as salas de infusão. As poltronas de infusão têm dois pequenos apoios laterais, mas que, por suas dimensões e proximidade ao braço do paciente, não seriam locais ideais para posicionar objetos como livros, passatempos ou mesmo alimentos trazidos de casa. Para tal propósito, o ambiente deveria dispor de um criado-mudo ou prateleiras para uso de cada paciente.

Não há na Unidade muitos ambientes que favoreçam a privacidade dos usuários, já que a maioria dos ambientes foi pensada para o uso coletivo. As salas de infusão dispõem de cortinas divisórias, porém o posicionamento das cortinas nem sempre coincide com o das poltronas, sugerindo que, provavelmente, quando a Unidade foi inaugurada tinha uma menor capacidade de atendimento e também menos mobiliário. Além disso, é muito limitada a área disponível para cada paciente, uma vez que as poltronas estão muito próximas umas das outras. Assim, isolar as poltronas, seja por meio retrátil ou fixo, poderia gerar uma sensação claustrofóbica. O fato de que a maioria dos ambientes de infusão tem uso coletivo, também dificulta ao paciente fazer pequenos ajustes como movimentação de algum móvel ou regular a temperatura ou a iluminação durante o tratamento.

Por outro lado, a Unidade tem várias salas de infusão e com diferentes capacidades, incluindo um quarto de isolamento. Isso dá ao paciente e às funcionárias alguma opção de escolha em relação ao grau de privacidade ou de isolamento desejável, o que foi avaliado positivamente.

Não há na Unidade lugares especificamente pensados para o descanso ou a socialização de pacientes. Para a socialização e descanso das funcionárias, encontra-se disponível uma copa, cuja relação entre as dimensões do ambiente e o mobiliário que comporta torna difícil a circulação, mesmo quando o local não está plenamente ocupado. No entanto, a entrevistada acha que a copa não é um ambiente problemático, pois entende que as funcionárias não costumam realizar as suas refeições ao mesmo tempo.

Quanto às possibilidades de distrações positivas para os pacientes, faltam cadeiras e espaço para acomodar mais apropriadamente os acompanhantes. Na maioria dos ambientes não há acesso *wireless* à internet, e em toda a Unidade não há televisores ou aparelhos de música. Falta um móvel que funcione como uma bancada de apoio para a utilização de computador ou atividades de estudo dos pacientes.

Por outro lado, todas as salas utilizadas pelos pacientes, inclusive a de espera, tem revisteiros com variados temas de leitura (FIG. 105 e 106). A Unidade também tem um depósito de DVDs com aparelhos portáteis leitores e monitores, localizado junto ao corredor central. Uma vez por semana, os pacientes recebem massagens de uma funcionária e a visita de um cachorro especialmente treinado para interagir com os pacientes que assim o desejarem<sup>45</sup>, ambas as atividades planejadas como recurso terapêutico complementar. A Unidade também conta com a presença de voluntários que vêm conversar com os pacientes, bem como auxiliá-los a suprir suas necessidades, trazendo alimentos, bebidas, travesseiros e cobertores.



**Figura 105** – Revisteiro da sala de espera  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 106** – Revisteiro das salas de infusão  
Fonte: o autor, 2009.

## 6.3.2 OBSERVAÇÃO DIRETA E SISTEMÁTICA DO COMPORTAMENTO – MAPEAMENTO COMPORTAMENTAL

### 6.3.2.1 Sobre a aplicação do método

A observação direta e sistemática do comportamento foi realizada durante 4 dias – 10 a 13 de novembro de 2009. Como este estudo de caso teve que ser realizado de modo mais compacto, as observações foram feitas juntamente com a aplicação de outros métodos. Assim, nos dias 10 e 11, as observações foram intercaladas com a aplicação do Mapeamento Visual e do Poema dos Desejos, e nos dias 12 e 13 com os Questionários. Buscou-se realizar as observações durante todo o dia, fazendo-se registros de aproximadamente 10 minutos com intervalos de 20 minutos entre eles.

<sup>45</sup> As psicoterapias com animais foram também verificadas em algumas outras Unidades visitadas durante o estágio de doutorado no exterior, sendo uma prática já aceita e adotada em muitos hospitais.

A principal dificuldade na realização das observações foi aplicá-lo juntamente com os outros métodos e em um período limitado de tempo. Entretanto, acredita-se que foi importante não excluir este método porque ele favorece a compreensão do funcionamento da Unidade, dos comportamentos e atividades dos usuários, fornecendo informações relevantes, nem sempre expressas verbalmente ou por escrito pelos usuários em outros instrumentos de pesquisa.

Embora tenha havido intervalos de tempo que não foram registrados, entende-se que a aplicação do método foi válida e ofereceu uma amostra de caráter aleatório que permitiu compreender plenamente o funcionamento da Unidade e seus padrões comportamentais. Ao longo da semana, foi possível realizar mais de uma observação para cada um dos horários do dia, iniciando-se às 8 horas e finalizando às 18 horas, não havendo nenhum horário de fato não registrado. Por fim, não houve uma alteração significativa dos comportamentos na Unidade ao longo da semana, isto é, os padrões comportamentais repetem-se ao longo do dia e durante os distintos dias.

A maioria das observações foi feita com a pesquisadora sentada em uma das poltronas dos pacientes que estivesse livre, registrando-se também a sua posição na planilha. Às vezes, no decorrer da aplicação do método, era necessário alternar o local, conforme as necessidades de uso das poltronas e cadeiras pelos funcionários ou pelos pacientes. Eventualmente, quando todas as poltronas estavam ocupadas, a pesquisadora fazia os registros de pé.

Como havia mais de um salão de infusão de medicação, optou-se por observar sempre aqueles que estivessem com maior número de pacientes. Este critério deve-se ao fato de que, nos ambientes cheios, em geral, observavam-se um maior número de atividades acontecendo, seja de atendimento ou mesmo de distrações positivas. Na aplicação do método, as quatro salas de infusão foram observadas aleatoriamente, e verificou-se que as atividades de atendimento realizadas nestes ambientes eram similares, variando apenas as pessoas que ali se encontravam.

Diferentemente do Hospital-Dia do Hospital Regional de São José, esta é uma Unidade maior, com um maior número de pacientes e de atividades acontecendo simultaneamente. No Hospital Regional era possível, da sala de medicação, observar também o que ocorria na sala de espera. Já no Long Beach Memorial Medical Center, os registros feitos no Centro de Infusão representaram, principalmente, as atividades das salas de infusão, e apenas eventualmente as atividades que ocorreram nos demais ambientes.

Outra dificuldade observada na aplicação da planilha (FIG. 107) é que, neste segundo estudo de caso, foi utilizada a mesma legenda com listagem de atividades que havia sido aplicada no estudo de caso do Hospital-Dia de Infectologia, pressupondo-se a similaridade de atividades. De fato, a maioria das atividades coincide, mas algumas novas atividades apareceram, como assistir a DVD, e outras não foram verificadas no local, como assistir à televisão. Para contornar o problema, foi preciso escrever e associar à planta-baixa as atividades que eram observadas, tornando o preenchimento um pouco mais trabalhoso.

OBSERVATIONS ON THE FLOOR PLAN		WRITTEN INFORMATION/KEY	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY PH.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE			
SPURF STAY UNIT - BEHAVIORAL MAPPING			
TOWN: Long Beach - CA HOSPITAL: Long Beach Memorial Medical Center UNITY: Infusion Center		HOURS: 11:00	DATE: 12/11/2009
		<b>USER:</b> Patient - Blue color Staff member, employee - Red color Visitor, companions - Graffiti <b>GENDER:</b> Male - <input type="checkbox"/> Female - <input type="checkbox"/> <b>POSITION OF THE OBSERVER:</b> <	<b>AGE (example):</b> Child (0 to 13 years old) - <input type="checkbox"/> Teenager (14 to 18 years old) - <input type="checkbox"/> Adult (19 to 64 years old) - <input type="checkbox"/> Elderly (over 64 years old) - <input type="checkbox"/>
		<b>ACTIVITIES:</b> 1 - Taking patients vital signs (to measure pressure and weight, to auscultate,...) 2 - Taking/ giving medication via vein 3 - Answering the telephone 4 - Using the computer 5 - Picking up or preparing documents 6 - Awaiting for assistance 7 - Receiving/ giving medication and guidance towards treatment continuation at home 8 - Moving towards another hospital unity 9 - Applying injection to intimate part (examination or medication) 10 - Sleeping 11 - Watching TV 12 - Collecting material for other examinations/ laboratory 13 - Talks between patients and their companions 14 - Applying methacrylate 15 - Receiving/ giving instructions to apply methacrylate (face hygiene and anesthesia) 16 - Photographing patients 17 - Other (handwritten)	<b>POSITION OF THE USER (example):</b> Standing still  Sitting  Lying down partially  Lying down  Movement direction →

**Figura 107** – Imagem da parte gráfica do formulário de observação direta e sistemática preenchido, com legenda corrigida à mão livre  
Fonte: o autor, 2009.

Com exceção dos aspectos acima citados, não se verificou dificuldades maiores na aplicação do método. Pela experiência do estudo de caso feito no Brasil, foi possível observar que a qualidade das informações escritas era mais determinante e esclarecedora do que os registros gráficos, quando da análise dos resultados, pois os desenhos eram mais difíceis de interpretar. Assim, ainda maior atenção foi prestada na descrição das atividades, embora em todos os momentos tenham sido feitos registros gráficos auxiliares.

### 6.3.2.2 Resultados da observação direta e sistemática do comportamento - perfil dos usuários

Os pacientes da Unidade são adultos e idosos de ambos os sexos. Na amostra de observações feitas, foram registrados 91 pacientes do sexo feminino e apenas 35 do sexo masculino, indicando uma possível maior prevalência de mulheres. A faixa etária varia muito, tendo sido observados pacientes com idade variando dos 20 aos 90 anos, embora predominem os adultos com mais de 50 anos. Assim, diferentemente da Unidade de Infectologia, a maioria dos pacientes corresponde a idosos, demandando dos projetistas de futuras unidades algum entendimento das necessidades específicas deste grupo de usuários.

A maior parte dos pacientes chega ao local com acompanhantes. Parte dos acompanhantes fica na Unidade junto à poltrona de tratamento ou na sala de espera, e parte deles vai embora, voltando para buscar os pacientes ao final do tratamento. Todos os pacientes conseguem se locomover. Porém, ainda que seja minoria, uma parcela utiliza andador ou cadeira de rodas, seja por problemas específicos de mobilidade ou por se sentirem debilitados após a realização da quimioterapia. Muitos pacientes estão fragilizados emocionalmente por sentirem dor ou pela preocupação com seu próprio estado de saúde.

A Unidade não se destina exclusivamente à Oncologia. Nela podem ser realizadas infusões para pacientes das mais diversas subespecialidades médicas como, por exemplo, artrite ou mesmo HIV. No entanto, como já foi comentado anteriormente, a grande maioria dos pacientes observados desta Unidade estava realizando quimioterapia.

### 6.3.2.3 Resultados da observação direta e sistemática do comportamento - atividades

A Unidade tem uma rotina de atividades que se repete ao longo do dia e da semana, não havendo muita variação. Nesse sentido, há até menos variação nos procedimentos e dinâmica de uso do que o que foi observado no Hospital-Dia de Infectologia.

A manhã é o período do dia mais atribulado. Como os procedimentos são todos agendados previamente, a política da Unidade é tentar concentrar nas primeiras horas de funcionamento os pacientes que precisem realizar tratamentos prolongados, de forma que, mesmo que haja algum atraso, o paciente possa ser liberado antes das 17 horas. Geralmente, são

atendidos à tarde apenas os pacientes que vêm realizar medicações rápidas, tomar injeções ou que estejam totalmente impossibilitados de virem pela manhã, por exemplo, por razões profissionais. A Unidade abre seu atendimento ao público de segunda a sexta, por volta das 8 horas da manhã e encerra às 18 horas, embora por volta das 17 horas já sejam raros os pacientes em tratamento. O atendimento não é interrompido no horário de almoço, e as funcionárias revezam-se neste período. Nos finais de semana, a Unidade fica aberta das 8 horas ao meio-dia, e realizam-se aplicações de injeções e infusões que não sejam possíveis de agendar durante a semana, atendendo-se a uma média de até 4 pacientes em cada um desses turnos.

Os pacientes são encaminhados para a Unidade para a realização de medicação intravenosa por médicos do próprio Hospital ou de outras instituições de saúde. O paciente telefona previamente e agenda o dia e o horário do procedimento. Cerca de duas a três horas antes do horário agendado, o paciente liga novamente confirmando sua ida, de forma que seja possível receber a medicação vinda da Farmácia do Hospital antes da sua chegada.

Ao chegar à Unidade, geralmente com acompanhante, o paciente aguarda na sala de espera, enquanto preenche formulários solicitados pelas recepcionistas. Ao efetivamente ser chamado para atendimento, o paciente é conduzido por uma enfermeira para pesar-se na balança situada no corredor, permitindo a comparação com seu peso anterior e verificando se ele está apto para dar continuidade às sessões de quimioterapia. Dando prosseguimento às medições de sinais vitais, o paciente é encaminhado a uma das salas de infusão onde, já sentado em uma poltrona, será avaliada sua temperatura corporal, pressão e serão auscultados, com um estetoscópio, sua respiração e batimentos cardíacos. As enfermeiras checam ainda os resultados de exames laboratoriais realizados pelos pacientes, de forma a confirmar se eles estão aptos para o tratamento e a acompanhar a evolução do mesmo.

Em seguida, é feita a punção da veia do paciente para a realização da infusão. Para realizar estas atividades de medição dos sinais vitais e punção, normalmente as enfermeiras sentam-se em uma banqueta com rodízio junto à poltrona do paciente, e necessitam movimentar-se de forma a ter acesso ao paciente frontalmente e lateralmente. Geralmente a infusão é feita em uma das mãos do paciente ou, mais raramente, na região do tórax. Inicia-se então a medicação, sendo comum, no caso de quimioterapia, a aplicação de pré-quimioterápicos, para só então, efetivamente, começar com a medicação quimioterápica. Durante a infusão de medicação é comum a utilização pelos pacientes de um dos dois sanitários da Unidade.



Como os suportes de infusão têm rodízios em sua base, eles auxiliam na movimentação dos pacientes funcionando como um apoio. Finalizada a infusão de medicação, que pode variar de 30 minutos até 8 horas, a enfermeira retira a punção do paciente e novamente checka os sinais vitais, liberando-o para ir para casa. Antes de sair da Unidade, o paciente passa na recepção novamente para agendar sua próxima vinda.

Alguns pacientes vão para a Unidade apenas para receber injeções ou realizar exames laboratoriais – coleta de sangue – como parte dos tratamentos que estão fazendo. Nestes casos, a presença do paciente no local é curta, levando menos de uma hora. Mas a grande maioria vem de fato para realizar infusões demoradas.

O corpo de funcionários da Unidade restringe-se às enfermeiras e às recepcionistas.

Enquanto os pacientes estão realizando as infusões de medicação, algumas atividades são comumente realizadas pelas enfermeiras como: registrar informações do atendimento no computador ou em formulários impressos; organizar a sala; limpar as poltronas; guardar ou preparar medicações, suprimentos ou mesmo formulários; discutir o agendamento de pacientes ou a escala de trabalho junto às recepcionistas; preparar ou pegar bebidas ou lanches para os pacientes; e fazer as suas refeições na copa. Como as bombas de infusão utilizadas acionam uma sirene de alerta caso haja algum problema, as enfermeiras podem deslocar-se pela Unidade durante o procedimento.

As recepcionistas realizam as seguintes atividades: agendamento dos pacientes; preparo de documentação; solicitação e busca de medicação junto à Farmácia do Hospital; encaminhamento do sangue coletado para realização de exames no Laboratório do Hospital.

Como os pacientes vêm para o local em dia e horário agendados, raramente eles esperam mais de uma hora pelo atendimento. Segundo as funcionárias, a espera mais prolongada só ocorre em casos raros, como quando o paciente se esquece de confirmar a vinda e, conseqüentemente, tem que aguardar pela preparação da medicação que é feita pela Farmácia do Hospital. Sendo curta a espera e prolongada a realização de medicação intravenosa, a maior permanência do paciente na Unidade se dá, realmente, nas Salas de Infusão.

A observação demonstrou que nessa Unidade também não são muitas as possibilidades de distração positiva para os pacientes. Entre elas, incluem-se: a realização de leituras, dispondo-se de revisteiros em todas as salas de tratamento e na sala de espera; a realização

de pequenos lanches, trazidos de casa ou da copa pelas funcionárias, na própria poltrona de atendimento, utilizando-se dos seus suportes laterais; estar com acompanhantes, sendo que acomodá-los no ambiente é por vezes difícil pela falta de espaço e de poltronas para os mesmos; assistir a DVD em aparelho móvel e individual levado até o paciente; interagir com os demais usuários da Unidade; conversar com voluntários; e dormir. Uma vez por semana, um cachorro treinado é levado para a Unidade para interagir com os pacientes e disponibilizam-se serviços de massagista.

A observação indicou que dormir, ler revistas e estar com acompanhantes são as distrações positivas mais frequentes nesta Unidade. Segundo as profissionais de saúde, algumas medicações deixam o paciente em estado de sonolência. No entanto, a organização da sala não permite ao paciente dispor de maior privacidade ou controle sobre as condições ambientais, ajustando-as para dormir, por exemplo, reduzindo níveis de iluminação ou controlando ruídos.

Uma enfermeira destacou a importância das distrações positivas ao fazer comentários sobre o ambiente físico da unidade: “Quase não há nada para os pacientes fazerem. Se o paciente fica 30 minutos em tratamento, uma revista para passar o tempo é o suficiente. Mas alguns pacientes, como ela, ficam de 6 a 8 horas... e aí é preciso ter algo para se fazer. É simplesmente horrível ficar olhando para as paredes o dia inteiro.

Na outra Unidade em que eu trabalhava, havia 2 televisores. O paciente não podia controlar a programação, mas ao menos tinha algo para fazer. Na unidade de quimioterapia pediátrica do Hospital, há televisores individuais para cada paciente. Eu sei que isso é caro, mas é importante.

Se o paciente não estiver se sentindo confortável no ambiente, até a sua relação com os profissionais de saúde será diferente e pior. Por melhor que nós os tratemos, se eles estiverem desconfortáveis, ficarão também insatisfeitos conosco!”<sup>46</sup>

Por meio da observação, foi possível ainda registrar alguns aspectos do ambiente que pareceram inadequados para as atividades que lá ocorrem. Entre eles, incluem-se:

- as poltronas de infusão estão posicionadas muito próximas umas das outras o paciente, o que compromete a privacidade do paciente e a circulação das enfermeiras ao seu redor durante o atendimento;

46 Informação verbal obtida junto a uma das enfermeiras da Unidade, durante a realização da observação direta e sistemática do comportamento dos usuários no ambiente.

- a área do ambiente não é suficiente para acomodar confortavelmente a circulação de cadeirantes;
- falta espaço e mobiliário para acomodar os acompanhantes nas salas de infusão;
- a falta de privacidade também faz com que muitos pacientes sussurrem ao conversar com acompanhantes ou com as enfermeiras, seja por receio de incomodar os outros ou por não desejarem se expor. Talvez por isso também, é comum que pacientes e acompanhantes passem mais tempo em silêncio e lendo revistas do que interagindo;
- o fato de tratar-se de ambientes coletivos também expõe ao olhar de todas as circunstâncias nas quais maior privacidade seria desejável, como o atendimento emergencial de pacientes, o que foi observado no local;
- boa parte das poltronas não está voltada para o exterior e, de qualquer modo, o visual para o exterior corresponde a uma área de estacionamento, sendo de pouco interesse;
- as janelas não se abrem para o exterior, não há ventilação natural e a iluminação natural é limitada por persianas que visam melhorar as condições de privacidade dos pacientes;
- embora as poltronas tenham pequenos apoios laterais e também haja um ou dois criados-mudos por sala, falta um móvel específico para apoiar ou guardar objetos pessoais, como bolsa ou um computador. Nas observações, verificou-se que a maioria dos pacientes colocava os objetos pessoais no chão, ao lado da poltrona;
- falta uma copa que pudesse ser diretamente usada pelos pacientes ou por acompanhantes;
- faltam banheiros, pois em alguns momentos chega a formar fila para sua utilização;
- falta um vestiário para os funcionários, ocasionando o acúmulo de funções no Laboratório;
- as escrivaninhas, usadas como posto de enfermagem, são pequenas para apoiar todos os utensílios necessários às atividades das enfermeiras.

Alguns pontos positivos também foram constatados na observação, como:

- a disponibilidade de suportes laterais nas poltronas dos pacientes, os quais permitem apoiar pequenos lanches, revistas e livros;

- a existência de um quarto de isolamento para pacientes que queiram ou necessitem estar sós durante a infusão;
- a disponibilidade de uma copa bem equipada para uso pelos funcionários;
- a existência de um local para realização de injeções ou coleta de sangue para exames laboratoriais, separadamente das salas de infusão.

### 6.3.3 MAPEAMENTO VISUAL

#### 6.3.3.1 Sobre a aplicação do método

A aplicação do Mapeamento Visual foi realizada conjuntamente com o Poema dos Desejos, durante os intervalos das Observações diretas e sistemáticas. Desse modo, buscou-se conseguir uma amostra mais expressiva de pacientes dentro das possibilidades do cronograma da pesquisa. Ambos os métodos foram aplicados nos dias 10 e 11 de novembro de 2009.

A pesquisadora chegava ao Hospital pela manhã por volta das 8 horas. Antes do início da aplicação era realizada uma pequena introdução da pesquisa aos possíveis participantes, e solicitava-se a sua autorização para o trabalho por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo está disponível no ANEXO 6. Nesse momento, a pesquisadora explicava do que se tratava a pesquisa e de como poderiam ser preenchidos os formulários (FIG. 108), além de esclarecer que a participação não era obrigatória.

A maioria dos pacientes consultados concordou em participar. Mais difícil foi conseguir a participação daqueles que permaneciam por pouco tempo, como os que foram apenas para tomar uma injeção ou a maioria dos acompanhantes, os quais apenas passavam por lá para buscar ou levar seus entes em tratamento. Além disso, havia momentos de maior concentração de pacientes, como as manhãs, nos quais não havia tempo suficiente para entrevistar a todas as pessoas presentes.

Assim como no Hospital Regional, aos que concordaram, era colocada a possibilidade de que eles mesmos fizessem suas anotações ou então de que o registro escrito fosse feito pela pesquisadora. A maioria dos pacientes preferiu fazer as anotações sozinha, possivelmente porque os participantes eram, em geral, aqueles cujos tratamentos demandavam muito tempo ocioso na Unidade.



### 6.3.3.2 Resultados do Mapeamento Visual – percepção de pacientes e acompanhantes

Neste método, foi obtida a participação de 30 usuários do ambiente, sendo 25 pacientes e 5 acompanhantes. A maioria dos respondentes não preencheu a primeira pergunta correspondente a quais os ambientes que eles mais utilizam. Possivelmente, muitos deles não perceberam a presença desta pergunta e dirigiram suas atenções diretamente à avaliação dos ambientes junto à planta-baixa. Para os 6 respondentes, as Salas de Infusão são os ambientes mais usados. No entanto, a própria incidência de uma maior quantidade de registros escritos feitos pelos participantes em ambientes como as Salas de Infusão confirma estes resultados. Por exemplo, foram muito poucos os comentários sobre os ambientes de apoio como a copa, cujo uso é restrito aos funcionários.

No Mapeamento Visual desta Unidade de Infusão, predominaram avaliações positivas do ambiente em relação a negativas. Foram 72 comentários positivos – 60% do total - e 49 negativos – 40%.

As **salas de infusão** foram os ambientes que mais receberam observações e, ao contrário da avaliação geral da Unidade, predominaram observações negativas. Os comentários negativos totalizaram 24 (GRÁFICO 11). Entre eles, os 2 mais frequentes, totalizando 12 anotações ou 50% das avaliações negativas, dizem respeito ao problema da falta de privacidade e a falta de equipamentos que poderiam constituir distrações positivas para os pacientes. Os pacientes apontaram que se sentem muito expostos nestes ambientes, o que dificulta o diálogo com as enfermeiras sobre a sua condição de saúde, inclusive impedindo que se faça um relato completo e verdadeiro. Outra paciente comentou que fica receosa de contrair doenças contagiosas de outros pacientes por estar imunodeprimida e, por isso, imagina que o ideal seria poder fazer o tratamento em um ambiente isolado. Foi ainda comentado que, se houvesse ambientes mais privativos, tornar-se-ia mais fácil acomodar acompanhantes e dar suporte a distrações positivas, já que hoje há poucas atividades que os acompanhantes podem fazer na Unidade enquanto esperam. Como solução para a falta de privacidade, foi sugerida a utilização de divisórias entre as poltronas.

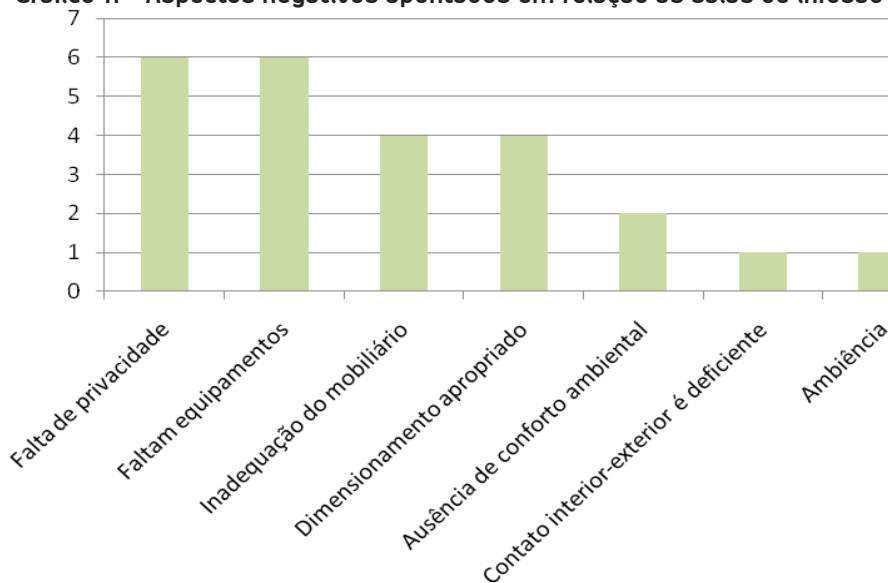
Também muito comentada foi a falta de equipamentos nos ambientes da Unidade, especialmente daqueles relacionados a distrações positivas, como aparelho de som (rádio

ou CD), televisor e sistema *wireless* para internet, que permitissem aos pacientes e acompanhantes realizar algumas atividades em paralelo à infusão.

Em ordem decrescente de número de vezes em que foram mencionadas, encontram-se ainda os seguintes aspectos negativos:

- mobiliário deficiente: faltando acomodações para acompanhantes, poltronas mais confortáveis para os pacientes, escrivaninhas maiores para as enfermeiras, além de haver a necessidade de retirar cortinas divisórias das salas que não funcionam e de disponibilizar leitos além das poltronas de infusão, o que foi comentado 4 vezes, representando 16% do total;
- as dimensões são insuficientes: os ambientes são pequenos para o mobiliário atual, dificultando receber acompanhantes, o que também recebeu 4 comentários ou 16% do total;
- conforto ambiental: pacientes queixaram-se de desconforto térmico por frio e da restrição no acesso da iluminação natural devido às persianas, mencionado 2 vezes ou 9% do total;
- contato interior-exterior: um paciente queixou-se do visual para o estacionamento, mencionado 1 única vez, ou 4,5% do total;
- ambiência: um paciente queixou-se da presença de pilares aparentes nas salas de infusão, mencionado 1 única vez, ou 4,5% do total.

Gráfico 11 – Aspectos negativos apontados em relação às salas de infusão

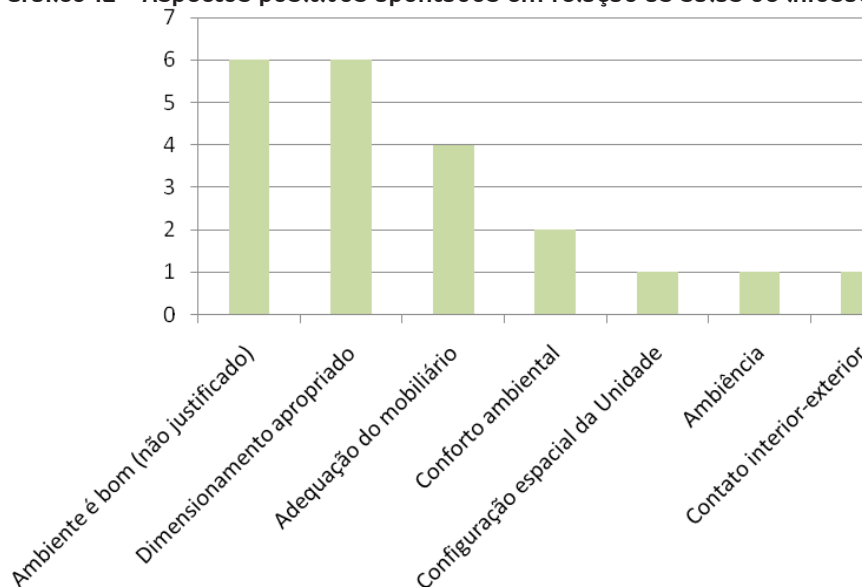


Fonte: o autor, 2009.

Entre os 21 aspectos positivos (GRÁFICO 12) mencionados para as **salas de infusão**, incluem-se 6 avaliações não justificadas. Dentre os argumentos associados às demais avaliações positivas, o mais frequente – também com 6 menções ou 28% do total – refere-se às dimensões dos ambientes, que foram consideradas apropriadas para a acomodação do número atual de cadeiras de atendimento. E 2 pacientes destacaram que gostam do tamanho atual das salas com até 6 poltronas de atendimento cada, pois entendem que ambientes maiores com mais poltronas seriam incômodos.

O segundo aspecto positivo mais destacado das Salas de Infusão foi o mobiliário, com 4 menções ou 19% do total, apontando-se que os pacientes dispõem de cadeiras confortáveis, que reclinam e têm mesas laterais. Além disso, tem-se acesso fácil a travesseiros e cobertores. Foram ainda mencionados, em ordem decrescente de frequência: o conforto ambiental, sendo a iluminação considerada boa – 2 menções ou 9,5% do total; a organização geral da unidade, dispondo-se de banheiros próximos às salas de infusão – 1 menção ou 4,7% do total; a ambiência, sendo apreciadas as cores e acabamentos – 1 menção ou 4,7% do total; e o contato interior-exterior, através das amplas janelas – 1 menção ou 4,7% do total.

Gráfico 12 – Aspectos positivos apontados em relação às salas de infusão



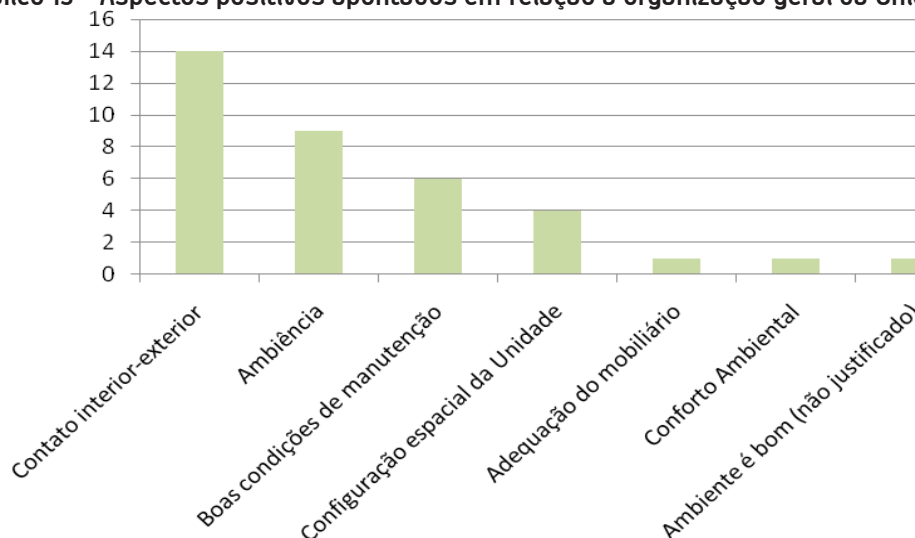
Fonte: o autor, 2009.

O segundo maior total de comentários obtidos no Mapeamento Visual não foi direcionado a um ambiente em específico, mas sim a aspectos variados da **configuração geral da**



**Unidade**, isto é a todos os ambientes ou à maior parte deles. Foram 19 comentários positivos (GRÁFICO 13) e apenas 7 negativos. As avaliações positivas foram atribuídas a aspectos como: o contato interior-exterior, através das amplas janelas – 4 menções ou 21% do total; a ambiência da Unidade, com suas cores suaves, quadros e plantas – 4 menções ou 21% do total; a manutenção, pois a Unidade foi apontada como muito limpa e bem organizada – 3 menções ou 15,7% do total; a organização geral da Unidade com salas de infusão de tamanhos distintos que permitem aos pacientes decidirem se querem estar em ambientes mais privativos ou não – 3 menções ou 15,7% do total; o mobiliário considerado confortável – 2 menções ou 10,5% do total; o conforto ambiental, sendo a Unidade considerada silenciosa e com boa iluminação natural – 2 menções ou 10,5% do total; além de 1 avaliação positiva não justificada – 4,6% do total.

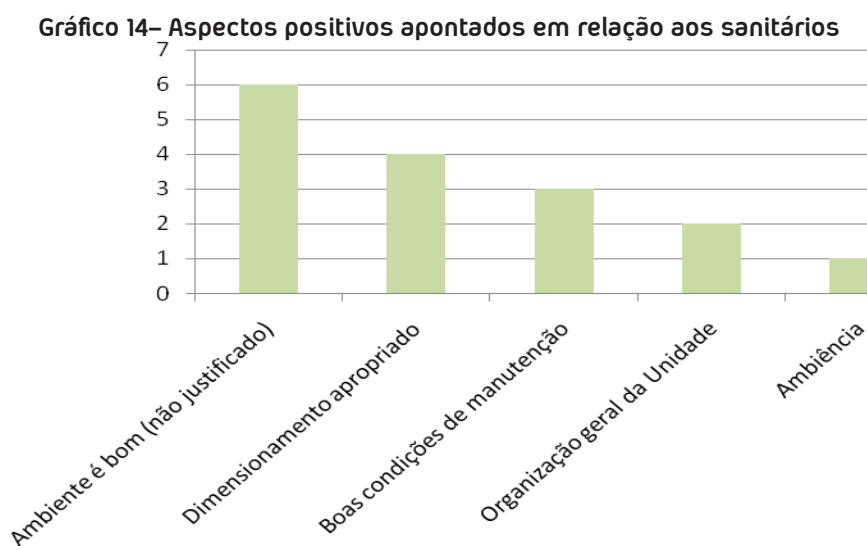
Gráfico 13 – Aspectos positivos apontados em relação à organização geral da Unidade



Fonte: o autor. 2009.

Entre os argumentos associados às avaliações negativas da **configuração geral da Unidade** – 7 ao total – estão: a ambiência, tendo sido a imagem do local considerada tipicamente hospitalar e institucional, com cores pouco luminosas e tristes, e o mobiliário pouco atraente – num total de 4 comentários ou 57%; o dimensionamento, sendo as portas e circulações consideradas estreitas para a passagem de cadeirantes – mencionado 1 única vez ou 14%; a organização geral da Unidade, pois faltam ambientes de apoio que permitam a atuação de psicólogo e assistente social – mencionado 1 única vez ou 14%; e a manutenção, pois um paciente queixou-se que o bebedouro do corredor ficou quebrado durante muito tempo – mencionado 1 única vez ou 14%.

Os **sanitários** apareceram como o terceiro local mais comentado, totalizando 19 anotações. Houve 16 comentários positivos, sendo 6 deles não justificados – 37% do total (GRÁFICO 14). Dentre os argumentos associados às avaliações positivas, incluem-se: o dimensionamento amplo que favorece a utilização por cadeirantes – 4 comentários ou 25% do total; a manutenção, já que os banheiros estão sempre muito limpos – 3 comentários ou 18,7% do total; a organização geral da Unidade, já que os banheiros existem em quantidade suficiente – 2 comentários ou 12,5% do total; e sua aparência, a qual foi considerada referida como sendo agradável – 1 comentário ou 6,3% do total. Apenas 3 comentários foram negativos, entre eles: a falta de sanitários; o conforto ambiental, sendo a ventilação avaliada como insuficiente; e a privacidade, porque o banheiro situado dentro da sala de infusão não tem bom isolamento acústico.

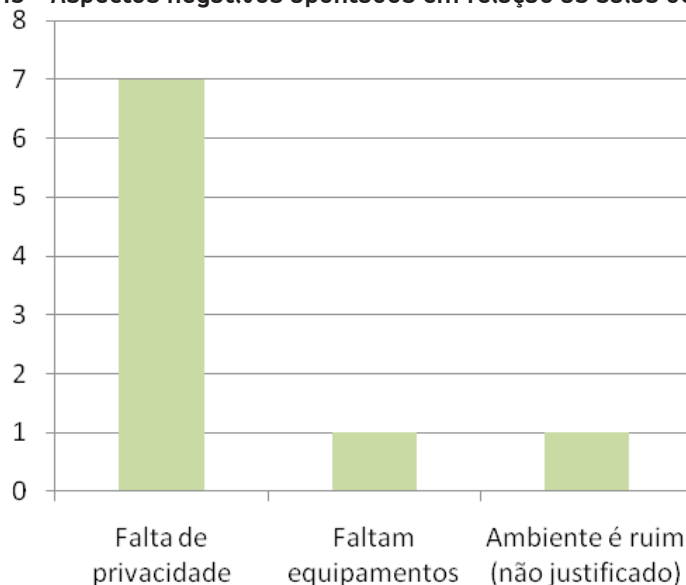


Fonte: o autor, 2009.

O quarto ambiente com maior número de observações – 17 ao total - foi a **sala de espera**. Foram 9 os comentários negativos (GRÁFICO 15), destacando-se, dentre eles, o seu dimensionamento, mencionado 7 vezes ou 77% do total, o qual foi considerado insuficiente para acomodar as pessoas e o mobiliário e ainda permitir a movimentação com cadeiras de rodas. Foi mencionada 1 única vez por um respondente a falta de um aparelho de televisão, ao qual ele gostaria de poder assistir enquanto aguarda ser chamado para o atendimento. Uma das avaliações negativas não foi justificada. Dentre as 8 avaliações positivas, 4 não foram justificadas – 50% do total – e as demais incluíram: o conforto ambiental, referente à temperatura da sala – 1 menção ou 12,5% do total; o mobiliário confortável – 1 menção ou 12,5% do total; a ambiência aconchegante devido

aos quadros e aos revisteiros – 1 menção ou 12,5% do total; e a organização geral da Unidade, devido à separação entre a área de recepção e a sala de espera, o que impede que as pessoas aguardando sejam induzidas a ver o que se passa no interior da Unidade de infusão – 1 menção ou 12,5% do total.

Gráfico 15 – Aspectos negativos apontados em relação às salas de espera



Fonte: o autor, 2009.

O quinto ambiente mais comentado foi a **recepção**, com 4 comentários positivos e 2 negativos: 3 pessoas – 75% do total das avaliações negativas – destacaram que a posição centralizada deste ambiente na Unidade e sua abertura para o corredor facilitam o acesso à recepcionista; 1 pessoa – 25% do total – comentou que falta na Unidade um ambiente fechado para atividades administrativas, proporcionando privacidade na realização das mesmas; e outra pessoa achou que a área de recepção deveria ser maior.

Outros 3 ambientes receberam 2 comentários cada: as circulações avaliadas como sendo boas, embora não se tenha justificado o porquê; e a copa e quarto de isolamento, sendo que ambos foram tanto avaliados com sendo bons, quanto como sendo muito pequenos.

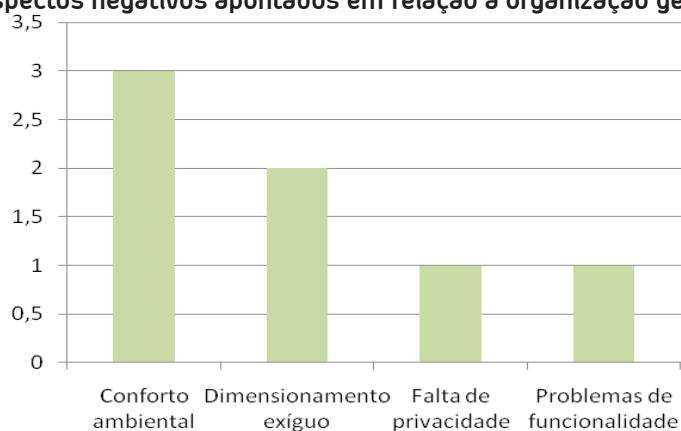
### 6.3.3.3 Resultados do Mapeamento Visual – percepção dos funcionários

Na aplicação do método de Mapeamento Visual aos funcionários da Unidade, participaram: cinco enfermeiras, uma recepcionista e uma voluntária. A maioria respondeu que utiliza todos os ambientes da Unidade frequentemente.

Houve 25 comentários negativos – aproximadamente 80% do total – e 6 positivos – 20%. A maior prevalência de avaliações negativas por parte dos funcionários, comparativamente aos resultados obtidos com pacientes, pode estar relacionada ao fato de que alguns pacientes podem ter se sentido constrangidos em preencher os formulários na presença de funcionários, pois faziam questão de verbalizar para estes como se sentiam bem atendidos e acolhidos na Unidade. Embora o atendimento e as relações interpessoais não estivessem sendo avaliadas, pode-se perceber que alguns pacientes confundiram a avaliação do ambiente com a avaliação do tratamento recebido, assim como já havia ocorrido no estudo de caso feito no Brasil.

A **organização geral da unidade** recebeu mais comentários do que qualquer ambiente em específico, totalizando 10 observações (GRÁFICO 16). Sendo que 70% desse total – 7 comentários – foram negativos, incluindo: problemas relativos ao conforto ambiental, decorrentes de deficiências no sistema de climatização artificial, gerando situações de desconforto por calor no verão e por frio no inverno – 3 comentários ou 42% do total; o dimensionamento insuficiente dos ambientes para a demanda de pacientes, de mobiliário e acomodação de cadeirantes – 2 comentários ou 28,5% do total; a falta de privacidade acústica devido aos panos de vidro da fachada que transmitem ruídos internos e externos – 1 comentário ou 14,2% do total; e a funcionalidade, pois estariam faltando áreas de depósito – 1 comentário ou 14,2% do total. Dos 3 comentários positivos, em relação à organização geral da unidade, incluem-se: o contato interior-exterior, através das amplas janelas que proporcionam visuais externos e iluminação natural; a ambiência, tendo sido apreciada a decoração dos ambientes por meio dos quadros e das cores das paredes; o dimensionamento, no que se refere à escala e ao porte da Unidade, que por ser pequena favorece a fácil locomoção e o contato entre as funcionárias.

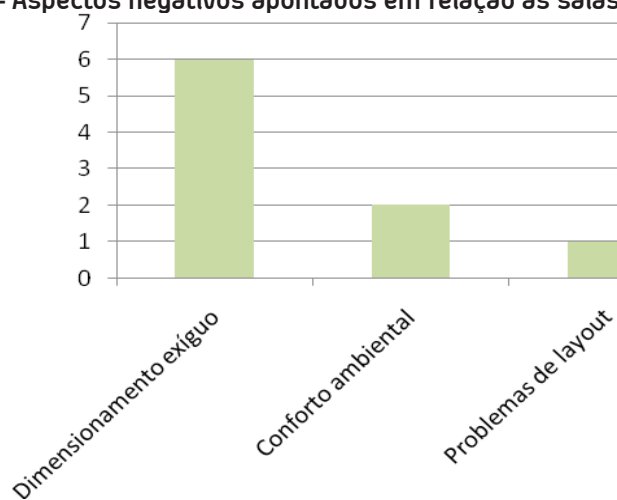
Gráfico 16 – Aspectos negativos apontados em relação à organização geral da Unidade



Fonte: o autor, 2009.

O segundo tipo de ambiente mais comentado foram as **salas de infusão**, com 9 observações, todas negativas (GRÁFICO 17): 6 respondentes – 66% do total – destacaram que o dimensionamento destas salas deveria ser maior, permitindo acomodar mais cadeiras de atendimento e dispor de mais espaço livre entre elas; também foi comentado por 2 respondentes – 22% do total – que o conforto ambiental, em especial o térmico, é problemático, pois é difícil controlar a temperatura na Unidade; 1 pessoa – 11% do total – fez um comentário em relação às pias destas salas, que por serem posicionadas nos cantos, às vezes, são difíceis de se acessar. Na verdade, esse problema relaciona-se também ao dimensionamento insuficiente dos ambientes frente à quantidade de mobiliário, limitando a circulação no local.

Gráfico 17 – Aspectos negativos apontados em relação às salas de infusão



Fonte: o autor, 2009.

A **copa** recebeu 4 comentários, sendo todos eles referentes ao seu dimensionamento insuficiente diante da demanda de uso, especialmente se houver necessidade de fazer reuniões lá.

O **laboratório** (sala de coleta de sangue e aplicação de injeções) recebeu 3 comentários, sendo 2 negativos devidos à sobreposição de funções no local e ao dimensionamento insuficiente. Apenas 1 pessoa avaliou positivamente o ambiente, sem justificar o porquê.

Os **sanitários** foram avaliados positivamente por 1 pessoa, sem justificativa. Outra respondente avaliou negativamente, devido ao problema de falta de privacidade acústica do sanitário que se situa dentro de uma das salas de infusão, do qual se podem ouvir todos os ruídos.

**Depósito de DVDs, sala de utilidades, depósito de suprimentos limpos, depósito de material de limpeza, quarto de isolamento e sala de espera** receberam uma avaliação positiva cada, sem ter sido justificada.

O **depósito de cobertores** foi avaliado negativamente, sem justificativa. Possivelmente o tamanho do espaço hoje disponível seja insuficiente para a quantidade de cobertores a serem armazenados, já que a cada uso os cobertores tem que ser higienizados e substituídos.

As **circulações** também foram avaliadas negativamente, tendo sido sua área considerada insuficiente especialmente para a circulação de cadeirantes.

## 6.3.4 POEMA DOS DESEJOS

### 6.3.4.1 Sobre a aplicação do método

O Poema dos Desejos foi aplicado logo em seguida ao Mapeamento Visual, nos dias 10 e 11 de novembro de 2009, de forma a seguir a mesma sequência metodológica utilizada no Brasil. Tendo em vista que, no primeiro estudo de caso, algumas pessoas confundiram a finalidade dos dois instrumentos e forneceram respostas muito similares para ambos, no estudo feito no Long Beach Memorial Medical Center, a pesquisadora buscou ser ainda mais clara na explicação oral que fez de cada método ao entregar os formulários.

Apesar de terem sido entregues às mesmas pessoas, nem todos os respondentes retornaram os dois formulários. Na aplicação do Poema dos Desejos um total de 19 participações de pacientes, 8 de acompanhantes, e 7 de funcionárias, sendo 5 enfermeiras, 1 recepcionista e 1 voluntária.

Assim como no estudo de caso do Hospital Regional, apenas 1 participante dos 34 optou por expressar-se por meio de desenhos. Todos os demais preferiram registrar por escrito suas percepções do que seria desejável para uma Unidade de Hospital-Dia, possivelmente por acharem mais fácil se expressar desse modo (FIG. 109).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY  
PH.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

SHORT STAY UNIT - WISH POEMS

TOWN: Long Beach - CA HOSPITAL: Long Beach Memorial Medical Center UNITY: Infusion Center  
DATE: 11/11/2009 HOURS: 10:00 USER: [ ] Patient [x] Companion [ ] Nurse [ ] Physician [ ]

Dear Sir/Madam, this survey is part of a Ph.D. research in Health Care Architecture. The research aims at understanding the expectations of patients, staff members and companions about the design and physical conditions of the environment.  
We would like you to participate in this study by answering the questions below. Your participation is appreciated and will be essential for the success this study.

We would like you to freely describe what an ideal physical environment for this unit would be like. Feel comfortable to draw or to write whatever you think is relevant. You do not need to identify yourself. Thank you!

"I wish this Infusion Center (was or had)..."

1. Larger waiting room with better ventilation (windows would be nice)
2. Infusion rooms need more privacy, more space between chairs with small T.V. monitor attached to chairs
3. a private room with bed for longer transfusions (5 or more hours)

The staff is wonderful!

Thank you very much for your help.  
Wish Poems

**Figura 109** – Imagem de formulário de Poema dos Desejos preenchido  
Fonte: o autor, 2009.

Embora não tenham sido verificadas dificuldades significativas em sua aplicação, alguns pacientes expressaram-se muito sinteticamente, escrevendo pouco mais de uma frase, enquanto outros forneceram descrições detalhadas. Pôde-se constatar que, quando o paciente pedia à pesquisadora para fazer os registros escritos, geralmente era possível obter uma maior variedade de comentários, mesmo porque, se instigava o respondente a aprofundar e a detalhar sua resposta. Constatou-se ainda que, para muitos pacientes, o

próprio ato de responder sozinho aos formulários pode ser um pouco complicado, já que uma das mãos geralmente está ocupada durante a infusão e é difícil movimentá-la. Nesse sentido, acredita-se que, sempre que possível, é válida a presença dos pesquisadores e sua participação na realização dos registros por escrito para auxiliar os participantes que assim o preferam.

Como no caso do Mapeamento Visual, os resultados de pacientes e acompanhantes foram analisados separadamente em relação aos dos funcionários. Segue abaixo uma síntese das recomendações no sentido de descrever como deveria ser a Unidade de Hospital-Dia na percepção dos respondentes, de modo a auxiliar o desenvolvimento de projetos futuros.

#### 6.3.4.2 Resultados do Poema dos Desejos – pacientes e acompanhantes

A descrição da Unidade de Infusão, que segue, foi organizada de acordo com a frequência com que foram citadas as recomendações pelos respondentes. Os ambientes são apresentados no texto em ordem decrescente em relação ao número de vezes em que foram mencionados. As recomendações específicas de cada ambiente também foram organizadas por ordem decrescente de vezes em que foram comentadas.

A **sala de infusão** foi o ambiente mais frequentemente mencionado, totalizando 43 comentários. A sugestão mais comum, feita por 10 respondentes, foi a de que essa sala deveria dispor de monitores de televisão individuais e fones de ouvido para cada paciente, além de aparelhos de som e sistema de internet *wireless*. O segundo aspecto mais mencionado para a sala de infusão – 8 respondentes – foi a privacidade dos pacientes. Houve sugestões como dispor de quartos privativos para pacientes que fazem infusões prolongadas, e prever maior espaçamento entre as poltronas dos pacientes, bem como sua separação por cortinas divisórias. Além disso, 5 pacientes fizeram sugestões relativas à ambiência, como a utilização de piso de madeira, diferentes cores na pintura das paredes e disposição de vasos com plantas no interior da Unidade; 5 pacientes destacaram a importância de dispor de: cadeiras para acompanhantes, cadeiras reclináveis para os pacientes, mobiliário que dê suporte à utilização de computadores, leitos e luminárias individuais; 5 pacientes apontaram que as salas de infusão deveriam ser dimensionadas de tal modo a acomodar confortavelmente pacientes e acompanhantes; 5 pacientes destacaram a importância de se assegurar um bom sistema de climatização artificial, com fácil controle; 4 pacientes destacaram ainda a



importância do contato interior-exterior; e 3 pacientes comentaram haver a necessidade de dispor de mais postos de Enfermagem e de localizá-los centralmente nas salas de infusão.

A **sala de espera** foi o segundo ambiente mais mencionado – 8 comentários no total; sendo que 2 respondentes destacaram a importância de se dispor de uma boa ventilação natural neste local. Foram ainda sugeridos para esse ambiente: grandes dimensões, organização em um átrio com iluminação natural e plantas, previsão de janelas voltadas para um jardim, disponibilidade de cadeiras confortáveis e de acomodações para crianças que acompanhem os pais em tratamento.

O terceiro ambiente que mais recebeu comentários foi o **sanitário**: 2 respondentes destacaram que deveria haver 1 ou mais sanitários para cada sala coletiva de infusão.

O restante dos comentários – 10 – refere-se não apenas a um ambiente específico, mas descrevem aspectos desejáveis à **organização geral da Unidade**. Foi destacado, por 3 respondentes, que a descentralização dos serviços de saúde, através de Unidades de Infusão localizadas fora de edificações hospitalares tem aspectos positivos e negativos. Como aspecto positivo foi apontada a aproximação dos mesmos em relação à comunidade atendida, facilitando o acesso pelo paciente. Como aspecto negativo, foi destacado o afastamento da Unidade em relação a serviços complementares que são realizados dentro do hospital. Por esses motivos, foi sugerido que, sempre que possível, essa Unidade fosse localizada perto de serviços como: o Laboratório de Análises Clínicas do Hospital, onde pacientes necessitam buscar resultados de seus exames; da Farmácia, de forma a reduzir o tempo de espera na preparação da medicação; e da Unidade de Radioterapia, utilizada complementarmente à quimioterapia em muitos tratamentos. Foi comentado ainda que seria desejável dispor de consultório médico dentro da unidade, para o atendimento dos pacientes quando necessário. Foi mencionado, por 3 respondentes, aspectos relativos à ambiência da Unidade como um todo, descrevendo-a como um local muito agradável, com paredes coloridas, e com uma imagem moderna e preferencialmente não hospitalar. Aspectos relativos à privacidade, como a disponibilização de todas as informações dos pacientes apenas por meio digital (*paperless*) e a previsão de um ambiente para que pacientes pudessem conversar com enfermeiras, assistente social e psicóloga, foram sugeridos por 2 respondentes. Ainda 1 respondente mencionou que se deveria priorizar pisos como manta vinílica ou madeira, porque o carpete dificulta a circulação com cadeira de rodas e a movimentação do suporte de infusão. E 1 respondente mencionou que materiais e mobiliário da Unidade devem se caracterizar pela facilidade de limpeza e de manutenção

### 6.3.4.3 Resultados do Poema dos Desejos – funcionários

Na descrição do que seria desejável para uma Unidade de Infusão, feita pelas funcionárias, assim como na feita pelos pacientes e acompanhantes, a **sala de infusão** foi o ambiente mencionado com maior frequência. Das 24 sugestões feitas para este ambiente, 9 referiam-se à disponibilidade de cobertores elétricos, aparelhos televisores, som e roteador *wireless* para internet. Dentre as demais sugestões, 6 funcionárias imaginam uma sala de infusão dimensionada de tal modo a acomodar acompanhantes e facilitar a circulação junto às poltronas dos pacientes. Foi sugerida, por 2 funcionárias, a presença de grandes aberturas para um jardim que pudesse ser acessado pelo paciente durante a infusão. Outras 2 funcionárias recomendaram que as bombas de infusão e aparelhos para medir pressão pudessem ser fixados diretamente na parede atrás da poltrona dos pacientes, desobstruindo as circulações. Foi recomendado por 2 funcionárias que houvesse quartos privativos de infusão, assim como divisórias nas salas coletivas. Foram ainda recomendadas: portas de correr nos armários utilizados pelas enfermeiras, reduzindo o risco de acidentes e facilitando o uso; e disponibilidade de cadeiras para acompanhantes e de luminárias com luz indireta e *dimmers*.

O segundo ambiente mais frequentemente mencionado na descrição do que seria desejável para uma Unidade de Infusão foi a **copa dos funcionários**, sendo que 5 das 6 recomendações referem-se a planejá-lo com dimensionamento suficientemente amplo, de forma a dar suporte às refeições e ao descanso das funcionárias, bem como dispor de muito espaço para armazenagem de alimentos.

O terceiro ambiente mais mencionado corresponde aos **sanitários**. As funcionárias entendem que, para uma Unidade de aproximadamente 20 poltronas de infusão, deveria haver pelo menos 3 sanitários, sendo um de uso exclusivo delas.

O quarto ambiente mais mencionado foi o **depósito**: 3 respondentes destacaram que uma Unidade de Infusão deveria ser provida de depósitos com grandes dimensões.

Foram mencionados, em menor frequência que seria desejável dispor de:

- uma **copa** para uso exclusivo de pacientes e acompanhantes, destacado por 2 funcionárias;
- uma **sala de coleta de sangue**, observado por 2 funcionárias;

- uma **sala de espera ampla**, mencionado por 2 funcionárias;
- **corredores** e **portas** suficientemente largos para acomodar facilmente a movimentação de cadeirantes e pessoas com andadores, destacado por 1 funcionária.

Foram feitas ainda algumas sugestões em relação à **organização geral da Unidade** como: proximidade com o setor de Farmácia da Instituição; disponibilidade de uma máquina de gelo; dimensionamento suficientemente amplo de todos os ambientes; disponibilidade de quadros e gravuras nas paredes e de um sistema eficiente de climatização artificial.

### 6.3.5 QUESTIONÁRIOS E SELEÇÃO VISUAL

#### 6.3.5.1 Sobre a aplicação dos métodos

Assim como no estudo de caso feito no Brasil, os formulários foram entregues aos respondentes – pacientes, acompanhantes e funcionárias – para serem preenchidos por eles como questionários. Apenas para pacientes e acompanhantes que por algum motivo preferiam que a pesquisadora fizesse as perguntas e registrasse as respostas, o instrumento foi aplicado como uma entrevista.

O método foi aplicado nos dias 12 e 13 de novembro de 2009, durante os períodos da manhã e da tarde. A aplicação era iniciada nos primeiros horários de funcionamento da Unidade, já que era no período da manhã que se concentrava um maior número de atendimentos.

Utilizou-se o mesmo formulário testado no Brasil, tendo sido realizados apenas os ajustes mínimos necessários para sua melhor compreensão, quando da tradução do português para o inglês. Também se optou por eliminar alguns dos espaços em branco para respostas discursivas complementares às respostas de múltipla escolha, mudança esta sugerida pela banca de qualificação.

Assim como no Brasil, foi aplicado um modelo de formulário mais reduzido para os funcionários em relação ao dos pacientes, contendo apenas dez perguntas, já que se verificou ser limitada a disponibilidade de tempo dos funcionários para participação na pesquisa.

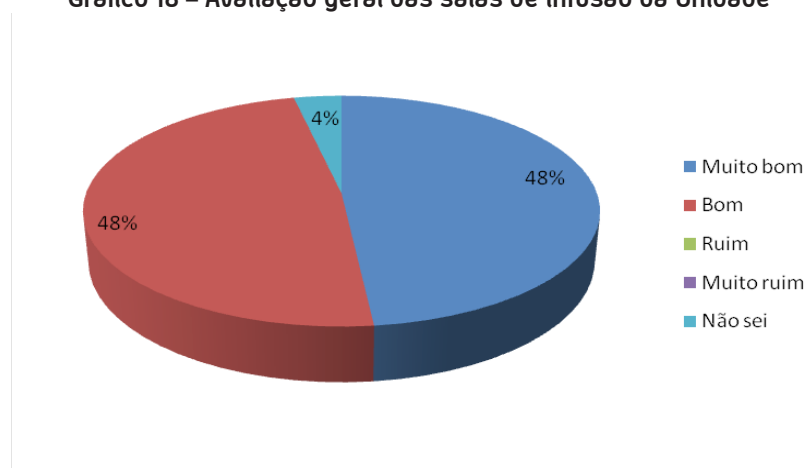
Antes de iniciar a aplicação, a pesquisadora apresentava-se aos respondentes, introduzindo a pesquisa e o instrumento, e solicitava sua participação. A participação de pacientes e acompanhantes, assim como no Brasil, deveria ser autorizada pelos mesmos por meio de sua assinatura em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A maioria dos pacientes e acompanhantes consultados concordou em realizar o seu preenchimento e não manifestaram queixas ou dúvidas. A grande maioria dos respondentes dos questionários eram pessoas que não estavam na Unidade nos dias anteriores e, portanto, este foi o primeiro método com que tiveram contato.

### 6.3.5.2 Resultados dos Questionários – pacientes e acompanhantes

A aplicação dos questionários totalizou 29 respondentes, sendo 23 pacientes e 6 acompanhantes.

Na primeira pergunta, solicitava-se ao respondente que expressasse sua opinião em relação ao ambiente da sala de medicação do Hospital-Dia. Não houve nenhuma avaliação negativa da sala: 14 respondentes avaliaram a sala como sendo “muito boa”, 14 como sendo “boa” e apenas 1 pessoa respondeu “eu não sei” (GRÁFICO 18).

Gráfico 18 – Avaliação geral das salas de infusão da Unidade



Fonte: o autor, 2009.

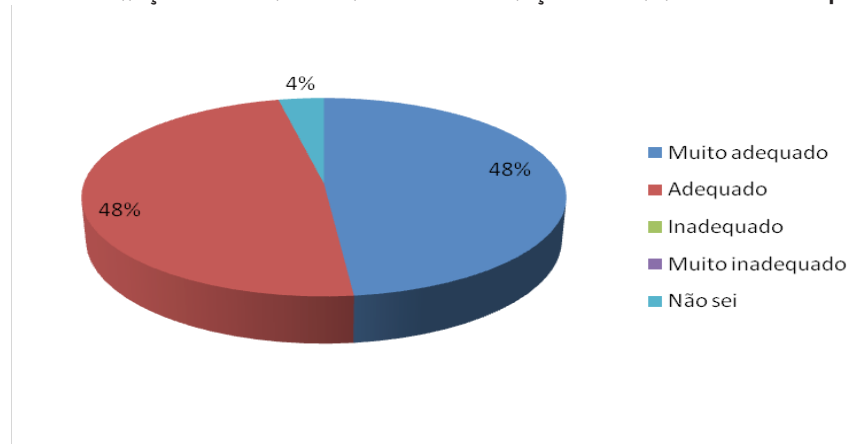
Na pergunta seguinte, de resposta aberta, questionava-se quais os 3 aspectos da sala de medicação que o usuário mais gostava. Foram vários os aspectos positivos apontados, alguns dos quais não se referiam apenas a estes ambientes, mas à Unidade de Infusão

como um todo. O mais frequente referiu-se à organização geral, mencionada 10 vezes, incluindo aspectos como a sensação de abertura e interação social promovida por se tratarem de ambientes coletivos e a localização dos banheiros dentro da Unidade. O segundo aspecto mencionado com maior frequência – 9 respondentes – foi o conforto ambiental, sendo mencionadas a temperatura do ambiente, a boa renovação do ar e o fato de que a Unidade é silenciosa. O terceiro e quarto aspectos mais apontados, ambos com 7 menções cada, foram a relação interior-exterior através dos grandes panos de vidro e o conforto da Unidade como um todo, e em especial do mobiliário. Foram ainda mencionados, em ordem decrescente de frequência: o dimensionamento das salas de infusão, que por não serem muito grandes não se tornam impessoais; o bom estado de manutenção do local; a ambiência “familiar” e “amigável” da Unidade; e o mobiliário apropriado. Vários pacientes responderam ainda a esta pergunta apontando aspectos relativos à qualidade do atendimento, como a eficiência ou o carinho manifestado pelas enfermeiras durante o tratamento.

Na terceira pergunta, questionava-se quais os 3 aspectos das salas de medicação que o paciente menos gostava. Foi destacado, por 7 respondentes, aspectos relativos à organização geral da Unidade como: a falta de privacidade nos ambientes de infusão, a falta de um quarto de isolamento e a escassez de banheiros. A segunda reclamação mais frequente foi o conforto ambiental, referindo-se à falta de controle sobre a iluminação, o desconforto acústico e, principalmente, o desconforto térmico por frio ou por calor. O terceiro e quarto aspectos negativos citados com maior frequência foram: o dimensionamento da Unidade, sendo o espaçamento da sala de infusão considerado insuficiente; e a falta de equipamentos que deem suporte para atividades como ouvir música e assistir à televisão. Foram ainda mencionados, entre os aspectos negativos: a ambiência do local; a falta de conforto das poltronas de infusão; a integração interior-exterior, explorando-se visuais mais atrativos que não os de um estacionamento; e o mobiliário, devido à falta de cadeiras para acomodar acompanhantes.

Na quarta pergunta, pedia-se ao respondente que avaliasse a adequabilidade das salas de infusão às atividades lá desempenhadas. Coerentemente com a avaliação geral da Unidade, ninguém avaliou as salas de infusão negativamente: 14 respondentes consideraram que o ambiente está muito apropriado para as atividades nele realizadas, 14 consideraram apropriado e 1 pessoa optou pela resposta “não sei” (GRÁFICO 19).

Gráfico 19 – Avaliação das salas de infusão em relação às atividades desempenhadas



Fonte: o autor, 2009.

A quinta pergunta referia-se à importância de que as salas de infusão fossem projetadas considerando-se a privacidade dos pacientes. 19 pacientes responderam que “sim” – 66% dos respondentes – afirmando que a privacidade deve ser levada em consideração; 4 pacientes responderam que “não” – 14% – e 5 – 18% – que não sabiam. Os que responderam afirmativamente, destacaram a importância de se estar em um ambiente privativo ou em um ambiente coletivo com cortinas divisórias entre as poltronas de tratamento. Dos que responderam negativamente, alguns mencionaram que, na verdade, a resposta dependia do perfil de cada paciente, mas que eles gostavam de estar em ambientes coletivos. Dos que responderam que não sabiam, muitos também destacaram que a importância da privacidade varia para cada pessoa, e que enquanto alguns gostam de estar a sós para ler ou dormir, outros se distraem e se ajudam ao interagirem em ambientes coletivos.

Embora tenham predominado respostas positivas, sua incidência foi menor do que foi observado no estudo de caso do Hospital-Dia de Infectologia. Possivelmente, a privacidade não tem o mesmo grau de importância e prioridade em uma Unidade de Quimioterapia quanto em uma Unidade de Infectologia, na qual os pacientes manifestam muita preocupação em não serem identificados e, conseqüentemente, discriminados em decorrência do estigma associado a AIDS. Diferentemente destes últimos, uma parcela expressiva de pacientes em Quimioterapia enfatiza a importância da interação social, de não se sentirem isolados e de terem um acesso fácil às funcionárias, sentindo-se menos incomodados com a perspectiva de se tratarem em ambientes coletivos.

Na sexta pergunta, questionava-se se em projetos de futuras unidades o respondente acreditava que era importante que o ambiente favorecesse o contato e a interação entre os pacientes. Embora sejam propósitos opostos, os percentuais de respostas desta pergunta assemelham-se ao da pergunta relativa à privacidade. 19 respondentes – 65% do total – afirmaram que sim e destacaram o papel terapêutico da interação com os demais pacientes. Alguns dos que afirmaram que sim, apontaram que, embora a interação social seja importante, o paciente não deveria ser forçado a interagir, devendo a configuração da Unidade possibilitar a ele escolher se quer tratar-se em locais coletivos ou privativos. Já 7 respondentes entendem que a interação social não é desejável, e que não gostariam de ser vistos por outros, caso não se encontrem em condições de saúde favoráveis. Outros 3 pacientes optaram pela resposta “eu não sei”.

Na sétima pergunta, questionava-se ao respondente se, em projetos futuros, deveria se proporcionar aos pacientes e acompanhantes controle sobre alguns aspectos do ambiente. Aqui, 15 participantes – 51% do total – responderam que “sim”, 11 participantes que “não” – 38% do total, e 3 que “não sabiam” – 10%. Alguns dos que responderam sim, destacaram que pacientes deveriam poder controlar apenas alguns aspectos como televisão, temperatura, iluminação e som, desde que em volumes baixos, e deveriam ainda utilizar fones de ouvido sempre que possível. Alguns dos que responderam não, comentaram que as enfermeiras devem regular o ambiente de tal modo a criar condições favoráveis ao seu trabalho. Dos que responderam que não sabiam, uma pessoa destacou que o controle do ambiente só seria possível e desejável se as salas de infusão fossem privativas, já que em ambientes coletivos torna-se mais difícil atender as expectativas de todos os usuários.

Na oitava questão, se indaga se pacientes e acompanhantes deveriam ter condições de fazer algumas modificações no ambiente físico, mobiliário e *layout* de forma a adequá-los às suas necessidades. Aqui, 11 respondentes – 37% – afirmaram que “sim”; 13 – 45% – que “não”; e 5 respondentes – 17% do total – optaram pela resposta “eu não sei”. A maioria acredita que os interesses coletivos devem ser priorizados, cabendo às enfermeiras a organização dos ambientes.

Na nona pergunta, era questionado se seria importante para os pacientes ter acesso a distrações positivas e entretenimento durante o tratamento. Dentre as respostas, 17 participantes afirmaram que é muito importante – 59%, 8 que é importante – 27% – e 4 – 14% – que não é importante. Entre os comentários adicionais, foi mencionado que

as distrações positivas são importantes desde que não interfiram no tratamento. Outros usuários mencionaram que elas são muito importantes e que qualquer coisa que ajude o paciente a se distrair é benéfica, evitando que o mesmo sintasse deprimido.

Na décima pergunta, se questionava se pacientes teriam condições físicas e psicológicas de desenvolver atividades de distração positiva durante o tratamento. 53% dos participantes responderam sim, 7% não e 40% não sabiam, porque acham que depende do perfil e estado de saúde de cada paciente.

Na décima primeira pergunta, questionavam-se as atividades que poderiam constituir distrações positivas de interesse de pacientes e acompanhantes. A maioria das atividades mencionadas é simples e acontece em muitas das unidades visitadas. A mais frequente é assistir à televisão ou a DVD, utilizando-se de fones de ouvido. Realizar leituras de revistas e livros foi a segunda atividade mais mencionada. Dormir e estar com acompanhantes foram a terceira e quarta atividades mais mencionadas, respectivamente. Foram ainda mencionadas, em ordem decrescente de frequência: conversar com outros pacientes; distrair-se com jogos de mesa; ouvir música ou escutar histórias gravadas em fitas; utilizar um computador e acessar a internet; permitir aos pacientes trazer animais de estimação para dentro da sala de infusão; utilizar outros aparelhos eletrônicos para entretenimento; olhar para o exterior; e assistir a apresentações e performances.

No espaço disponível para sugestões adicionais, além de reforçar respostas já apresentadas anteriormente, alguns pacientes fizeram novas observações. Dentre elas, destacam-se: prever banheiros que sejam facilmente acessíveis aos pacientes e assegurar um ambiente silencioso que favoreça o repouso dos pacientes.

### 6.3.5.3 Resultados dos Questionários – funcionários

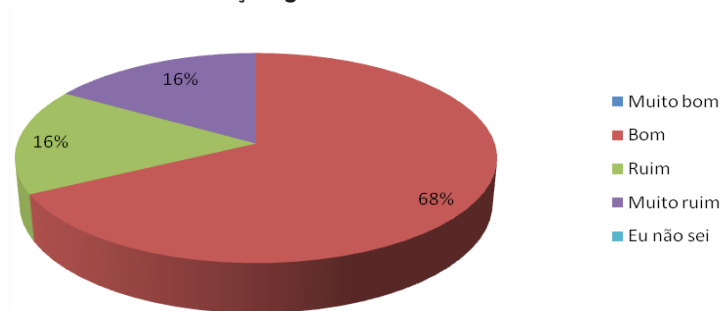
Aqui, 6 funcionárias da Unidade participaram do preenchimento dos questionários. Das participantes, 5 são Enfermeiras e 1 é Recepcionista.

Na primeira pergunta, solicitava-se às respondentes que fizessem uma avaliação geral dos ambientes de infusão da Unidade: 66% das respondentes avaliaram-nos como sendo “bom”, 16% como sendo “ruim” e novamente 16% como sendo “muito ruim” (GRÁFICO 20). Assim, a avaliação geral da Unidade pelas funcionárias mostrou-se mais rigorosa do que



aquela realizada pelos pacientes e acompanhantes. Possivelmente, isso se deve ao fato de que as funcionárias estão mais familiarizadas com o ambiente e o utilizam por mais tempo, tornando-as mais conscientes de suas limitações. Ou pode também estar relacionada ao fato de que as funcionárias podem estar se expressando livremente em suas avaliações, diferentemente de pacientes e acompanhantes que receiam ofendê-las.

Gráfico 20 – Avaliação geral das salas de infusão da Unidade



Fonte: o autor, 2009.

Na segunda pergunta do questionário, indagava-se aos respondentes se eles achavam que as salas de infusão estariam adequadas às atividades realizadas por pacientes, funcionários e acompanhantes: 66% avaliou-as como apropriadas e 33% como inapropriadas.

Na terceira pergunta, era questionado se, para projetos de futuros, seria importante buscar preservar a privacidade dos pacientes. Aqui, 83% das respondentes afirmou que é muito importante considerar a privacidade na concepção dos projetos, e apenas 17% respondeu que não sabia. Embora tenha havido predominância de respostas favoráveis à privacidade, uma das respondentes comentou que os pacientes valorizam ambientes privativos e silenciosos para atividades como o dormir, mas que enquanto estão acordados eles também gostam de interagir com os demais.

Na quarta questão, se perguntava se em projetos futuros se deveriam buscar favorecer o contato e a interação entre os pacientes. Também nas respostas dadas pelas funcionárias, privacidade e interação social foram aspectos igualmente valorizados, sendo que a importância do contato e da interação social totalizou 83% de respostas afirmativas, contra 17% negativas.

Na quinta pergunta, era questionado se pacientes e acompanhantes deveriam poder exercer algum controle sobre o ambiente. Dentre as respostas, 66% das respondentes afirmaram

que sim e 33% que não. Uma enfermeira comentou que pacientes deveriam poder controlar tudo no ambiente. Outras apontaram que pacientes deveriam poder controlar apenas algumas coisas, como a temperatura, a televisão ou a iluminação.

Na sexta pergunta, era questionado se pacientes e acompanhantes deveriam poder realizar alterações no ambiente para ajustá-lo às suas necessidades: 83% das respondentes afirmaram que sim e apenas 17% que não. Foi comentado ainda que o paciente deveria poder fazer apenas pequenos ajustes, como movimentar os móveis, desde que não causassem incômodo aos demais e também não obstruíssem as áreas de circulação.

Na sétima pergunta, era indagado se as funcionárias acreditavam que era importante para o bem-estar dos pacientes poder distrair-se durante o tratamento: 83% afirmaram que é muito importante e 17% que é importante. Não houve nenhuma resposta negativa. Coerentemente, o mesmo percentual – 83% das respondentes – afirmou que acredita que os pacientes têm condições físicas e psicológicas de desenvolver algumas atividades de distração positiva e 17% afirmou que não sabe.

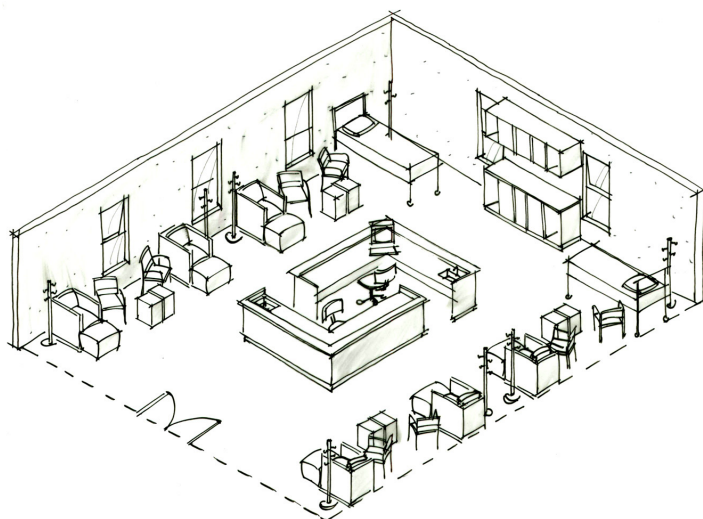
Na nona questão, perguntavam-se quais atividades de distração o respondente acreditava que seriam do interesse dos pacientes e possivelmente também de seus acompanhantes. Foram mencionadas, em ordem decrescente de frequência: assistir à televisão e a DVDs, realizar leituras, ouvir música, jogar jogos de mesa, estar com acompanhantes, realizar massagens, realizar terapia com animais, fazer trabalhos manuais, escrever, estudar e dormir.

#### 6.3.5.4 Resultados da Seleção Visual – pacientes e acompanhantes

O método da Seleção Visual foi aplicado como uma pergunta dentro do formulário do questionário. Nesta pergunta, solicitava-se ao respondente que escolhesse entre quatro alternativas distintas de organização do salão de medicação ou Unidade de Hospital-Dia, e que justificasse sua escolha, isto é, porque preferia uma alternativa em relação às demais.

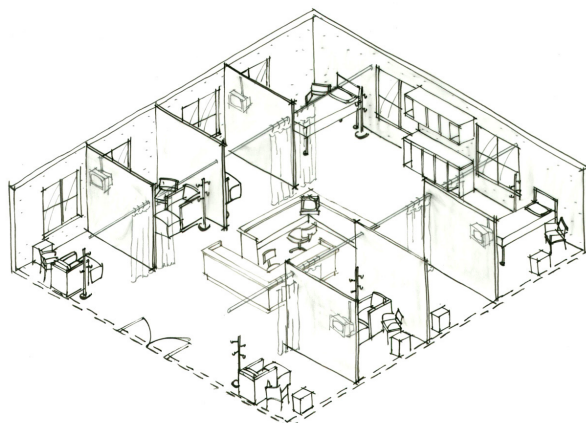
Dos 29 participantes, todos responderam a essa pergunta, sendo que um respondente escolheu duas soluções, e outro comentou que gostava de todas as alternativas apresentadas.

Diferentemente da experiência do estudo de caso feito no Brasil, a opção mais votada por pacientes e acompanhantes foi a alternativa A, representando 53% das escolhas. Ela corresponde a um salão coletivo de tratamento, com posto de enfermagem central, e sem nenhuma forma de separação entre as poltronas (FIG. 110). Essa alternativa é a que mais se assemelha à realidade atual desta Unidade de Infusão e também da maioria das Unidades clínicas visitadas de Hospitais-Dia. Entre as justificativas feitas pelos respondentes que optaram por essa alternativa projetual, estão: a facilidade de visualização e atendimento pelas funcionárias, a comunicação e interação com os demais pacientes, e a sensação de amplitude de se estar em um ambiente não compartimentado. Vários respondentes, no entanto, frisaram que apesar de gostarem dessa solução projetual, eles acreditavam que na Unidade deveria haver alternativas para os pacientes para aqueles que desejassem ficar sós, e especialmente aqueles que não estivessem se sentindo bem.



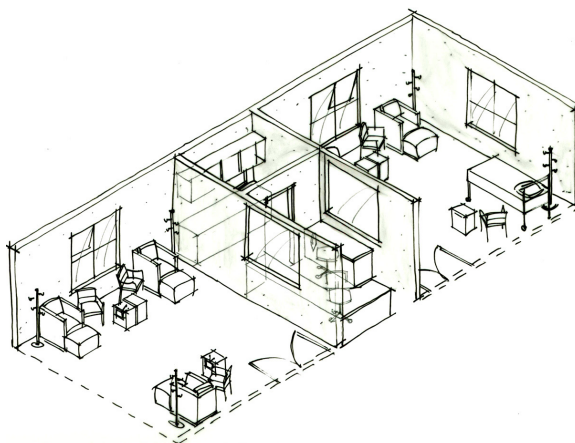
**Figura 110** – Alternativa A para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central  
Fonte: o autor.

A segunda alternativa mais votada foi a B, representando 23% do total de preferências. Nela, se tem uma sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central, com partições fixas compartimentando o ambiente de forma a criar boxes individuais para cada paciente (FIG. 111). Entre os argumentos favoráveis a esta solução projetual, foram mencionados: a possibilidade do paciente dispor de privacidade sem comprometer o atendimento pelas funcionárias e o maior controle do paciente em relação ao ambiente e a realização de distrações positivas.



**Figura 111** – Alternativa B para o Hospital-Dia – sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, com poltronas separadas em boxes privativos  
Fonte: o autor, 2009.

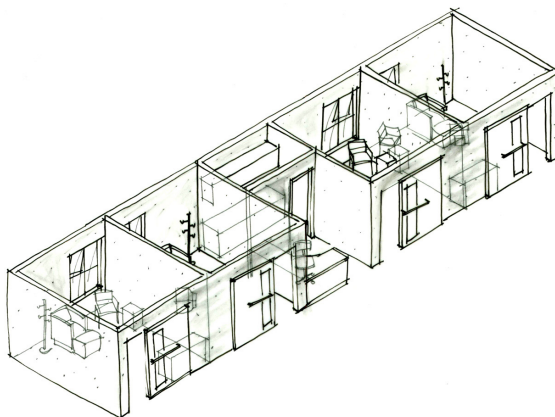
As alternativas C e D receberam igual votação, representando, cada uma, 10% da preferência dos respondentes. A alternativa C corresponde à organização da unidade de Hospital-Dia em duas salas de medicação com até 6 poltronas, com posto de enfermagem em ambiente separado, porém com integração visual por meio de painel de vidro (FIG. 112). Os que optaram por essa solução, justificaram sua preferência por estar numa sala coletiva, porém de proporções acolhedoras, de forma que seja possível aos pacientes criar uma rede de suporte.



**Figura 112** – Alternativa C para o Hospital-Dia – salas de medicação com até 6 poltronas cada e com posto de enfermagem em ambiente separado, porém integrado visualmente por meio de painéis de vidro  
Fonte: o autor, 2009.

A alternativa D assemelha-se a uma Unidade de internação tradicional, com quartos privativos para cada paciente, porém com a utilização de poltronas em vez de leitos na maioria deles

(FIG. 113). Os que optaram por essa solução projetual, justificaram a mesma por valorizarem a privacidade. Um respondente mencionou que, às vezes, alguns pacientes que estão muito debilitados acabam operando um impacto psicológico negativo sobre os demais.



**Figura 113** – Alternativa D para o Hospital-Dia – quartos privativos de tratamento com posto de enfermagem em ambiente separado e centralizado  
Fonte: o autor, 2009.

Um respondente selecionou as quatro alternativas e justificou que uma Unidade de Infusão deveria ter mais de um tipo de ambiente, de forma a ter locais coletivos e outros privativos, e locais com poltronas e outros com leitos.

### 6.3.5.5 Resultados da Seleção Visual – funcionários

As 7 funcionárias que responderam aos questionários, preencheram também o item referente à Seleção Visual.

Dentre as respondentes, 3 optaram pela alternativa B – sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central, porém com poltronas separadas em boxes privativos. Entre as justificativas, foi apontado que esta opção proporciona privacidade ao paciente e seus acompanhantes sem, contudo, comprometer a sua visualização a partir do posto de enfermagem.

Tanto a alternativa A quanto a C receberam 2 votos cada.

A escolha da alternativa A – sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central, sem divisões entre as poltronas – foi justificada por facilitar o contato visual entre pacientes e enfermeiras, e a interação entre pacientes. Mas as 2 respondentes que optaram por essa alternativa acrescentaram que, apesar de ser sua escolha preferencial, elas

acreditam que em uma Unidade futura deveria ainda haver também quartos privativos ou cortinas divisórias possíveis de serem utilizadas pelos pacientes, se necessário.

Na alternativa C, a organização da Unidade se dá por meio de salas de medicação com até 6 poltronas com posto de enfermagem em ambiente separado, porém com painel de vidro entre eles. Aqui, 1 respondente justificou sua escolha afirmando que o tratamento deveria se dar em áreas coletivas, onde pacientes possam estar juntos uns aos outros. A outra respondente havia assinalado tanto a alternativa B quanto a C e também reforçou que uma unidade de infusão deve ter ambientes privativos e coletivos. “Eu prefiro ambientes de tratamento que ofereçam ao paciente tanto oportunidades para ter privacidade quanto para socializar. Dispor de alguns boxes ou quartos privativos seria bom, mas muito da cura se dá em salas onde as pessoas possam estar juntas, trocar experiências e perceber que elas não estão sós. Câncer é deprimente e assustador, e socializar e rir são ótima medicina.”<sup>47</sup>

Ninguém optou pela alternativa D, na qual todos os pacientes seriam tratados em quartos privativos com um posto de enfermagem em ambiente separado.

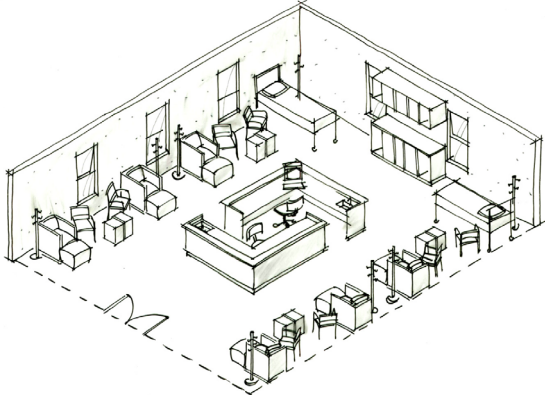
Segue abaixo um quadro síntese dos principais resultados obtidos com a aplicação dos métodos na Unidade de Infusão Long Beach Memorial Medical Center.

**Tabela 5 - Síntese dos principais resultados do estudo de caso da Unidade de Infusão.**

Método	Objetivos	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise <i>Walkthrough</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar uma visão abrangente da problemática ambiental e do funcionamento da Unidade.</li> <li>Elaborar um cadastro atualizado dos ambientes e do mobiliário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A localização fora do Hospital dificulta o acesso a outros serviços.</li> <li>O dimensionamento dos ambientes é insuficiente.</li> <li>Faltam: depósitos, vestiário para funcionários, sanitários para pacientes e postos de enfermagem.</li> <li>As janelas se voltam para o estacionamento, o que compromete o visual e a privacidade.</li> <li>Faltam ambientes privativos.</li> <li>Não há cadeiras para acompanhantes, televisores, aparelhos de som, internet e bancadas de apoio que deem suporte a distrações positivas.</li> <li>Como suporte a distrações positivas verificam-se: revisteiros, aparelhos de DVD, terapia com animais, atividades com o voluntariado, repouso, realização de lanches e massagem.</li> </ul>

47 Informação escrita, registrada por uma paciente no preenchimento do formulário do questionário.

Método	Objetivos	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação direta e sistemática do comportamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender as rotinas de uso da Unidade, verificando a adequação do ambiente as necessidades cotidianas dos usuários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitiu entender a rotina de atividades.</li> <li>Verificou-se a presença frequente de acompanhantes.</li> <li>Há poucas possibilidades de distração positiva.</li> <li>O dimensionamento dos ambientes é exíguo comprometendo a acomodação de acompanhantes, a privacidade e a acessibilidade.</li> <li>Os visuais externos voltam-se para o estacionamento.</li> <li>Não há boas condições de ventilação natural.</li> <li>Faltam móveis para apoiar objetos pessoais.</li> <li>Faltam copa e sanitários para pacientes, vestiário para os funcionários e postos de enfermagem maiores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mapeamento Visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar os principais aspectos positivos e negativos de cada um dos ambientes que compõem a Unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Predominaram avaliações positivas pelos pacientes e acompanhantes, e negativas pelos funcionários.</li> <li>Principais resultados – pacientes e acompanhantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Salas de infusão - falta de privacidade, de distrações positivas, mobiliário deficiente, dimensões insuficientes, conforto ambiental deficiente.</li> <li>Configuração geral da Unidade – avaliada positivamente; contato interior-exterior; ambiência agradável; boas condições de manutenção.</li> </ul> </li> <li>Principais resultados – funcionários: <ul style="list-style-type: none"> <li>Configuração geral da unidade – deficiências de conforto ambiental, dimensionamento insuficiente, falta de privacidade acústica.</li> <li>Salas de infusão - dimensionamento insuficiente, conforto ambiental deficiente.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poema dos Desejos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender o que seria desejável para o projeto de uma futura Unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma futura Unidade deveria ser ou deveria ter: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de infusão: com cobertores elétricos, televisores e aparelho de som com fones de ouvido, <i>internet wireless</i>, privacidade, mobiliário confortável, dimensionamento apropriado, e integração com jardins externos.</li> <li>Sala de espera com ventilação natural, dimensionamento amplo, tratamento paisagístico e mobiliário confortável.</li> <li>Sanitários – em quantidade suficiente.</li> <li>Copa para funcionários com dimensionamento amplo.</li> <li>Prever ainda: depósitos, copa para pacientes, sala de coleta de sangue, corredores e portas largos, e proximidade a Farmácia.</li> </ul> </li> </ul>

Método	Objetivos	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundar a investigação acerca da hipótese de pesquisa – importância e possibilidades de distrações positivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A maioria dos respondentes valoriza a privacidade do paciente, tanto quanto o contato e a interação social.</li> <li>• A grande maioria entende que é importante ou muito importante dispor de distrações positivas.</li> <li>• A maioria entende que pacientes têm condições de realizar distrações positivas.</li> <li>• Como distrações positivas foram sugeridas: televisão e DVD com fones de ouvido, leituras, estudar, dormir, estar com acompanhantes, conversar com outros pacientes, jogos de mesa, escutar música ou histórias gravadas em fitas, <i>internet</i>, terapia com animais, contemplar o exterior, assistir a apresentações, massagens e trabalhos manuais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleção Visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender as preferências dos respondentes quanto a algumas alternativas de soluções projetuais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A maioria dos respondentes optou pela sala de medicação coletiva, com posto de enfermagem central, sem nenhum tipo de compartimentação do ambiente.</li> </ul> 

Fonte: o autor, 2011.





# Capítulo 7

Recomendações Projetuais



As recomendações projetuais descritas a seguir se fundamentam nos resultados obtidos durante todo o desenvolvimento da pesquisa, mas, sobretudo nos dois estudos de caso realizados e nas visitas exploratórias a Unidades de Hospital-Dia. As recomendações foram elaboradas no sentido de explicar quais os ambientes que compõem uma Unidade de Hospital-Dia, qual sua principal função e que características são indispensáveis e devem ser consideradas na concepção projetual. Com as recomendações buscou-se sintetizar informações que possam auxiliar no desenvolvimento de projetos futuros, bem como de propostas de reforma das instituições estudadas. Essas recomendações foram redigidas conceitualmente, sem limitar-se, no entanto, a soluções específicas a serem adotadas pelos projetistas, considerando-se a complexidade e a variabilidade de cada contexto de projeto, pois se entende que as necessidades dos usuários podem se alterar com o tempo ou em circunstâncias distintas.

As orientações foram organizadas em três textos distintos. O primeiro texto apresenta recomendações projetuais gerais para futuras Unidades clínicas de Hospital-Dia, sendo alocado antes dos outros dois textos por ser o mais abrangente e explicativo. As recomendações específicas para cada Unidade estudada, encontram-se a seguir, e referem-se aos principais problemas constatados, bem como consideram as limitações advindas da configuração do local onde se inserem, partindo-se do pressuposto de que mudar-se para um novo local não seria possível. Nas recomendações específicas, optou-se deliberadamente por considerar as limitações do local de inserção, pois caso houvesse maior liberdade projetual, através da execução de uma nova unidade em um local distinto, poder-se ia seguir as recomendações gerais, que são mais completas.

As recomendações traçadas abaixo não se limitam aos aspectos relacionados a distrações positivas, porém incluem e relacionam-se a eles. Entende-se que a qualidade do ambiente como um todo é determinante de sua humanização e pode favorecer ou dificultar a ocorrência de distrações positivas. Por isso, embora haja orientações específicas para o planejamento de ambientes que deem suporte às distrações positivas, estas se misturam a um entendimento mais completo de como deveriam ser planejados esses locais.

## 7.1 RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS PARA FUTURAS UNIDADES CLÍNICAS DE HOSPITAL-DIA

A rotina de Unidades de Hospital-Dia de Infectologia e de Quimioterapia mostrou-se parecida, assim como as necessidades dos usuários relativas à configuração ambiental. Por essa razão, optou-se por traçar recomendações que se imaginam ser válidas para Unidades clínicas de Hospital-Dia em geral, ou ao menos para as de Quimioterapia e as de Infectologia, já que ambas têm como atividade central a realização de infusão de medicação.

Uma das poucas diferenças significativas observadas entre as duas Unidades é de que na Infectologia predominaram pacientes jovens e adultos de ambos os sexos, e na Unidade de Quimioterapia predominaram os idosos, e mais especificamente as mulheres. Cabe destacar que principalmente o estudo de caso feito nos Estados Unidos foi realizado em um período curto de tempo, sendo difícil afirmar se este é de fato o perfil de pacientes da Unidade. No entanto, imaginou-se que, senão todas as Unidades de Hospital-Dia, ao menos àquelas destinadas à Quimioterapia deveriam ser planejadas levando-se em consideração as necessidades ambientais da terceira idade e os princípios de Desenho Universal.

Outra diferença observada é que na Unidade de Infectologia a maioria dos pacientes vinha para o local só, ao contrário da Unidade de Quimioterapia, onde a maioria dos pacientes chegava e saía acompanhada. Em termos de configuração, as duas Unidades estavam subdimensionadas para a demanda atual de público e para a quantidade de móveis e equipamentos que comportavam, e não dispunham de cadeiras específicas para os acompanhantes permanecerem junto aos pacientes durante o tratamento. Assim, aquela diferença comportamental não se deve a características do ambiente. Uma das possíveis explicações é a de que a Quimioterapia apresenta efeitos colaterais que debilitam o paciente, sendo recomendado a ele que venha e volte do local com acompanhante. Já a medicação utilizada na Infectologia, como soros, vitaminas e antibióticos, não apresenta tantos efeitos colaterais. A outra explicação possível é que os pacientes portadores do vírus da AIDS priorizam muito mais seu anonimato do que os pacientes de Quimioterapia e, por receio de serem discriminados, comunicam a doença a um número menor de pessoas e têm menos acompanhantes durante o processo de tratamento. De qualquer modo, embora para ambos os perfis de pacientes a presença de acompanhantes e seu suporte social seja uma das principais distrações positivas almejadas, aquela se mostrou ainda mais frequente nas Unidades de Quimioterapia.

Também se relaciona à privacidade, outra diferença observada entre os dois estudos de caso realizados. Verificou-se que para ambos os perfis de paciente é importante se planejar um ambiente que preserve ao máximo sua privacidade, mas este aspecto é ainda mais relevante em se tratando das Unidades de Infectologia. Assim, para Unidades clínicas de Hospital-Dia em geral e, principalmente, para aquelas de Infectologia recomendam-se priorizar soluções projetuais que preservem a privacidade dos pacientes como, por exemplo: a compartimentação do salão de medicação em boxes privativos; o isolamento visual e acústico dos consultórios em relação ao restante da Unidade; e a preservação da identidade dos pacientes e acompanhantes que se encontram na sala de espera em relação ao restante dos usuários hospital.

Inicialmente, cabe destacar algumas recomendações gerais que se mostraram de grande relevância para os usuários, despontando como algumas de suas principais aspirações. Estas recomendações influenciam no projeto das Unidades como um todo e incluem:

- o **conforto**: através de ambientes com dimensões amplas e Desenho Universal, acomodando facilmente idosos e pessoas com cadeira de rodas, macas ou andadores; mobiliário ergonômico, entre outros;
- o **conforto ambiental**: assegurando-se boas condições de ventilação e iluminação natural, iluminação artificial, climatização artificial e conforto acústico. Prever um sistema de aberturas e de climatização artificial que assegure as condições necessárias de renovação do ar é de fundamental importância, já que pacientes tendem a ter seu sistema imunológico deprimido, necessitando que os ambientes não lhes exponham ao contato com outras patologias durante o tratamento. Também foram preocupações recorrentes: dispor de boa iluminação natural e integração interior-exterior; e assegurar um ambiente silencioso e com bom isolamento acústico que favoreça o repouso dos pacientes, o que se relaciona à configuração da Unidade e à seleção de aberturas e de divisórias;
- ambiência: esse aspecto foi destacado pelos usuários das Unidades nas quais foram feitos os estudos de caso. Em geral, os participantes não especificaram como deveriam ser esses locais, mas ficou clara a importância da imagem do ambiente para eles, e que esta deveria reforçar a mensagem de que a instituição preocupa-se com o seu bem-estar. Trata-se de planejar uma imagem humanizada, amigável e aconchegante para os ambientes internos e o exterior da edificação. Contribuem para isso, assegurar

boas condições de manutenção das fachadas, bem como dos acabamentos internos e do mobiliário, cuidando-se da limpeza, da organização e da conservação do local. Recomenda-se também priorizar soluções técnicas que favoreçam a assepsia. Foram ainda sugeridas a utilização de quadros, gravuras, vasos com plantas e cores suaves, alegres e luminosas. Por fim, outro aspecto relacionado à ambiência é o porte da Unidade. Cabe destacar que as Unidades avaliadas eram de pequeno porte, reduzindo o esforço de deslocamento, favorecendo a orientabilidade e o contato entre todos os usuários, o que foi avaliado positivamente; ou seja, por não apresentarem grandes dimensões, os ambientes não se tornavam impessoais.

O controle das condições ambientais e a polivalência também se confirmaram como aspectos relevantes. Como já foram discutidos no capítulo 2, juntamente com a privacidade, e se relacionam mais especificamente à vivência e às distrações positivas, optou-se por diluí-los nas recomendações abaixo.

Além desses aspectos gerais, algumas recomendações específicas encontram-se a seguir. Estas recomendações foram organizadas primeiramente em aspectos relativos a implantação do edifício, a localização da Unidade e finalmente relativas a cada um dos ambientes que a compõem.

Quanto à **implantação** da Unidade, é importante considerar a facilidade de acesso a partir de transporte público coletivo e dispor vagas de estacionamento em quantidade suficiente dentro do terreno ou do edifício, para acomodar o público externo e também os funcionários.

Quanto à **localização**, foi possível observar que a Unidade de Hospital-Dia inserida dentro de um hospital era a situação mais comum, sendo menos frequente a existência de pequenas clínicas privadas de Hospital-Dia. Quando se for implantar a Unidade dentro de um Hospital, se faz desejável a proximidade a alguns outros setores que prestam serviços complementares entre si, facilitando a rotina dos funcionários e pacientes. Entre esses setores incluem-se: o Ambulatório, o Laboratório de Análises Clínicas – ou Patologia Clínica - e a Farmácia. A proximidade ao Ambulatório justifica-se principalmente quando as consultas são realizadas nesta unidade, para aí então encaminhar os pacientes para os tratamentos complementares realizados no Hospital-Dia. A proximidade ao Laboratório de Análises Clínicas também é importante, pois se observou que uma das rotinas de unidades clínicas de Hospital-Dia é acompanhar

os resultados dos exames dos pacientes, podendo a coleta ocorrer dentro do Hospital-Dia ou no próprio Laboratório. A proximidade à Farmácia do hospital é outro aspecto relevante, já que as enfermeiras do Hospital-Dia deslocam-se inúmeras vezes durante o atendimento a este setor para buscar medicações. Também é desejável, embora menos importante, a proximidade aos setores de: Apoio ao Diagnóstico e Terapia caso outros tipos de exames sejam necessários; ao setor de Emergência caso o paciente tenha uma intercorrência dentro da Unidade; e à Unidade de Radioterapia, utilizada complementarmente a Quimioterapia em muitos tratamentos.

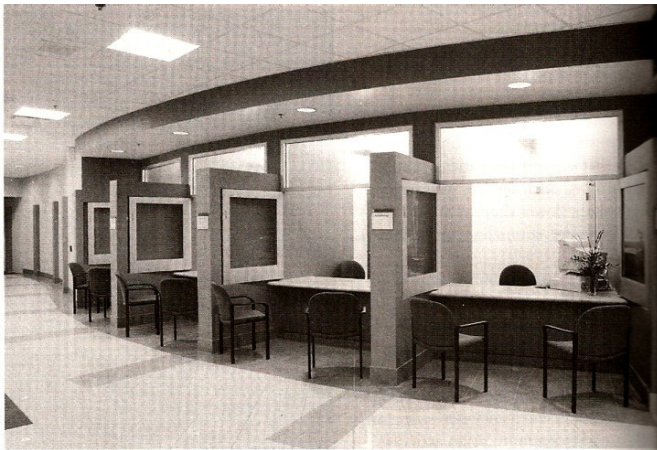
Por fim, é recomendável posicionar a Unidade de Hospital-Dia próxima ao acesso da edificação, já que se trata de um paciente externo que utiliza o local com frequência. Imagina-se que o Hospital-Dia e o Ambulatório sejam ambos localizados preferencialmente no pavimento térreo ou próximo das circulações verticais utilizadas pelo público. Assim, favorece-se o ingresso fácil ao local e evita-se a circulação desnecessária desse perfil de pacientes externos dentro de áreas do hospital que deveriam ter acesso restrito.

Dentre os ambientes que são prioritários e recomendados para compor a programação de projeto das Unidades de Hospital-Dia, encontram-se: a sala de espera e recepção, os sanitários feminino e masculino para pacientes, a(s) sala(s) de medicação, o posto de enfermagem, o sanitário para os funcionários, o DML e a Sala de Utilidades. Entre os ambientes que são recomendáveis e importantes, embora não estritamente indispensáveis para a programação de projeto desta Unidade, incluem-se: os consultórios médicos, o quarto de isolamento, a sala de medição dos sinais vitais, a sala para vacinação e coleta de exames laboratoriais, o(s) depósito(s), a área para armazenar cadeira de rodas, a sala administrativa, a sala de reuniões, a sala de conforto dos funcionários, a copa dos funcionários e a copa para pacientes e acompanhantes. Segue a descrição de algumas características desejáveis a estes ambientes.

A **sala de espera** é um ambiente indispensável, já que boa parte do tempo despendido no Hospital-Dia refere-se a aguardar ser chamado para o atendimento, no caso dos pacientes, ou aguardar o ente que está realizando o tratamento, no caso dos acompanhantes. Esse ambiente deve ser amplo para permitir a acomodação e a movimentação de usuários em cadeiras de rodas e macas. Também é importante prever, dentro ou contíguo à sala de espera, um local para recepção dos pacientes e agendamento. Por ser o primeiro

local de contato do público com a Unidade, e também devido a maior permanência nele, a sala de espera e recepção deveria ter uma imagem acolhedora e humanizada. Entre as principais sugestões dos usuários, estão: a escolha apropriada dos acabamentos internos e mobiliário; a disposição de vasos com vegetação; a ampla iluminação natural; o contato visual com um jardim através de janelas; a disponibilidade de elementos a serem contemplados, como aquários, quadros ou esculturas, entre outros. Foram ainda destacados pelos usuários a importância de selecionar mobiliário confortável para pacientes e acompanhantes que aguardam o atendimento, e de proporcionar o conforto térmico e lumínico.

Preservar a privacidade dos usuários foi outra preocupação manifestada, especialmente no caso de Hospitais-Dia de Infectologia. Assim, a configuração da sala de espera e recepção deveria dificultar a visualização daqueles que estão no ambiente pelos demais usuários do estabelecimento de saúde. Áreas de recepção grandes poderiam ser compartimentadas, por meio de divisórias entre as mesas de diferentes recepcionistas, de forma que fosse possível ter conversas mais privativas (FIG. 114 e 115). A área de espera, propriamente dita, também poderia ser compartimentada por meio de biombos ou do *layout*, formando pequenos conjuntos de móveis que permitam ao paciente isolar-se, caso assim o deseje.



**Figura 114** – Balcão de recepção compartimentado para proporcionar privacidade  
Fonte: BOBROW, 2000.



**Figura 115** – Balcão de recepção compartimentado para proporcionar privacidade  
Fonte: YEE, 2002.

Tendo em vista a longa permanência dos pacientes e acompanhantes na sala de espera e também no salão de medicação, estes são os dois ambientes que mais potencializam

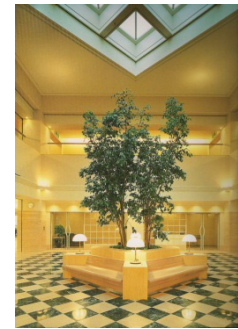
a ocorrência de distrações positivas. Dentre as possibilidades a serem exploradas para a humanização e para a realização de distrações positivas na sala de espera, recomenda-se dispor de: televisão e aparelho de DVD; som ambiente; mural informativo ou painel com folhetos de educação em saúde; revisteiro; bebedouro; bancada com café; material lúdico e recreativo para crianças; além da contemplação de jardins externos, objetos de arte ou de decoração (FIG. 116, 117 e 118). Livros, revistas e mesmo a televisão poderiam ainda ser utilizados para proporcionar informações de educação em saúde ou para a exibição de conteúdos educativos em geral.



**Figura 116** – Sala de espera integrada a um pátio interno  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 117** – Sala de espera com televisão, quadros, relógio, plantas e visual para exterior  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 118** – Lobby de um hospital com bancos, zenital e plantas  
Fonte: OHBA, 1995.

Junto à sala de espera, conforme preconiza a RDC 50, devem ser previstos **sanitários feminino e masculino para pacientes**, e estes devem ser facilmente acessíveis e adaptados para cadeirantes, atendendo as recomendações da NBR 9050 (FIG. 119 e 120). Caso se trate de uma Unidade de grandes dimensões, ou na qual a sala de espera esteja distante do salão de medicação, faz-se desejável dispor de sanitários adicionais próximos a este ambiente para serem utilizados pelos pacientes. A previsão de uma quantidade apropriada de sanitários é aspecto ainda mais importante em unidades oncológicas, nas quais há uma demanda de uso ainda maior, já que se faz infusão de grande quantidade de líquidos e considerando-se que os pacientes estão sujeitos a efeitos colaterais da medicação, como a náusea. Juntamente com a acessibilidade, a renovação apropriada do ar e a privacidade visual, acústica e olfativa no uso desses ambientes são aspectos relevantes para o público.





**Figura 119** – Banheiro adaptado para pessoas com necessidades especiais, em Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 120** – Banheiro adaptado para pessoas com necessidades especiais, em clínica particular de Quimioterapia  
Fonte: o autor, 2009.

A sala ou as **salas de medicação** também são prioritárias, mesmo porque são ambientes centrais para as atividades realizadas nas unidades de Hospital-Dia: a aplicação de medicação intravenosa. São aspectos determinantes no planejamento desses ambientes: o dimensionamento amplo da sala como um todo, e especialmente da área disponível para cada poltrona, permitindo acomodar o suporte ou a bomba de infusão, um criado-mudo, a cadeira para o acompanhante e a circulação dos profissionais de saúde para o atendimento ao paciente; a sua configuração em ambientes coletivos ou privativos, com ou sem divisórias, com poltronas ou leitos; o *layout* e a seleção apropriada dos móveis, e em especial das poltronas usadas pelos pacientes durante a infusão; e a previsão de distrações positivas.

O dimensionamento insuficiente dos salões de medicação foi um dos problemas mais frequentes não apenas nos estudos de caso, como também nas Unidades nas quais foram feitas as visitas exploratórias. Em muitos locais, possivelmente, a Unidade iniciou seu funcionamento com uma determinada capacidade de atendimento e, com o passar dos anos, foi necessário aumentar essa capacidade e superar as previsões iniciais, sem realizar ampliações no espaço físico. Sob essa ótica, seria desejável que tais Unidades tivessem flexibilidade de expansão, o que é recomendável para o planejamento de

edificações hospitalares em geral, permitindo acomodar a demanda crescente de pacientes. Além disso, ambientes pequenos dificultam, e até mesmo inviabilizam, sua utilização por pessoas com necessidades especiais, além de restringir a circulação de macas, que eventualmente mostram-se necessárias. O dimensionamento exíguo da sala de medicação dificulta o planejamento de móveis com dimensões adequadas para o posto de enfermagem, de forma a acomodar todos os funcionários confortavelmente e dar a eles a possibilidade de ter lugares fixos. Quando há espaços exíguos, móveis subdimensionados, poucos lugares para sentar, conseqüentemente há um alto rodízio dos funcionários na utilização dos espaços disponíveis, e por isso há menos evidências de comportamento territorial e de personalização, o que poderia contribuir com a apropriação do ambiente por esse grupo de usuários.

O dimensionamento adequado ao redor das poltronas ou leitos de atendimento – ao menos 80 cm de cada lado – favorece sensivelmente a atuação dos profissionais de saúde, permitindo a eles deslocar-se livremente para a realização das atividades de atendimento. Isso também minimiza o risco de acidentes, como alguém esbarrar em uma enfermeira enquanto ela aplica uma injeção em um paciente, o que é perigoso para ambos. O dimensionamento de áreas muito exíguas de atendimento foi destacado por Castro (2010) no seu estudo de caso feito em um Hospital-Dia de Infectologia francês. Neste local, a reforma da Unidade foi planejada buscando-se maximizar a capacidade de atendimento. Como consequência, foram planejados alguns boxes muito pequenos nos quais, ao abrir a porta de acesso, esbarrava-se nos funcionários, o que ocasionou acidentes de trabalho, gerando perigo de contaminação com o vírus da AIDS. O espaçamento razoável entre as poltronas de atendimento também minimiza o risco de contaminação entre os pacientes, favorece a movimentação com cadeira de rodas e macas, contribui para melhores condições de privacidade por meio da colocação de divisórias fixas e retráteis e é fundamental para algumas atividades de distração positiva como, por exemplo, possibilita dispor uma cadeira para acompanhantes ao lado da poltrona de atendimento.

Em relação à configuração da unidade, nos dois estudos de caso realizados, a maioria dos usuários optou pela sala de medicação coletiva, com e sem boxes individuais, em vez das alternativas de quartos privativos ou semiprivativos. Os pacientes e acompanhantes da Unidade de Infectologia optaram pela solução do salão coletivo de medicação compartimentado em boxes individuais de tratamento (FIG. 121 e 122) e os pacientes

da Unidade de Quimioterapia optaram pelo salão coletivo de medicação sem nenhuma forma de compartimentação. Assim, embora a privacidade dos pacientes seja algo muito importante na percepção dos respondentes, esse aspecto não é mais importante do que o tratamento propriamente dito e a facilidade de acesso e contato visual entre pacientes e profissionais de saúde. Pacientes querem ser observados e poder chamar os profissionais de saúde sempre que necessitarem, e sentem-se mais seguro desse modo do que em quartos privativos. Além disso, os profissionais de saúde entendem que o atendimento aos pacientes em salões coletivos torna-se mais fácil.



**Figura 121** – Salão coletivo de infusão com compartimentação em boxes privativos com divisórias fixas e móveis  
Fonte: YEE, 2006.



**Figura 122** – Salão coletivo de infusão com compartimentação em boxes com cortinas hospitalares  
Fonte: YEE, 2004.

As visitas exploratórias mostraram que os salões coletivos de medicação são de fato predominantes nestas Unidades e que, especialmente nos Estados Unidos, é comum compartimentá-los por meio de boxes com divisórias fixas ou retráteis, como as cortinas hospitalares (FIG. 123 e 124). Dessa forma, o paciente não se sentirá isolado e terá acesso fácil aos profissionais de saúde, mas também poderá dispor de melhores condições de privacidade, caso não deseje interagir. Com a compartimentação em boxes, o paciente pode exercer o controle das condições ambientais, regulando o ar-condicionado, os níveis de iluminação, o grau de privacidade, e a programação e o volume da televisão e som, caso se disponham de aparelhos e fones de ouvido individuais. A compartimentação evidencia zonas nas quais é possível ao paciente exercer ainda controle sobre o mobiliário e *layout*, movimentando e adaptando a disposição destes para adequá-lo a alguma atividade que deseje desenvolver. No boxe, possivelmente o paciente sinta-se mais confortável para aproximar ou afastar a cadeira do seu acompanhante, sabendo que isso não afeta o paciente que se encontra ao lado, pois há uma demarcação territorial clara.



**Figura 123** – Boxe de infusão com cortinas divisórias, cadeira para acompanhante e criado-mudo  
Fonte: YEE, 2006.



**Figura 124** – Boxe de infusão com divisória fixa, e móvel com televisão e aparelho de DVD individual  
Fonte: YEE, 2004.

Outra alternativa para o planejamento da Unidade de Hospital-Dia seria prever mais de uma sala de medicação, e diferenciá-las entre si, incluindo ambientes coletivos e outros privativos, alguns com poltronas e outros com leitos (FIG. 125 e 126). Desse modo, tornar-se-ia possível para o paciente e também para o profissional de saúde escolher a alternativa mais adequada para cada circunstância, exercendo algum controle sobre as condições ambientais. Caso se trate de uma Unidade pequena e não seja possível ter mais de uma sala de medicação, convém prever nela além dos boxes com poltronas, alguns boxes com leitos que permitam acomodar pacientes que necessitem ou desejem repousar.



**Figura 125** – Boxe de infusão com leito  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 126** – Boxe de infusão com poltrona  
Fonte: o autor, 2009.

Independentemente da configuração que seja adotada para a Unidade, o posicionamento das poltronas ou leitos de infusão deve assegurar a fácil visualização a partir do posto de enfermagem (FIG. 127 e 128). Deve-se ainda, sempre que possível, considerar a possibilidade de orientar as poltronas de atendimento para as aberturas para o exterior, especialmente se houver áreas verdes externas que possam ser contempladas pelos pacientes. Uma alternativa seria posicionar o posto de enfermagem de costas para as aberturas, e as poltronas dos pacientes de frente para o posto de enfermagem e para o visual externo.



**Figura 127** – Posto de enfermagem centralizado em relação aos boxes de infusão  
Fonte: YEE, 2004.



**Figura 128** – Posto de enfermagem orientado para boxes de infusão, posicionados linearmente  
Fonte: o autor, 2009.

Outra solução, que está para ser adotada pela nova Unidade de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center, é voltar as poltronas para as aberturas, posicionando-as em boxes junto à fachada externa da edificação e de costas para o posto de enfermagem. A orientação das poltronas para o exterior e de costas para o posto de enfermagem foi verificada em outro hospital visitado, porém não foi possível fazer uma análise aprofundada de sua eficácia (FIG. 129). Como esta é uma solução pouco usual, cabe verificar se essa situação será avaliada positivamente pelos usuários, por proporcionar a contemplação do exterior, ou se será considerada um aspecto negativo, devido ao fato de que os pacientes vão estar posicionados de costas para os profissionais de saúde.



**Figura 129** – Poltronas de infusão orientadas para o exterior, de costas para posto de enfermagem  
Fonte: o autor, 2009.

Outra característica fundamental das salas de medicação é a seleção de poltronas de infusão ergonômicas. As poltronas utilizadas na sala de medicação são determinantes do conforto dos pacientes, pois nelas se permanece boa parte do tempo em que se realiza o atendimento, e em uma situação de tensão e de desconforto intrínseca às atividades de tratamento. Elas devem ser estofadas e devem dispor de apoio para pés, braços e cabeça, já que a infusão pode estender-se por horas. Essas poltronas devem ainda permitir regular sua inclinação com facilidade, seja pelos pacientes ou pelos funcionários, favorecendo o repouso e o atendimento emergencial na posição deitada, além de atividades variadas na posição sentada. Na Unidade norte-americana estudada, as poltronas de infusão apresentavam apoios laterais para os braços, o que se mostrou muito útil para pequenos objetos. Tais apoios, por serem fixos e por suas pequenas dimensões, não acomodavam facilmente objetos maiores, como computadores que viessem a ser usados pelos pacientes. De qualquer modo, eles não deixam de ser uma alternativa interessante a ser complementada por outros móveis, como um criado-mudo ou uma pequena mesa com rodízio.

Ainda em relação à seleção de mobiliário, algumas funcionárias da Unidade norte-americana recomendaram que as bombas de infusão e aparelhos para medir pressão pudessem ser fixados diretamente na parede atrás da poltrona dos pacientes, desobstruindo as circulações. Essa recomendação se justifica em Unidades como as dos estudos de caso, onde o dimensionamento atual das salas de medicação é considerado exíguo pelos usuários. Porém, em uma outra Unidade norte-americana visitada, na qual as bombas de infusão

encontravam-se penduradas atrás das poltronas dos pacientes, os profissionais de saúde queixaram-se da dificuldade de acessar os equipamentos e disseram ainda, que sua posição atrás do paciente favorecia a ocorrência de erros médicos, como a troca da medicação ou da prescrição. Além disso, as bombas com suporte vertical, dispendo de rodízio na base, auxiliam no deslocamento do paciente até os sanitários.

Nas salas de medicação, assim como na sala de espera, também se confirmou a importância das distrações positivas para os pacientes, já que os mesmos terão uma permanência prolongada. A configuração em um boxe privativo e amplo parece ser recomendável para oportunizar várias distrações positivas, pois aumenta a capacidade de controle do paciente sobre o local, permitindo a ele realizar o ajuste das condições ambientais de acordo com o tipo de atividade que deseje desenvolver. Os boxes privativos deveriam ser planejados para acomodar: um criado-mudo com fechadura e rodízio que possibilite trazer e armazenar com segurança objetos pessoais; mesa que permita utilizar um computador, estudar ou fazer trabalhos manuais, artísticos ou de terapia ocupacional; iluminação geral e de leitura, com *dimmers* que permitam regular seus níveis de acordo com as demandas da tarefa visual. Além disso, são recursos para dar suporte às distrações positivas: televisão com fones de ouvido individuais; aparelho de DVD fixo ou portátil; revisteiros, estantes ou mesmo móveis com rodízio para tornar livros, revistas e jornais visíveis e acessíveis aos usuários da salas de medicação; disponibilidade de obras de arte, vasos com plantas ou aquários que possam ser contemplados; um móvel para armazenagem de jogos de mesa e passatempos (baralho, xadrez, palavras cruzadas, quebra-cabeças, videogame etc.) especialmente no caso de unidades pediátricas; e prever a integração da sala de medicação com áreas externas como jardins, que pudessem ser utilizados pelos pacientes durante o tratamento ou ao menos serem contemplados (FIG. 130 e 131). A integração da sala de medicação com um jardim ampliaria muito as possibilidades de distração positiva, oportunizando a realização de diversas atividades ao ar livre e a contemplação de áreas verdes, o que por si só apresenta efeitos restaurativos sobre a saúde. Outras atividades de distração positiva também foram mencionadas, com menor frequência, e incluem: apresentações e performances; massoterapia; terapia com animais; educação em saúde por meio de palestras e programas de TV e DVD; e atividades físicas como relaxamento, Reiki e alongamento, que poderiam ainda ser favorecidas pelo dimensionamento adequado da sala de medicação ou poderiam ser previstas em outro ambiente da Unidade.



**Figura 130** – Um dos jardins internos de um hospital norte-americano visitado  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 131** – Jardim interno integrado a uma Unidade de Infusão de Quimioterapia  
Fonte: o autor, 2009.

São ainda aspectos desejáveis às salas de medicação: o aproveitamento do espaço com uma grande disponibilidade de armários com portas para guardar e organizar os materiais utilizados pelos profissionais de saúde; e a ambiência alegre e acolhedora, através da seleção de materiais de acabamento e de mobiliário aconchegante e confortável. Isso é, mostra-se desejável o desenvolvimento de um cuidadoso projeto de interiores de forma a assegurar a funcionalidade e o conforto, e ainda refletir preocupações de natureza compositiva em uma imagem atraente para o local.

O **posto de enfermagem** é o ambiente onde os profissionais de saúde permanecem durante a observação dos pacientes e onde se realizam outras atividades de atendimento e mesmo burocráticas, tais como responder a ligações telefônicas de pacientes. Como na maioria das unidades visitadas não há uma sala de serviços específica para a preparação de medicação, essa atividade também é realizada no posto de enfermagem (FIG. 132 e 133). Para muitos dos funcionários consultados, o posto de enfermagem deveria preferencialmente ser um ambiente separado da sala de medicação, porém anexo a ela, e integrado visualmente por meio de panos de vidro. Assim, os profissionais de saúde poderiam realizar tarefas de atendimento ao público e burocráticas, como o preenchimento de documentação do paciente, sem expor a identidade destes e sem expor a sua própria privacidade. Com o uso de panos de vidro, seria possível dispor de privacidade acústica sem comprometer o controle visual dos pacientes pelos funcionários. No entanto, as visitas realizadas evidenciaram que a situação mais frequente é a do posto de enfermagem centralizado e totalmente integrado ao salão de medicação. Apenas em raras circunstâncias, ele constituía um ambiente a parte, separado por meio de panos de vidro, e a eficácia dessa solução não foi analisada em profundidade, pois não ocorria em nenhum dos dois estudos de caso.





**Figura 132** – Posto de enfermagem de Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 133** – Posto de enfermagem de uma Unidade de internação  
Fonte: o autor, 2009.

Minimamente, o posto de enfermagem requer uma bancada de trabalho com área variável, de acordo com o número de funcionários que acomodará, dispendo de computadores, pia para preparo de medicações e lavatório para higienização das mãos.

Os **consultórios médicos** (FIG. 134 e 135) podem estar situados dentro da Unidade, ou fora dela, sendo os pacientes examinados no Ambulatório e medicados no Hospital-Dia. Observaram-se, com maior frequência, os consultórios situados dentro do próprio Hospital-Dia, pois os médicos que orientavam e acompanhavam a infusão de medicação eram, em geral, os mesmos que realizavam as consultas. A quantidade de consultórios necessária à Unidade varia de acordo com sua demanda de atendimento, mas foi sugerido por alguns respondentes um número mínimo de três consultórios. Os consultórios deveriam ser amplos, bem mobiliados e equipados, e proporcionar total privacidade visual e acústica aos pacientes durante o atendimento. Para isso, é desejável que as portas e a organização do ambiente favoreçam o isolamento do restante da Unidade. Também é importante que esses ambientes tenham boas condições de iluminação, ventilação natural e climatização artificial do ar. São ainda requisitos dos consultórios médicos: uma escrivaninha para computador com cadeiras para o médico de um lado e para os pacientes do outro, uma maca de exames e um lavatório para higienização das mãos. Normalmente há armários adicionais para guardar os utensílios utilizados pelo médico. Um dos consultórios previstos na Unidade poderia ser planejado para ser multiuso, utilizado por psicólogo, nutricionista e serviço social, caso estes serviços sejam oferecidos pela instituição de saúde.



**Figura 134** – Foto de consultório médico  
Fonte: o autor, 2008.



**Figura 135** – Foto de consultório médico de Hospital-Dia  
Fonte: o autor, 2008.

A disponibilidade de um **quarto de isolamento** raramente foi observada nas unidades visitadas no Brasil e, com frequência, foi encontrada nas norte-americanas (FIG. 136, 137 e 138). Entende-se que é muito importante prever ao menos um ambiente com maca ou leito, que permita acomodar separadamente um paciente que esteja imunodeprimido ou mesmo um paciente que tenha alguma doença infectocontagiosa. Uma das características desejáveis para o quarto de isolamento é a previsão de um painel de vidro que integre visualmente este ambiente ao salão de medicação, e mais especificamente ao posto de enfermagem, favorecendo a observação do paciente pelas enfermeiras. Esse ambiente também pode ser multiuso, acomodando ainda a infusão de medicação por paciente que necessite repousar em um leito, e atividades como a aplicação de metacrilato, caso se trate de uma Unidade de Infectologia na qual se realize este procedimento. Para que esse ambiente permita também a aplicação de metacrilato, é indicado que haja espaço suficiente para o médico e as enfermeiras circularem ao redor da maca e que haja ainda uma bancada com pia para utilização pelos funcionários. Também convém que haja, nessa sala, uma cadeira para que o paciente se sente e tenha seu rosto fotografado contra um fundo branco. Essas fotos permitem a comparação e o acompanhamento dos resultados obtidos ao longo desse tratamento estético. Por fim, é preciso dispor ainda de uma poltrona para ser usada pelo profissional de saúde durante a aplicação das injeções.



**Figura 136** – Quarto de isolamento de Unidade de Infusão pediátrica  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 137** – Quarto de isolamento de Unidade de Infusão pediátrica  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 138** – Quarto de isolamento de Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.

Uma **sala de medição dos sinais vitais** é recomendável, embora não seja estritamente indispensável (FIG. 139 e 140). Tais salas também são comuns nas unidades visitadas nos Estados Unidos, enquanto no Brasil, a balança e os demais instrumentais ficam normalmente próximos ao posto de enfermagem no próprio salão de medicação, no corredor ou junto ao consultório médico. Ao prever uma pequena sala exclusivamente para essa atividade, em vez de dispor a balança no consultório médico, por exemplo, favorece-se seu uso pelas enfermeiras ou técnicas de enfermagem, que normalmente são as pessoas que registram o peso, a pressão e a temperatura do paciente e, conseqüentemente, acelera-se o atendimento. Além disso, assegura-se maior privacidade ao paciente e ao profissional de saúde na realização dessa atividade, do que dispendo esses equipamentos no salão coletivo de medicação. Essa sala pode ter dimensões exíguas, de aproximadamente 2 x 2 m, comportando apenas: a balança, uma escrivaninha com computador para ser usada pela técnica de enfermagem e uma cadeira adicional para ser usada pelo paciente.



**Figura 139** – Sala de medição dos sinais vitais  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 140** – Sala de medição dos sinais vitais  
Fonte: o autor, 2009.

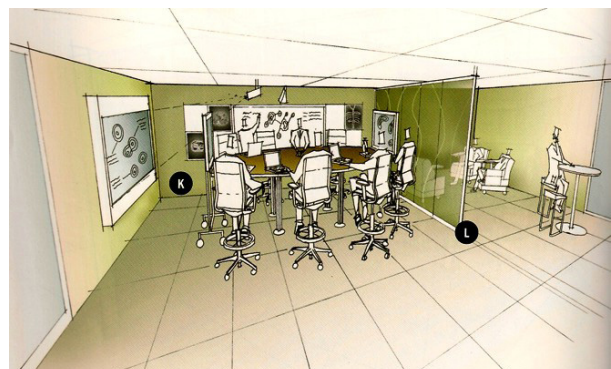
Recomenda-se prever uma pequena **sala para vacinação e coleta de exames laboratoriais**, como tirar sangue. Esta sala pode ser um ambiente também de aproximadamente 2 x 2 m. Na falta de um ambiente específico, tais atividades ocorrem na própria sala de medicação ou em algum outro ambiente da unidade. No entanto, numa sala onde se aplicam injeções de medicação ou para coleta de sangue, seria desejável dispor de uma poltrona apropriada para tal atividade, uma bancada para preparo do material, uma pia para higienização das mãos e um refrigerador para estocar as vacinas e também o material coletado que será encaminhado para exame. Além disso, a privacidade do paciente também é muito importante, principalmente caso seja necessário aplicar a injeção em uma parte íntima do corpo.

Recomenda-se prever uma **sala administrativa** com no mínimo um posto de trabalho, com telefone e computador, permitindo a realização de atividades, como consultar dados, solicitar medicação, arquivar documentação e fazer os trabalhos de escrituração e registro das informações de saúde do paciente (FIG. 141).

Convém prever uma **sala de reuniões** para encontros da equipe de profissionais da unidade, para atividades de estudo e pesquisa, bem como para a realização de seminários de atualização profissional e atividades de educação em saúde com grupos de pacientes ou familiares, como palestras e *workshops* (FIG. 142). Esta também pode ser uma sala multiuso, acumulando duas outras funções como: conversar privativamente com pacientes e acompanhantes, permitindo às enfermeiras dar orientações ao paciente ou ao acompanhante relativas à doença ou ao tratamento, e mesmo dar apoio emocional em momentos de crise; e sala de conforto de funcionários, caso não haja na Unidade um ambiente específico para este fim.



**Figura 141** – Sala administrativa de uma Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.

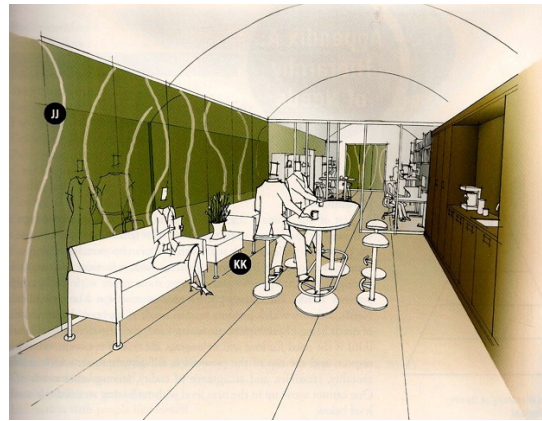


**Figura 142** – Sala de reuniões e cursos proposta especificamente para Unidades de Quimioterapia  
Fonte: Redman, 2008.

A **sala de conforto de funcionários** é um importante ambiente para a humanização da Unidade, favorecendo o descanso e a socialização de profissionais de saúde. Pode dispor de sofás, mesa com poucos lugares e escrivaninha para utilização de computador. Também esse ambiente, na falta de uma sala específica de reuniões, pode funcionar para esta atividade e para a realização de estudos e pesquisas por parte dos profissionais de saúde (FIG. 143). A sala de conforto é uma pequena sala de estar, e pode, ou não, estar integrada à copa de uso exclusivo dos funcionários (FIG. 144) e ainda, a um jardim externo, que possa funcionar como um local para alívio emocional.



**Figura 143** – Sala de conforto e estudos de uma Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 144** – Sala de conforto médico proposta para Unidade de Quimioterapia  
Fonte: Redman, 2008.

Devem ser previstos **sanitários para os funcionários**, em quantidade adequada a demanda. Esses sanitários também devem funcionar como vestiário, dispondo de área e mobiliário onde os profissionais de saúde possam se trocar e guardar suas roupas. Algumas funcionárias, participantes dos estudos de caso, recomendaram que, para uma unidade de aproximadamente 20 poltronas de infusão, deveria haver pelo menos 3 sanitários, sendo um de uso exclusivo delas, e os outros dois destinados ao público do sexo feminino e ao público do sexo masculino.

A **copa dos funcionários** é, normalmente, um ambiente pequeno com geladeira ou frigobar, bancada com pia, fogão de 2 ou 4 bocas ou micro-ondas. Pode dispor de bancada ou mesa com cadeiras, de forma a permitir o preparo e a realização de pequenas refeições, o descanso e mesmo a socialização dos funcionários (FIG. 145 e 146).



**Figura 145** – Copa dos funcionários de uma Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 146** – Copa dos funcionários de uma clínica privada de Quimioterapia  
Fonte: o autor, 2009.

Visando à humanização do ambiente, poder-se-ia planejar uma **copa para uso dos pacientes e acompanhantes**. Nesse local, o público da Unidade poderia realizar e preparar suas refeições, o que é especialmente importante no caso de população carente ou de pacientes que estão fora de seus municípios, permitindo a eles alimentar-se com baixo custo (FIG. 147 e 148).



**Figura 147** – Copa para uso dos pacientes, junto à circulação da Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 148** – Carrinho de comida junto aos boxes de tratamento  
Fonte: o autor, 2009.

Prever espaços de **depósito** e armazenagem de todos os utensílios, medicamentos, documentação e insumos também se mostrou muito importante (FIG. 149). Na maioria das Unidades visitadas, não há depósitos gerais ou, quando estes existem, são insuficientes para a demanda do local. Tanto nas Unidades de Infectologia quanto nas Oncológicas, utiliza-se uma grande quantidade de medicação, instrumentais e documentos e é desejável a previsão de, no mínimo, um depósito com dimensões superiores a 4 m<sup>2</sup>, para que as caixas de estoque não sejam armazenadas em locais inapropriados, como circulações ou mesmo no salão de medicação. Além disso, é recomendável planejar o salão de medicação prevendo-se uma grande disponibilidade de armários fechados que permitam armazenar aquilo que está sendo utilizado.



**Figura 149** – Depósito geral de uma Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.

Além do depósito de medicação, convém prever um ambiente ou **área para guarda de macas e cadeira de rodas**, recomendado pela RDC 50. Assim, quando estas se fazem necessárias, não será preciso deslocar um profissional de saúde até outra unidade para obtê-las. Sugere-se posicionar esse ambiente próximo à sala de espera, para que seja fácil providenciar um destes equipamentos aos que chegam na unidade. Com essa área de armazenagem e os depósitos em geral, contribui-se para liberar os demais ambientes do acúmulo de equipamentos e materiais que atrapalham as atividades para as quais eles foram efetivamente planejados.

Dependendo das práticas adotadas na instituição, pode ser desejável prever um ambiente de rouparia, como há na unidade de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center. Nesse ambiente, ficam depositados cobertores, travesseiros e fronhas limpos, que serão utilizados pelos pacientes. A **rouparia** não é indispensável, mas mostra-se um ambiente interessante, caso a instituição considere a possibilidade de oferecer esses objetos aos pacientes de Quimioterapia.

Devem ainda compor a Unidade um **depósito de material de limpeza** (FIG. 150), no qual são armazenados os produtos de higienização do ambiente, e uma **sala de utilidades** (FIG. 151 e 152), na qual se faz uma pré-limpeza dos instrumentais utilizados no atendimento antes de encaminhá-los para a esterilização. Além disso, é na sala de utilidades que se faz o armazenamento temporário do lixo da Unidade, quando não há um ambiente específico para este fim. O depósito de material de limpeza é exigência da RDC 50 para todos os setores hospitalares, e deve ter uma área mínima de 2 m<sup>2</sup> e um tanque. A sala de utilidades também é exigência da RDC 50 e deve ter uma área mínima de 4 m<sup>2</sup>, ou, caso funcione também como depósito temporário de lixo, a área mínima passa para 6 m<sup>2</sup>. A sala de utilidades tem normalmente um tanque e uma pia de despejo, especialmente projetada para o escoamento de resíduos de fluídos dos pacientes – sangue e outras secreções.



**Figura 150** – Depósito de material de limpeza com torneiras adaptadas para os produtos de limpeza utilizados  
Fonte: o autor, 2008.



**Figura 151** – Sala de utilidades com tanque de despejo (vaso) e tanque normal  
Fonte: o autor, 2008.



**Figura 152** – Sala de utilidades com tanque e recipientes de lixo  
Fonte: o autor, 2008.



Por fim, há outros ambientes que não cumprem funções relativas ao atendimento médico e de enfermagem, mas que também dão suporte à humanização e proporcionam a realização de distrações positivas. Por sua importância, ambientes com este propósito têm sido cada vez mais incorporados aos projetos hospitalares, tanto no Brasil quanto no exterior. Tais ambientes podem estar situados dentro da unidade de Hospital-Dia, como no caso de: sala de atividades educativas (FIG. 154), brinquedotecas em unidades pediátricas ou loja para venda de produtos variados de suporte ao tratamento, como próteses e perucas, em unidades oncológicas. Ou tais ambientes podem situar-se fora da unidade, mas dentro do edifício do hospital, dando suporte não apenas a este setor, mas ao público de toda a edificação. Entre eles, incluem-se: café, restaurante (FIG. 153), capela (FIG. 155), biblioteca, centro de pesquisa, quiosques comerciais (floricultura, revistaria, lojas, caixa eletrônico etc.), entre outros.



**Figura 153** – Café e restaurante para funcionários e público de um pequeno hospital  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 154** – Sala de atividades educativas para pacientes e acompanhantes de uma Unidade de Infusão  
Fonte: o autor, 2009.



**Figura 155** – Capela de um hospital  
Fonte: YEE, 2002.

## 7.2 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS ESTUDOS DE CASO

### 7.2.1 HOSPITAL-DIA DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

Inicialmente, cabe lembrar que já foi planejada uma reforma desta Unidade. O projeto arquitetônico de reforma está pronto e, no momento, aguarda-se a liberação da verba para dar início às obras. A pesquisadora não analisou o projeto arquitetônico de reforma, porém, foi informada que, entre outras coisas, ele inclui a substituição dos acabamentos internos,

a renovação de todo o mobiliário e o acréscimo de um corredor para os consultórios, expandindo a Unidade e reduzindo o setor de Endoscopia que lhe é contíguo. Também se pretende realizar outra pequena ampliação para a criação de um quarto de isolamento que hoje não existe no local. Acredita-se, assim, que tal reforma deverá melhorar sensivelmente a vivência dos usuários e contribuir para seu conforto e satisfação.

No entanto, sentiu-se a necessidade de redigir algumas recomendações relativas aos problemas que se mostraram mais urgentes, durante a realização do estudo de caso. Tais recomendações poderiam ser utilizadas para conferir se o projeto de reforma contempla as necessidades descritas abaixo.

O **dimensionamento insuficiente** de algumas dependências da Unidade é uma de suas principais limitações, além do fato de que não há hoje área disponível para a criação de vários ambientes que sequer existem no local, mas que são extremamente importantes como: um **sanitário** exclusivo do setor **para pacientes e acompanhantes**, um **posto de enfermagem** apropriado, um **depósito geral**, um **DML** – depósito de material de limpeza, uma **sala de utilidades** e um **corredor** de acesso aos consultórios.

**Sanitários feminino e masculino para os pacientes**, adaptados para cadeirantes, deveriam ser previstos junto à sala de espera, como recomenda a RDC 50. E, se possível, estes deveriam ainda ser facilmente acessíveis a partir da sala de medicação.

Faltam área e mobiliário apropriados para funcionar como **posto de enfermagem**, com bancada com dimensões suficientes para acomodar ao menos duas técnicas de enfermagem, dispor seus computadores, a documentação dos pacientes, cadeiras e um lavatório para as mãos.

Faltam **depósitos** para armazenar insumos utilizados na Unidade. Imagina-se que a previsão de dois depósitos seria suficiente para atender a demanda, sendo um específico de **material de limpeza**, previsto na RDC 50, e um **depósito geral** de medicações e instrumentais utilizados no local.

A inexistência de um **corredor** de acesso aos consultórios médicos mostrou-se outro problema crítico, e já foi considerado no projeto arquitetônico de reforma, de modo a melhorar as condições de uso e de privacidade dos consultórios.

O **dimensionamento exíguo** dos ambientes também dificulta a readequação do *layout* de móveis, ocasionando problemas, principalmente nos seguintes recintos: **salão de medicação, sala de espera, copa e sanitário de funcionários.**

Contudo, a questão do subdimensionamento e todos os problemas que dele decorrem são delicados de se resolver, pois requerem a ampliação expressiva da área atual. O projeto de reforma já elaborado para a Unidade considera um pequeno acréscimo de área, com a redução do setor de Endoscopia, que é adjacente ao Hospital-Dia. É este acréscimo que possibilitará a previsão de um corredor de acesso aos consultórios. Porém, para atender a todas as demandas supracitadas, o acréscimo de área deveria ser ainda maior. Entretanto, o Hospital-Dia encontra-se no pavimento térreo, cercado por outros setores e ocupa parte da área anteriormente pertencente a eles. Assim, para que se pudessem fazer todos esses ajustes, ou esta Unidade teria que ser realocada para outro lugar, com maior disponibilidade de área, ou um dos setores que hoje lhe são contíguos deveria ser realocado. Considerando-se que talvez nenhuma dessas duas soluções se viabilize no curto prazo, sugere-se que a reforma da Unidade considere a utilização de móveis embutidos e compactos que liberem a maior área possível para a circulação e a atuação dos funcionários.

Outra possibilidade consiste em eliminar uma ou duas das cinco poltronas de atendimento da **sala de medicação**, para que se possa aumentar o espaçamento entre elas, oportunizando melhores condições de atuação aos funcionários, de privacidade aos pacientes por meio de divisórias, permitindo acomodar cadeiras para acompanhantes. Nos meses em que se realizou a observação direta e sistemática do local, raramente todas as poltronas de atendimento foram utilizadas simultaneamente. A privacidade mostrou-se muito relevante para os pacientes da Unidade, pelo medo de terem expostas as suas identidades e com isso sofrerem discriminação em decorrência de serem portadores do vírus HIV. Por isso, seria desejável compartimentar o ambiente, criando boxes privativos de tratamento, com divisórias fixas ou retráteis, biombos ou cortinas hospitalares, o que só seria possível com a expansão da Unidade ou com a redução no número de poltronas de atendimento. Outro aspecto que contribuiria com a humanização seria a existência de um criado-mudo junto à poltrona do paciente, que permitisse guardar seus objetos pessoais, e utilizar a parte superior como uma bancada de trabalho para apoiar computador, livros, cadernos ou lanches. Além disso, se deveria prever espaço de circulação ao redor da poltrona do paciente e área para acomodar uma cadeira para acompanhante.

Outras mudanças também são recomendadas para a sala de medicação, ainda que sua ampliação não seja possível. Elas incluem: uma proposta de iluminação artificial que contemple a iluminação geral do ambiente e iluminação de leitura para cada poltrona de atendimento; melhorar as condições de conforto térmico, com a instalação de um bom sistema de climatização do ar; dispor um ou mais revestidores em locais facilmente visíveis; investir na imagem do local, de forma a torná-la mais alegre e acolhedora; e, por fim, substituir as poltronas atuais por outras mais confortáveis, facilmente reclináveis, estofadas e com apoio para braços, cabeça e pés.

A **sala de espera** atual mal comporta as duas longarinas, sendo difícil a circulação de macas e cadeiras de rodas, e não admitindo um balcão de recepção e móveis de apoio. Seria desejável ampliar sensivelmente a sala de espera e prever: poltronas mais confortáveis para o público, um bebedouro, uma bancada com café, um aparelho de televisão e DVD, som ambiente, revestido, um mural informativo com educação em saúde, material lúdico e recreativo para crianças e elementos de humanização da imagem do local como, por exemplo, quadros. A televisão poderia ser utilizada para transmitir informações de educação em saúde ou para a exibição de conteúdos educativos em geral. Também é urgente melhorar as condições de renovação do ar na sala de espera, por meio de climatização artificial, para que haja salubridade no ambiente. Com isso, poder-se-ia manter a porta principal de acesso à Unidade fechada, não expondo seus usuários à visualização pelos demais transeuntes do hospital.

A **copa dos funcionários** é muito pequena e só comporta uma geladeira e um bebedouro. E o **sanitário dos funcionários**, único desta Unidade, também atende ao público em geral, mas não está adaptado para pessoas com necessidades especiais. Além de servir como depósito e dar suporte à aplicação de injeções e coleta de exames. Assim, a principal recomendação seria a ampliação desses dois ambientes. Sugere-se ainda aumentar a altura das paredes desses dois ambientes, de forma a que elas encostem no teto, isolando-os de fato e inserindo neles um sistema eficaz de renovação do ar. Também essa alteração permitiria melhorar as condições de salubridade e privacidade no Hospital-Dia como um todo.

Seria desejável ter um **quarto de isolamento** que pudesse também dar suporte à aplicação de metacrilato, com uma maca com espaço para circular ao redor, bancada de trabalho, lavatório para as mãos e cadeira para o paciente sentar-se para que sejam tiradas fotos suas, para acompanhamento dos resultados. O projeto de reforma contempla a criação deste quarto de isolamento.

Os **consultórios** demandam, com urgência, um sistema eficaz de climatização artificial e renovação do ar de forma a permitir seu uso com salubridade, privacidade e com conforto térmico. Portas e janelas devem ter bom isolamento acústico para que não seja possível ouvir o que é conversado lá dentro por quem se encontra fora da sala. Outra necessidade prioritária relativa aos consultórios é a criação de um corredor que lhes dê acesso, evitando que se necessite passar por dentro deles para circular pela Unidade, contribuindo para a privacidade de pacientes e funcionários. Por fim, como também esses ambientes são pequenos, e considerando-se a dificuldade de ampliá-los, recomenda-se que o projeto do mobiliário libere o máximo de área possível para a circulação no ambiente.

Seria desejável dispor de uma **sala para vacinação e coleta de exames laboratoriais**, porque essas atividades são rotineiras. Porém, esse ambiente só seria possível de acomodar com a ampliação significativa do espaço atual da Unidade. Por fim, seria desejável dispor de uma **área para guarda de macas e cadeira de rodas**.

Além das recomendações descritas acima, algumas outras se mostraram relevantes, mas não dizem respeito especificamente a um determinado ambiente, e sim se aplicam a Unidade como um todo. São elas:

- **substituir e padronizar os acabamentos** que necessitam de manutenção, de forma a contribuir para a imagem e a assepsia do ambiente. Na reforma, pode-se manter a escolha de manta vinílica para pisos e reboco com pintura para paredes, pois são indicados para ambientes de saúde, porém, deve-se substituí-los, pois os que se encontram no local estão muito danificados. O forro também precisa ser substituído, pois apresenta problemas de mofo e infiltração. Podem ser adotadas placas acústicas, gesso contínuo e monolítico ou uma combinação de ambos;
- **renovar o mobiliário** que também é antigo, e que deveria ser ergonômico e ter uma estética mais atual;
- **melhorar as condições de orientabilidade**, através de um sistema de comunicação visual que inclua placas indicativas na fachada e áreas externas e ainda em cada ambiente interno junto às portas, contribuindo para seu entendimento pelo público e evitando o acesso equivocado a alguns locais;
- **melhorar a imagem do lugar**, tanto externa quanto internamente. Em relação às fachadas,

a solução inclui realizar a manutenção periódica, principalmente pintura. Em relação aos ambientes internos, além da renovação dos materiais de acabamento e mobiliário, poder-se-ia explorar outros elementos de humanização, como quadros e vegetação;

- **melhorar o sistema de iluminação artificial da Unidade**, dispondo-a de luminárias com difusores, em substituição às lâmpadas que hoje estão expostas ao olhar dos usuários.

### 7.2.2 CENTRO DE INFUSÃO DO LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER

As visitas exploratórias realizadas nos Estados Unidos confirmaram a sofisticação das soluções adotadas em muitas de suas unidades de Infusão, o que, segundo já foi comentado, provavelmente se relaciona ao fato de que a saúde naquele país é privada e que a imagem e a qualidade das edificações hospitalares são fatores de disputa das instituições no mercado. A Unidade de Infusão do Long Beach Memorial Medical Center caracteriza-se por uma relativa simplicidade em relação à média das unidades visitadas e mesmo em relação a outros setores deste mesmo Hospital. Isso, possivelmente, deve-se ao fato de que o local ocupado pela Unidade de Infusão é sublocado, e que o setor se encontra lá temporariamente, havendo o planejamento para sua realocação para dentro do campus do Hospital. Ainda assim, poucos problemas realmente urgentes foram constatados. O próprio Mapeamento Visual evidenciou uma prevalência de avaliações positivas por parte de pacientes e acompanhantes. Por esse motivo, entende-se que as recomendações descritas abaixo visam contribuir para a qualificação da Unidade e a melhor compreensão das necessidades dos usuários, mas poucas se referem a conflitos graves relativos ao uso dos ambientes.

Também para esta Unidade já há um projeto arquitetônico realizado. Foi possível ter acesso à parte do projeto e às explicações da chefia da Unidade em relação a algumas das mudanças que ocorrerão. Entre elas, o projeto foi todo elaborado prevendo boxes individuais de tratamento, em um grande salão coletivo. Os boxes de tratamento ficarão junto às fachadas externas e as poltronas ficarão voltadas para o pano de vidro da fachada, resultando que os pacientes ficarão de costas para o posto de enfermagem e serão visualizados, mas não visualizarão os profissionais de saúde. A proposta centra-se na importância das distrações positivas e da contemplação de áreas externas para o bem-estar do paciente. Os boxes serão delimitados entre si, com uma divisória fixa de madeira e também com um painel de correr móvel em vidro, de forma que o paciente possa controlar o nível de integração com o restante do salão.

O planejamento da nova Unidade prevê ainda: um solário ao ar livre, onde será implantada uma proposta paisagística; e um tratamento cuidadoso da imagem dos ambientes internos, com o uso de laminado de madeira em boa parte dos acabamentos.

Outra alteração significativa é a de que o projeto considera a inserção da Unidade dentro das instalações do Hospital, o que diminuirá o esforço de deslocamento dos profissionais de saúde, por exemplo, para levar a medicação quimioterápica da Farmácia até a sala de infusão.

As recomendações abaixo não se referem ao projeto da nova Unidade já elaborado, mas a algumas alterações relativas à sua configuração atual, pois com a realocação será possível sua reformulação total e inclusive seguir as recomendações gerais. Caso a obra de realocação não venha a ser feita, as recomendações abaixo apresentam as principais modificações a serem realizadas, centrando-se nas necessidades dos usuários.

Pacientes e acompanhantes avaliaram as dimensões da **sala de espera** como sendo insuficientes para acomodar as pessoas e o mobiliário e ainda permitir a movimentação com cadeiras de rodas. Por um lado, durante o curto período de tempo de realização do estudo de caso, não se viu a sala de espera cheia, pois os pacientes têm seu horário agendado e, assim que chegam a Unidade, preenchem a documentação e são logo encaminhados para a sala de infusão. Por outro lado, realmente a configuração atual dificulta a utilização de macas ou cadeira de rodas. Assim, uma alternativa a ser testada seria retirar algumas poltronas de espera, liberando maior espaço para a circulação destes equipamentos. Foram ainda sugeridos para esse ambiente: disponibilizar um aparelho de televisão, cadeiras mais confortáveis e acomodações para crianças, pois alguns pacientes ou acompanhantes necessitam vir com os filhos.

A falta de privacidade e de distrações positivas foram as duas principais críticas feitas à **sala de medicação**, no Mapeamento Visual, por parte de pacientes e acompanhantes. A própria falta de privacidade foi diretamente relacionada à escassez de distrações positivas, pois dificulta realizar algumas atividades, como repouso, leitura e conversas privativas com acompanhantes.

O dimensionamento insuficiente desses ambientes frente à quantidade atual de mobiliário também faz com que: as poltronas encontrem-se muito próximas umas das outras, facilitando o contágio de doenças, dificultando acomodar cadeiras para os acompanhantes,

inviabilizando o controle das condições ambientais pelo paciente e a alteração do posicionamento de móveis para adequação às suas necessidades. Também há pouco espaço para a movimentação das enfermeiras ao redor das poltronas durante o atendimento ao paciente. Uma possível alternativa seria reduzir o número de poltronas de atendimento, já que não se viu todas sendo utilizadas simultaneamente, aumentando o espaçamento entre elas, melhorando as condições de acessibilidade e voltando a utilizar as cortinas hospitalares ou implantando divisórias fixas para a criação de boxes.

Por outro lado, o fato de que há na Unidade salas de medicação com diferentes tamanhos e capacidades compensa, ao menos parcialmente, a falta de controle do paciente sobre o ambiente, pois este pode escolher o tipo de local em que gostaria de realizar o tratamento.

Há poucas possibilidades de distrações positivas atualmente nas salas de medicação e estas incluem: dormir; ler revistas; assistir a DVD; e estar com acompanhantes, embora não haja cadeiras específicas para acomodá-los. Para qualificar o ambiente para o dormir – uma atividade comum para pacientes de quimioterapia, devido a sua longa permanência e ao efeito colateral de algumas medicações – seria desejável a compartimentação da Unidade em boxes, permitindo ao paciente regular o nível de iluminação, usufruir de silêncio e isolar-se. Outras recomendações incluem: disponibilizar poltronas mais confortáveis para os pacientes; assegurar um bom sistema de climatização artificial com fácil controle, evitando o desconforto pelo frio; prever um aparelho de som e de televisão com fones de ouvido individuais para os pacientes; prever internet *wireless* para uso em *notebook*; prever espaço e cadeiras para acomodar os acompanhantes junto à poltrona de atendimento; prever um móvel que funcione como uma bancada de apoio para a utilização de computador ou para atividades de estudo pelos pacientes; e prever um criado-mudo – para que pacientes possam trazer e apoiar objetos pessoais durante a infusão de medicação, complementando o espaço disponível no apoio para braços das poltronas de infusão.

Seria interessante realizar um tratamento paisagístico junto às **circulações externas do edifício**, de forma a dar mais privacidade aos pacientes em tratamento e proporcionar visuais mais agradáveis para o exterior, que não correspondam à visão do estacionamento. Com o tratamento paisagístico da área externa junto às fachadas, as persianas internas poderiam ser mantidas abertas, melhorando o acesso da iluminação natural ao interior e também a integração visual com o exterior. Tal decisão possivelmente não dependeria apenas da instituição, já que o espaço é sublocado, mas poderia ser negociada com o condomínio da edificação.



Dentro das salas seria desejável planejar uma bancada maior para funcionar como **posto de enfermagem**, substituindo as pequenas escrivaninhas para computador que ficam sobrecarregadas de documentação e objetos. O posto de enfermagem, além de uma bancada grande para dispor e manusear a documentação dos pacientes, deveria prever ao menos uma área de trabalho com computador. Como já há nas salas de medicação outra bancada com pia e lavatório para as mãos, além das escrivaninhas, dando suporte ao preparo de medicação, o posto de enfermagem poderia ser planejado focando prioritariamente a observação do paciente.

Há na Unidade um **quarto de isolamento**, mas este apresenta uma sobreposição conflitante de funções, já que também serve de depósito para todos os suportes e bombas de infusão. Para o bom funcionamento desse ambiente, seria desejável a ampliação da área de depósitos, de forma a acomodar os equipamentos que não estão sendo utilizados. Por fim, seria desejável dispor de um pano de vidro que proporcionasse integração visual com o posto de enfermagem, o qual não existe hoje.

Os dois **sanitários** atualmente disponíveis na Unidade estão adaptados para cadeirantes, em bom estado de manutenção e foram avaliados como tendo uma aparência agradável. A principal crítica é que a quantidade atual de sanitários não é suficiente para atender a demanda. Se fosse possível ampliar a área da Unidade, seria recomendável prever um **sanitário** de uso exclusivo **dos funcionários**, que também servisse de vestiário e liberasse a sala atualmente chamada de laboratório que hoje acumula inapropriadamente esta função. Recomenda-se ainda melhorar o isolamento acústico do banheiro situado dentro da sala de infusão, pois se podem ouvir os ruídos oriundos desse local.

Faltam ambientes de apoio que seriam recomendáveis ao bom funcionamento da Unidade, porém que são difíceis de acomodar dentro de suas dimensões atuais. Tais ambientes poderiam ser criados, caso houvesse uma ampliação da Unidade, ocupando-se área das salas comerciais ao lado. Entre os ambientes que faltam no local, incluem-se: sala administrativa, sala de reuniões, depósitos e copa para pacientes e acompanhantes, além de sanitário de uso exclusivo dos funcionários já comentado.

Não há na Unidade uma **sala administrativa** fechada que permita realizar algumas atividades burocráticas ou mesmo de atendimento ao público em condições de privacidade. Por exemplo, hoje todos na Unidade podem ouvir as conversas telefônicas das recepcionistas, o que expõe informações relativas ao diagnóstico dos pacientes.

A Unidade está desprovida de uma **sala de reuniões**, já que não há cadeiras e área suficiente para acomodar todos os funcionários na copa, onde hoje acontecem, de modo improvisado, estas atividades.

Falta área disponível dentro do **depósito** para armazenagem de suprimentos, bombas de infusão que não estejam sendo usadas, medicamentos e falta ainda um ambiente específico para guarda de cadeira de rodas.

A Unidade carece também de uma **copa** para uso exclusivo dos **pacientes e acompanhantes** que dê suporte à realização de lanches, liberando a copa dos funcionários para seu descanso e socialização em melhores condições de privacidade.

Além dessas recomendações relativas a determinados ambientes, recomenda-se:

- melhorar o sistema de comunicação visual, colocando placas de sinalização nas portas de salas da Unidade que atualmente não as dispõe. Também visando aprimorar a **orientabilidade**, recomenda-se melhorar a sinalização de acesso à Unidade a partir da entrada do edifício;
- regular o sistema de ar-condicionado, pois está ocasionando desconforto por calor no verão e por frio no inverno. Como as janelas são mantidas fechadas, a climatização é utilizada em tempo integral e torna-se determinante do **conforto térmico** dos usuários.



# Considerações Finais



## SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS

As pessoas tendem a ficar abaladas emocionalmente quando se encontram doentes e o estranhamento em relação ao ambiente hospitalar pode dificultar esse processo, do mesmo modo que um ambiente humanizado pode aliviá-lo.

A humanização relaciona-se à qualidade da arquitetura hospitalar como um todo e potencializa o processo de apropriação, tanto por meio da imagem do local quanto de sua vivência. Uma imagem hospitalar humanizada favorecerá o processo de identificação do usuário e, conseqüentemente, sua experiência no local. Um ambiente favorável à vivência também será favorável à apropriação, e isso poderá ocorrer de diversos modos, como ao assegurar sua funcionalidade.

Com um olhar direcionado à humanização de ambientes de saúde, mais especificamente de Unidades de Hospital-Dia, investigou-se, na presente tese, a possibilidade de que estes ambientes dessem suporte não apenas ao atendimento médico e de enfermagem, o que é imprescindível, mas também a outras atividades que auxiliassem o paciente a desconectar-se um pouco do processo de tratamento e de sua própria dor, funcionando como distrações positivas. Buscou-se entender o potencial do ambiente em possibilitar aos pacientes uma postura mais ativa, nem sempre verificada nos hospitais atuais, de forma a favorecer a sua vivência e o processo de apropriação. Para tanto, investigou-se no trabalho o perfil de usuários, as atividades realizadas e a configuração ambiental de Unidades de Hospital-Dia existentes, e centrou-se o estudo no ponto de vista dos usuários de forma a obter informações que auxiliem no desenvolvimento de projetos mais responsivos aos seus anseios e necessidades.

O trabalho permitiu confirmar a hipótese de pesquisa de que os pacientes de Unidades clínicas de Hospital-Dia são em sua maioria pessoas deambulantes e que se encontram conscientes e despertados durante a estadia no local. Além disso, a permanência na Unidade é prolongada, potencializando um vínculo consistente entre as pessoas e o lugar. Dentre as Unidades clínicas de Hospital-Dia visitadas, são comuns àquelas destinadas à Quimioterapia e à Infectologia, sendo a sobrevida dos pacientes, de ambas as especialidades, cada vez maior, em decorrência de avanços nas áreas médica e farmacêutica. A principal atividade de atendimento realizada nesses Hospitais-Dia é a infusão de medicação e esta costuma estender-se por horas, em tratamentos que duram semanas, meses ou anos.

Essas circunstâncias fazem com que essas patologias se assemelhem a doenças crônicas e demandem tratamentos prolongados, e o ambiente hospitalar adquira por consequência uma importância significativa na rotina dos pacientes, devendo constituir-se em uma extensão dos lugares que ele vivencia cotidianamente.

Também se pôde confirmar que os pacientes das Unidades clínicas de Hospital-Dia estudadas têm condições físicas e psicológicas de desenvolver algumas atividades de distração positiva enquanto aguardam pelo tratamento ou mesmo durante ele. A grande maioria dos entrevistados acredita que o ambiente deveria, de fato, dar suporte a estas atividades, e que elas poderiam contribuir sensivelmente para o bem-estar dos pacientes e de seus acompanhantes.

No entanto, observou-se que a maior parte das atividades de distração positiva cogitadas pelos participantes da pesquisa não demandam muita força física ou movimentação, pois embora os pacientes estejam capacitados para tais tarefas, eles podem não ter disposição para realizá-las, já que enfrentam doenças que lhes causam grande impacto fisiológico e emocional. Além disso, ao menos a mão do paciente que recebe a infusão de medicação deve prioritariamente ficar parada, o que justifica por que os participantes espontaneamente apontaram atividades mais tranquilas, que pudessem contribuir para a distração do público, sem implicar muito deslocamento.

A atividade sugerida com maior frequência como distração positiva para Unidades de Infusão consiste em assistir à televisão ou a DVD, utilizando-se de aparelhos ou fones de ouvido individuais, de forma que fosse possível ao paciente controlar a programação e o nível do volume, sem ser incomodado ou incomodar aos demais. A segunda atividade sugerida com maior frequência foi realizar leituras, sendo conveniente dispor de uma biblioteca no Hospital ou de revisteiros ou móveis com rodízio dentro da Unidade, para que livros e periódicos estejam ao alcance físico e visual dos seus usuários. Também foram sugeridas, com frequência, as seguintes atividades: utilizar jogos de mesa e passatempos; dormir; conversar com acompanhantes; fazer trabalhos manuais, artísticos ou de terapia ocupacional; estudar ou trabalhar utilizando um computador, ou simplesmente acessar a internet; contemplar obras de arte, vasos com plantas ou aquários; utilizar jardins para fins diversos, como o próprio tratamento ou para estar só, ou simplesmente contemplá-los; ouvir música ou escutar histórias de livros gravadas em fitas; realizar pequenas refeições; assistir a apresentações e performances; realizar massoterapia; realizar terapia com animais;

participar de atividades de educação em saúde, como palestras e programas de TV e DVD; e desenvolver atividades físicas, como relaxamento, Reiki e alongamento. Tratam-se em sua maioria de atividades que não demandam muito esforço físico – força e movimentação – e que podem ser realizadas individualmente, sugerindo que o paciente pode desejar não interagir com os demais pacientes.

Durante a pesquisa verificou-se que a sala de espera e a sala de medicação são os ambientes da Unidade de maior importância para a realização dessas atividades, pois é neles que pacientes e acompanhantes permanecem por maior quantidade de tempo. Além disso, nesses locais os pacientes e acompanhantes, em geral, encontram-se ociosos.

As características desejáveis a esses ambientes, para possibilitar a realização das atividades de distração positiva supracitadas, relacionam-se a aspectos determinantes da sua qualidade como um todo. As recomendações projetuais elaboradas podem viabilizar-se em soluções de fácil execução e de baixo custo, porém, idealmente requerem ser consideradas no início das etapas de planejamento e projeto, sendo mais difícil a adaptação posterior do local. Por exemplo, o dimensionamento apropriado da área de tratamento, reservando espaço ao redor da poltrona do paciente, é um dos aspectos que possibilitará acomodar uma cadeira para acompanhante, movimentar e ajustar o *layout* do mobiliário e compartimentar o local em boxes, para sua adequação a diferentes atividades. No entanto, para boa parte dos Hospitais-Dia visitados, e inclusive para as duas Unidades nas quais foram feitos os estudos de caso, o dimensionamento exíguo dos ambientes é um de seus principais problemas e é de difícil solução, já que elas se encontram inseridas em meio a outros setores em funcionamento.

Além do dimensionamento insuficiente dos ambientes, foram observados nos dois estudos de caso: a inadequação a pessoas com necessidades especiais; as condições insatisfatórias de conforto ambiental; a falta de privacidade para pacientes; a falta de controle do paciente em relação ao ambiente; a inexistência de acomodações específicas para os acompanhantes junto às poltronas de infusão; a ausência de ao menos um boxe com maca para infusão; a falta de área e ambientes de apoio técnico dentro da Unidade; a falta de ambientes de conforto e convívio para funcionários; e o número insuficiente de sanitários.

Esses problemas foram comuns aos dois estudos de caso, embora tenham se mostrado mais intensos na Unidade de Infectologia do que na Unidade de Quimioterapia, assim como foi maior o nível de insatisfação dos seus usuários. Além do que já foi mencionado,

a Unidade de Infectologia necessita com maior urgência a manutenção dos acabamentos dos ambientes, e caracteriza-se pelo mobiliário antigo e pouco confortável e pela falta de humanização da imagem do hospital como um todo, carecendo de uma proposta de renovação e ambientação de suas áreas coletivas.

A resolução de boa parte destas dificuldades contribuiria para a ocorrência de uma maior variedade de distrações positivas, escassas nas duas Unidades visitadas. Três fatores, contudo, mostraram-se especialmente importantes para dar suporte a distrações positivas em Unidades clínicas de Hospital-Dia, entre eles: privacidade, controle das condições ambientais e polivalência.

A **privacidade** mostrou-se um aspecto crítico para que o ambiente possibilite uma maior variedade de atividades para pacientes e acompanhantes durante a espera ou o tratamento. Sua importância justifica-se por motivos como: nem sempre pacientes querem ser vistos ou identificados por outras pessoas; pacientes podem não desejar interagir com outros pacientes já que estes também tendem a estar fragilizados emocionalmente; e muitas das atividades que se deseja desenvolver no ambiente hospitalar são individuais ou introspectivas, como a leitura ou o repouso. Ao se assegurar boas condições de privacidade, também se favorece a realização de atividades em pequenos grupos de pessoas, como ter conversas reservadas com um acompanhante ou com profissionais de saúde, bem como se permite ao indivíduo escolher os momentos apropriados para a interação social. Condições favoráveis podem ser asseguradas quando se possibilita ao paciente fazer pequenas alterações no ambiente ou escolher entre ambientes com maior ou menor grau de privacidade.

Foi em relação à privacidade que se observou uma das principais diferenças entre os dois estudos de caso. Embora a privacidade tenha se mostrado um aspecto de grande relevância para ambas as Unidades avaliadas, observou-se que pacientes que estão realizando Quimioterapia estão mais predispostos a abrir mão dela em favor do contato e da facilidade de acesso aos profissionais de saúde. Por isso, durante a aplicação do método de Seleção Visual, pacientes em Quimioterapia optaram, em sua maioria, por salões coletivos de atendimento, sem compartimentação. Já para pacientes de Unidades de Infectologia, há uma predileção por ambientes coletivos de atendimento, porém compartimentados em boxes individuais.

O **controle das condições ambientais** é outro fator que se mostrou de grande relevância, pois se relaciona a aspectos como regular os níveis de iluminação, temperatura e ruídos, e ajustar a posição do mobiliário, adequando ao uso pretendido e proporcionando conforto ao usuário. As respostas afirmativas à pergunta do questionário sobre a importância de se dar ao paciente condições de controlar alguns aspectos do ambiente variaram de 50 a 66% para os grupos respondentes, sendo estes percentuais inferiores aos relativos à importância da privacidade para os mesmos participantes. Acredita-se que a valoração não tão significativa dada ao controle das condições ambientais pelos respondentes deva-se ao fato de que, nas duas Unidades estudadas, os pacientes encontravam-se em ambientes coletivos de tratamento, e não havia muitas oportunidades de controle, sendo difícil para eles sequer imaginar esta possibilidade. Porém, o controle de algumas condições ambientais, além de ser um tema muito explorado nas publicações de arquitetura hospitalar, mostrou-se viável e significativo, pois foi verificado nas visitas exploratórias a Unidades onde os salões de medicação eram compartimentados em boxes privativos.

Por fim, para dar suporte a distrações positivas, mostrou-se imprescindível planejar ambientes que sejam de fato **polivalentes**, isto é, que estejam adequados a outras funções que não apenas àquelas relacionados ao atendimento. Algumas atividades de distração positiva requerem que o ambiente seja previamente planejado para elas, para que possam ser realizadas em condições apropriadas e confortáveis. Por exemplo, para que o paciente possa assistir à televisão e controlar a programação e o volume, é preciso planejar móveis que comportem pequenos aparelhos televisores ou prever suportes para estes equipamentos fixados nas paredes. Também para que se possa realizar esta atividade adequadamente, é preciso ter um bom dimensionamento da área do boxe, caso contrário será difícil acomodar televisores individuais. Quando não é possível dispor de televisores individuais, tende-se a optar por um aparelho televisor coletivo, único para todo o salão, mas este pode tornar-se um incômodo para os usuários que não terão controle sobre a programação e o volume. Um aparelho de televisão único para todo o salão de medicação pode ainda não ser plenamente utilizado, como se viu em muitas Unidades visitadas, nas quais ele permanecia continuamente desligado ou sem volume algum.

Durante a aplicação do Poema dos Desejos, a necessidade de prever distrações positivas nos ambientes foi um dos aspectos mais comentados pelos usuários da Unidade de Infusão norte-americana, confirmando sua relevância. Apesar de este ser o foco da tese, o destaque dado ao tema pelos participantes foi surpreendente, já que o método privilegia



respostas espontâneas e o instrumento de coleta não induz a nenhum tipo de resultado. Também chamou a atenção o fato de esse aspecto ter se destacado mais na avaliação feita na Unidade de Infusão de Quimioterapia do que no Hospital-Dia de Infectologia. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que o Hospital-Dia de Infectologia tem outros problemas a serem resolvidos com urgência, que não apenas os relacionados às distrações positivas. Embora seja possível e desejável qualificar o ambiente da Unidade de Infusão de Quimioterapia, os problemas verificados *in loco* não têm a mesma intensidade, o que pode ter levado os usuários a concentrar-se em necessidades mais sutis, como as distrações positivas.

A pesquisa confirma que um ambiente que favoreça uma maior variedade de atividades para o paciente, paralelamente ao tratamento, é desejável para proporcionar alívio emocional. Possivelmente o paciente não vá realizar atividades de distração positiva durante toda a sua estadia na Unidade, e opte por estar ocioso ou repousando parte do tempo. No entanto, é certo que um ambiente que lhe possibilita realizar esta e outras atividades confortavelmente, e lhe dá oportunidades de escolha, privacidade e controle, permitirá atender mais plenamente aos seus anseios e necessidades.

## SOBRE A APLICAÇÃO DOS MÉTODOS

Na presente pesquisa foi adotada uma grande variedade de métodos, sendo alguns mais centrados na percepção e outros no comportamento dos usuários. Na realização do estudo de caso, houve momentos em que a quantidade de métodos pareceu demasiada, ocasionando algum incômodo aos participantes. Isso nos levou a ponderar se havia realmente a necessidade de usar todos eles. Nesse sentido, segue uma breve reflexão sobre a metodologia, verificando sua importância para os objetivos do trabalho, e algumas das principais vantagens e desvantagens observadas. Cabe destacar que essa reflexão diz respeito ao contexto específico desta pesquisa, já que para futuros trabalhos a imprescindibilidade ou não da aplicação de um determinado método depende dos objetivos pretendidos e do planejamento realizado.

A **Análise Walkthrough** apresentou resultados significativos, proporcionando uma visão abrangente e inicial do local, e englobou desde a implantação do hospital até aspectos relacionados ao interior da Unidade de Hospital-Dia. As informações obtidas por meio dessa avaliação foram únicas e complementares às dos outros métodos, e favoreceram um

entendimento geral dos Hospitais-Dia estudados e de seu contexto de inserção. Porém, se o objetivo do trabalho fosse de fato fazer uma avaliação mais rápida do local, com um período reduzido de tempo para o estudo de caso, esse possivelmente seria um método a ser eliminado, já que não foca exclusivamente na hipótese de pesquisa.

A **Observação Direta e Sistemática do Comportamento** foi fundamental para entender com clareza quais são os padrões de atividades desenvolvidas por seus usuários ao longo do dia e da semana, que características são desejáveis para a funcionalidade do local e que conflitos de uso existem hoje na Unidade. Esse método permitiu entender o que realmente é um Hospital-Dia, proporcionando a segurança necessária para a análise de todos os outros resultados obtidos. O método também contribuiu para a discussão da hipótese de pesquisa, ao fornecer informações sobre a vivência do ambiente e as possibilidades existentes de distração positiva. Cabe destacar que os registros escritos feitos na observação comportamental mostraram-se muito mais significativos do que os registros gráficos para a presente pesquisa, pois o desenvolvimento dos mapas comportamentais, apontando a posição e o deslocamento dos usuários na planta-baixa da Unidade, não foi tão determinante na análise dos resultados quanto à descrição detalhada das rotinas do local. Imagina-se que os registros gráficos poderiam ter sido eliminados, ao menos para este trabalho, de forma a facilitar a aplicação do método.

Tanto o **Poema dos Desejos** quanto o **Mapeamento Visual** resultaram em expressivas contribuições e foram ambos determinantes das recomendações projetuais para Unidades futuras. Entre as diferenças de ambos os métodos, cabe destacar que o Mapeamento Visual também foi determinante para as recomendações projetuais de reforma dos locais estudados. Muitas das respostas obtidas nos dois métodos se repetiram, já que, ao preencher o Poema dos Desejos, descrevendo o que seria desejável em uma Unidade futura, os participantes mostraram-se influenciados por aquilo que gostavam ou não no local que vivenciavam naquele momento. Por outro lado, nem todas as informações obtidas foram coincidentes, já que o Mapeamento Visual centra-se na avaliação do local existente e o Poema dos Desejos, na descrição do que seria um ambiente desejável na percepção dos usuários. Desse modo, nos parece que eliminar um desses dois métodos seria possível e contribuiria para que o trabalho de campo fosse menos extenso, mas também teria implicado perdas para os resultados finais.

Na presente pesquisa, os **Questionários** foram elaborados focando especificamente na hipótese. Por esse motivo, de todos os métodos utilizados, esse foi o que mais objetivamente

investigou as distrações positivas, permitindo questionar diretamente ao respondente se pacientes estariam habilitados e desejariam desenvolver tais atividades, o que gostariam de desenvolver, e checando a validade de alguns dos atributos ambientais já verificados anteriormente. Assim, para o contexto desta pesquisa, o método mostrou-se indispensável.

Entretanto, visando aliviar o esforço dos respondentes, certamente poderia haver menos perguntas, excluindo-se algumas delas. Por exemplo, no questionário para pacientes e acompanhantes, havia quatro questões relativas à avaliação geral da sala de medicação, o que poderia ter sido reduzido. Também se deveriam eliminar os espaços disponíveis junto a cada uma das perguntas para complementação discursiva das respostas de múltipla escolha. A retirada desses espaços adicionais foi realizada no questionário aplicado no segundo estudo de caso, conforme sugestão da banca de qualificação. No primeiro estudo de caso, raramente esses espaços foram preenchidos, e o simples fato de suscitar sua utilização possivelmente demandava um esforço adicional por parte do respondente, tornando-o mais exaustivo.

Outra sugestão indicada pela banca de qualificação foi de que em vez de iniciar algumas das perguntas com “Você acha...”, se deveria ter utilizado “Na sua opinião...”. A banca observou que a forma como foram redigidas essas questões lhes torna tendenciosas, aumentando a probabilidade de respostas afirmativas. Como o primeiro estudo de caso já havia sido realizado previamente à qualificação, entendeu-se que seria complicado alterar sensivelmente a redação dos questionários, pois dificultaria estabelecer correlações com o segundo estudo de caso, ainda a ser desenvolvido. No entanto, fica aqui registrado esse comentário como uma das limitações do trabalho, a ser observada em pesquisas futuras.

O método da **Seleção Visual** foi aplicado como uma pergunta do questionário, não demandando um esforço expressivo dos respondentes. Seus resultados, por sua vez, foram esclarecedores das preferências dos usuários, permitindo compreender sua predileção por ambientes coletivos de tratamento, o que não havia sido evidenciado por nenhum dos outros métodos anteriores.

Desse modo, a abordagem multimétodos foi realmente significativa para o trabalho, e os resultados obtidos com alguns instrumentos complementavam e preenchiam os vazios deixados pelos outros. A adoção de uma grande variedade de métodos também se justifica nesta pesquisa pela sua natureza exploratória, num contexto de pouca bibliografia disponível

e no qual havia muito que se investigar sobre a temática dos Hospitais-Dia. Outro aspecto importante é o fato de que ambas as Unidades nas quais foram realizados os estudos de caso tinham populações usuárias relativamente pequenas, resultando em amostras pequenas, de forma que a utilização de variados métodos proporcionou maior domínio do tema e da segurança na análise dos resultados.

Assim, acredita-se que seja positivo manter uma grande variedade de métodos, ainda que durante um tempo de aplicação reduzido, em vez de reduzir a variedade de métodos e aplicá-los junto a uma amostra maior ou durante um período de tempo maior.<sup>48</sup>

Caso o tema a ser investigado futuramente tenha uma grande disponibilidade de bibliografia e pesquisas já realizadas, seria mais fácil optar por um número menor de métodos, concentrando-se naqueles mais direcionados para a discussão da hipótese. Desse modo, o trabalho de campo se tornaria mais rápido e menos cansativo para os participantes.

## SUGESTÕES PARA A CONTINUIDADE DO TRABALHO

Acredita-se que um dos méritos do trabalho seja constituir-se em um estudo sistemático de Unidades clínicas de Hospital-Dia, tema este pouco explorado no campo da Arquitetura, permitindo introduzir algumas necessidades de seus usuários aos arquitetos e demais profissionais envolvidos no planejamento desses locais. Entende-se que o estudo, de natureza qualitativa e exploratória, contribuiu para esclarecer o que são essas Unidades, quem são seus usuários, quais as atividades nelas realizadas, qual sua configuração ambiental e refletir sobre suas possibilidades de humanização de forma a orientar o projeto de ambientes mais responsivos.

No entanto, dada a escassez de publicações, segue em aberto um amplo campo para a realização de pesquisas nessa área. Além de permitir a verificação dos resultados obtidos, pesquisas futuras possibilitarão aprofundá-los e avaliar as necessidades de outros tipos de Unidades de Hospital-Dia, sejam elas cirúrgicas ou clínicas, como geriátrica ou psiquiátrica.

Quando se iniciou o trabalho desta tese, pretendia-se estudar a importância das distrações positivas para Unidades de Hospital-Dia em geral, clínicas e cirúrgicas. Num primeiro recorte, foram excluídas somente as Unidades Psiquiátricas, por apresentarem um perfil de

---

48 Comentário verbal feito pelo professor co-orientador Dr. Daniel Levy, durante um assessoramento.

usuários, uma configuração ambiental e uma prática de atendimento notoriamente distinta das demais. Por exemplo, a realização de psicoterapia em suas diferentes formas pode ser entendida como um modo de distração positiva dentro de uma Unidade de Quimioterapia, mas numa Unidade Psiquiátrica ela consiste em uma de suas atividades fim. Além disso, numa Unidade Psiquiátrica não há as mesmas restrições na configuração do ambiente, como se observa nas demais, isto é, o local não precisa ser um ambiente tipicamente hospitalar e nem mesmo precisa encontrar-se dentro de um Hospital. Por seu contexto distinto, entendeu-se que as Unidades de Hospital-Dia Psiquiátricas demandavam estudos específicos.

A realização das visitas exploratórias a inúmeras Unidades foi esclarecedora no sentido de apontar que as distrações positivas também teriam uma importância e uma aplicação muito distintas nas Unidades cirúrgicas. Pode-se concluir que pacientes-dia cirúrgicos encontram-se na Unidade apenas para a realização do procedimento, durante o qual estão anestesiados, e para a recuperação da anestesia, durante poucas horas. Considerando-se que eles não terão condições físicas de desenvolver muitas atividades nesse tempo, a discussão sobre as distrações positivas não tem o mesmo significado para esse público específico, razão pela qual não foi objeto de estudo de caso. Poder-se-ia, em pesquisas futuras, investigar as características gerais desejáveis a estas Unidades e os aspectos determinantes de sua humanização, já que, por serem recentes, elas também constituem um campo fértil para estudo.

Outro aspecto passível de ser melhor estudado em pesquisas futuras corresponde a investigação das questões sociais, culturais e mesmo econômicas que permeiam o contexto dos edifícios de saúde em geral. Ainda que se tenha buscado contextualizar os estudos de caso realizados do modo mais completo possível, devido às limitações de tempo e ao recorte pretendido para a pesquisa, não foram aprofundados os estudos sobre as distinções entre o contexto social, cultural e mesmo econômico dos Estados Unidos e do Brasil, bem como de suas amplas políticas de saúde. O entendimento de como os distintos contextos afetam o planejamento destas Unidades, e de ambientes estabelecimentos assistenciais de saúde, poderia por si só ser um amplo tema de pesquisa.

Além disso, alguns dos resultados obtidos levantaram questões que poderiam ser tema para novos trabalhos, sobre as quais se tentará discorrer brevemente abaixo.

Um dos pontos que possivelmente poderia ser aprofundado numa pesquisa futura relaciona-se à quantificação e ao dimensionamento dos ambientes. Algumas decisões projetuais implicam escolhas como, por exemplo, optar entre uma área maior de espaços de apoio, como depósitos, ou uma área maior para atendimento ao paciente, dentro da sala de medicação. O estudo realizado aponta quais ambientes são importantes para estas Unidades e que características lhes são desejáveis, descritas de forma conceitual. No entanto, não se chegou a precisar dimensões mínimas para cada ambiente, estabelecer uma relação entre o dimensionamento de ambientes distintos, ou entre o número de poltronas de atendimento e a área total dos espaços de apoio.

Outro assunto que poderia ser aprofundado relaciona-se à quantidade recomendável de poltronas nas salas de medicação ou infusão. Os pacientes, funcionários e acompanhantes das duas Unidades estudadas optaram, preferencialmente, por salas coletivas de infusão, no método da Seleção Visual. Porém, não ficou claro até que ponto essa preferência por ambientes coletivos se mantém com o aumento no número de poltronas, isto é, se o paciente realmente preferiria um ambiente com 20 ou mais poltronas de infusão, a um ambiente privativo. Tal questão não foi investigada, e o fato de que os dois estudos de caso ocorreram em Unidades com salões coletivos de atendimento com um número reduzido de poltronas, pode estar relacionado aos resultados obtidos. No estudo da Unidade norte-americana, houve indícios de satisfação em salas com até 6 pacientes, o que é um número relativamente pequeno. Porém, se poderia investigar com maior propriedade se haveria um número desejável mínimo, médio ou máximo de pacientes por sala.

Um terceiro aspecto que poderia ser estudado futuramente é a aplicação da hipótese de pesquisa e dos resultados também para outras Unidades hospitalares direcionadas ao atendimento a pacientes externos como Hemodiálise e Radioterapia, que não se denominam Hospital-Dia. Para uma parcela considerável dos pacientes externos, a vivência do ambiente de saúde consiste em uma passagem muito rápida, como no caso de consultas ambulatoriais. Ou ainda, essa vivência ocorre em circunstâncias nas quais o paciente não está habilitado a desenvolver muitas atividades, como no caso do setor de Emergência. Contudo, serviços como a Hemodiálise, embora não correspondam a Unidades de Hospital-Dia, compartilham algumas semelhanças com estes locais, como o tempo prolongado de permanência dos pacientes e a configuração do ambiente principal de tratamento que, em geral, corresponde a salões coletivos. Assim, estudos futuros poderiam aprofundar-se no entendimento das especificidades destes e de outros setores hospitalares para o atendimento

a pacientes externos e nos quais há a longa permanência, investigando-se as atividades de atendimento desenvolvidas, a configuração ambiental, e o perfil fisiológico e psicológico dos pacientes.

Espera-se que o presente trabalho tenha de fato contribuído para a discussão do tema, sem, entretanto, pretender que este tenha sido esgotado. Tampouco se pretendeu que as recomendações projetuais sejam adotadas como uma “receita” para o projeto arquitetônico de Hospitais-Dia, pois se sabe que cada contexto influenciará as propostas a serem desenvolvidas. Além disso, a Arquitetura caracteriza-se pela produção contínua de inovações projetuais que visam ao bem-estar humano, originando soluções que nem sequer foram mencionadas ou imaginadas nesta pesquisa. Almeja-se que o presente trabalho constitua um pequeno aporte para a temática e para o planejamento de edificações que representem, a cada nova circunstância, os desejos da coletividade, criando condições cada vez melhores para a recuperação da saúde humana.

# Referências Bibliográficas





ADANS, W. Graham. Participatory Programming for Digital Equipment Corporation, Inc. In: SANOFF, Henry. **Participatory Design: Theory and Techniques**. North Carolina: North Carolina State University, 1990.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Conceito de Hospital-Dia**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/agencia/imprimir.asp?pk=%2048840>>. Acesso em: 04 jun. 2007.

ALMEIDA, Maristela Moraes. **Análise das interações entre o homem e o ambiente: estudo de caso de uma agência bancária**. 1995. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

\_\_\_\_\_. **Da experiência ambiental ao projeto arquitetônico: um estudo sobre o caminho do conhecimento na Arquitetura**. 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALTMAN, Irwin; LOW, Setha. **Place attachment**. Human Behavior and Environment. New York: Plenum Press, 1992.

ALVES, Maria Cherubina de Lima. **Apropriação do espaço: vivências dos pacientes hospitalizados**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. **When I'm 64 – how Baby Boomers will Change Health Care**. 2007. Disponível em: <<http://www.aha.org>>. Acesso em: 05 jun. 2007.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Portaria n. 2415**. Brasília: ANVISA, 1998. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showact.php?id=641>>. Acesso em: 04 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. RDC n. 50 – Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 220**. Brasília: ANVISA, 2004. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showact.php?id=12639>>. Acesso em: 04 jun. 2007.

AZEVEDO, Cláudia. Plantando sonhos: o jardim como campo terapêutico. In: DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane Rose; RHEINGANTZ, Paulo Afonso. **Projeto do lugar: colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.

BAIRD, George et al. **Building Evaluation Techniques**. New York: McGraw Hill, 1966.

BARONE, Dean. **Outpatient Care: on the Fast Track to Innovation**. Disponível em: <<http://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmod.asp?>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

BECHTEL, Robert B.; MARANS, Robert W.; MICHELSON, Willian. **Methods in Environmental and Behavioral Research**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1987.

BELL, Paul A.; FISHER, Jeffrey D.; LOOMIS, Ross J. **Environmental Psychology**. Filadélfia: W. B. Saunders Company, 1978.

BETSKY, Aaron. Framing the Hospital: the Failure of Architecture in the Realm of Medicine. In: WAGENAAR, Cor (ed.). **The Architecture of Hospital**. Amsterdam: NAI Publishers, 2006.

BITTENCOURT FILHO, Fábio Oliveira. **Conforto no ambiente de nascer: reflexões e recomendações projetuais**. 2003. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BLOCK, Keith; BLOCK, Penny; GYLLENHAAL, Charlotte. **Optimal Healing Environments for Cancer Patients**. Disponível em: <<http://www.informedesign.umn.edu/Rsdetail.aspx?>>. Acesso: 28 mar. 2008.

BLOOMER, Kent C.; MOORE, Charles W. **Corpo, memória e Arquitetura**. New Haven: Yale University Press, 1977.

BOBROW, Michael et al. **Building Type Basics for Healthcare Facilities**. New York: John Wiley & Sons, 2000.

CARPMAN, Janet R.; GRANT, Myron. **Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors**. Baskerville: American Hospital Publishing, 1993.

CARR, Robert F. **Outpatient Clinic**. Disponível em: <<http://www.wbdg.org/design/outpatient.php>>. Acesso em: 01 abr. 2008.

CASTELLO, Lineu. **Repensando o lugar no projeto urbano: Variações na percepção de lugar na virada do milênio (1985 – 2004)**. 2005. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CASTRO, Iara Sousa. **A capitalização da experiência do uso do ambiente construído: contribuições da avaliação pós-ocupação e da análise ergonômica do trabalho**. Estudo de caso em um Hospital-Dia HIV. 2010. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi. **Qualidade da iluminação em ambientes de internação hospitalar**. 2002. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi et al. **Recomendações projetuais para internação hospitalar desenvolvidas a partir do estudo da percepção e comportamento ambiental dos usuários**. In: ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO – Geração de valor no ambiente construído: inovação e sustentabilidade, 12, 2008, Fortaleza. Anais... São Paulo: ANTAC – Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído, 2008.

CHAGAS, Tânia Mara Valadares et al. Hospital-Dia. In: CARVALHO, Antonio Pedro Alves de (Org.). **Quem tem medo da Arquitetura Hospitalar?** Salvador: FAUFBA, 2006.

CHAUDHURY, Habib; MAHMOOD, Atiya; VALENTE, Maria. Advantages and Disadvantages of Single versus Multiple-Occupancy Rooms in Acute Care Environments – a Review and Analysis of the Literature. **Environment and Behavior**, v. 37, n. 6, p. 760-786, nov. 2005.

CHEN, Tun Sing; SANOFF, Henry. The Patient's View of their Domain. In: SANOFF, Henry. **Participatory Design: Theory and Techniques**. North Carolina: North Carolina State University, 1990.

CLEMESHA, Maria Regina. **A nova imagem do hospital: subsídios e diretrizes para o projeto arquitetônico**. 2003. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS 196/96** – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 10 out. 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2009.

COELHO, António Baptista. **Qualidade arquitectónica residencial: Rumos e factores de análise**. Lisboa: LNEC, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.409/94**. 08 jun 1994. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1409\\_1994.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1409_1994.htm)>. Acesso em: 30 ago. 2010.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. O hospital do futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004.

CULLEN, Gordon. **Paisagem urbana**. Lisboa: Edições 70, 1971.

DEL NORD, Romano. **Design and Health: A New Paradigm**. Disponível em: <<http://www.designandhealth.com/>>. Acesso em: 02 nov. 2010a.

\_\_\_\_\_. **New Dimensions for Future Healthcare Facilities**. Disponível em: <<http://www.designandhealth.com/>>. Acesso em: 02 nov. 2010b.

DEL RIO, Vicente et al (Coord.). **Clínica São Vicente: Considerações sobre sua Arquitetura**. 1998. Relatório – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

DEVLIN, Ann Sloan; ARNEILL, Allison B. Health Care Environments and Patient Outcomes: a Review of Literature. **Environment and Behavior**, v. 35, n. 5, p. 665-694, set. 2003.

DHS – DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. **Design Guidelines for Hospitals and Day Procedure Centers**. Victoria: DHS, 2004.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Healthcare**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DVA – DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. **Architectural Design Manual for New Hospitals, Replacement Hospitals, Ambulatory Care, Clinical Additions, Energy Centers, Outpatient Clinics**. Washington: DVA, 2006. Disponível em: <[http://www.va.gov/facmgt/standard/manuals\\_arch.asp](http://www.va.gov/facmgt/standard/manuals_arch.asp)>. Acesso em: 12 mai. 2008.

\_\_\_\_\_. **VA Space Planning Criteria**. Washington: DVA, 2006. Disponível em: <[http://www.va.gov/facmgt/standard/manuals\\_arch.asp](http://www.va.gov/facmgt/standard/manuals_arch.asp)>. Acesso em: 12 mai. 2008.

ELY, Vera Helena Moro et al. **Método de avaliação comportamental** – Estudo de caso: Unidade de Internação do Hospital Universitário da UFSC. In: Anais do NUTAU – Núcleo de Pesquisa em Tecnologia da Arquitetura e Urbanismo, São Paulo: NUTAU, 2007.

EVANS, Gary; McCOY, Janetta Mitchell. When Buildings Don't Work: the Role of Architecture in Human Health. **Journal of Environmental Psychology**, n. 18, p. 85-94, 1998.

FACILITY GUIDELINES INSTITUTE. **Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities 2006**. Washington: American Institute of Architects, 2006.

FEDERAL FACILITIES COUNCIL. **Learning from Our buildings: A State-of-the-Practice Summary of Post-Occupancy Evaluation**. Washington: National Academy Press, 2001.

FISCHER, Gustave-N. **Psicologia social do ambiente**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

FONDATION LE CORBUSIER. Disponível em: <[http://www.fondationlecorbusier.asso.fr/fondationlc\\_us.htm](http://www.fondationlecorbusier.asso.fr/fondationlc_us.htm)>. Acesso em: 12 jun. 2009.

FONTES, Maria Paula Zambrano. Imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo de representações sociais. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/fibesco/foucault>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FREITAS, Waldete Cunha de. **Espaço hospitalar: o caso do Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC**. 2005. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GAINSBOROUGH, Hugh; GAINSBOROUGH, John. **Principles of Hospital Design**. Londres: Architectural Press, 1964.

GIFFORD, Robert. **Environmental Psychology: Principles and Practice**. Boston: Allyn and Bacon, 1987.

GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura para clínicas e laboratórios**. São Paulo: Edgar Blücher, 2004.

HDWA – HEALTH DEPARTMENT OF WESTERN AUSTRALIA. **Private Hospital Guidelines: Guidelines for the Construction, Establishment and Maintenance of Private Hospital and Day Procedure Facilities**. 3 ed. [s.l.] HEALTH DEPARTMENT OF WESTERN AUSTRALIA, 1998.

HEALTH CARE DESIGN MAGAZINE. **Memorial Breast: Cancer Center Hollywood, Fl**. Disponível em: <<http://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmond.asp>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

HEIMSTRA, Norman W.; McFARLING, Leslie H. **Psicologia ambiental**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1978.

HERMAN MILLER. **A Conversation with Derek Parker of Anshen + Allen**. Disponível em: <<http://www.hermanmiller.com>>. Acesso em: 01 jul. 2007.

HOWARD, Jan; STRAUSS, Anselm. **Humanizing Health Care**. New York: John Wiley & Sons, 1975.

ITTELSON, William H. **Environment and Cognition**. New York: Seminar Press, 1973.

JAMES, W. Paul; TATTON-BROWN, Willian. **Hospitals: Design and Development**. Londres: The Architectural Press, 1986.

JERÔNIMO, Rosa Nadir Teixeira; GONÇALVES, Teresinha Maria. O processo de apropriação do espaço e de produção da subjetividade. **Psicologia: Teoria e pesquisa**. Brasília, v. 24, n. 2, abr./jun. 2008.

JOHNS, Doug; ZIRKLE, Don. The Bedless Hospital: A New Medical Facility Type. **The Academy Journal**, v. 1, p. 2, jul. 1999.

JORGE, Marco Aurelio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

KAPLAN, Stephen; KAPLAN, Rachel. **Health, Supportive Environments and the Reasonable Person Model**. Disponível em: <<http://www.aj.ph.org/cgi/content/full/93/9/1484>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

KARMAN, Jarbas. **Iniciação à arquitetura hospitalar**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1970.

KOPEC, Dak. **Environmental Psychology for Design**. New York: Fairchild Publications Inc., 2006.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **On Death and Dying**. London: The Macmillan company, 1969.

LEE, Terence. **Psicologia e meio ambiente**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.

LEITE, Érida Maria Diniz. **Dicionário digital de termos médicos**. 2007. Disponível em: <[http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed\\_0001\\_09012.php](http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_09012.php)>. Acesso em: 04 jul. 2009.

LEISTIKOW, Dankwart. **Edifícios hospitalarios en Europa durante diez siglos: Historia e la arquitectura hospitalaria**. [s.l.]: C. H. Boheringer Sohn, 1967.

LIMA, Maria Cristina P.; BOTEGA, Neury José. Hospital-dia: para quem e para quê? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 23, p. 195-199, 2001.

MACEACHERN, Malcolm T. **Hospital Organization and Management**. Chicago: Physicians Record, 1951.

MAHFUZ, Edson da Cunha. Os conceitos de polifuncionalidade, autonomia e contextualismo e suas consequências para o ensino de projeto arquitetônico. In: COMAS, Carlos Eduardo (Org.). **Projeto Arquitetônico: disciplina em crise, disciplina em renovação**. São Paulo: Projeto, 1986.

MALKIN, Jain. **Hospital Interior Architecture: Creating Healing Environments for Special Patient Populations**. New York: John Wiley & Sons, 1991.

\_\_\_\_\_. **Medical and Dental Space Planning: A Comprehensive Guide to Design, Equipment and Clinical Procedures**. 3. ed. New York: John Wiley & Sons, 2002.

MARBERRY, Sara O. **Innovations in Healthcare Design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1995.

MARCHI, Ricardo de. **Promoção da saúde: os desafios da superação**. Disponível em: <<http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=34>>. Acesso em: 09 jun. 2007.

MARCUS, Claire Cooper; BARNES, Marni (ed.). **Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

MARTINEZ, C. A. **Contra Costa Regional Medical Center: Ambulatory Care Center**. Disponível em: <<http://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmod.asp?sid>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

MCKAHAN, Donald. Healthcare Facilities: Current Trends and Future Forecasts. **The Academy Journal**, v. 1, out. 1998. Disponível em: <<http://www.aia.org/static/journal/articles/07/article07.asp>>. Acesso em: 05 jun. 2007.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0104-11692004000300001>>. Acesso em: 03 jun. 2007.

MILLER, Richard L.; SWENSSON, Earl S. **Hospital and Healthcare Facility Design**. New York: WW Norton & Company, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Portaria 1884/94.** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 44.** De 10 jan. 2004. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 26 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 52.** De 20 jan. 2004. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br>>. Acesso em: 26 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 130.** De 3 ago. 1994. Disponível: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINTVERSION&id=627>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria SNAS n. 224.** De 29 jan. 1992. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 251.** De 31 jan. 2002. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br>>. Acesso em: 26 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1317.** De 30 nov. 2000. Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/tab.../GM\\_P1.317\\_00tab\\_sih.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/tab.../GM_P1.317_00tab_sih.doc)>. Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2414.** De 23 mar. 1998. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2415.** De 23 mar. 1998. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

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

MOORE, Charles; ALLEN, Gerald. **Dimensiones de la arquitectura:** espacio, forma y escala. Barcelona: Gustavo Gilli, 1976.

MOREIRA, Marilda Maria da Silva. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento.** 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://portaldes.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes-chap&id=00000703&lng=pt&nr>>. Acesso em: 09 jun. 2007.

NHS – NATIONAL HEALTH SYSTEM. **Health Building Note 52 – Accomodation for day care – Medical investigation and treatment unit.** London: HMSO, 1995.



\_\_\_\_\_. **AEDET Evolution**: Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit – Instructions, Scoring and Guidance. 2005a. Disponível em: <[http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/InvestmentGuidanceRouteMap/DH\\_4132945](http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/InvestmentGuidanceRouteMap/DH_4132945)>. Acesso em: 31 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. **ASPECT**: Staff and Patient Environment Calibration Toolkit 21. 2005b. Disponível em: <[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_082087](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_082087)>. Acesso em: 31 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. **Primary and Social Care Premises**: Planning and Design Guidance. Londres: NHS, 2006.

NORBERG-SCHULZ, Christian. **Genius Loci**: Towards a Phenomenology of Architecture. New York: Rizzoli, 1980.

OHBA, Norio. **Medical Facilities**: New Concepts in Architecture and Design. Tóquio: Meisei, 1995.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em: 05 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. **Recomendações de Adelaide** – Promoção da saúde e políticas públicas saudáveis. Adelaide: WHO, 1988. Disponível em: <<http://www.saudepublica.we.pt/05-promocosaude/dec-adelaide.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001** – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: WHO, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2007.

ORNSTEIN, Sheila; BRUNA, Gilda; ROMÉRO, Marcelo. **Ambiente construído e comportamento**: a avaliação pós-ocupação e a qualidade ambiental. São Paulo: Studio Nobel e FUPAM, 1995. p. 1 -71.

PEJALER, R. Kumar et al. A Pediatric Day-Case Unit: Better Care at a Lower Cost. **World Health Forum**, v. 17, 1996. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 07 jun. 2007.

PENNA, Ana Claudia Meirelles. **A influência do ambiente construído na promoção da saúde**: o caso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. 2004. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PHILLIPS, Rhys. Children's Hospital: Ambulatory Care Building. **Architectural Record**, October, 2004. Disponível em: <[http://archrecord.construction.com/features/healthcare/07\\_childrens](http://archrecord.construction.com/features/healthcare/07_childrens)>. Acesso em: 27 mar. 2008.

POL, Enric. **Symbolism a Priori, Symbolism a Posteriori**. Disponível em: <<http://www.ub.edu/escult/water/cardiff/acrobats/POL.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2008.

POLLACK, Julie Stewart; MENCONI, Rosemary. **Designing for Privacy and Related Needs**. New York: Fairchild Publications, 2005.

PORTOGHESI, Paolo. **A Humanist Hospital**. Disponível em: <<http://www.materiamagazine.com/materia/editoriale/Scheda?id=0088884475>>. Acesso em: 12 out. 2007.

PREISER, Wolfgang F. E.; VISCHER, Jacqueline C.; WHITE, Edward T. **Design Intervention: Toward a More Humane Architecture**. New York: Van Nostrand de Reinhold, 1991.

PRESSLER, George. Ambulatory Care Design: the New Generation. In: MARBERRY, Sara O. **Innovations in Healthcare Design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1995.

PROSHANSKY, Harold M.; ITTELSON, William H.; RIVLIN, Leanne G. **Psicología ambiental: El hombre y su entorno físico**. México: Editorial Trillas, 1978.

RASMUSSEN, Steen Eiler. **Arquitetura vivenciada**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

RAWLINGS, T. Scott. Extending Hospitality: Consumer-Focused Health Care Environments Go Beyond Hotel-Like Facilities. **Medical Construction & Design**, jan./fev. 2006.

REDMAN, Melanie et al. **Environments for Cancer – a point of view**. [S.l.]: Steelcase, 2008.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso et al. **Notas de aula da disciplina: Avaliação de desempenho do ambiente construído**. 2007. (Apostila) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ROSENFELD, Isadore. **Hospitals Integrated Design**. New York: Reinhold Publishing Company, 1951.

\_\_\_\_\_. **Hospital Architecture and Beyond**. New York: Van Nostrand Reinhold Company, [ca. 1970].

SADLER, Blair et al. The Compelling Business Case for Better Buildings. In: MARBERRY, Sara O. **Improving Healthcare with Better Building Design**. Chicago: Health Administration Press, 2006.

SANOFF, Henry. **Participatory Design: Theory and Techniques**. North Carolina: North Carolina State University, 1990.

\_\_\_\_\_. **Visual Research Methods in Design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1991.

SANTO ANTONIO, Jaqueline; ANTÚNEZ, Andrés Eduardo Aguirre. **Atelier de pintura de livre expressão em Hospital-Dia Psiquiátrico**. Disponível em: <[http://www.ciec.org.br/Artigos/Revista\\_1/jacqueline.pdf](http://www.ciec.org.br/Artigos/Revista_1/jacqueline.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2008.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Orgs.). **Saúde e Arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora SENAC Rio, 2004.

SCANNELL, Leila; GIFFORD, Robert. Defining Place Attachment: A Tripartite Organizing Framework. **Journal of Environmental Psychology**, Victoria, v. 30, p. 1-10, 2009.

SILVA, Cristiane Neves da. **Gestão do processo de projeto: análise da metodologia adotada no desenvolvimento de projetos hospitalares**. 2006. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, Kleber Pinto. **Hospital, espaço arquitetônico e território**. 1999. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SKAGGS, Ronald L.; SPRAGUE, Joseph G.; MANN, George. **Designing Health in the Next Millennium**. Disponível em: <<http://www.aia.org/static/journal/articles/03/article03.asp>> Acesso em: 07 jun. 2007.

SOMMER, Robert. **Espaço pessoal: As bases comportamentais de Projetos e Planejamentos**. São Paulo: EPU, 1973.

\_\_\_\_\_. **A conscientização do design**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1979.

SOMMER, Barbara; SOMMER, Robert. **Tools and Techniques**. New York: Oxford University Press, 1997.

SOUZA, Elza Maria; GRUNDY, Emily. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social**: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s0102-311x200400050003>>. Acesso em: 03 jul. 2007.

SPELLMAN, Diana Brody; FRANKE, Debbie. **The hHart of Healing**. Disponível em: <<http://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmond.asp>>. Acesso em: 13 set. 2007.

STERNBERG, Esther M. **Healing Spaces**: The Science of Place and Well-Being. Cambridge: Harvard University Press, 2009.

TAYLOR, Jeremy. **The Architect and the Pavillion Hospital**: Dialogue and Design Creativity in England 1850-1914. Herndon: Leicester University Press, 1997.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar**: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.

TUAN, Yi-Fu. **Topofilia**: Um estudo da percepção, atitudes e valores do meio-ambiente. São Paulo: Difel, 1980.

TUSLER, W. H. **Evolution of the Hospital** – The Next 20 Years. 2002. Disponível em: <<http://www.aia.org/static/journal/articles/05/article05asp>>. Acesso em: 05 jun. 2007.

ULRICH, Roger. View Through a Window May Influence Recovery. **Science**, v. 224, p. 420-421, apr. 1984.

\_\_\_\_\_. Effects of Healthcare Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research. In: MARBERRY, Sara O. **Innovations in Healthcare Design**. Nova York: Van Nostrand Reinhold, 1995.

\_\_\_\_\_. Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research. In: RUBIN, H. R.; OWENS, A. J. **Status Report**: an Investigation to Determine Whether the Built Environment Affects Patients Medical Outcomes. Disponível em: <<http://www.healthdesign.org>>. Acesso em: 10 set. 2009.

ULRICH, Roger; ZIMRING, Craig. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21 st century**: a once-in-a-lifetime opportunity. Disponível em: <<http://www.healthdesign.org>>. Acesso em: 05 jun. 2007.

VAITSMAN, Jeni; 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**, v. 10, p. 599-613, 2005.

VARELA, Francisco; THOMPSON, Evan; ROSCH, Eleanor. **A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 1-50.

VASCONCELOS, Renata Thais Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior-exterior**. 2004. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VERDERBERER, Stephen; FINE, David. **Healthcare Architecture in an era of Radical Transformation**. New Haven: Yale University Press, 2000.

VERDERBERER, Stephen. Hospital Futures – Humanism versus the Machine. In: WAGENAAR, Cor (ed.). **The Architecture of Hospital**. Amsterdam: NAI Publishers, 2006.

VIDAL, Tomeu et al. Un modelo de apropiación del espacio mediante ecuaciones estructurales. **Medio Ambiente y Comportamiento Humano**, Tenerife, v. 5, n. 1 e 2, p. 27-52, 2004.

WAGENAAR, Cor (ed.). **The Architecture of Hospital**. Amsterdam: NAI Publishers, 2006.

WHYTE, William H. **The Social Life of Small Urban Spaces**. Washington: The Conservation Foundation, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How Effective are Different Types of Day Care Services for People with Severe mental Disorders?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2007.

YEE, Roger. **Healthcare spaces n. 1**. New York: Visual Profile Books, 2002.

\_\_\_\_\_. **Healthcare spaces n. 2**. New York: Visual Profile Books, 2004.

\_\_\_\_\_. **Healthcare spaces n. 3**. New York: Visual Profile Books, 2006..

# Anexo 1

Formulários Utilizados nas Visitas  
Exploratórias feitas a Unidades de  
Hospital-Dia e Quimioterapia no Brasil e a  
Centros de Infusão nos Estados Unidos



Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Quantidade de leitos do Hospital: \_\_\_\_\_

**SOBRE O HOSPITAL-DIA**

Apresenta Unidade de Hospital-Dia? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo:

Desde que ano? \_\_\_\_\_ Quantas unidades de Hospital-Dia? \_\_\_\_\_

Quantos leitos dispõem na(s) unidade (s) de Hospital-Dia? \_\_\_\_\_

Visando o atendimento de quais especialidades? \_\_\_\_\_

Quais as principais atividades e procedimentos médicos realizados? \_\_\_\_\_

Quantas horas os pacientes permanecem em média nessas unidades? \_\_\_\_\_

Durante sua permanência no Hospital-Dia os pacientes geralmente se encontram:

( ) conscientes ( ) inconscientes

( ) acordados ( ) repousando

É possível aos pacientes, durante sua permanência na unidade estarem desenvolvendo outras atividades, que sejam de seu interesse como: leitura, visitas, terapia ocupacional, música, televisão, caminhadas, trabalho no computador...? Quais lhe parecem mais viáveis ou interessantes? \_\_\_\_\_

Seria bom se a organização do ambiente da unidade de Hospital-Dia criasse condições para a realização de algumas dessas atividades? \_\_\_\_\_

Quais os principais pontos positivos em relação ao espaço físico desta unidade? \_\_\_\_\_

Quais os principais pontos negativos em relação ao espaço físico desta unidade? \_\_\_\_\_

Como seria o espaço físico ideal para o Hospital-Dia visando o atendimento das necessidades de seus usuários? \_\_\_\_\_

Nome (opcional): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Jornada (horas/semana): \_\_\_\_\_

Tempo que trabalha na instituição: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO DO PESQUISADOR SOBRE O HOSPITAL-DIA**

**SOBRE A UNIDADE E ARRANJO ESPACIAL**

Ambientes: \_\_\_\_\_

Dimensões: \_\_\_\_\_

Lay-out / arranjo espacial: \_\_\_\_\_

Acabamentos: \_\_\_\_\_

Mobiliário: \_\_\_\_\_

Relação interior-exterior: \_\_\_\_\_

Condições gerais de conforto: \_\_\_\_\_

Outras observações: \_\_\_\_\_

**Atividades desempenhadas pelos funcionários**

**Atividades desempenhadas pelos pacientes**



**Guide for Interview with Staff Members**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Capacity of the hospital / facility (how many beds are available): \_\_\_\_\_

Is there a short stay outpatient unit for Chemotherapy, Infectology, Geriatrics, Surgery or other specialties?

( ) Yes ( ) No

How many and what type? \_\_\_\_\_

In what year did they start operating? \_\_\_\_\_

How many beds or armchairs are available in each of these units? \_\_\_\_\_

Regarding patient care, could you briefly describe the staff's normal routine in these units (main procedures)?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

How long do patients stay in this unit in average? \_\_\_\_\_ (hours/day) \_\_\_\_\_ (days/week) \_\_\_\_\_ (days/month)

During their stay in these units patients are usually: ( ) conscious ( ) unconscious

( ) awake ( ) sleeping

Do you think it would be good for this type of patients if they could have positive distractions during their stay, such as: Read ( ) Occupational therapy ( ) Listen to music ( ) Watch TV or a movie ( )

Walk inside the facility ( ) Walk in a garden ( ) Access to a computer and internet ( )

Beautiful view such as of a garden, sculptures, etc ( )

Others \_\_\_\_\_

How important is it for the patient's recovery that the physical environment supports positive distractions?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

In your point of view, which are the main positive aspects of this unit's physical environment?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

In your point of view, which are the main negative aspects of this unit's physical environment?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

What do you think the ideal space of a short stay unit should be in order to support patients and staff needs? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Thank you very much for participating in this interview.**



**NOTES TO BE TAKEN BY THE RESEARCHER DURING VISITS TO FACILITIES**

Rooms that compose the unit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Approximate dimensions of rooms: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lay-out / spatial arrangement: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Materials / Finishings: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Furniture: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interior-exterior relations in rooms: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

General conditions of environmental comfort (natural and artificial lighting, ventilation): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Activities developed by staff:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Activities developed by patients:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other observations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Anexo 2

Resultados das Visitas Exploratórias  
feitas a 31 Unidades de Hospital-Dia e  
Quimioterapia no Brasil



Visando ter um entendimento inicial de como são os Hospitais-Dia no Brasil e de quais os atributos ambientais importantes para a sua apropriação pelos usuários, buscou-se visitar o maior número possível destes nas cidades de Florianópolis/SC, Rio de Janeiro/RJ e São Paulo/SP.

As visitas ocorreram no período compreendido entre agosto de 2007 e janeiro de 2009, totalizando 11 instituições de saúde do Rio de Janeiro, 11 de Florianópolis e 7 de São Paulo. Rio de Janeiro e São Paulo foram escolhidas pela sua relevância no contexto nacional, considerando-se ainda que muitas das novidades na área da saúde tendem a ser implantadas mais cedo em cidades de grande porte. A visita a instituições de saúde em Florianópolis ocorreu por ser a cidade de moradia da pesquisadora, razão pela qual se pretendia conhecer as Unidades de Hospital-Dia em funcionamento nela, de forma a selecionar algumas para os posteriores estudos de caso.

Inicialmente realizaram-se visitas a Hospitais-Dia muito variados, incluindo cirúrgicos e clínicos, entrando-se em contato com instituições de médio e grande porte. Com o avançar do trabalho e tendo em vista o interesse em estudar possibilidades de distrações positivas para os pacientes durante o tratamento, deu-se preferência à realização de visitas a Unidades clínicas de Hospital-Dia, já que nas Unidades cirúrgicas os pacientes passam boa parte do tempo repousando em decorrência da anestesia.

Além disso, passou-se a visitar também estabelecimentos públicos e privados de menor porte, desde que apresentassem Hospital-Dia ou funcionassem e se organizassem de modo similar, já que se percebeu que nem sempre se adota essa nomenclatura. Este é o caso, por exemplo, da maioria das clínicas particulares que fazem Quimioterapia Ambulatorial. Embora não adotem a nomenclatura Hospital-Dia, estas em geral dispõem de mais recursos para investir na qualidade do ambiente do que instituições públicas destinadas a esse mesmo fim. Assim, entendeu-se que o estudo da organização espacial dessas Unidades contribui para a compreensão de como pode ser um Hospital-Dia, e suas configurações espaciais constituem alternativas para o desenvolvimento de projetos futuros.

Nos 29 estabelecimentos visitados, pode-se conhecer um total de 31 Unidades de Hospital-Dia e de Quimioterapia, pois em 1 único hospital foram visitadas 3 Unidades distintas. 7 das Unidades visitadas são Hospitais-Dia Cirúrgicos, destinados a procedimentos eletivos, pouco invasivos, de baixo risco e baixa complexidade. Das 7 Unidades Cirúrgicas, 6 realizam

procedimentos em diversas especialidades (Cirurgia Geral, Ortopédica, Vascular, de Buco-maxilo, Plástica, Otorrinolaringológica, Oftalmológica etc.) e 1 destina-se exclusivamente à Cirurgia Plástica.

16 das Unidades de saúde visitadas são Hospitais-Dia Clínicos. Destes: 7 direcionam-se à Infectologia – visando, sobretudo, ao atendimento a pacientes HIV positivo; 6 Unidades destinam-se à Quimioterapia Ambulatorial; 2 Unidades atendem simultaneamente a várias especialidades, inclusive HIV e Quimioterapia; e 1 presta apoio ao serviço de Hemodinâmica do hospital no qual está implantada.

8 Unidades visitadas correspondiam a setores de Quimioterapia Ambulatorial que não utilizam a nomenclatura Hospital-Dia, embora tenham uma organização e funcionamento similar.

Durante as visitas, foram realizadas observações diretas em relação à configuração ambiental das Unidades. Por meio destas, buscou-se compreender como as Unidades se organizam espacialmente e suas rotinas de uso, focando-se no modo como o ambiente dá suporte aos usuários. As observações foram anotadas em uma planilha, de acordo com as seguintes categorias: ambientes que compõem a Unidade, dimensões, *layout*, mobiliário, acabamentos, relação interior-exterior, condições gerais de conforto, principais atividades desempenhadas pelos funcionários e pelos pacientes. Além disso, foram feitos registros fotográficos, quando autorizados pelas instituições, preservando-se sua identidade bem como a dos pacientes.

Além das observações, foi realizada uma entrevista estruturada com um funcionário – médico (a) ou enfermeiro (a) – buscando compreender questões operacionais e organizacionais (perfil de pacientes, especialidade médica, tipo de tratamento, tempo de permanência etc.), aspectos comportamentais como atividades que os pacientes costumam desenvolver paralelamente ao tratamento ou que poderiam estar desenvolvendo, e ainda aspectos relativos à percepção ambiental, como pontos positivos e negativos da Unidade, e características a serem consideradas em um projeto futuro. A maioria das perguntas previa respostas abertas, de forma a evitar seu direcionamento, e a interpretação dos dados coletados deu-se por meio de análise de conteúdo.

Por fim, buscou-se o aprofundamento na revisão de literatura para dar suporte à sua análise e discussão dos resultados.

Tabela 6 - Unidades de Hospital-Dia e Unidades de Quimioterapia visitadas no Brasil

RIO DE JANEIRO - RJ

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Hospital-Dia
Hospital de Ipanema	28/08/07	Unidade de Hospital-Dia destinada à realização de cirurgias ambulatoriais e pequenas cirurgias em geral (plástica, oftalmológica, geral, proctologia, ortopedia e neurocirurgia, vascular). Dispõe de 2 salas para a realização dos procedimentos cirúrgicos, poucos ambientes de apoio e apenas 2 leitos de recuperação de pacientes junto às salas cirúrgicas.
Hospital da Lagoa	06/09/07	Unidade de Hospital-Dia destinada a cirurgias menos invasivas, em especial de otorrinolaringologia, ginecologia e oftalmologia. Além do Centro cirúrgico, compreende uma Unidade de internação de curta duração, com 12 leitos para preparação e recuperação dos pacientes. Está sendo ampliada para 18 leitos.
Day Hospital – Barra Shopping	10/10/07	Clínica particular destinada ao atendimento na modalidade de Hospital-Dia, contando com Centro Cirúrgico, UTI e 14 apartamentos de Internação de Curta Duração. O Centro Cirúrgico é sublocado para cirurgiões, para a realização de procedimentos eletivos, pouco invasivos, de baixo risco e complexidade em inúmeras especialidades médicas.
INCA – HC1	29/10/07	Unidade de Hospital-Dia clínica destinada ao pré e pós-operatório de pacientes que fizeram transplante de medula óssea e à realização de Quimioterapia Ambulatorial. Dispõem de consultórios médicos, ambientes de apoio, posto de enfermagem e 15 poltronas de Hospital-Dia, distribuídas em 2 salões coletivos de atendimento.
FIOCRUZ – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas	29/10/07	Unidade de Hospital-Dia compreendendo consultórios e ambientes de nebulização, vacinação, endoscopia e observação. O Hospital-Dia centra-se em um salão coletivo com 7 poltronas destinadas ao atendimento de pacientes com tuberculose, leishmaniose, paracoccidiodomicose e HIV.
Hospital Pró-Cardíaco	01/11/07	Dispõe de uma Unidade de Hospital-Dia estruturada como um setor de internação de curta-duração, com 5 quartos privativos. Destina-se à realização e recuperação posterior de atividades de apoio Hemodinâmico e de exames como Endoscopia e Colonoscopia.

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Hospital-Dia
Copa D'Or	01/11/07	Possui um setor para atendimento de Hospital-Dia Pediátrico equipado com 3 leitos hospitalares. Assemelha-se a um quarto de internação, com um pequeno posto de enfermagem e alguns ambientes de apoio. Destina-se à administração de Quimioterapia e outras medicações em crianças.
HEMO RIO/ Instituto de Hematologia Arthur Cavalcanti	12/12/07	Possui uma Unidade onde se presta atendimento a pacientes em tratamento de Quimioterapia, com organização muito similar ao Hospital-Dia visitado no INCA. Verificouse, no entanto, uma certa indefinição em relação à sua nomenclatura, pois alguns funcionários denominavam essa Unidade como sendo Hospital-Dia e outros como sendo parte do Ambulatório. No total, a Unidade dispõe de 1 maca e 9 cadeiras dispostas em um ambiente coletivo de tratamento.
Barra Life – Doktor Day Hospital	12/12/07	Trata-se de uma clínica particular, toda ela funcionando como um Hospital-Dia. Atende a um público de média e alta renda, destinando-se à realização de procedimentos cirúrgicos pouco invasivos, com períodos curtos de internação. Constitui-se de um centro cirúrgico com 3 salas e uma Unidade de recuperação pós-cirúrgica, com 12 quartos privativos de 1 leito cada, estruturada como um setor de internação, embora os pacientes em geral não pernoitem.
Oncoclínica / Copacabana Medical Center	3/12/07	Clínica particular que ocupa parte de 3 pavimentos de um edifício constituído exclusivamente de clínicas e consultórios médicos. A clínica é composta de consultórios e áreas de tratamento, dentre as quais se encontra um salão com atendimento na modalidade de Hospital-Dia, também para pacientes que estão realizando Quimioterapia. Foram dispostas, no perímetro desse salão, 13 poltronas confortáveis, onde os pacientes permanecem sentados durante o tratamento.
Hospital Universitário da UFRJ	12/11/08	Apresenta 2 Unidades de Hospital-Dia, sendo uma delas destinada ao atendimento a pacientes HIV e doenças infectocontagiosas e outra para pacientes em Quimioterapia. A visita foi direcionada pela instituição apenas para a primeira Unidade.  Essa Unidade foi adaptada a partir de ambientes de internação. Apresenta 3 leitos e 7 poltronas de tratamento dispostos em 2 salas de medicação.

## FLORIANÓPOLIS - SC

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Hospital-Dia
Hospital de Caridade	27/12/07	O Hospital apresentava uma Unidade de Hospital-Dia para recuperação pós-cirúrgica, que foi desativada e transformada em Unidade de internação, prioritariamente destinada à recuperações de curta duração. Essa mudança ocorreu porque, segundo a funcionária entrevistada, poucos eram os pacientes que não necessitavam pernoitar. Muitos deles eram de outras cidades e preferiam ficar no hospital durante sua recuperação. A Unidade, no entanto, não foi alterada durante essa mudança, e continua se constituindo em um grande salão com leitos hospitalares, todos integrados, nos quais os pacientes ficam sob a supervisão de um posto de enfermagem.
CEPON	12/02/08	O hospital, destinado exclusivamente ao tratamento de pessoas com câncer, apresenta uma Unidade de Hospital-Dia para pacientes de Quimioterapia. A Unidade centra-se em um salão coletivo de atendimento com 24 poltronas e 6 leitos, ao qual se agregam ambientes de apoio.
Hospital Celso Ramos	13/02/08	Não possui uma Unidade chamada de Hospital-Dia, embora possua um setor denominado Cirurgias de Curta Permanência, de natureza equivalente. Nesse setor, encontram-se apenas 8 leitos hospitalares para recuperação de cirurgias ambulatoriais.
Hospital Nereu Ramos	13/02/08	O hospital dispõe de um setor misto de Ambulatório e Hospital-Dia, no qual se encontram 3 salões coletivos de atendimento (medicação) que totalizam 6 leitos e 6 poltronas, destinados principalmente ao atendimento a pacientes HIV positivo.
Baía Sul Medical Center	14/02/08	O complexo de saúde com este nome compreende um edifício com salas comerciais destinadas ao uso na área da saúde, bem como uma clínica de mesmo nome visando exclusivamente ao atendimento na modalidade de Hospital-Dia para pacientes cirúrgicos, em 20 especialidades distintas. A clínica é composta por 1 centro cirúrgico com 6 salas e uma Unidade de internação com 15 apartamentos, todos eles equipados com leitos hospitalares.
Oncologia Clínica Florianópolis	05/01/09	Trata-se de uma clínica médica particular com atendimento ambulatorial (consultórios) e 2 ambientes para Quimioterapia, totalizando 7 poltronas.



Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Hospital-Dia
Hospital Universitário da UFSC	06/01/09	Não há no hospital uma Unidade com a nomenclatura de Hospital-Dia. Porém, há uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial, que foi visitada, com capacidade de atendimento de 6 poltronas e 1 maca.
Climama	07/01/09	Também se trata de uma clínica médica particular com atendimento ambulatorial (consultórios) e um ambiente de Quimioterapia. Este ambiente dispõe de 4 poltronas e 1 leito.
Hospital Regional de São José	07/01/09	O Hospital Regional de São José é uma das 2 Unidades de Hospital-Dia públicas da grande Florianópolis direcionadas ao atendimento de pacientes HIV. Funciona em um espaço adaptado para essa função e comporta 6 poltronas de atendimento.
Clínica Viver	08/01/09	Também é uma clínica médica particular com atendimento ambulatorial (consultórios) e um ambiente para Quimioterapia com 4 poltronas.
Hospital Infantil Joana de Gusmão	09/01/09	O Hospital Infantil Joana de Gusmão atende a crianças de todo o estado de Santa Catarina. Apresenta 2 Unidades de Hospital-Dia em funcionamento, 1 para Infectologia, que foi visitada, e outra para Oncologia. A Unidade de Hospital-Dia de Infectologia conta com vários consultórios e ambientes de apoio, sendo que na sala de medicação propriamente dita há 3 leitos e 2 poltronas.

## SÃO PAULO - SP

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Hospital-Dia
Hospital Santa Paula	14/04/08	Apresenta uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial, embora a mesma não seja denominada Hospital-Dia. A Unidade dispõe de 7 boxes com 1 a 2 poltronas cada e 1 suíte com leito hospitalar.
Hospital A. C. Camargo	15/04/08	Também apresenta uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial, embora a mesma não seja denominada Hospital-Dia. A Unidade organiza-se em salas de tratamento com 3 boxes cada, sendo a divisória entre os boxes executada em vidro com estrutura metálica tubular. Em cada box encontra-se uma poltrona para os pacientes em tratamento. Havia ainda alguns quartos privativos com leitos hospitalares dentro dessa Unidade.
Hospital Sírio Libanês	15/04/08	Também apresenta uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial, embora a mesma não seja denominada Hospital-Dia. Apresenta 18 salas privativas de quimioterapia ambulatorial, equipadas com poltronas ou leitos de acordo com a preferência do paciente, sofá para acompanhantes e mesa para refeições, entre outros. Apresenta ainda 3 salas de quimioterapia para Pediatria. As salas de quimioterapia apresentam portas de 4 folhas sanfonadas com vidro miniboreal, proporcionando total privacidade ao paciente.
GRAAC	16/04/08	Instituição mantida com doações de terceiros, apresenta uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial Pediátrica, embora a mesma não seja denominada Hospital-Dia. A quimioterapia é realizada em um salão coletivo de atendimento com capacidade para até 25 crianças. O salão é mobiliado com poltronas, mesas que encaixam nas mesmas dando suporte para refeições, jogos ou outras atividades manuais, área para brincar e móveis com rodízios para disponibilizar livros. Além disso, em outro pavimento da edificação encontra-se uma brinquedoteca à disposição das crianças, equipada com um palco de teatro, estantes, mesas, cadeiras, jogos, computador, fantasias infantis e livros para atividades lúdicas e educativas (psicopedagogia).

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Hospital-Dia
CRT Vila Mariana – Doenças Sexualmente Transmissíveis – HIV	16/04/08	Estabelecimento público com uma Unidade de Hospital-Dia clínica em funcionamento há aproximadamente 18 anos, destinada principalmente ao atendimento a pacientes HIV, mas também a pessoas com hepatite e em quimioterapia. A Unidade possui 3 quartos com 7 leitos e 2 salas, nas quais se encontram 11 poltronas de atendimento, representando uma capacidade máxima de atendimento simultâneo a 18 pacientes.
Hospital das Clínicas – Instituto Central	17/04/08	Apresenta 3 Unidades de Hospital-Dia clínicas, sendo uma delas destinada a várias especialidades, outra à Oncologia e a terceira à Reumatologia. No Hospital-Dia Geral, no qual a visita foi mais prolongada, encontram-se 18 poltronas parcialmente separadas entre si por divisórias em Eucatex.
Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes – Casa da Aids	17/04/08	Essa Unidade de Hospital-Dia de Infectologia é um serviço que faz parte do Hospital das Clínicas, embora funcione em edificação à parte. Na Unidade, encontram-se 8 macas de atendimento, separadas em boxes individuais com divisórias de Eucatex nas laterais e fundos, e cortina na parte frontal.

Fonte: o autor, 2009.

## SÍNTESE DOS DADOS LEVANTADOS NO QUESTIONÁRIO APLICADO NAS VISITAS EXPLORATÓRIAS

- Período de ocorrência das visitas:** agosto de 2007 a janeiro de 2009.
- Total de instituições visitadas com Unidades de Hospital-Dia ou de Quimioterapia Ambulatorial:** 11 no Rio de Janeiro/RJ, 11 em Florianópolis/SC e 7 em São Paulo/ SP.
- Total de leitos hospitalares (Internação, UTI, Hospital-Dia etc.) por instituição:**
  - Até 50 leitos: 8
  - Até 100 leitos: 2
  - Até 200 leitos: 4
  - Acima de 200 leitos: 7
  - Clínicas particulares, sem Unidade de internação: 3
  - Não sabiam responder: 5 (Hospital de Manguinhos da Fiocruz, Copa D’Or, Hospital da Lagoa, Hospital Santa Paula e Hospital Infantil Joana de Gusmão)

4. **Total de Unidades:** Na maioria das 29 instituições de saúde visitadas há 1 e apenas 1 Unidade de Hospital-Dia em funcionamento. Em uma das instituições públicas visitadas, com uma Unidade de Hospital-Dia cirúrgica em funcionamento, verificou-se o interesse em implantar mais três Hospitais-Dia distintos, a fim de contribuir para a alta rotatividade do atendimento do hospital, sendo dois deles também relacionados a atendimentos cirúrgicos e um à área clínica.

Em dois hospitais, havia uma Unidade de Hospital-Dia destinada a pacientes HIV e outra destinada a pacientes em Quimioterapia, sendo que, nos dois, a autorização para a visita não incluiu esta última, e por isso não foram contabilizadas no total das visitas. Em um hospital de grande porte, havia 3 Unidades clínicas de Hospital-Dia em funcionamento, totalizando portanto 31 Unidades visitadas.

Oito hospitais e clínicas com Unidades de Quimioterapia Ambulatorial que não utilizam a nomenclatura Hospital-Dia também foram visitados e incluídos nessa análise.

**5. Ano de início do atendimento na modalidade de Hospital-Dia e Quimioterapia na instituição de saúde visitada:**

- 1983 – 1990: 1
- 1991 – 1995: 11
- 1996 – 2000: 4
- 2001 – 2005: 5
- 2006 – hoje: 2
- Não responderam: 8

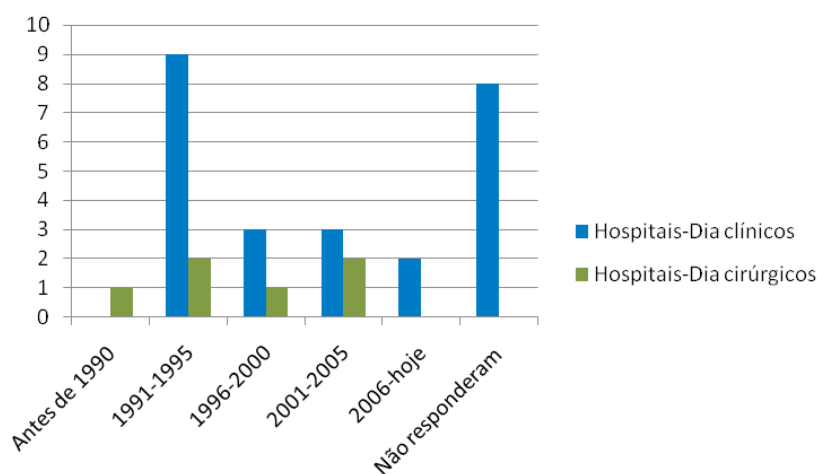
**5.1 Ano de início do atendimento na modalidade de Hospital-Dia clínico e Quimioterapia Ambulatorial:**

- Antes de 1990: --
- 1991 – 1995: 9
- 1996 – 2000: 3
- 2001 – 2005: 3
- 2006 – hoje: 2
- Não responderam: 8

## 5.2 Ano de início do atendimento na modalidade de Hospital-Dia cirúrgico:

- Antes de 1990: 1
- 1991 – 1995: 2
- 1996 – 2000: 1
- 2001 – 2005: 2
- 2006 – hoje: --

Gráfico 21 – Ano de início de atendimento dos Hospitais-Dia visitados



Fonte: o autor, 2009.

## 6. Total de leitos ou poltronas disponíveis nas Unidades de Hospital-Dia e Quimioterapia visitadas:

- Até 10 leitos/poltronas: 19
- 11 – 20 leitos/poltronas: 8
- 21 – 30 leitos/poltronas: 3
- Não responderam: 1

### 6.1 Total de leitos ou poltronas, HOSPITAIS-DIA CLÍNICOS E QUIMIOTERAPIA:

- Até 10 leitos/poltronas: 17
- 11 – 20 leitos/poltronas: 4
- 21 – 30 leitos/poltronas: 2
- Não responderam: 1

## 6.2 Total de leitos ou poltronas HOSPITAIS-DIA CIRÚRGICOS:

- Até 10 leitos/poltronas: 2
- 11 – 20 leitos/poltronas: 4
- 21 – 30 leitos/poltronas: 1
- Não responderam: ---

## 7. Especialidades médicas a que se destinam as Unidades de Hospital-Dia: HOSPITAL-DIA CIRÚRGICO

- Cirurgias eletivas, pouco invasivas, de baixo risco e complexidade em diversas especialidades (ortopedia, vascular, geral, buco-maxilo, plástica, otorrino, oftalmologia etc.) — 6
- Cirurgia plástica eletiva, pouco invasiva, de baixo risco e complexidade – 1

## HOSPITAL-DIA CLÍNICO

- Infectologia (destinam-se principalmente a pacientes com AIDS, atendendo também a pacientes de imunoglobulina – deficiências de imunidade geralmente ligadas a questões genéticas, pacientes com meningite, pacientes com tuberculose e outras doenças infectocontagiosas) – 7
- Oncologia clínica ou Quimioterapia Ambulatorial – 6
- Geral (atende a várias especialidades inclusive HIV e Quimioterapia) – 2
- Apoio de hemodinâmica (exames de cardiologia sem intervenção) – 1

## UNIDADE DE ONCOLOGIA CLÍNICA OU QUIMIOTERAPIA

- Hospitais e clínicas particulares com Unidades de Quimioterapia Ambulatorial visitadas, porém que não utilizam a nomenclatura Hospital-Dia – 8

## 8. Principais atividades e procedimentos médicos realizados:

### HOSPITAL-DIA CIRÚRGICO:

- Preparação prévia do paciente à cirurgia, cirurgia propriamente dita e recuperação pós-anestésica e pós-cirúrgica, incluindo prescrição de exames, medicações, acompanhamento médico e cuidados de enfermagem – 7

## HOSPITAL-DIA CLÍNICO (e Unidades de Quimioterapia)

- Quimioterapia: acompanhamento de pré e pós-operatório de transplante de medula óssea, administração de quimioterápicos por meio de infusão subcutânea da medicação, infusão de anticorpos, infusão de femo/sulfato femoso, hidratação, inalação, drenagem, observação do paciente quanto a reações adversas, atendimento de enfermagem, exames diagnósticos como coleta de sangue e exame de fundo de olho – 12
- Infectologia: aplicação de medicação parenteral para AIDS, imunoglobulina, doenças oportunistas e hepatite C; biópsia hepática; punção; inalação; coleta de sangue e outros exames; pequenos curativos; orientações em saúde; e procedimentos menos invasivos em geral. Em algumas Unidades de Hospital-Dia há também consultórios em anexo à área de medicação, nos quais se faz a investigação, diagnóstico, acompanhamento e tratamento precoce do HIV, de forma a minimizar a necessidade de internação – 7
- Hemodinâmica (exames de cardiologia sem intervenção): recuperação pós-exame, acompanhamento e cuidados de enfermagem – 1
- Geral: realiza procedimentos diversos, como biópsia renal, biópsia hepática, punção, administração de medicamentos inclusive quimioterápicos, atendimento de enfermagem – 1

### 9. Tempo de permanência na Unidade:

- 2 até 6 horas: 15
- Até 12 horas: 8
- Até 24 horas: 3
- Não souberam informar: 5

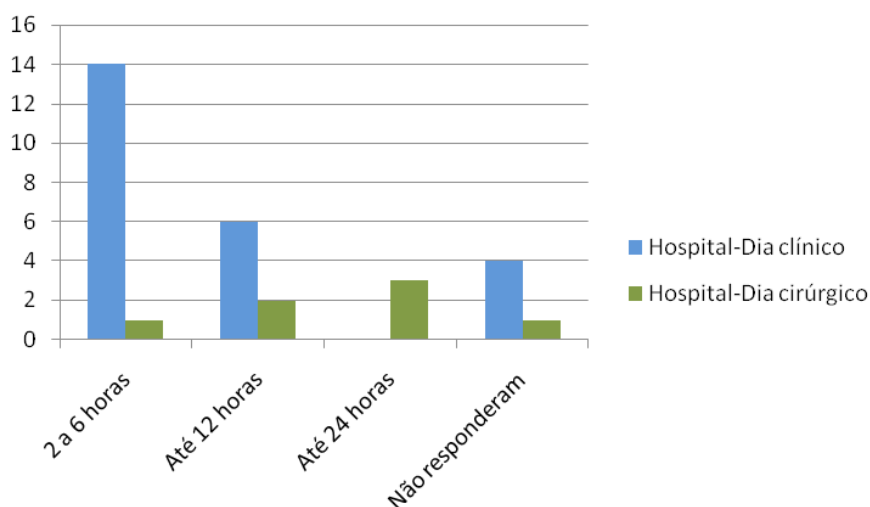
#### 9.1 Tempo de permanência / Hospital-Dia clínico e Quimioterapia:

- 2 até 6 horas: 14
- Até 12 horas: 6
- Até 24 horas: ---
- Não souberam informar: 4

#### 9.2 Tempo de permanência / Hospital-Dia cirúrgico:

- 2 até 6 horas: 1
- Até 12 horas: 2
- Até 24 horas: 3
- Não souberam informar: 1

Gráfico 22 – Tempo de permanência do paciente nas Unidades de Hospital-Dia visitadas



Fonte: o autor, 2009.

10. **Frequência:** variada. Há pacientes que precisam vir diariamente, semanalmente, mensalmente, bimestralmente ou trimestralmente.

**Durante sua permanência na Unidade, pacientes em geral encontram-se:**

- Conscientes, acordados e com mobilidade (em sua grande maioria chegam e saem da Unidade andando) – 16
- Conscientes, ora acordados, ora repousando – 11
- Não souberam informar – 2 (Hospital Pró-cardíaco e no Hospital da Lagoa)
- Cabe observar que das 11 instituições nas quais o paciente está ora acordado ora repousando, 7 destinam-se à realização de procedimentos cirúrgicos. Além disso, também foi comentado que a medicação para evitar náusea, frequentemente associada à quimioterapia, também pode acentuar a sonolência dos pacientes.

11. **Atividades que os pacientes estão ou poderiam estar desenvolvendo em paralelo ao tratamento, durante a estadia na Unidade\*:**

- Assistir à televisão/DVD – 23
- Realizar leituras – 17
- Receber visitas e/ou acompanhantes – 16
- Ouvir música – 12



- Desenvolver atividades de terapia ocupacional (ex.: dança, pintura em aquarela ou cera, montagem de bijuterias, pintura em caixas de joias, grupo de teatro, argila, arteterapia etc.) – 12
- Utilizar o computador para trabalho ou lazer\*\* – 9
- Caminhar e realizar pequenas movimentações – 8
- Alimentar-se – 6
- Confraternizar – atividades de entretenimento programadas pela instituição como festa da primavera, jogo do Brasiletc. – 5
- Realizar atividades lúdicas (jogos de mesa, videogame etc.) – 5
- Receber atendimento por profissional de serviço social e/ou psicólogo e/ou nutricionista – 4
- Receber educação em saúde – ser informado sobre o tratamento e esclarecer dúvidas (palestras, oficinas de grupo, filmes educativos etc.) – 4

Observações:

\* Com a pergunta buscava-se compreender atividades possíveis para os pacientes das Unidades, ainda que as mesmas não estivessem sendo realizadas nos locais visitados. No entanto, observou-se que muitos entrevistados tendiam a responder apenas as atividades que já eram desenvolvidas lá, inclusive justificando a ausência das demais.

\*\* Segundo uma das funcionárias entrevistadas, atividades no computador só seriam possíveis se houvesse controle no uso, isto é, se o acesso fosse limitado, para não onerar demais a instituição. Em outra instituição, foi comentado que a maioria dos pacientes em Quimioterapia são idosos e não usam o computador.

Em uma terceira instituição, particular, na qual está disponibilizado o acesso à internet, a funcionária comentou que é mais frequente verificar os acompanhantes utilizando computadores do que os pacientes, mesmo porque uma das cirurgias realizadas lá com frequência (blefaroplastia) requer que o paciente fique com compressas nos olhos.

No caso de pacientes em recuperação pós-cirúrgica, deve-se considerar que estes encontram-se acamados e apresentam recuperação e alta hospitalar rápida, em geral de poucas horas. Assim, durante sua permanência na instituição de saúde, é comum que esses pacientes

encontrem-se repousando, de forma que poucas atividades seriam de seu interesse ou possíveis de ocorrerem.

No caso de pacientes em Quimioterapia, as entrevistas permitiram compreender que a atividade mais frequente para a maioria dos pacientes, durante sua estadia na Unidade, é a infusão de medicação. Para boa parte deles, essa medicação é feita com punção periférica, em uma das mãos, e movimentar essa mão pode ser complicado, causando dor ou deslocando o ponto no qual se fez a punção. Para esse perfil de pacientes, são atividades possíveis aquelas que não demandem a utilização das mãos como repousar, receber visitas, assistir à televisão ou ouvir música ou ao menos não demandem grandes esforços de movimentação das duas mãos, como ler um livro. Outra parte dos pacientes de quimioterapia recebe a medicação por cateter na região do tórax, liberando as duas mãos para atividades como jogos, uso do computador ou terapias ocupacionais.

#### **11.1 Atividades que os pacientes estão ou poderiam estar desenvolvendo em paralelo ao tratamento, HOSPITAL-DIA CLÍNICO ou QUIMIOTERAPIA:**

- Assistir à televisão/DVD – 20
- Realizar leituras – 16
- Receber visitas e/ou acompanhantes – 13
- Ouvir música – 12
- Desenvolver atividades de terapia ocupacional – 12
- Utilizar o computador para trabalho ou lazer – 8
- Caminhar e realizar pequenas movimentações – 7
- Alimentar-se – 6
- Confraternizar – 5
- Realizar atividades lúdicas – 5
- Receber atendimento por profissional de serviço social e/ou psicólogo e/ou nutricionista – 4
- Receber educação em saúde – 4

#### **11.2 Atividades que os pacientes estão ou poderiam estar desenvolvendo em paralelo ao tratamento, HOSPITAL-DIA CIRÚRGICO:**

- Assistir à televisão/DVD – 3

- Receber visitas e/ou acompanhantes – 3
- Realizar leituras – 1
- Utilizar o computador para trabalho ou lazer – 1
- Caminhar / pequenas movimentações – 1
- Ouvir música – 0
- Desenvolver atividades de terapia ocupacional – 0
- Alimentar-se – 0
- Confraternizar – 0
- Realizar atividades lúdicas – 0
- Receber atendimento por profissional de serviço social e/ou psicólogo e/ou nutricionista – 0
- Receber educação em saúde – 0

**12. Aspectos encontrados nas Unidades e que são apontados como muito positivos pelos funcionários entrevistados:**

- Dimensionamento do ambiente: espaço amplo para poltronas ou leitos e para circulação inclusive de cadeirantes – 7
- Conforto ambiental: espaço bem iluminado, com iluminação zenital, ar-condicionado e/ou boa ventilação natural – 7
- Mobiliário e equipamentos: ambientes bem equipados e bem estruturados, poltronas confortáveis, muitas pias para a higiene dos profissionais, boa organização do posto de enfermagem – 6
- Privacidade: biombo entre leitos criando boxes privativos – 5
- Entretenimento/distrações positivas: televisão e/ou DVD, Brinquedoteca, Armários com rodízios para transporte e disponibilização de livros na sala de tratamento – 4
- Relação interior-exterior: contato com o exterior (quantidade e característica das aberturas) – 5
- Outros: integração entre ambientes (salões coletivos de atendimento e divisórias em vidro), boa separação de fluxos (pacientes e *staff*, área limpa e área suja), banheiros em quantidade e dimensionamento adequado, imagem do ambiente o menos institucional e o mais aconchegante e confortável possível – 10

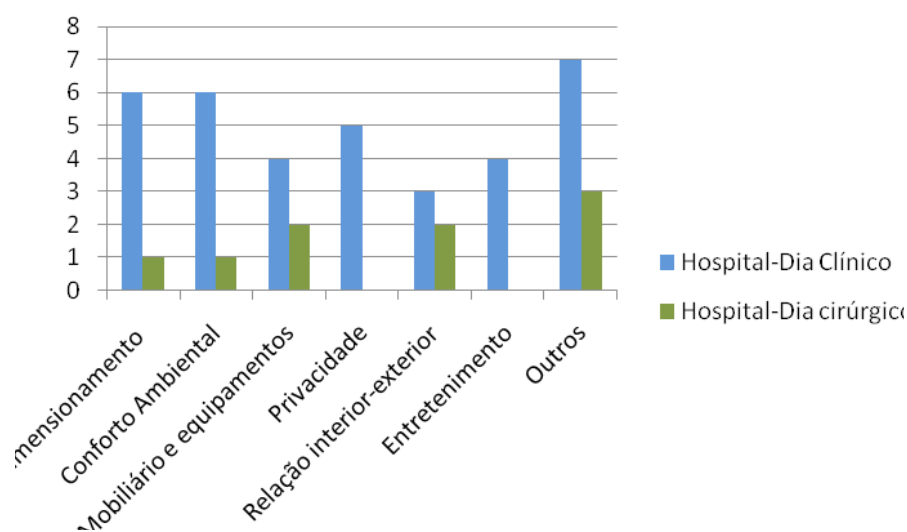
**12.1 Aspectos encontrados nas Unidades de HOSPITAL-DIA CLÍNICAS e que são apontados como muito positivos pelos funcionários entrevistados:**

- Dimensionamento do ambiente – 6
- Conforto ambiental – 6
- Mobiliário e equipamentos – 4
- Privacidade – 5
- Relação interior-exterior – 3
- Entretenimento/distrações positivas – 4
- Outros – 7

**12.2 Aspectos encontrados nas Unidades de HOSPITAL-DIA CIRÚRGICAS e que são apontados como muito positivos pelos funcionários entrevistados:**

- Dimensionamento do ambiente – 1
- Conforto ambiental – 1
- Mobiliário e equipamentos – 2
- Privacidade – 0
- Relação interior-exterior – 2
- Entretenimento/distrações positivas – 0
- Outros – 3

**Gráfico 23 – Aspectos positivos da configuração ambiental das Unidades de Hospital-Dia visitadas**



Fonte: o autor, 2009.

### 13. Aspectos a serem considerados no projeto de futuras Unidades:

#### Respostas mais frequentes:

- Dimensões amplas de forma a ajustar-se às necessidades de atuação do *staff*, acomodar visitantes e proporcionar acessibilidade e autonomia na utilização do ambiente – 15
- Contato visual com o exterior e conforto ambiental por meio de janelas amplas e com peitoril baixo, visuais agradáveis, ambientes bem iluminados e ventilados. Jardim ou um solário permitindo realizar parte do tratamento ao ar-livre, efetuar pequenas movimentações e dispor de maior privacidade (estar só, receber acompanhante e conversar de forma mais privativa) – 9
- Capacitar o ambiente para refeições dos pacientes – 5
- Imagem mais humanizada para o ambiente – 4
- Capacitar o ambiente para atividades lúdicas ou educativas – 3
- Posto de enfermagem bem planejado, integrado ao salão de atendimento e com visão central para todas as poltronas – 4
- Dispor de aparelho televisor, preferencialmente com programação de canais a cabo e aparelho de DVD – 3
- Outras respostas – 17

### 13.1 Aspectos a serem considerados no projeto de futuras Unidades CLÍNICAS DE HOSPITAL-DIA:

#### Respostas mais frequentes:

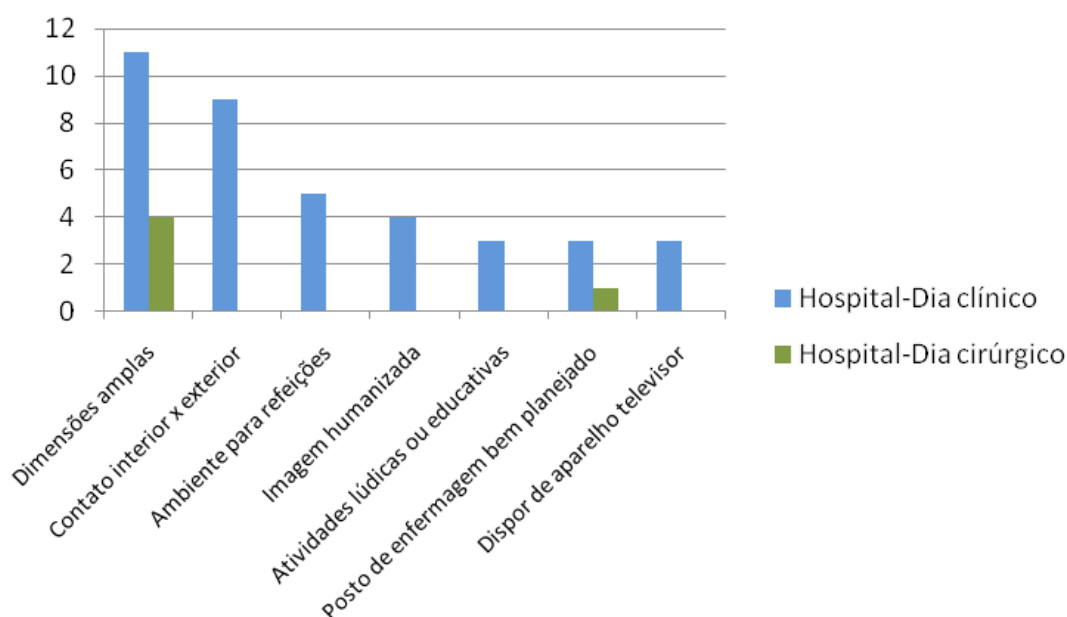
- Dimensões amplas – 11
- Contato interior x exterior e conforto ambiental – 9
- Capacitar o ambiente para refeições dos pacientes – 5
- Imagem mais humanizada para o ambiente – 4
- Capacitar o ambiente para atividades lúdicas ou educativas – 3
- Posto de enfermagem bem planejado – 3
- Dispor de aparelho televisor – 3
- Outras respostas – 11

### 13.2 Aspectos a serem considerados no projeto de futuras Unidades CIRÚRGICAS DE HOSPITAL-DIA:

#### Respostas mais frequentes:

- Dimensões amplas – 4
- Contato interior x exterior e conforto ambiental – 0
- Capacitar o ambiente para refeições dos pacientes – 0
- Imagem mais humanizada para o ambiente – 0
- Capacitar o ambiente para atividades lúdicas ou educativas – 0
- Posto de enfermagem bem planejado – 1
- Disponer de aparelho televisor – 0
- Outras respostas – 6

Gráfico 24 – Aspectos a serem considerados no projeto de futuras Unidades de Hospital-Dia



Fonte: o autor, 2009.

### POLIVALÊNCIA / DISTRAÇÕES POSITIVAS

- Dimensões amplas x atuação do *staff* e acomodação de visitantes: Ambientes deveriam ser amplos, sendo esta uma crítica constante do pessoal de enfermagem. As dimensões exíguas de alguns ambientes visitados são utilizadas com frequência para

justificar a dificuldade em acomodar acompanhantes, sendo que, nas circunstâncias atuais de muitas Unidades, isso acarretaria transtornos à atuação do corpo médico e de enfermagem, pois dificultaria a circulação ao redor das poltronas e leitos e o acesso aos pacientes;

- Janelas amplas e com peitoril baixo x contato visual com o exterior e conforto ambiental: Os ambientes deveriam ter aberturas em quantidade e dimensões, de tal modo que assegurassem o contato com o exterior, proporcionando visuais agradáveis. As aberturas também foram mencionadas no sentido de contribuir para que os ambientes sejam bem iluminados e ventilados;
- Criar condições adequadas para refeições dos pacientes (equipamentos, mobiliário e/ou ambiente de apoio): Ambientes deveriam proporcionar condições adequadas para atividades de alimentação dos pacientes, que se constituem em uma necessidade e também em uma importante forma de passar o tempo durante o tratamento. Em várias especialidades médicas e especialmente durante a Quimioterapia, é comum que sejam realizados pequenos lanches. Com frequência, essa atividade de alimentação acontece no leito ou poltrona sem uma infraestrutura adequada. Essas refeições poderiam ser realizadas possivelmente em um ambiente de copa separado, tendo em vista que esse público apresenta uma grande sensibilidade aos odores, ou em uma mesa ou bancada, útil também para atividades de terapia ocupacional, como pintura. No caso de não haver uma copa, é interessante considerar a possibilidade de dispor de uma geladeira ou frigobar para o armazenamento das bebidas e lanches dos pacientes dentro da própria sala de tratamento;
- Capacitar o ambiente para atividades lúdicas ou educativas: Pode ser uma sala separada da área de tratamento, que permita a realização desse tipo de atividade;
- Dispor de aparelho televisor no ambiente de tratamento, preferencialmente com programação de canais a cabo e aparelho de DVD;
- Dispor de acesso a computador e/ou internet: Acesso à internet com computador disponível no hospital ou internet *wireless* para pacientes que trazem seus computadores. Dispor de mesa que permitisse utilizar *laptop* com maior conforto, sem ter que apoiá-lo sobre as pernas;
- Dispor de som ambiente agradável;
- Deve-se dar suporte a atividades de fisioterapia;
- Deve-se dar suporte à atuação de uma nutricionista;
- Ambiente de suporte a grupo de trabalho em psicologia.

## VARIABILIDADE DA ORGANIZAÇÃO E ARRANJOS ESPACIAIS

- Unidades deveriam estar integradas a um jardim ou solário, constituindo-se em um ambiente alternativo para a sala de medicação. Nele, os pacientes poderiam realizar parte do tratamento, fazer pequenos passeios, descansar ou mesmo fazer uma refeição, de forma a torná-la mais prazerosa ou evitar a propagação dos odores dos alimentos dentro da sala de tratamento. No caso dos pacientes de Unidades de Hospital-Dia para Infectologia, foi recomendado que o jardim fosse exclusivo do setor, tanto pela questão do estigma da doença, evitando expor a identidade do paciente aos demais, quanto pelo fato de que são pacientes com a imunidade deprimida e que, preferencialmente, não devem ser expostos a outros tipos de enfermidades presentes no ambiente hospitalar;
- Dar a possibilidade de escolha ao paciente se deseja utilizar poltrona ou leito. Recomenda-se que pacientes fiquem mais tempo na posição sentada do que deitada, pois os mesmos precisam se exercitar, para seu bem-estar físico e emocional. Pessoas sentem-se mais fortes quando são estimuladas a permanecer ativas;
- Prever sala de espera, ampla, confortavelmente mobiliada, com água e televisão;
- Prever ambiente apropriado e amplo para as refeições do *staff* médico (copa);
- No caso de pacientes pediátricos, poderia se dispor de um ambiente adequado para as crianças brincarem;
- Dispor de uma pequena biblioteca para utilização pelos pacientes.

## CONTROLE DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS

- Além de visar à acomodação de acompanhantes, a questão do dimensionamento dos ambientes também foi apontada como um aspecto importante para assegurar a acessibilidade a todos e a autonomia e controle na utilização do ambiente. Elevadores para maca, portas grandes, corrimão nas circulações e o adequado dimensionamento dos banheiros foram comentados como aspectos importantes para o transporte e circulação de pacientes em macas e cadeiras de rodas;
- Maximizar o controle das condições ambientais pelo paciente, em especial em relação ao conforto térmico, sendo que o uso de ar-condicionado central pode gerar desconforto por frio especialmente para pessoas em quimioterapia;
- Colocar, ao lado de cada poltrona, aparelhos/botões para que o paciente possa solicitar o atendimento pelo *staff* no caso de emergência;
- Maximizar o controle da entrada e saída de acompanhantes. Em uma das clínicas particulares de cirurgia visitadas, a funcionária comentou que é comum que os pacientes queixem-se de estarem recebendo um número excessivo de visitas, enquanto desejariam estar repousando. Se houvesse um controle da entrada, se poderia restringir o acesso de visitantes, caso o paciente assim o deseje ou esteja dormindo.



## PRIVACIDADE

- A disponibilidade de um jardim ou um solário integrado ao ambiente de Hospital-Dia permitiria ao paciente conversar com algum parente ou visitante de forma mais privativa;
- Dispor de um ambiente de tratamento separado para adolescentes em relação às crianças, pois aqueles requerem mais privacidade e desejam desenvolver atividades diferenciadas;
- Criar anteparos ou um *hall* para o acesso dos banheiros de forma a proporcionar mais privacidade para seus usuários e isolamento olfativo para todos;
- Dispor de uma sala de reuniões para o *staff* onde se possa ter conversas privativas, atender familiares ou realizar terapias complementares (terapia em grupo).

## FUNCIONALIDADE

- Posto de enfermagem precisa ser bem planejado, integrado ao salão de atendimento (medicação) e com visão central para todas as poltronas, facilitando a atuação do *staff*;
- Projeto ergonômico dos móveis e adequação da altura de tomadas e interruptores, sendo que esta última influi muito no trabalho do *staff*;
- Espaços adequados para equipe de enfermagem guardar objetos pessoais;
- Área com isolamento para atender pacientes com doenças infectocontagiosas como a tuberculose, no caso de Hospitais-Dia para Infectologia;
- Contiguidade de ambientes ou setores – adequar o projeto ao fluxo dos pacientes dentro do hospital, isto é, posicionar corretamente ambientes que necessitem estar próximos ou distantes entre si. Posicionar o Hospital-Dia no andar térreo e próximo à Unidade de Ambulatório, já que geralmente prestam serviços complementares;
- Maior quantidade de pias para *staff* higienizar as mãos;
- Consultório para atendimento médico dentro da Unidade;
- Banheiros devem ter aberturas diretamente para o exterior. Frequentemente em ambientes de saúde os banheiros ficam enclausurados, e sua ventilação se dá de forma mecânica. No entanto, uma peculiaridade a ser considerada é que pacientes hospitalizados estão mais sujeitos a indisposições como vômito ou diarreia e em banheiros compartilhados por inúmeros pacientes ao longo do dia, como é o caso dos grandes salões de Hospital-Dia, o mau cheiro pode se tornar um inconveniente;
- Vestiário masculino e feminino para pacientes que se preparam para cirurgias;
- Proporção adequada de quartos de recuperação pós-cirúrgica para a quantidade de salas cirúrgicas, de forma a, de fato, tirar partido da alta rotatividade viabilizada por essa modalidade de atendimento e maximizar a lucratividade da instituição;
- Acesso à Unidade de Hospital-Dia deve ser fácil e sua entrada deve ser ampla.

## IMAGEM DO AMBIENTE

- Ambiente não necessitaria ter uma aparência típica de hospital, poderia ser mais humanizado (cores,...).

### 14. Organização espacial

#### HOSPITAL-DIA CIRÚRGICO

- Centro cirúrgico + um salão único com leitos separados por cortinas hospitalares e um posto de enfermagem – 1
- Centro cirúrgico + Unidade de internação com apartamentos de um ou dois leitos dispostos próximos a um posto de enfermagem. Nos quartos geralmente verifica-se o leito hospitalar, uma poltrona para visitantes, um aparelho de televisão (ou espaço para colocá-lo no caso de hospitais públicos), e, no caso de clínicas ou instituições privadas, geralmente há armário para roupas, escrivaninha e frigobar. Em uma das clínicas particulares, havia também uma enfermaria com 3 leitos para pacientes que desejassem minimizar os custos de hotelaria hospitalar – 6
- Algumas das Unidades visitadas dispõem ainda de um setor de UTI ou um ambiente de tal modo equipado a permitir atendimentos de emergência ou reanimação em caso de necessidade.
- Uma das Unidades de Hospital-Dia Cirúrgica visitadas funciona precariamente dentro de um Hospital público, sem um centro cirúrgico apropriado.

#### HOSPITAL-DIA CLÍNICO

- Um salão único com poltronas ao redor de um posto de enfermagem, frequentemente dispendo também de ambientes como sala de utilidades, banheiros, consultórios, DML, recepção e espera. Duas instituições dispunham ainda de alguns leitos para situações críticas. Eventualmente também compõem o setor: sala de procedimentos, salas de nebulização e inalação, sala de broncoscopia, sala de endoscopia e sala de vacinação – 8
- Um salão único com leitos ao redor, como uma enfermaria, com um posto de enfermagem (sala de utilidades, banheiro, consultórios, sala de procedimentos) – 1
- Quartos para três leitos ou poltronas com uma organização semelhante à de uma Unidade de internação – 3
- Quartos privativos com leitos ou poltronas com uma organização semelhante à de uma Unidade de internação – 2
- Boxe para até duas poltronas de tratamento dispostos ao redor de um posto de enfermagem – 1

# Anexo 3

Resultados das Visitas Exploratórias  
feitas a 18 Centros de Infusão nos  
Estados Unidos



Tabela 7 - Unidades de Infusão visitadas nos Estados Unidos

## LOS ANGELES - CA E REGIÃO

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Infusão, Internação de Curta Duração ou Hospital-Dia
UCLA Hospital	15/09/09	O Hospital visitado é parte de um grande complexo de hospitais da Universidade da Califórnia de Los Angeles. A Unidade de Infusão visitada atende a pacientes de diversas especialidades médicas, mas, sobretudo, àqueles que estão realizando quimioterapia. Organiza-se em um ambiente coletivo de tratamento com 3 leitos para pacientes mais debilitados e 16 poltronas de atendimento, todas separadas uma das outras por cortinas divisórias. Encontra-se no pavimento térreo do Hospital e o salão coletivo de atendimento está situado junto a um jardim interno, que pode ser utilizado ou contemplado pelos pacientes, acompanhantes e funcionários.
Long Beach Memorial Medical Center	22/09/09	O Long Beach Memorial Medical Center é uma instituição de saúde de grande porte, compreendendo 2 Unidades de Infusão para Quimioterapia, sendo uma de adultos (com 22 poltronas) e outra pediátrica (com 9 poltronas). A visita foi realizada nas 2 Unidades. A Unidade Pediátrica foi recentemente reformada e dispõe exclusivamente de quartos privativos com poltronas para a criança e seus acompanhantes, monitor de televisão e playstation exclusivos, além de uma pintura mural em uma das paredes de cada um destes ambientes. A Unidade de adultos é mais antiga e organiza-se em ambientes coletivos de atendimento com tamanhos e capacidades variadas, abrigando de 2 a 8 poltronas de atendimento. Já há um projeto de reforma da Unidade de adultos que prevê a execução de boxes privativos de atendimento com divisórias fixas, sendo todas as poltronas dos pacientes dispostas de modo a voltar-se para o exterior e dar as costas para o posto de enfermagem. Esta futura Unidade deverá ainda estar integrada a um terraço/solário a ser utilizado pelos pacientes.
Children's Hospital	25/09/09	O Hospital tem 2 Unidades clínicas denominadas Hospital-Dia pela direção. O uso da nomenclatura Hospital-Dia pelos funcionários destacou-se das demais visitas realizadas, pois é raro nos Estados Unidos. Uma das Unidades atende especificamente pacientes de Hematologia e Oncologia e a outra é uma Unidade de Infusão que atende a múltiplas especialidades. A visita restringiu-se a esta última, que tem 2 quartos semiprivativos e um ambiente coletivo com aproximadamente 7 poltronas.

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Infusão, Internação de Curta Duração ou Hospital-Dia
Kaiser Permanent LA	25/09/09	A instituição tem 2 Unidades de Infusão, sendo uma delas exclusivamente direcionada a pacientes em quimioterapia e a outra para todos os outros tipos de infusão necessárias. A visita restringiu-se a esta Unidade destinada à quimioterapia, que apresenta 14 leitos de atendimento, organizados em 4 quartos privativos com banheiro, utilizados pelos pacientes cuja permanência é prolongada, 2 quartos privativos para pacientes com permanência intermediária, e 1 sala coletiva de medicação com 8 poltronas separadas por cortinas divisórias. Os boxes da sala coletiva de infusão ficam dispostos frontalmente ao posto de enfermagem, e os quartos privativos ficam dispostos nas 2 laterais, conformando um “U” ao redor deste local.

## SAN DIEGO - CA

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Infusão, Internação de Curta Duração ou Hospital-Dia
Rady's Children Hospital	28/09/09	Este Hospital pediátrico, de grande porte, dispõe de 2 Unidades de Infusão, sendo uma delas direcionada ao atendimento exclusivo de pacientes em quimioterapia – com 14 leitos – e a outra a pacientes de hematologia e hemodiálise – com 9 leitos. As 2 Unidades visitadas têm sua organização centrada em um ambiente coletivo de infusão com leitos, em vez de poltronas, separados entre si por cortinas divisórias. Contam com espaços de apoio diversos, sendo que uma delas tem 1 quarto privativo de isolamento, para casos específicos. O Hospital tem diversos pátios internos e jardins que são utilizados pelos pacientes das 2 Unidades. Além disso, a Arquitetura deste Hospital merece menção, pois tem uma imagem exterior e interior marcante, na qual se tira partido de elementos lúdicos e do imaginário infantil, razão pela qual foi tema de publicações de Arquitetura Hospitalar.

## SAN LUIS OBISPO - CA E REGIÃO

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Infusão, Internação de Curta Duração ou Hospital-Dia
Clínica particular do Dr. Daniel Lewis	31/08/09	Pequena clínica particular destinada à realização de quimioterapia, com 2 salas coletivas de infusão, sendo uma delas com 2 poltronas e outra com 6 poltronas para pacientes. Uma das características que se destaca na configuração desta Unidade é a organização de todos os ambientes ao redor de um pátio interno. Assim, a sala com 6 poltronas usufrui de grande integração interior-exterior, permitindo a visualização do pátio interno por parte dos pacientes, e a visualização da rua e acesso da clínica pelo restante.
Clínica particular do Dr. Gampule	02/10/09	Clínica particular destinada, sobretudo, ao atendimento de pacientes em quimioterapia, mas que realiza infusões de medicação para diferentes especialidades. Situa-se no segundo pavimento de um Centro Médico e conta com 2 ambientes coletivos de infusão, que juntos totalizam 22 poltronas de atendimento, sem divisórias entre elas. A maior sala de infusão de medicação tem uma forma pouco usual de dupla cunha, onde metade dos pacientes tem suas poltronas voltadas para o exterior e a outra metade voltada para o posto de enfermagem.
Clínica do Dr. Palchak	15/09/09	Clínica médica particular onde se realizam consultas e administração de quimioterapia. Dispõe de apenas 4 poltronas de infusão de medicação, sendo 2 em um ambiente semiprivativo, e as outras 2 em cubículos privativos. Verificou-se um cuidado com a ambiência, evidente nos materiais de acabamento, mobiliário, bem como na presença de aquários em cada uma das 3 salas de aplicação de quimioterapia.
Health Care West	05/10/09	O Hospital tem uma espécie de Unidade de Infusão ocupando parte de uma Unidade de Internação. O ambiente principal de infusão é um dos quartos coletivos da internação e comporta apenas 4 poltronas, nas quais se realizam a aplicação de diversas medicações, inclusive quimioterápicos, quando há necessidade. Tem um pequeno posto de enfermagem, bancada de serviços e sanitário privativo, além de contar com a estrutura de apoio do restante da Unidade de internação.

## SÃO FRANCISCO - CA E REGIÃO

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Infusão, Internação de Curta Duração ou Hospital-Dia
Pacific Campus Hospital – Stanford Building Ambulatory Care Center	19/09/09	A Unidade de Infusão visitada situa-se num edifício médico fora do campus do Hospital, porém que dá suporte a ele. Neste edifício, realiza-se o atendimento ao paciente externo, e especificamente nesta Unidade, com 19 boxes com leitos privativos e 4 poltronas em uma sala coletiva, realizam-se infusões a pacientes debilitados, bem como acompanhamento para o pré e pós-operatório de cirurgias feitas no Hospital-Dia da mesma instituição. Assim, esta Unidade é a única Unidade mista, dentre todas as visitadas, que dá suporte a pacientes-dia clínicos e cirúrgicos.
El Camino Hospital	21/10/09	Unidade de Infusão para quimioterapia e hematologia que se localiza em um edifício médico destinado ao atendimento a pacientes externos do complexo de edificações de saúde que compõem o Hospital El Camino. A Unidade de Infusão tem 8 poltronas em um salão coletivo de medicação, além de 1 quarto de isolamento com 1 leito. Destaca-se pela qualidade da proposta de ambientação, com o predomínio de cores quentes, texturas nas paredes e iluminação cênica, que o tornam muito acolhedor.
San Francis Memorial Hospital	21/10/09	Unidade de Infusão destinada exclusivamente à quimioterapia. É pequena e ocupa parte de um dos pavimentos superiores do Hospital. Dispõe de um ambiente coletivo de tratamento com 7 poltronas dispostas em 2 grupos de 3 e 4 poltronas, além de 1 quarto de isolamento e de outros ambientes de apoio.
Kaiser Permanent Oakland	22/10/09	A Unidade de Infusão atende a pacientes de diversas especialidades, sendo mais frequente a realização de quimioterapia. É grande e tem um total de 29 poltronas e leitos de atendimento, sendo a maioria poltronas arranjadas em grupos de 3 a 4. Destaque para as poltronas que se encontram rotacionadas a 45 graus em direção ao grande pano de vidro da fachada, de forma que os pacientes ficam direcionados para o exterior e dão as costas aos postos de enfermagem. Outra característica muito interessante do local é que, para acompanhar a subdivisão do ambiente coletivo de infusão em grupos de 3 a 4 poltronas com divisórias fixas, foram criados vários postos de enfermagem, 1 para cada grupo de pacientes.

Instituição Visitada	Data	Descrição da Unidade de Infusão, Internação de Curta Duração ou Hospital-Dia
Children's Hospital Oakland	22/10/09	A Unidade de Infusão situa-se dentro de um hospital infantil. Atende a diversas especialidades, principalmente a Oncologia pela realização de quimioterapia. Tem 16 leitos, sendo 12 deles situados em um salão coletivo, com cortinas divisórias entre eles. 4 leitos encontram-se em quartos de isolamento privativos, com paredes e portas envidraçadas, de forma a proporcionar a fácil visualização a partir do posto de enfermagem. Destaque para os leitos que têm um televisor próprio, suspenso por meio de suporte móvel, aparelho de DVD, videogames, além de cadeira para acompanhantes.
Veterans Affair Hospital	23/10/09	A Unidade de Infusão é pequena, com apenas 9 poltronas, e situa-se dentro de um grande hospital da rede de instituições do exército norte-americano. O ambiente principal da Unidade é uma sala coletiva de infusão, onde se encontram as 9 poltronas, sem cortinas, e em quantidade insuficiente para isolar todas entre si. Na Unidade realizam-se diferentes tipos de infusão de medicação, principalmente quimioterápicos.
UCSF Hospital	26/10/09	Situa-se em um edifício médico e nela realizam-se infusões para pacientes de diferentes especialidades, predominando os Oncológicos. Tem um total de 20 poltronas, distribuídas em 4 salas coletivas de infusão, sendo 2 com 4 poltronas e 2 com 6 poltronas. As salas estão dispostas formando um "L" em relação ao posto de enfermagem, e as divisórias entre o posto e as salas foram executadas em vidro, de forma a permitir a fácil visualização dos pacientes pelos funcionários. Destaque para um ambiente de espera e conforto para pacientes e acompanhantes, localizado no centro da Unidade. Normalmente a sala de espera localiza-se junto ao acesso da Unidade e não em seu núcleo central.

Fonte: o autor, 2010.

## SÍNTESE DOS DADOS LEVANTADOS NO QUESTIONÁRIO APLICADO NAS VISITAS EXPLORATÓRIAS

- Período de ocorrência das visitas:** setembro a outubro de 2009.
- Total de instituições visitadas com Centros de Infusão (*Infusion Centers*), Unidades de Internação de Curta Duração (*Short stay outpatient Unit*), Quimioterapia Ambulatorial (*Chemotherapy Unit*) ou Hospital-Dia (*Day-hospital*):** 4 em San Luis Obispo/CA e proximidades, 7 em San Francisco/CA e região, 4 em Los Angeles/CA e região e 1 em San Diego/CA.



Do total das instituições visitadas, 3 eram clínicas pequenas particulares e as demais eram hospitais, em geral de grande porte.

**3. Total de leitos hospitalares (Internação, UTI, Hospital-Dia etc.) por instituição:**

- Até 50 leitos: 0
- Até 100 leitos: 1
- Até 200 leitos: 2
- Até 300 leitos: 2
- Acima de 300 leitos: 3
- Clínicas particulares, sem unidade de internação: 3
- Não responderam: 5 (Rady's Children Hospital – San Diego, UCLA Hospital – Los Angeles, San Francis Memorial Hospital – San Francisco, Kaiser Permanent – Oakland, UCSF Hospital – San Francisco)

**4. Total de unidades:**

- 1 Unidade de Hospital-Dia ou Unidade de Infusão na Instituição – 9
- 2 Unidades de Hospital-Dia ou Unidade de Infusão na Instituição – 4\*
- 3 ou mais Unidades – 0
- Não responderam – 1 (UCLA Hospital – Los Angeles)

\* Como a maioria das Unidades de Infusão visitadas encontrava-se em grandes hospitais, era comum haver mais de uma Unidade na Instituição. Em alguns hospitais, a existência de mais de uma Unidade relacionava-se à faixa etária atendida, por exemplo, Unidade de Quimioterapia para adultos e Unidade de Quimioterapia para crianças. Em outros hospitais relacionava-se à especialidade médica, sendo comum ter uma Unidade direcionada à Quimioterapia e outra a Infusões em geral. Em um hospital visitado, havia 2 Unidades de Infusão, sendo uma situada dentro do edifício do hospital propriamente dito (Inpatient Infusion Center) e outra situada dentro de um edifício médico de propriedade do hospital, mas direcionado exclusivamente ao atendimento de pacientes externos (*Outpatient Infusion Center*).

**5. Ano de início do atendimento na modalidade de Unidade de Infusão, Internação de Curta Duração ou Quimioterapia na instituição de saúde visitada:**

- 1983 – 1990: 6

- 1991 – 1995: 5
- 1996 – 2000: 0
- 2001 – 2005: 0
- 2006 – hoje: 5
- Não responderam: 2

**6. Total de leitos ou poltronas disponíveis nas unidades de Hospital-Dia e Quimioterapia visitadas:**

- Até 10 leitos/poltronas: 7
- 11 – 20 leitos/poltronas: 6
- 21 – 30 leitos/poltronas: 3
- Não responderam: 2

**7. Especialidades médicas a que se destinam as unidades de Infusão ou de Hospital-Dia:**

- Múltiplas especialidades – 11
- Quimioterapia/ Oncologia – 9
- Hematologia – 5
- Reumatologia – 4
- Gastro-interologia – 4
- Nefrologia – 2
- Hemodiálise – 1
- Endocrinologia – 1
- Todas as especialidades que permitam infusão de medicação – 3
- Todos os tipos de infusão, exceto quimioterapia – 1
- Outros – 1

**Observações:**

1 – Doenças tratadas: Artrite, Osteoporose, Lupus, HIV, doença de Crohn etc.

2 – Tipos de medicação e frequência do tratamento:

- Medicação para osteoporose: 1 dose única por ano, aplicada de modo intravenoso, levando aproximadamente 15 minutos.
- Medicação intravenosa aplicada para doença de Crohn (doença crônica do aparelho digestivo que causa sintomas como dor, febre, cansaço, diarreia e perda de peso): em torno de 6 doses de medicação intravenosa por ano, com duração aproximada de 2 horas cada.
- Medicação intravenosa para artrite reumatoide (doença crônica autoimune, onde o próprio sistema imunológico ataca as juntas do paciente): a medicação intravenosa é aplicada 1, 2 ou 4 vezes a cada 2 meses, com duração de 30 minutos a 2 horas.

### 1 única especialidade – 7

Quimioterapia/ Oncologia – 7

Obs.: Em um dos Hospitais visitados havia 2 Unidades de Quimioterapia, sendo 1 Pediátrica e outra para adultos.

### 8. Principais atividades e procedimentos médicos realizados:

- Unidade de Infusão (Geral – Diversas especialidades): Nesta Unidade é comum a realização de procedimentos como quimioterapia, transfusão de sangue, medicações intravenosas em geral incluindo antibióticos, hidratação, aplicação de injeções, coleta de material para exames, acompanhamento dos resultados de exames diversos realizados pelos pacientes etc. A rotina padrão poderia ser descrita do seguinte modo: paciente vem à Unidade, registra-se; a enfermeira faz a medição dos sinais vitais (altura, peso, pressão sanguínea, auscultação etc.); caso seja possível, conduz-se o paciente para a sala de medicação onde se dá início a medicação intravenosa; faz-se a observação do paciente durante este procedimento; depois libera-se o mesmo para ir para casa – 11
- Unidade de Infusão específica de Quimioterapia: São procedimentos comuns nesta Unidade: acompanhamento de pré e pós-operatório de transplante de medula óssea, administração de quimioterápicos por meio de infusão subcutânea da medicação, infusão de anticorpos, infusão de femo/sulfato femoso, hidratação, inalação, drenagem, observação do paciente quanto a reações adversas, atendimento de enfermagem, exames diagnósticos como coleta de sangue e exame de fundo de olho, orientações do paciente para continuidade do tratamento em casa e indicação de serviços de suporte – 7

### 9. Tempo de permanência na unidade:

- 2 até 6 horas: 11
- Até 12 horas: 6 (dos quais 5 disseram que o paciente permanece até 8 horas)
- Até 24 horas: 0
- Não souberam informar: 1 (Na Kaiser de Oakland entrevistado comentou que varia muito o tempo de permanência do paciente)

Obs.: Uma enfermeira entrevistada observou uma diferença entre o tempo de permanência de pacientes pediátricos e adultos. Ela explicou que a Quimioterapia pode estender-se por até 8 horas para crianças e por até 6 horas e meia para adultos.

**10. Frequência:** variada. Há pacientes que precisam vir diariamente, semanalmente, quinzenalmente, a cada três semanas ou com outras frequências.

### Durante sua permanência na unidade, pacientes em geral encontram-se:

- Conscientes, acordados e com mobilidade (em sua grande maioria chegam e saem da unidade andando) – 12
- Conscientes, ora acordados, ora repousando – 6
- Não souberam informar – 0

### 11. Atividades que os pacientes estão ou poderiam estar desenvolvendo em paralelo ao tratamento, durante a estadia na Unidade\*:

- Ouvir música – 14
- Assistir à televisão/DVD – 13
- Realizar leituras – 13
- Utilizar o computador e/ou internet para trabalho ou lazer – 9
- Desenvolver atividades de terapia ocupacional (ex.: artesanato, preparo de comida etc.) – 7
- Caminhar e realizar pequenas movimentações dentro da Instituição – 7
- Contemplar visuais agradáveis como um jardim, esculturas etc. – 6
- Caminhar em um jardim – 5
- Receber visitas e/ou acompanhantes – 3 (Esta não era uma alternativa de resposta prevista no formulário em inglês, mas foi mencionada por alguns entrevistados)
- Realizar atividades lúdicas (jogos de mesa, videogame etc.) – 3\*\*

- Receber atendimento por profissional de serviço social e/ou psic3logo e/ou nutricionista ou por especialista em crianças (child life specialist) no caso de Unidades Pedi3tricas (atendimento de psicoterapia e entretenimento direcionado 3s necessidades do p3blico infantil) – 2
- Receber apoio pedag3gico durante a estadia no hospital (sala educativa onde se usa computador, faz-se leituras, recebe-se aux3lio para realizao de atividades de estudo etc.) – 2
- Alimentar-se – 1
- Realizar massagem (nos p3s) – 1
- Observar um aqu3rio de peixes – 1
- Dormir – 1

### Observa3es:

\* As respostas em geral referem-se apenas 3s atividades que j3 s3o desenvolvidas por pacientes das Unidades visitadas, sem abranger outras atividades que n3o est3o sendo desenvolvidas, mas que seriam desej3veis.

\*\* Uma das funcion3rias entrevistada em um Hospital Infantil afirmou que os jogos s3o incrivelmente importantes em unidades pedi3tricas, pois a viv3ncia de um hospital para a criança pode ser resumida na seguinte pergunta “Quanto tempo vai levar isso para eu poder voltar a brincar?”.

Em um dos Hospitais visitados, comentou-se que estas atividades s3o mais frequentemente realizadas durante a espera que antecede ao tratamento, do que durante o tratamento propriamente dito.

### 12. Aspectos encontrados nas Unidades e que s3o apontados como muito positivos pelos funcion3rios entrevistados:

- Entretenimento/distra3es positivas: disponibilidade de aparelho de televis3o, DVD e/ou videogames para cada poltrona de atendimento; disponibilidade de *pager* para chamar os pacientes para o in3cio do tratamento, dando a eles liberdade para deslocar-se pela instituio e seus ambientes de apoio enquanto aguardam; brinquedoteca e disponibilidade de brinquedos e jogos para crianças; sala para terapia ocupacional (arteterapia); sala de gin3stica, massagem e acupuntura para pacientes – 7
- Rela3o interior-exterior: contato com o exterior (quantidade e caracter3stica das aberturas); disponibilidade de p3tios internos que permitam 3s crianças

brincarem bem como disfrutarem de terapia com animais; presença de visuais agradáveis para o exterior – 7

- Ambientação e imagem do local: palheta de cores e materiais dos acabamentos internos, pinturas murais nas paredes que contribuem para a ambientação da Unidade, velas e iluminação criando um clima intimista e de tranquilidade – 6
- Conforto ambiental: disponibilidade de iluminação natural abundante – 5
- Privacidade: mencionada devido a situações que incluem: quartos privativos para todos os pacientes, divisórias entre leitos ou poltronas em salas coletivas de infusão, disponibilidade de áreas mais privativas para enfermeiras fazerem parte do trabalho que não se refere ao atendimento ao paciente – 5
- Localização conveniente do hospital ou da Unidade; proximidade a outros setores do Hospital, como a Unidade de Emergência, permitindo prestar esses serviços caso sejam necessários durante uma intercorrência; facilidade de acesso à Unidade devido à sua localização no primeiro ou segundo pavimento da edificação – 5
- Funcionalidade: mencionada devido a fatores como facilidade de observação dos pacientes a partir do posto de enfermagem, proporcionada pela configuração do ambiente e *layout* do mobiliário; disponibilidade de um quarto de isolamento para pacientes que necessitem – 3
- Mobiliário e equipamentos: ambientes bem equipados e bem estruturados, poltronas confortáveis e disponibilidade de cobertores – 2
- Dimensionamento do ambiente: o porte da Unidade, que por não ser demasiadamente grande, favorece que a mesma seja acolhedora – 1
- Manutenção e assepsia – 1
- Outros: o ambiente de infusão é coletivo, o que favorece a socialização e o suporte social entre os pacientes durante o tratamento; presta-se atendimento integrado a pacientes com diferentes patologias (câncer, reumatismo, HIV etc.), sem segregá-los – 4

### 13. Aspectos encontrados nas Unidades e que são apontados como muito negativos pelos funcionários entrevistados:

- Dimensionamento inapropriado do ambiente: dimensões dos ambientes não são suficientes para a demanda atual. Dimensões maiores permitiriam ampliar a capacidade de atendimento e aumentar o espaçamento entre as poltronas, o que por sua vez diminuiria a chance de aplicar a medicação errada em algum paciente – 10
- Falta de privacidade: ambientes deveriam proporcionar melhores condições de privacidade aos pacientes do que as atualmente encontradas. São alternativas: dispor de divisórias fixas entre poltronas em salas coletivas de infusão em vez de cortinas; prever ao menos 2 quartos privativos de tratamento; prever um posto de enfermagem

fechado que evitasse que pacientes pudessem ouvir o atendimento do telefone realizado pelos profissionais de saúde a outras pessoas – 6

- Mobiliário e equipamentos: poltronas usadas por pacientes deveriam ser mais confortáveis e permitir reclinar até a posição de atendimento emergencial. Além disso, deveria haver mais poltronas, faltam armários para armazenagem de objetos e utensílios, parte dos leitos deveria ser substituída por poltronas para liberar mais espaço – 4
- Outros: faltam ambientes de convívio e suporte para os funcionários e para os pacientes e acompanhantes, além de que a sala de espera deveria ser maior – 2
- Falta de entretenimento/distrações positivas: faltam televisões individuais para os pacientes que lhes permitam controlar a programação e volume; todos os ambientes deveriam ter televisão, música e internet – 2
- Funcionalidade: mencionada por dois motivos: dificuldade de visualização de alguns postos de a partir do posto de enfermagem; e a Unidade é muito grande e por isso torna-se difícil para profissionais de saúde encontrarem uns aos outros quando necessário – 2
- Falta de flexibilidade de expansão e modificação da configuração espacial da Unidade: a Unidade deveria ser executada de forma a facilitar modificações e ampliações futuras que se façam necessárias – 1
- Localização do Hospital ou da Unidade: distância entre a Unidade e outras Unidades do Hospital que prestam serviços complementares, como a Farmácia, faz com que as enfermeiras tenham que deslocar-se muito ao longo do dia para buscar medicações – 1
- Deficiências relativas ao conforto ambiental: como os ambientes são todos integrados, há falta de privacidade acústica e excesso de ruído em algumas circunstâncias, atrapalhando a concentração e atuação dos funcionários – 1
- Ambiência e imagem do local: cores dos acabamentos e mobiliário poderiam ser quentes e criar uma ambiência mais aconchegante – 1
- Outros: faltam uma sala de utilidades, um quarto de isolamento, banheiros, uma secretaria para a realização dos trabalhos não clínicos e uma área de espera junto à recepção – 5

#### 14. Aspectos a serem considerados no projeto de futuras unidades:

##### Respostas mais frequentes:

- Privacidade: prever quartos privativos para os pacientes ou cubículos de 2,5 por 2,5 m, com banheiros privativos; prever ambientes privativos – sala de aconselhamento – para o diálogo entre profissionais de saúde e o paciente, ou entre profissionais de saúde

e familiares; posto de enfermagem separado por meio de vidro da área de infusão ou ambiente específico para que as enfermeiras possam fazer trabalho não clínico – 7

- Localização do Hospital ou da Unidade: posicionar a Unidade preferencialmente no pavimento térreo, já que alguns pacientes utilizam cadeira de rodas ou encontram-se muito debilitados; preferenciar a proximidade e controle visual para área de estacionamento, de forma que seja possível ver e auxiliar pacientes que chegam e saem da unidade – 3

- Funcionalidade: a disposição dos ambientes dentro da Unidade deve ser coerente com o fluxo dos pacientes e rotina de atendimento, por exemplo, recepção e espera devem ser o primeiro ambiente ao qual os pacientes terão acesso, depois a sala onde se fará as medições dos sinais vitais e, em seguida, a sala de infusão de medicação etc. Sugere-se ainda considerar: a proximidade entre salas de infusão e banheiros, facilitando seu uso por pacientes; configuração da Unidade deve possibilitar que todos os serviços necessários sejam proporcionados em um único local para a maior conveniência do paciente “*One stop setting*”; prever mais ambientes de apoio na Unidade, como uma secretaria e administração; prever um ou mais quartos de isolamento para pacientes com imunidade baixa, com botão de chamada para avisar funcionários quando necessário; considerar a facilidade de visualização dos pacientes pelos funcionários; considerar a integração visual entre postos de atendimento (leitos e poltronas) e posto de enfermagem, de forma que pacientes não fiquem totalmente sozinhos e isolados, sem saber o que ocorre ao redor, e de modo a proporcionar o acesso fácil e rápido – 10

- Integração interior-exterior e conforto ambiental: por meio de janelas amplas com peitoril baixo e zenitais – 4

- Dimensionamento: planejar ambientes com dimensões amplas, de forma a ajustar-se às necessidades de atuação dos funcionários e pacientes; acomodar visitantes e proporcionar acessibilidade e autonomia na utilização do ambiente – 2

- Ambiência e imagem agradável para a Unidade: ambientes deveriam ser locais que favoreçam a sensação de calma e que sejam agradáveis esteticamente – 2

- Dispor de equipamentos e de mobiliário confortáveis: especialmente as poltronas de atendimento aos pacientes devem ser bem estofadas e reclináveis. Além disso, deve haver estação para computador próximo aos leitos/poltronas para que seja fácil a visualização dos exames pelos funcionários e deve-se prever aparelhos de televisão individuais para cada paciente que funcionem como distrações positivas – 3

- Outros: Prever um ambiente grande para atividades de terapia ocupacional ou relaxamento. Prever ambientes de conforto e suporte para familiares e acompanhantes – 2



## 15. Organização espacial

### COM POLTRONAS – 9

- Unidade dispõe exclusivamente de **quartos privativos com poltronas** organizados ao redor dos ambientes de apoio, como posto de enfermagem – 1
- Unidade tem **quartos ou boxes privativos ou semiprivativos** (2 leitos) e **salas coletivas de infusão**, nas quais as **poltronas** dos pacientes são separadas por meio de cortinas divisórias – 5
- Unidade tem **ambientes coletivos de tratamento com poltronas sem nenhum tipo de separação** entre elas, podendo dispor de um quarto de isolamento – 4

### COM LEITOS – 9

- Unidade tem ambientes coletivos de infusão com leitos (sem poltronas) separadas por meio de cortinas, podendo dispor de um ou mais quartos de isolamento e de ambientes de apoio – 4
- Unidade tem ambientes coletivos de infusão com leitos sem nenhum tipo de separação, e dispõem de ambientes de apoio – 5

### Acabamentos mais comuns

- Piso: manta vinílica formando diferentes composições na paginação de piso (muitas vezes usou-se a manta vinílica com aparência de tábuas de madeira) e, em segundo lugar, carpete;
- Forro: gesso, placas acústicas, lage;
- Paredes: em alvenaria ou gesso acartonado com pintura. Menos frequentemente observou-se papel de parede.

**Outras características do ambiente** – Disponibilidade de: quadros, revisteiro, criado-mudo para cada poltrona de tratamento, divisórias fixas ou retráteis, televisão individual com suporte móvel, aparelho de DVD portátil, iluminação de leitura para cada poltrona, diferentes modos de iluminação de forma a criar uma ambientação acolhedora, poltronas ou cadeiras para acompanhantes, aquário, banquetas móveis para profissionais de saúde utilizarem durante o atendimento ao paciente.

**Ambientes de apoio** – Ambientes que compõe as unidades visitadas juntamente com as salas de medicação: sala de espera e recepção, postos de enfermagem, sala de serviços, consultórios médicos, um ou mais quartos de isolamento, administração, DML, sala de utilidades, depósitos, sanitários para os funcionários, sanitários para os pacientes, sala de medição dos sinais vitais, sala de aplicação de injeções e coleta para exames laboratoriais,

farmácia satélite (quando a Unidade encontra-se fora de um Hospital), sala de jogos/brinquedoteca (em Unidades pediátricas), sala de conforto para funcionários funcionando também como ambiente de pesquisa e estudos, copa para funcionários.

**Condições de conforto ambiental** – Foram comumente observadas grandes janelas para o exterior, sejam elas voltadas para pátios internos, quando a Unidade situa-se no térreo, ou apenas para o exterior da edificação, quando a Unidade se situa em pavimentos superiores. Apesar das grandes aberturas serem comuns, observou-se que é predominante o uso de ar-condicionado e de iluminação artificial suplementar. Em uma Unidade, o uso do ar-condicionado foi justificado em função da intenção de se dispor de pressão negativa no local, de modo a não gerar contaminação para os pacientes.

# Anexo 4

Formulários Utilizados no Estudo de  
Caso do Hospital-Dia de Infectologia do  
Hospital Regional de São José



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
 PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA

HOSPITAL-DIA – VISITA EXPLORATÓRIA

CIDADE: Florianópolis – SC HOSPITAL: \_\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_/\_\_/2009 HORÁRIO: \_\_\_\_: \_\_\_\_ USUÁRIO: CHEFIA ( ) Enfermeiro (a) ( ) Médico (a)

- 1 - Dados do histórico da unidade
  - Quem é o autor do projeto da unidade?.....
  - Quando a unidade foi inaugurada? .....
  - Esse tipo de serviço funcionava anteriormente em outro local do hospital ou fora dele, antes de vir a ocupar essa ala?.....
  - Os funcionários da unidade participaram da elaboração do projeto? .....
  - Foram feitos ajustes na unidade desde sua inauguração? Quais?.....
- 2 - Missão da unidade /objetivos:.....
- 3 - Perfil dos pacientes:
  - Idade:.....Sexo:.....Grau de escolaridade:.....
  - Condições sociais e econômicas dos pacientes:.....
  - Forma de remuneração do atendimento (SUS, convênio,...):.....
  - Naturalidade:.....
  - Quantidade total de pacientes atendidos pela unidade atualmente (por dia): .....
  - Quantidade total de pacientes atendidos pela unidade atualmente (por mês): .....
- 4 - Frequência de atendimento ao paciente (vezes por semana, vezes por mês):.....
- 5 - Tempo de permanência dos pacientes na unidade durante o tratamento:.....
- 6 – Perfil dos funcionários:
  - Quantidade de funcionários da unidade: .....Cargos:.....
  - Tempo de serviço médio na unidade:.....Absentéismo:.....
  - Turnos dos funcionários:.....
- 7 - Dias e horários de funcionamento da unidade:.....
- 8 - Horários mais adequados para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados:.....
- 9 – Você poderia descrever a rotina operacional da unidade centrado-se no paciente , isso é, as atividades de um paciente e do *staff* em relação ao seu atendimento, desde o momento de chegada até o momento de saída da unidade (horários das principais atividades) / rotina prescrita:.....

10 – Existem regras administrativas , sejam do hospital ou sejam da unidade, que determinem algumas questões em relação ao uso dos ambientes pelos pacientes ou pelo *staff* (coisas que se pode ou não fazer nos ambientes)?.....

.....

11 – Você acha que há atualmente características do ambiente que contribuem para a sua humanização, no sentido de dar suporte e contribuir para o bem-estar do paciente em tratamento? Em caso afirmativo, quais?.....

.....

12 – Você acha que há atualmente características do ambiente que contribuem para a sua humanização, no sentido de dar suporte e contribuir para o bem-estar dos funcionários? Em caso afirmativo, quais?.....

.....

13 – Existem cuidados específicos no sentido de se buscar a humanização do atendimento ao paciente, isso é, na relação *staff* x paciente? .....

.....

14 – Outras observações: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verificar ainda disponibilidade de: plantas-baixas ou desenhos técnicos em geral da unidade; dados do projeto original; e dados de arquivo em geral.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA**

**HOSPITAL-DIA – INVENTÁRIO ESPACIAL**

CIDADE: Florianópolis – SC HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
 UNIDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/2009 HORÁRIO: \_\_\_\_\_

NOME DO AMBIENTE: \_\_\_\_\_

USO - HORAS/DIA:	USO – DIAS/SEMANA:
GRAU DE PRIVACIDADE NECESSÁRIO:	DIMENSÕES:
( ) público	Largura:
( ) semi-público	Comprimento:
( ) privativo	Pé-direito:
( ) compartilhado por pessoas em momentos diferentes	Área:
( ) compartilhado por pessoas ao mesmo tempo	Necessitaria área superior?

DESENHO ESQUEMÁTICO DO MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS PRINCIPAIS, COM DIMENSÕES

ACABAMENTOS:	CORES:
Piso:	Piso:
Parede:	Parede:
Teto:	Teto:
Esquadrias:	Mobiliário:
Mobiliário:	
Outros:	Outros:



---

---

PLANTA-BAIXA ESQUEMÁTICA COM LAYOUT:

---

---

FOTOGRAFIAS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA

HOSPITAL-DIA – ROTEIRO PARA ANÁLISE WALKTHROUGH

CIDADE: Florianópolis – SC HOSPITAL: \_\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_/\_\_\_/2009 HORÁRIO: \_\_\_: \_\_\_ USUÁRIO: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

**LEGENDA:** A= muito bom; B= bom; C= razoável; D= ruim; E= muito ruim

Caneta Azul – Opinião do(s) usuário (s)

Grafite - Opinião do pesquisador

ITEM AVALIADO	LEG.	OBSERVAÇÕES
<b>LOCALIZAÇÃO E ENTORNO:</b>		
Entorno construído do hospital		
Serviços na região (restaurantes, farmácias, centros comerciais,...)		
Facilidade de acesso à unidade de Hospital-Dia (orientabilidade, sinalização e distância a ser percorrida)		
Marcação da entrada da unidade		
Proximidade ao estacionamento		
Disponibilidade de vagas de estacionamento		
Disponibilidade de transporte público		
Localização do Hospital-Dia em relação à outras unidades do hospital que prestem serviços complementares		
<b>IMAGEM:</b>		
Aparência exterior do edifício (fachadas, volumetria, jardins...)		
Aparência dos espaços coletivos dentro do edifício (hall, salas de espera, ambientes de apoio, capela banheiros, copas,...)		
Aparência interior da unidade de Hospital-Dia (ambiência e estética)		
Escala humana		
<b>FUNCIONALIDADE E RELAÇÕES ESPACIAIS:</b>		
Dimensionamento da área de tratamento		
Dimensionamento do posto de enfermagem		
Facilidade de observação do paciente pelo <i>staff</i>		
Disponibilidade e adequação dos espaços de suporte e apoio técnico (depósitos, DML, utilidades...)		



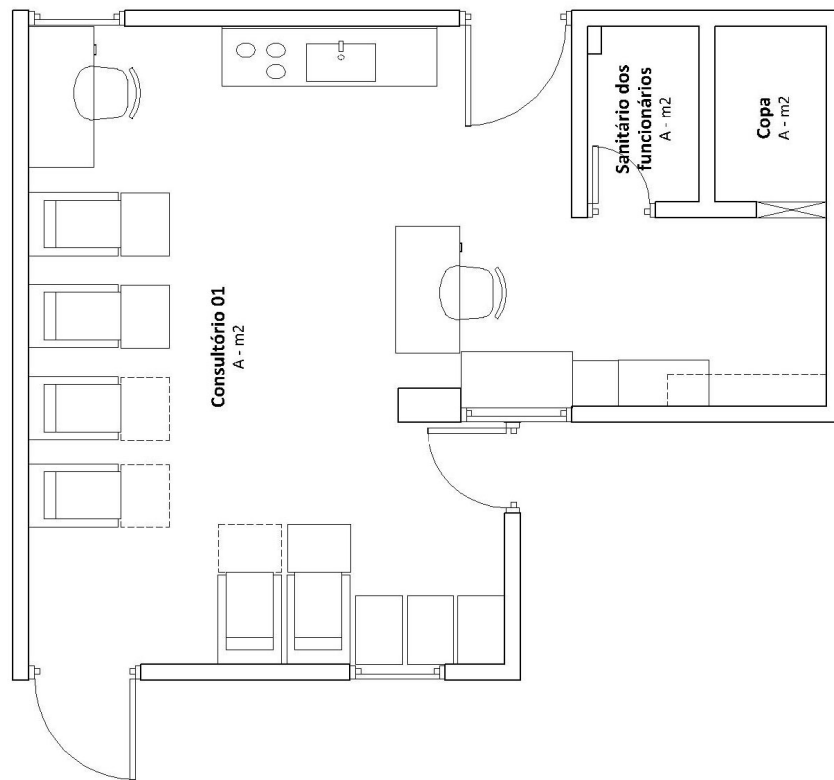
Adequação dos ambientes à demanda de usuários (quantidade de pacientes atendidos)		
Disponibilidade de banheiros		
Facilidade de acesso aos banheiros		
Adequação do <i>layout</i> do mobiliário		
Conforto proporcionado pelo mobiliário		
Áreas de circulação ao redor do mobiliário, dentro da unidade		
Distâncias a serem percorridas dentro da unidade		
Separação de fluxos		
Segurança no uso dos ambientes		
Segurança no controle de acesso aos ambientes por pessoas estranhas		
Adequação dos ambientes para pessoas com necessidades especiais		
Legibilidade dos ambientes da unidade		
Sinalização e orientabilidade dentro da unidade		
Adequações feitas no ambiente para melhor ajustá-lo às necessidades dos usuários		
<b>CONDIÇÕES AMBIENTAIS:</b>		
Orientação solar do edifício e iluminação natural		
Iluminação artificial		
Temperatura		
Ventilação		
Acústica		
Aberturas x conforto		
Cobertura x conforto		
Materiais de acabamento e cores x conforto		
Visuais para o exterior		
<b>MANUTENÇÃO:</b>		
Estado de manutenção dos acabamentos internos (piso, teto, paredes,...) e esquadrias		
Estado de manutenção do		

mobiliário e equipamentos (luminárias,...)		
Facilidade de limpeza e assepsia		
Estado de limpeza		
<b>ASPECTOS COMPORTAMENTAIS:</b>		
Territorialidade personalização/demarcação		
Privacidade dos pacientes		
Adequação do ambiente à socialização de funcionários		
Adequação do ambiente à socialização de pacientes e acompanhantes		
Controle das condições ambientais pelo paciente		
Polivalência (de que forma o ambiente dá suporte a outras atividades além do tratamento)		
Possibilidade de o usuário alterar o espaço (variabilidade da organização e arranjos espaciais)		
<b>AMENIDADES:</b>		
<b>Dentro da unidade de Hospital-Dia:</b>		
Disponibilidade de condições adequadas para as refeições de pacientes e acompanhantes (ex.: mesa, copa, cafeteria, refeitório,...)		
Disponibilidade de condições adequadas para as refeições de funcionários		
Ambientes dentro da unidade pensados para o conforto de pacientes e staff (copa, áreas de espera, sala de estar, sala silenciosa, jardins...)		
Amenidades no salão de tratamento como: revisteiro, televisão, música, computador...		
Espaço para terapias complementares e alternativas		
Amenidades dentro do hospital para os pacientes e o staff como: Lojas, salas de espera, bebedouros, máquinas de venda de comida, revistaria, capela, espaços coletivos e/ou de lazer,...		
<b>OUTROS:</b>		

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**PROARO – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA**  
**HOSPITAL-DIA – Mapeamento Comportamental**

CIDADE: São José – SC    HOSPITAL: Regional – Dr. Homero de Miranda Gomes    UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia    Horário: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_    DATA: 07/04/2009

**REGISTRO EM PLANTA-BAIXA**



**USUÁRIO:**

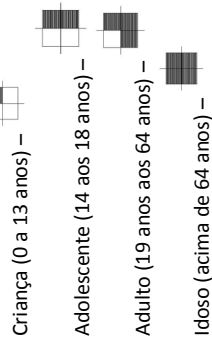
Paciente - Cor azul  
 Staff, funcionário - Cor Vermelha  
 Visitante/acompanhante – Grafite

**SEXO:**

Masc. -   
 Fem. -

**POSIÇÃO DO OBSERVADOR: <**

**IDADE (exemplo):**



**POSIÇÃO DO USUÁRIO (exemplo):**

Em pé parado



Sentado



Semi-deitado/ semi-sentado



Deitado



Direção do movimento



**ATIVIDADES:**

- 1 – Tirar sinais vitais do paciente (medir pressão, auscultar, ...)
- 2 – Tomar/aplicar medicação pela veia
- 3 – Atender o telefone
- 4 – Usar o computador
- 5 – Pegar ou preparar documentos
- 6 – Esperar pelo atendimento
- 7 – Receber/dar medicação e orientação para continuidade do tratamento
- 8 – Deslocar-se para outra unidade
- 9 – Realizar injeção em parte íntima (exame ou medicação)
- 10 – Dormir
- 11 – Assistir televisão
- 12 – Coletar outros exames / laboratório
- 13 – Conversar paciente-acompanhante
- 14 – Aplicar metacrílico
- 15 – Receber/dar instruções e preparar para aplicação do metacrílico (limpeza e anestesia)
- 16 – Fotografar o paciente
- 17 -



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
 PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA

HOSPITAL-DIA – MAPEAMENTO VISUAL

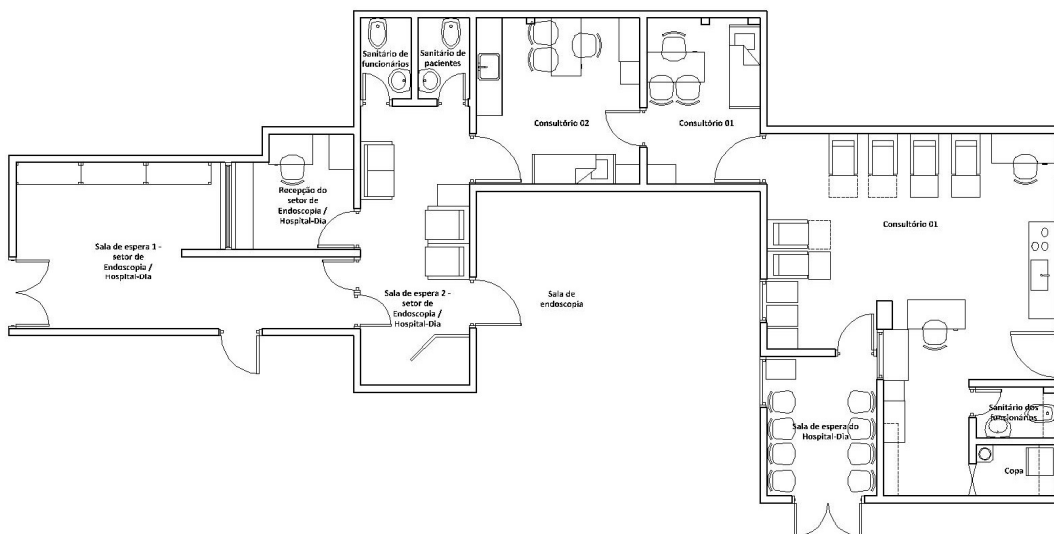
CIDADE: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. G. UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
 DATA: \_\_/\_\_/2009 HORÁRIO: \_\_: \_\_ USUÁRIO: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

Bom dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PROARQ/UFRJ onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia do ponto de vista de seus usuários. Com esta pesquisa, busca-se entender a expectativa de pacientes, funcionários e acompanhantes a respeito do ambiente, de forma a elaborar recomendações para futuras melhorias nele e para o desenvolvimento de projetos semelhantes.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração para o trabalho. Sua participação é muito importante! Não é necessária a sua identificação.

Primeiramente gostaríamos que você indicasse os ambientes do Hospital-Dia que usa por mais tempo:

Solicitamos agora sua colaboração para indicar na planta-baixa do Hospital-Dia, os pontos mais positivos ou mais negativos dos ambientes que você utiliza. Para tanto, você pode marcar com um sinal de menos (-) os aspectos ruins do ambiente ou de mais (+) para os aspectos positivos, e com o auxílio de setas descrever quais seriam estes aspectos positivos ou negativos. Fique à vontade para utilizar a folha ou o verso como desejar. Exemplo de aspecto negativo: (-) ambiente muito quente no verão. Exemplo de aspecto positivo: (+) temperatura agradável. **Obrigado!**



Espaço para comentários, críticas ou sugestões:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muito obrigado por sua atenção.

Mapeamento Visual

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA

---

**HOSPITAL-DIA – POEMA DOS DESEJOS**

---

CIDADE: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
DATA: \_\_/\_\_/2009 HORÁRIO: \_\_: \_\_ USUÁRIO: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

Bom dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PROARQ/UFRJ onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia do ponto de vista de seus usuários. Com esta pesquisa, busca-se obter entender a expectativa de paciente, funcionários e acompanhantes a respeito do ambiente, de forma elaborar recomendações para futuras melhorias nele e para o desenvolvimento de projetos semelhantes.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração para o trabalho, a qual é muito importante! Gostaríamos que você descrevesse como seria um ambiente ideal de Hospital-Dia em sua opinião. Fique a vontade para desenhar ou escrever o que desejar. Não é necessária a sua identificação. **Obrigado!**

---

“EU GOSTARIA QUE O HOSPITAL –DIA (fosse ou tivesse)...”

---

**Muito obrigado por sua atenção.**

Poema dos Desejos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA**

**HOSPITAL-DIA – QUESTIONÁRIO PARA STAFF E FUNCIONÁRIOS**

CIDADE: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José – Dr. Homero Gomes UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
 DATA: \_\_\_/06/2009 HORÁRIO: \_\_\_: \_\_\_ USUÁRIO: ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a) ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Bom dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PROARQ/UFRJ onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia do ponto de vista de pacientes, funcionários e acompanhantes. Com esta pesquisa, busca-se entender as suas necessidades em relação ao ambiente, de forma elaborar recomendações para melhorias do local e também para o desenvolvimento de projetos futuros.

Sua colaboração para este trabalho é muito importante!

1 – O que você acha do ambiente (espaço físico) da sala de medicação deste Hospital-Dia?

( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

2 – Você acha que o salão de medicação atual está adequado às atividades realizadas por pacientes, funcionários e acompanhantes?

( ) Muito adequado ( ) Adequado ( ) Inadequado ( ) Muito inadequado ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

3 – Para projetos futuros, você acha que o salão de medicação deveria de algum modo preservar a privacidade dos pacientes?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Em caso afirmativo, como você acha que deveria ser o salão de medicação para dar boas condições de privacidade aos pacientes? \_\_\_\_\_

4 – Para projetos futuros, você acha que o salão de medicação deveria de algum modo favorecer o contato e a interação entre os pacientes?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Em caso afirmativo, como você acha que deveria ser o salão de medicação para favorecer o contato entre pacientes? \_\_\_\_\_

5 – Para projetos futuros, você acha que pacientes e acompanhantes deveriam poder exercer algum controle sobre o ambiente do salão de medicação (iluminação, ventilação, temperatura, som, televisão...)?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Em caso afirmativo, que aspectos do ambiente você acha que deveriam estar sob o controle do paciente? \_\_\_\_\_

6 – Para projetos futuros, você acha que pacientes e acompanhantes deveriam poder realizar alterações no ambiente, mobiliário ou disposição dos móveis para ajustá-lo às suas necessidades?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

7 – Você acredita que seria importante para o bem-estar dos pacientes distrair-se durante o tratamento?

( ) Muito importante ( ) Importante ( ) Não é importante ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

8 – Você acredita que pacientes de Hospital-Dia de infectologia tem condições físicas e psicológicas de desenvolverem algumas atividades de distração positiva durante o tratamento?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

9 – Em caso afirmativo, que atividades de distração você acha que seriam do interesse dos pacientes e possivelmente também de seus acompanhantes?

---

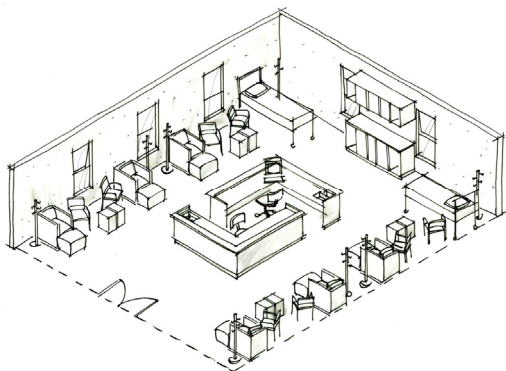


---

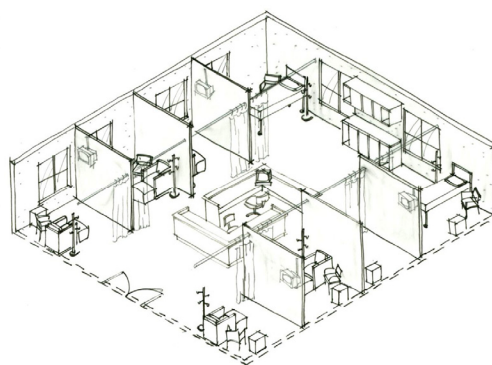


---

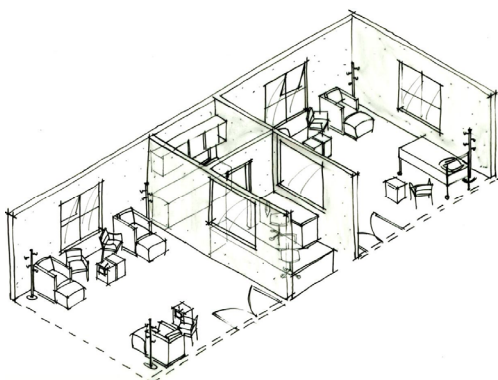
11 – Qual das alternativas abaixo é a mais adequada para um salão de medicação de Hospital-Dia visando o bem-estar de funcionários, pacientes e a realização de atividades de distração? Favor marcar um X na alternativa escolhida.



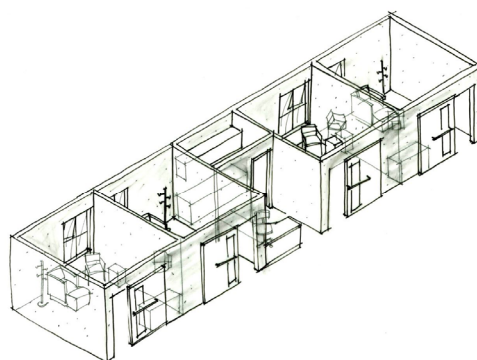
( ) A – Sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central



( ) B – Sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central, porém com poltronas separadas em boxes privados



( ) C – Salas de medicação com até 6 poltronas com posto de enfermagem separado, porém com painel de vidro entre eles



( ) D – Quartos privados para cada paciente, com 1 posto de enfermagem centralizado dentro da unidade de Hospital-Dia

Quais os aspectos positivos e/ou negativos da alternativa escolhida por você? (Se desejar, pode descrever o de outras também).

---



---

12 - Espaço para outras observações (sugestões, críticas, justificativas ou comentários):

---



---

**Muito obrigado por sua atenção.**

Entrevista



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA**

**HOSPITAL-DIA – QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES**

CIDADE: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José – Dr. Homero Gomes UNIDADE: Hospital-Dia de Infectologia  
 DATA: \_\_\_/06/2009 HORÁRIO: \_\_\_: \_\_\_ USUÁRIO: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Bom dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura do PROARQ/UFRJ onde está sendo estudado o espaço físico de unidades de Hospital-Dia do ponto de vista de pacientes, funcionários e acompanhantes. Com esta pesquisa, busca-se entender as suas necessidades em relação ao ambiente, de forma elaborar recomendações para melhorias do local e também para o desenvolvimento de projetos futuros.

Sua colaboração para este trabalho é muito importante!

1 – O que você acha do ambiente (espaço físico) da sala de medicação deste Hospital-Dia?

( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

2 - Quais os 3 aspectos desta sala de medicação que você mais gosta?

\_\_\_\_\_

3 - Quais os 3 aspectos desta sala de medicação que você menos gosta?

\_\_\_\_\_

4 – Você acha que o salão de medicação atual está adequado às atividades realizadas por pacientes, funcionários e acompanhantes?

( ) Muito adequado ( ) Adequado ( ) Inadequado ( ) Muito inadequado ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

5 – Para projetos futuros, você acha que o salão de medicação deveria de algum modo preservar a privacidade dos pacientes?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Em caso afirmativo, como você acha que deveria ser o salão de medicação para dar boas condições de privacidade aos pacientes? \_\_\_\_\_

6 – Para projetos futuros, você acha que o salão de medicação deveria de algum modo favorecer o contato e a interação entre os pacientes?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Em caso afirmativo, como você acha que deveria ser o salão de medicação para favorecer o contato entre pacientes? \_\_\_\_\_

7 – Para projetos futuros, você acha que pacientes e acompanhantes deveriam poder exercer algum controle sobre o ambiente do salão de medicação (iluminação, ventilação, temperatura, som, televisão...)?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Em caso afirmativo, que aspectos do ambiente você acha que deveriam estar sob o controle do paciente? \_\_\_\_\_

8 – Para projetos futuros, você acha que pacientes e acompanhantes deveriam poder realizar alterações no ambiente, mobiliário ou disposição dos móveis para ajustá-lo às suas necessidades?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

9 – Você acredita que seria importante para o bem-estar dos pacientes distrair-se durante o tratamento?

( ) Muito importante ( ) Importante ( ) Não é importante ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

10 – Você acredita que pacientes tem vontade, condições físicas e psicológicas de desenvolverem algumas atividades de distração positiva durante o tratamento?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Por quê? \_\_\_\_\_

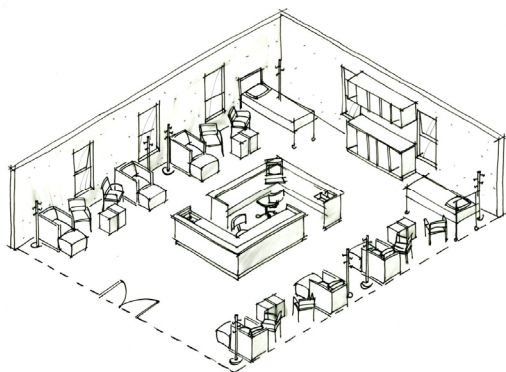
11 – Em caso afirmativo, que atividades de distração você acha que seriam do interesse dos pacientes e possivelmente também de seus acompanhantes?

---

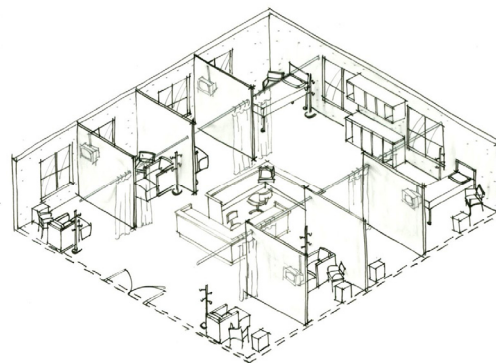


---

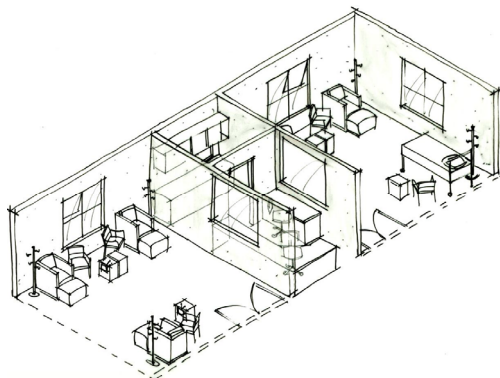
12 – Qual das alternativas abaixo é a mais adequada para um salão de medicação de Hospital-Dia visando o bem-estar dos pacientes e a realização de atividades de distração? Favor marcar um X na alternativa escolhida.



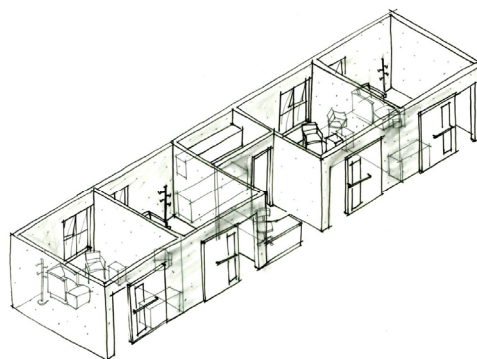
( ) A – Sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central



( ) B – Sala de medicação coletiva com posto de enfermagem central, porém com poltronas separadas em boxes privados



( ) C – Salas de medicação com até 6 poltronas com posto de enfermagem separado, porém com painel de vidro entre eles



( ) D – Quartos privados para cada paciente, com 1 posto de enfermagem centralizado dentro da unidade de Hospital-Dia

Quais os aspectos positivos e/ou negativos da alternativa escolhida por você? (Se desejar, pode descrever o de outras também).

---

12 - Espaço para outras observações (sugestões, críticas, justificativas ou comentários):

---

**Muito obrigado por sua atenção.**

Entrevista

# Anexo 5

Formulários Utilizados no Estudo de  
Caso do Centro de Infusão do Long Beach  
Memorial Medical Center







UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY  
Ph.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

**DAY CARE UNITY – ENVIRONMENT DATA COLLECTION**

TOWN: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNITY: Day Care Unity  
DATE: \_\_\_/\_\_\_/2009 HOURS: \_\_\_: \_\_\_

FACILITY NAME:

USE – HOURS/DAY:

USE – DAYS/WEEK:

DESIRABLE DEGREE OF PRIVACY:

SIZE (meters):

public

Width:

semipublic

Length:

private

Height:

shared by people, but at different periods of the day

Area:

shared by people at the same time

Is the area size appropriate?

SKETCHES OF FURNITURE AND EQUIPMENT, WITH DIMENSIONS

FINISHINGS:

Colors:

Floor:

Floor:

Wall:

Wall:

Ceiling:

Ceiling:

Doors and windows:

Doors and windows:

Furniture:

Furniture:

Others:

Others:

SCHEMATIC PLAN FLOOR WITH LAYOUT:



---

---

SCHEMATIC PLAN FLOOR WITH LAYOUT:

---

---

PHOTOGRAPHS (of the empty spaces) :



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY

Ph.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

DAY CARE UNITY – INTERVIEW WITH PATIENTS AND COMPANIONS

TOWN: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNITY: Day Care Unity

DATE: \_\_\_/\_\_\_/2009 HOURS: \_\_\_:\_\_\_ USER: ( ) Physician ( ) Nurse Other: \_\_\_\_\_

KEY: A=very good; B= good; C=fair; D=poor; E= very poor

Blue ink pen – User’s opinions

Graphite – Researcher’s opinions

ASSESSED ITEM	KEY	NOTES
<b>Location and surroundings:</b>		
Built areas surrounding the hospital		
Services available at the area (restaurants, drugstores, malls,...)		
Access convenience to the Day Care unity (direction, signaling and distances covered)		
Highlighted entrance to the building		
Parking lot proximity		
Availability of parking spaces		
Availability of public transportation		
Location of the Day Care Unity in relation to the other hospital unities that offer complementary services		
<b>IMAGE:</b>		
Exterior appearance of the building (facades, volumetry, gardens...)		
Internal collective spaces appearance (hall, waiting room, supporting rooms, chapel, restrooms, dining rooms,...)		
Interior Day-Care Unity appearance (ambiance and aesthetic)		
Human scale		
<b>FUNCTIONALITY AND SPACIAL RELATIONS:</b>		
Dimensioning of the treatment area		
Dimensioning of the nurse station		
Convenience for staff observation of patients		
Availability and suitability of supporting spaces and technical spaces (storage room, cleaning material storage room, ...)		
Suitability of the facilities as to the users demands (number of patients seen)		



Availability of restrooms		
Access convenience to restrooms		
Furniture layout suitability		
Comfort provided by furniture		
Circulation areas around the furniture pieces, inside the unity		
Distances to be covered inside the unity		
Flow separation system		
Security involved with the use of environment		
Security related to the access control		
Adaptability for people with special needs		
Legibility of the unity's rooms		
Signaling and directions signs inside the unity		
Adaptations carried out to improve the environment and set it to users needs		
<b>ENVIRONMENTAL COMFORT:</b>		
Solar direction and natural lighting of the building		
Artificial lighting		
Temperature		
Ventilation		
Acoustic		
Openings x comfort		
Roof x comfort		
Finishing materials and colors x comfort		
Exterior views from inside		
<b>MAINTENANCE:</b>		
Internal finishings maintenance conditions (floor, ceiling, walls,...) and opening frames		
Maintenance conditions of furniture and equipment (e.g.: lamps,...)		
Convenience for assepsy and cleaning		
Cleaning conditions		
<b>BEHAVIORAL ASPECTS:</b>		
Territoriality, personalization and		

demarcation		
Patients privacy		
Suitability of spaces for staff socialization		
Suitability of spaces for patients and companions socialization		
Environmental control conditions for the patients		
Multivalence (in what way the environment supports other activities besides the treatment)		
Possibility for the user to modify the space (variability of the spatial organization and layout)		
<b>AMENITIES:</b>		
<b>Inside the Day Care unity:</b>		
Availability of proper conditions for patients and companions meals (e.g.: table, kitchen, cafeteria,...)		
Availability of proper conditions for the staff meals		
Presence of settings designed for the comfort of patients, companions and staff inside the unity (waiting room, lounges, silence room, gardens...)		
Amenities in the treatment room such as: magazine, television, music, computer,...		
Space for complementary and alternative therapies		
Amenities inside the hospital for patients and staff such as: stores, water machine, vending machines, magazine stand, chapel, collective spaces for leisure,...		
<b>OTHERS:</b>		



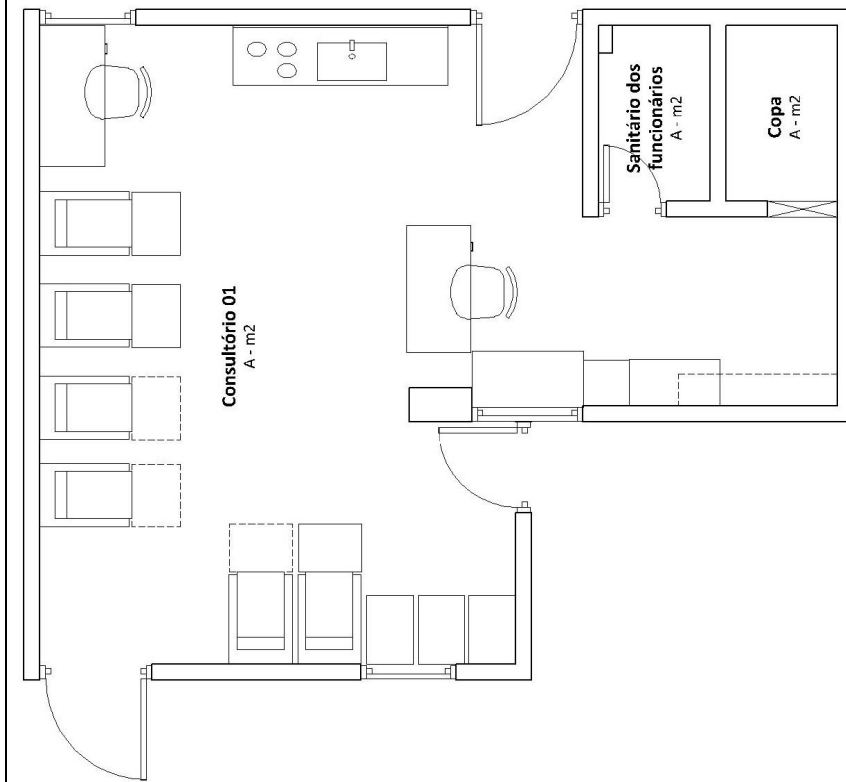
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY  
Ph.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

DAY CARE – BEHAVIORAL MAPPING

TOWN: São José – SC HOSPITAL: Regional – Dr. Homero de Miranda Gomes UNITY: Hospital-Dia de Infectologia HOURS: \_\_\_\_: \_\_\_\_: \_\_\_\_ DATE: 07/04/2009

OBSERVATIONS ON THE FLOOR PLAN

WRITTEN INFORMATION/KEY



<b>USER:</b> Patient – Blue color Staff member, employee – Red color Visitor, companions – Graffiti	<b>IDADE (example):</b> Child (0 to 13 years old) – [Diagram: small square with horizontal line] Teenager (14 to 18 years old) – [Diagram: medium square with horizontal line] Adult (19 to 64 years old) – [Diagram: large square with horizontal line] Elderly (over 64 years old) – [Diagram: very large square with horizontal line]
<b>GENDER:</b> Male - Female -	
<b>POSITION OF THE OBSERVER:</b> <	
<b>ACTIVITIES:</b> 1 – Taking patients vital signs (to measure pressure, to auscultate.) 2 – taking/ giving medication via vein 3 – Answering the telephone 4 – Using the computer 5 – Picking up or preparing documents 6 – awaiting for assistance 7 – Receiving/giving medication and guidance towards treatment continuation at home 8 – Moving towards another hospital unity 9 – Applying injection to intimate parts(examination or medication)) 10 – Sleeping 11 – Watching TV 12 – Collecting material for other examinations/laboratory 13 – Talks between patients and their companions 14 – Applying methacrylate 15 – Receiving/giving instructions to apply methacrylate (face hygiene and anesthesia 16 – Photographing patients 17 -	<b>POSITION OF THE USER (example):</b> Standing still [Diagram: square with vertical line] Sitting [Diagram: square with horizontal line] Lying down partially [Diagram: square with diagonal line] Lying down [Diagram: square with horizontal line and vertical line] Movement direction [Diagram: square with arrow pointing right]



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY  
Ph.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

DAY CARE UNITY – VISUAL MAPPING

TOWN: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNITY: Day Care Unity  
DATE: \_\_/\_\_/2009 HOURS: \_\_: \_\_ USER: ( ) Patient ( ) Companion ( ) Nurse ( ) Physician

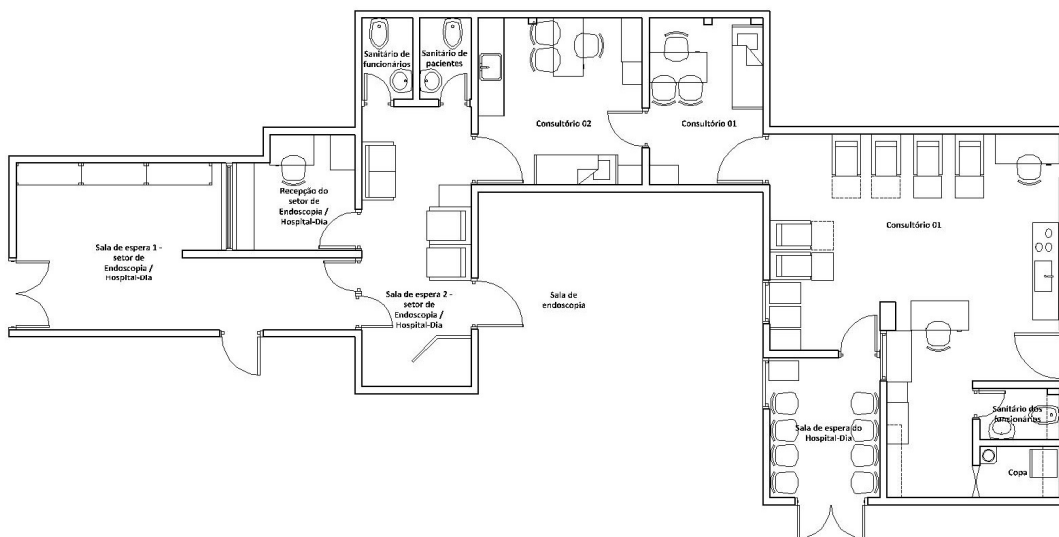
Dear Sir/Madame, this paper is part of a Ph.D. research work in Health Care Architecture. The objective of the study is to investigate the physical space of Day Care Unities from the users’ point of view. The research aims at understanding the expectations of patients, staff members and companions about the environment, so that we can make recommendations for further improvements in it and for the development of similar projects.

For this reason, we are asking for your assistance as we carry out such an investigation. Your participation is essential for the success of our research. You do not need to identify yourself.

Firstly, we would like you to specify the Day Care Unity facilities that you use the most:

Now, we would like your help to write about the most positive and the most negative aspects of all the facilities you use on the floor plan of the Day Care Unity below in this form. Draw arrows to point to the facilities you are writing your comments about. Please put a negative sign (-) next to your criticisms, and a positive one (+) next to your approvals.

Feel free to use the front and the back of this form to make as many comments as you wish. Example of a negative aspect: (-) the environment is too hot. Example of a positive aspect: (+) the environment has pleasant temperature. **Thank you!**



Additional space for comments:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thank you very much for your help.

Visual Mapping

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY  
Ph.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

---

**DAY CARE UNITY – WISH POEMS**

---

TOWN: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNITY: Day Care Unity  
DATE: \_\_/\_\_/2009 HOURS: \_\_: \_\_ USER: ( ) Patient ( ) Companion ( ) Nurse ( ) Physician

Dear Sir/Madame, this paper is part of a Ph.D. research work in Health Care Architecture. The objective of the study is to investigate the physical space of Day Care Unities from the users' point of view. The research aims at understanding the expectations of patients, staff members and companions about the environment, so that we can make recommendations for further improvements in it and for the development of similar projects.

For this reason, we are asking for your assistance as we carry out such an investigation. Your participation is essential for the success of our research. We would like you to describe what an ideal environment would be like. Feel comfortable to draw or to write whatever you think is relevant. You do not need to identify yourself. **Thank you!**

---

"I wish the Day Care Unity (were or had)..."

---

**Thank you very much for your help.**

Wish Poems

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY

Ph.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

DAY CARE UNITY – INTERVIEW WITH PATIENTS AND COMPANIONS

TOWN: São José – SC HOSPITAL: Regional de São José Dr. Homero M. Gomes UNITY: Day Care Unity

DATE: \_\_/\_\_/2009 HOURS:\_\_: \_\_ USER:( )Patient ( ) Companion Other:\_\_\_\_\_

Dear Sir/Madame, this paper is part of a Ph.D. research work in Health Care Architecture. The objective of the study is to investigate the physical space of Day Care Unities from the users' point of view. The research aims at understanding the expectations of patients, staff members and companions about the environment, so that we can make recommendations for further improvements in it and for the development of similar projects.

For this reason, we are asking for your assistance as we carry out such an investigation. Your participation is essential for the success of our research. You do not need to identify yourself. **Thank you!**

1 – How do you feel about the environment conditions of this Day Care Unity medication room?

( ) Very good ( ) Good ( ) Poor ( ) Very Poor ( ) I don't know

Why? \_\_\_\_\_

2 – Mention 3 environment aspects you like best about this medication room?

\_\_\_\_\_

3 - Mention 3 environment aspects you like least about this medication room?

\_\_\_\_\_

4 – Do you think the present medication room is suitable for the activities of patients, workers and companions?

( ) Very proper ( ) Proper ( ) Improper ( ) Very improper ( ) I don't know

Why? \_\_\_\_\_

5 – As to future projects, do you think the medication room should support patients' privacy?

( ) Yes ( ) No ( ) I don't know

If your answer is yes, how do you think the medication room should be in order to provide privacy to patients?

\_\_\_\_\_

6 – As to future projects, do you think the medication room should be in order to favor contact and interaction among patients?

( ) Yes ( ) No ( ) I don't know

If your answer is yes, how do you think the medication room should be in order to favor contact and interaction among patients?

\_\_\_\_\_

7 – As to future projects, do you think patients and companions should have any kind of control over the medication room (lighting, ventilation, temperature, sound, television,...)?

( ) Yes ( ) No ( ) I don't know

If your answer is yes, which environmental aspects do you think should be under the patients' control?

\_\_\_\_\_

8 – As to future projects, do you think patients and companions should be able to modify the physical environment, furniture and its disposition in order to adjust it to fit their necessities?

( ) Yes ( ) No ( ) I don't know

Why? \_\_\_\_\_

9 – Do you believe it is important for the patients' well-being to distract and entertain themselves during the treatment?

( ) Very important ( ) Important ( ) Not important ( ) I don't know

Why? \_\_\_\_\_

10 – Do you believe patients wish and have physical and psychological conditions to develop positive distracting activities under the treatment?

( ) Yes ( ) No ( ) I don't know

Why? \_\_\_\_\_



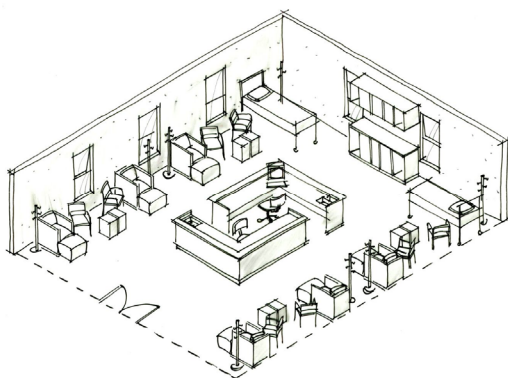
11 – If your answer is yes, which activities do you think interest patients and their companions?

---

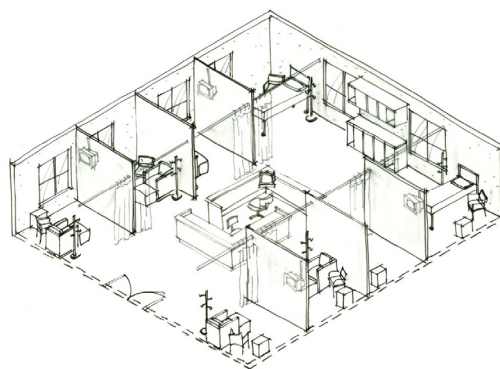


---

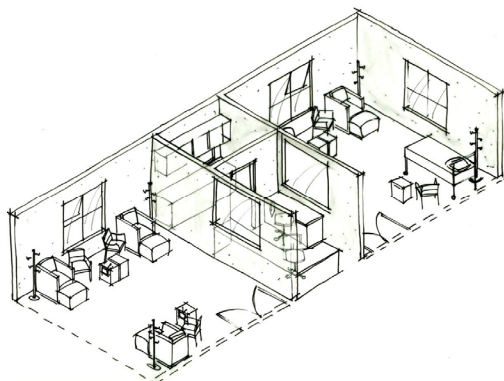
12 – Which of the alternatives bellow is the most suitable for a Day Care Unity medication room aiming at providing well-being to patients and the development of distracting activities? Please mark an X on the alternative of your choice.



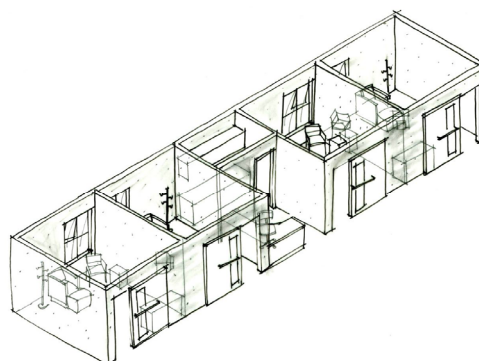
A – Collective medication room with central nursery area



B – Collective medication room with central nursery area, but with armchairs separate into private boxes



C – Medication rooms with up to 6 armchairs, with nursery area separate by glass window



D – Private rooms for each of the patients, with a central nursery area inside the Day Care Unity

Please, say what the positive or negative aspects or your choice are? (You can also describe the other options, if you wish).

---

12 – Other observations (suggestions, critics, justifications or comments):

---

**Thank you very much for your help.**

---

Interview

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ CALIFORNIA POLYTECHNIC STATE UNIVERSITY  
Ph.D. PROGRAM IN ARCHITECTURE

**SHORT STAY UNIT – INTERVIEW WITH STAFF MEMBERS**

TOWN: Long Beach – CA      HOSPITAL: Long Beach Memorial Medical Center      UNITY: Infusion Center  
DATE: \_\_\_\_/11/2009      HOURS: \_\_\_\_: \_\_\_\_      USER: ( ) Nurse ( ) Physician Other: \_\_\_\_\_

Dear Sir/Madame, this paper is part of a Ph.D. research work in Health Care Architecture. The objective of the study is to investigate the physical space of short stay units from the users’ point of view. The research aims at understanding the expectations of patients, staff members and companions about the environment, so that we can make recommendations for further improvements in it and for the development of similar projects.

For this reason, we are asking for your assistance as we carry out such an investigation. Your participation is essential for the success of our research. You do not need to identify yourself. **Thank you!**

1 – How do you feel about the design and physical environment conditions of this Day Care Unity medication room?  
( ) Very good ( ) Good ( ) Poor ( ) Very Poor ( ) I don’t know

2 – Do you think that this Day Care medication room is suitable for the activities of patients, workers and companions?  
( ) Very proper ( ) Proper ( ) Improper ( ) Very improper ( ) I don’t know  
Other/ additional comments: \_\_\_\_\_

3 – In a future project, do you think medication rooms should support patients’ privacy?  
( ) Yes ( ) No ( ) I don’t know  
Other/additional comments: \_\_\_\_\_

4 – In a future project, do you think medication rooms should be in order to favor contact and interaction among patients?  
( ) Yes ( ) No ( ) I don’t know  
Other/additional comments: \_\_\_\_\_

5 – In a future project, do you think patients and companions should have any kind of control over the medication room (for example: lighting, temperature, or television)?  
( ) Yes ( ) No ( ) I don’t know  
If your answer is yes, which environmental aspects do you think should be under the patients’ control?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

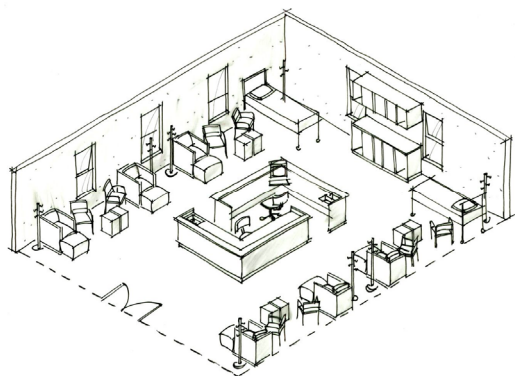
6 – In a future project, do you think patients and companions should be able to modify the physical environment, furniture and its disposition in order to adjust it to fit their necessities?  
( ) Yes ( ) No ( ) I don’t know  
Other/additional comments: \_\_\_\_\_

7 – Do you believe it is important for the patients’ well-being to have access to positive distractions and entertain themselves during the treatment?  
( ) Very important ( ) Important ( ) Not important ( ) I don’t know

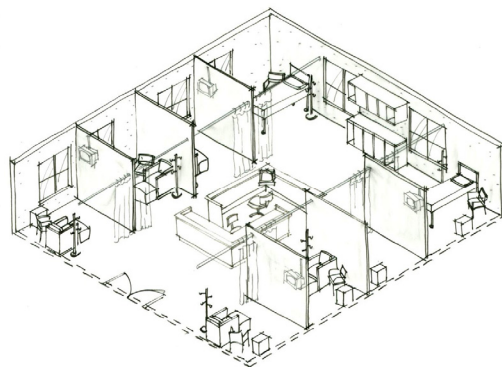
8 – Do you believe patients have physical and psychological abilities and conditions to develop positive distracting activities under the treatment?  
( ) Yes ( ) No ( ) I don’t know

9 – If your answer is yes, which activities do you think interest patients and their companions?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

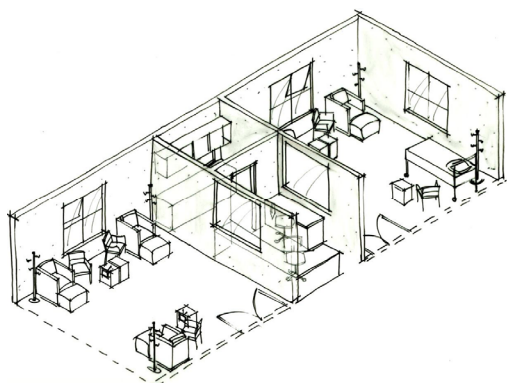
10 – Which of the alternatives bellow is the most suitable for a Day Care Unit medication room aiming at providing well-being to patients and the development of positive distractions? Please mark an X on the alternative of your choice.



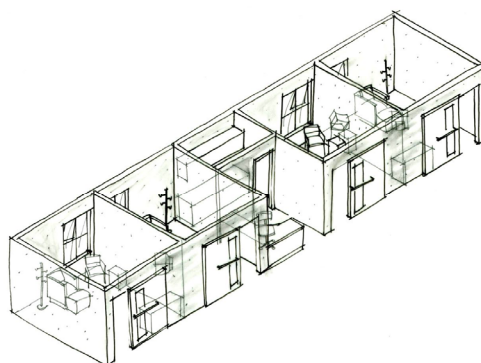
A – Collective medication room with central nursing area



B – Collective medication room with central nursing area, but with private boxes



C – Medication rooms with up to 6 armchairs, with nursing area separated by glass windows



D – Private rooms for each patient, with a central nursing area inside the Day Care Unit

Which are the positive or negative aspects of your choice? (You can also describe the other options, if you wish).

---



---



---



---

11 – Other comments and suggestions:

---



---



---



---

**Thank you very much for your help.**

Interview

# Anexo 6

Termo de Consentimento Livre e  
Esclarecido em Português e em Inglês



Florianópolis, 26 de fevereiro de 2009.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Olá. Gostaria de solicitar a sua participação na coleta de dados da pesquisa “Definição de atributos ambientais para unidades clínicas de Hospital-Dia visando qualificar o ambiente para sua apropriação pelo paciente”. Trata-se de uma pesquisa de doutorado em Arquitetura (PROARQ/UFRJ), desenvolvida pela arquiteta Patrícia Biasi Cavalcanti, na qual se busca entender como deveriam ser projetadas unidades clínicas de Hospital-Dia.

Dentre os métodos a serem utilizados na pesquisa, para os quais solicita-se a sua colaboração, encontram-se: entrevistas e questionários a respeito do ambiente, análise *walkthrough* (entrevista com um funcionário a respeito de questões técnicas do ambiente), mapeamento visual (anotações junto à uma planta-baixa do ambiente, registrando os aspectos mais positivos e negativos do local em seu ponto de vista), Poema dos Desejos (texto ou desenho no qual você tentaria dizer como acha que deveria ser o projeto de uma futura unidade), observação direta e sistemática do ambiente durante o uso (feita pelo pesquisador no sentido de verificar a adequação do espaço às atividades que nele ocorrem), e seleção visual (escolha de uma solução projetual entre várias opções apresentadas em uma folha de papel, a ser feita por você, no sentido de apontar aquela que mais lhe agrada).

Não são previstas despesas, ou mesmo desconfortos ou riscos à sua saúde decorrentes dessa pesquisa, já que o estudo foca exclusivamente na reflexão acerca do ambiente físico. Também não há benefício direto ao participante, embora espera-se que com os resultados da pesquisa se possa elaborar recomendações de melhoria para o ambiente das unidades analisadas bem como orientações para projetos futuros de ambientes similares.

Se você tiver qualquer consideração ou dúvida, ou mesmo se quiser ser informado a respeito dos resultados do trabalho, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável – arq. Patrícia Biasi Cavalcanti – por meio do e-mail: [patibiasi@yahoo.com](mailto:patibiasi@yahoo.com)

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Assim sendo, não há a necessidade de identificar-se em nenhum dos instrumentos de coleta de dados.

**Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.**

-----  
Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

-----  
Arq. Patrícia Biasi Cavalcanti - responsável pelo estudo

Data / /

**INFORMED CONSENT TO PARTICIPATE IN THE STUDY:  
“ENVIRONMENTAL ATTRIBUTES IN OUT-PATIENT SHORT STAY UNITS:  
DESIGNING FOR PLACE ATTACHMENT”**

An architectural study of infusion centers in health care facilities is being conducted by Patricia Biasi Cavalcanti, a Ph.D. student from the Federal University of Rio de Janeiro under the supervision of professor Vicente del Rio from Cal Poly - San Luis Obispo. The purpose of the study is to understand how these physical environments should be designed to support the needs of patients, staff and companions.

You are being asked to take part in this study by answering some questions or filling in a survey questionnaire. In neither case, your participation will take no more than 30 minutes. Please be aware that you are not required to participate in this study and you may discontinue your participation at any time without penalty. You may also decline to answer any question that you prefer.

There are no risks anticipated with participation in this research. Your confidentiality will be protected because there is no need to identify yourself and no other form of identification will be used. Your responses will be kept confidential to protect your privacy, and your name will not be used in any reports of this research.

Potential benefits associated with the study include the better understanding of the physical and spatial needs of patients, companions and staff that use short stay health care units. This knowledge can help guide architects in planning for health care environments that are more responsive to users' needs.

If you have questions regarding this study or would like to be informed of the results when the study is completed, please feel free to contact Patricia Biasi Cavalcanti ([patibiasi@yahoo.com](mailto:patibiasi@yahoo.com)) or her supervisor Ph.D. Vicente del Rio ([ydelrion@calpoly.edu](mailto:ydelrion@calpoly.edu)). If you have questions or concerns regarding the manner in which the study is conducted, you may contact Dr. Steve Davis, Chair of Cal Poly's Human Subjects Committee at (805)756-2754 or [sdavis@calpoly.edu](mailto:sdavis@calpoly.edu), or Dr. Susan Opava, Dean of Research and Graduate Programs at 805-756-1508 or [sopava@calpoly.edu](mailto:sopava@calpoly.edu).

If you agree to voluntarily participate in this study as described, please indicate your agreement by signing below and by completing the attached questionnaire or answering the interview. Please keep one copy of this form for your reference. Thank you for your participation in this research.

\_\_\_\_\_  
Signature of Volunteer

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Researcher

\_\_\_\_\_  
Date

# Anexo 7

Aprovação no Comitê de Ética do  
Hospital Regional de São José e da  
Direção do Long Beach Memorial  
Medical Center





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## PARECER CONSUBSTANCIADO

**Protocolo CEP N° 02/09**

**Título do Projeto:** Definição de atributos ambientais para unidades de hospital dia clínicas visando qualificar o ambiente para sua apropriação pelo paciente.

**Pesquisador Responsável:** Msc. Patricia Biasi Cavalcanti

**Data da avaliação do CEP:** 03 de abril de 2009.

**Centro de Pesquisa:** Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (São José/SC).

**Justificativa do Estudo:** Escassez de informações disponíveis para orientar o desenvolvimento de projetos arquitetônicos. Raras publicações nacionais e internacionais sobre o tema direcionadas para a arquitetura, assim pouco se sabe sobre quais os atributos ambientais desejáveis para os Hospitais Dias clínicos, visando-se contribuir para uma experiência emocional mais positiva.

**Objetivo Geral:** Compreender quais são os atributos que o ambiente deveria apresentar de forma a ser polivalente e favorecer sua vivência e apropriação pelos pacientes de unidades clínicas de Hospital Dia.

**Objetivos Específicos:** Descrever o que são unidades de Hospital Dia; Investigar a realização de estudos de caso no país e no exterior a percepção ambiental dos usuários e a apropriação dessas unidades, e suas interações; Verificar o nível de satisfação dos usuários em relação à qualidade ambiental das unidades estudadas; Avaliar a literatura, projetos, normas, existentes no país e no exterior; Elaborar recomendações de melhorias do ambiente físico das instituições analisadas, e Definir critérios projetuais que orientem propostas futuras e que possa, ser utilizados também na avaliação de outras unidades existentes visando maior adequação do espaço arquitetônico.

**Metodologia:** Pesquisa experimental, abordagem interdisciplinar e qualitativa, utilizando métodos da linha de APO – Avaliação Pós Ocupacional e de Percepção Ambiental, de forma a fundamentar-se no ponto de vista de seus usuários. Aplicação dos métodos será dentro do enfoque da Cognição Experiencial que tem como desdobramentos práticos a Observação incorporada, na qual se valorizam as informações sensíveis e relevantes que emergirem espontaneamente da interação entre o pesquisador e o ambiente, bem como pesquisador e os usuários. A pesquisa será organizada em 2 etapas: trabalho de gabinete e trabalho de campo.

**Recomendações do CEP:**

O pesquisador compromete-se a cumprir a Resolução 196/96 do CNS, inclusive apresentando ao CEP e aos sujeitos de pesquisa os seus resultados.

Qualquer alteração metodológica e de procedimento deverá ser comunicada ao CEP.

**Parecer do CEP:**

- Não aprovado
- Aprovado conforme Resolução 196/96**
- Aprovado e encaminhado o protocolo ao CONEP para apreciação (Resolução 196/96)
- Com pendência

Renata Helena Ribeiro Fernandes  
Coordenadora do CEP

São José, 02 de abril de 2009.

Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes  
Rua Adolfo Donato da Silva s/nº - Praia Comprida  
São José – cep. 88103-901 Fone 48- 3271-9069  
Email: cep.hrsihmq@gmail.com



Imprimir

Page 1 of 7

**De:** Kathy Vinton (kvinton@memorialcare.org)  
**Para:** patibiasi@yahoo.com;  
**Data:** Terça-feira, 20 de Outubro de 2009 1:11:55  
**Cc:**  
**Assunto:** RE: a question about the research plan

Sorry, next week is fine.

---

**From:** Patrícia Biasi Cavalcanti [mailto:patibiasi@yahoo.com]  
**Sent:** Monday, October 19, 2009 7:10 PM  
**To:** Kathy Vinton  
**Subject:** RE: a question about the research plan

Hi Kathy:

I am at San Francisco this week doing visits to hospitals here. I intend to be in San Luis Obispo next week, and then to talk to my supervisor about going to LA again. Can I confirm to you when I will be in LA in the next week, after talking to him?

And, just to check if I understood correctly...do you think that for the institution it would be better if I stayed during 1 or 2 weeks delivering the survey forms to patients and staff and picking them...or it would be better if the survey forms were delivered by staff member in order that I don't have direct contact with patients and companions?

Thanks so much, again.  
 Best regards,  
 Patrícia.

--- Em seg, 19/10/09, Kathy Vinton <kvinton@memorialcare.org> escreveu:

De: Kathy Vinton <kvinton@memorialcare.org>  
 Assunto: RE: a question about the research plan  
 Para : "Patrícia Biasi Cavalcanti" <patibiasi@yahoo.com>  
 Data: Segunda-feira, 19 de Outubro de 2009, 18:47

Patrícia, look forward to having you visit the Infusion Center again. Bring your copies and then if you need more, we can make them onsite. Let me know when you plan to visit.

Kathy Vinton, RN, COHN-S  
 Executive Director, Primary/Corporate Health Services

Long Beach Memorial Medical Center  
 562-933-0090  
 562-933-8355

Life isn't about waiting for the storm to pass. It's about learning to dance in the rain.

---

**From:** Patrícia Biasi Cavalcanti [mailto: patibiasi@yahoo.com ]  
**Sent:** Friday, October 16, 2009 3:26 PM  
**To:** Kathy Vinton  
**Subject:** RE: a question about the research plan

Hi Kathy:

I am so glad and thankful for your help.

In Brasil, in the case study I did there I applied one copy of each survey (wish poems, visual mapping and questionnaire) to each patient and companion that agreed in participate on the research and that were using the unit during 2 weeks. I mean, there wasn't a predefined number of people, but all the people available and who agreed in voluntarily participate received the forms. I was usually delivering the forms personally, explaining the purpose of the research (just to evaluate the physical environment) and presented the informed consent from which is a letter where I explain that there are no risks related to the research and that it is anonymous, and which they have to sign to

<http://br.mg4.mail.yahoo.com/dc/launch?.gx=1&.rand=d94gm2j8aisd5>

02/02/2011

Imprimir

Page 2 of 7

authorize if they agree in participating. I imagine something between 20 and 50 answers for each method, considering the possibility of having an expressive sample of participation. But it is not an exact number. And it would be necessary also to deliver each patient the informed consent term, that was developed with the help of the CalPoly Human Subjects Department, and that consists in this brief presentation of the research and ask for the authorization to participate (I am sending it attached). They have to sign it, although nobody will ever have access to their names...It is just a formal request of all kinds of research in universities related to human subjects. And I still have to apply the same methods (wish poems, visual mapping and questionnaire) with all the staff members of this unit. They don't need to sign the informal consent term.

Do you think you can do the copies? If it is too much, I could do it by myself, cause you are already being very helpful and I don't want to bother you too much.

And do you think it would be better if I was there to deliver all the methods or it would be better if the own staff apply the research and I just go to pick the results?

Thanks again for all your help and attention.  
Best regards,  
Patricia.

--- Em sex, 16/10/09, Kathy Vinton <[kvinton@memorialcare.org](mailto:kvinton@memorialcare.org)> escreveu:

De: Kathy Vinton <[kvinton@memorialcare.org](mailto:kvinton@memorialcare.org)>  
Assunto: RE: a question about the research plan  
Para : [patibiasi@yahoo.com](mailto:patibiasi@yahoo.com)  
Data: Sexta-feira, 16 de Outubro de 2009, 19:53

Yes, Patricia, you can conduct your study here. I can have copies made here at the hospital – that way you will not have to carry them with you. How many of these documents would you need?

Kathy Vinton, RN, COHN-S  
Executive Director, Primary/Corporate Health Services  
Long Beach Memorial Medical Center  
562-933-0090  
562-933-8355

Life isn't about waiting for the storm to pass. It's about learning to dance in the rain.

**From:** Joan Ramirez  
**Sent:** Friday, October 16, 2009 2:36 PM  
**To:** Kathy Vinton  
**Subject:** FW: a question about the research plan

Kathy, I think it would be better if you took it from here. Will you please email her with the answers to her questions? I'll set an appointment for you and her when you're ready.

*Joan Ramirez*

Executive Secretary  
Memorial Occupational Medical Services  
2801 Atlantic Avenue  
Admin. Bldg., 2nd Floor  
Long Beach, CA 90806  
562-933-3733 - Direct  
562-933-8355 - Fax

**From:** Patrícia Biasi Cavalcanti [mailto:[patibiasi@yahoo.com](mailto:patibiasi@yahoo.com)]

<http://br.mg4.mail.yahoo.com/dc/launch?gx=1&.rand=d94gm2j8aisd5>

02/02/2011

Imprimir

Page 3 of 7

**Sent:** Friday, October 16, 2009 2:27 PM  
**To:** Joan Ramirez  
**Subject:** RE: a question about the research plan

Hi Joan:

How are you?

It would be great for my research if I could do a study case in the Infusion Center of Long Beach Memorial. This case study is better explained in a summarized research plan that I left with Kathy during my visit. Just to confirm I am sending it attached with this e-mail. The study case is integrated by some methods including survey forms delivered to patients, companions and staff, which they can fulfill anonymously and return to me or to the institution. If authorized I could go to LA and spend one or two weeks delivering, explaining and picking the fulfilled forms... or if the institution prefers they can be delivered by the on staff of the unit.

I am not sure if I understood the e-mail bellow...so did Kathy say that it is possible for me to do this case study in the chemotherapy infusion center? It would be just wonderful. In this case I could plan a trip to LA again. In an affirmative case, do you know if she said that i can prepare the forms (xerox copies) to deliver to the patients or if it is better that the own staff do this?

Thanks again for your great help.  
 Best regards,  
 Patrícia Cavalcanti.  
 (805) 305-0462.

--- Em sex, 16/10/09, Joan Ramirez <JRamirez3@memorialcare.org> escreveu:

De: Joan Ramirez <JRamirez3@memorialcare.org>  
 Assunto: RE: a question about the research plan  
 Para : "Patrícia Biasi Cavalcanti" <patibiasi@yahoo.com >  
 Data: Sexta-feira, 16 de Outubro de 2009, 13:38

Good Morning Patrícia,

If course I remember you and am sorry I was unable to actually meet you. Kathy says she has the information you need and would welcome you at the Ambulatory Infusion Center . Would you need to set up an appointment with her?

*Joan Ramirez*

Executive Secretary  
 Memorial Occupational Medical Services  
 2801 Atlantic Avenue  
 Admin. Bldg., 2nd Floor  
 Long Beach, CA 90806  
 562-933-3733 - Direct  
 562-933-8355 - Fax

**From:** Patrícia Biasi Cavalcanti [mailto: patibiasi@yahoo.com ]  
**Sent:** Thursday, October 15, 2009 12:40 PM  
**To:** Joan Ramirez  
**Subject:** a question about the research plan

Hi Joan:

<http://br.mg4.mail.yahoo.com/dc/launch?.gx=1&.rand=d94gm2j8aisd5>

02/02/2011

Imprimir

Page 4 of 7

I don't know if you remember me, but I am that Ph.D. Candidate that visited the infusion centers for Chemotherapy of Long Beach Memorial Center with Kathy Vinton on the last month.

I am writing you because during my visit I let with Kathy a summarized case study plan that I was intending to develop during my stay here in USA . For my research it would be wonderful if I could do this case study on the Long Beach Memorial Center . I don't know if Kathy already had time to take a look on this material and verify if she thinks it would be possible to develop this short case study in the Long Beach Memorial Center .

As I told her in the visit I do not need necessarily to have direct contact with patients. The research would be basically developed by delivering surveys to patients, companions and staff members and picking the fulfilled forms. I could go to Long Beach to deliver the forms or I could prepare them and maybe let someone of the staff to do this if preferred by the institution. This all could be done in one or two weeks. The research is anonymous (nobody needs to identify). And I can also adjust all the survey forms and methods regarding the instituion demands.

Today I am just writing to verify if she was able to take a look on this material and if it would be possible to develop a quick case study with you. I am very thankful for the help you already gave me and it would be really wonderful if I could do this last reaserch with you.

Let me know if you need anyother information on my request.  
Thanks again,  
Patricia Cavalcanti.

Architect and Ph.D. Candidate; Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Phone: (805) 305-0462  
E-mail: patibiasi@yahoo.com  
11345, Los Osos Valley Road, Apt. A – San Luis Obispo - CA

--- Em qui, 10/9/09, Joan Ramirez <JRamirez3@memorialcare.org> escreveu:

De: Joan Ramirez <JRamirez3@memorialcare.org>  
Assunto: Authorization for Visit  
Para : "Patricia Biasi Cavalcanti" <patibiasi@yahoo.com >  
Data: Quinta-feira, 10 de Setembro de 2009, 14:34

Good Morning Patricia,

I left you a voicemail about setting an appointment with you and Kathy Vinton . She would like to see you sometime the week of the 21<sup>st</sup>. Please call me when you get time. Thanks!

*Joan Ramirez,*

Executive Secretary  
Memorial Occupational Medical Services  
2801 Atlantic Avenue  
Admin. Bldg., 2nd Floor  
Long Beach, CA 90806  
562-933-3733 - Direct  
562-933-8355 - Fax

# Anexo 8

Entrevistas feitas com Profissionais  
Relacionados a Área da Saúde nos  
Estados Unidos



As informações descritas abaixo foram obtidas por meio de entrevistas informais com profissionais da saúde atuantes nos Estados Unidos. Tais entrevistas não foram previamente planejadas e, por isso, não foram utilizados roteiros estruturados de perguntas. Quando havia a possibilidade de conversar sobre o tema com estes profissionais, buscava-se aproveitar a oportunidade e refletia-se sobre as principais questões e dúvidas da pesquisa. Um das questões explorada nessas entrevistas é o entendimento entre as diferenças entre o modelo de Hospital-Dia brasileiro e Unidade de Infusão Norte-Americano, conforme segue.

### **1 – Informações adicionais obtidas em entrevista com Kathy Vinton – enfermeira chefe da Unidade de Infusão de adultos do Long Beach Memorial Medical Center.**

A entrevistada explicou, durante a visita exploratória, que nos Estados Unidos não se usa com frequência o termo *Day Hospital* para referir-se a Centros de Infusão ou Unidades de Internação de Curta Duração com funções similares às encontradas nos Hospitais-Dia brasileiros. Ela esclareceu que a grande divisão, em termos de nomenclatura que define o contexto norte-americano, é entre as Unidades de Atendimento a Pacientes Internos (*Inpatient*) e a Pacientes Externos (*Outpatient*). É esta divisão que define muitas das regulamentações relativas ao funcionamento e ao planejamento dos ambientes de saúde.

As Unidades de Infusão são, nos Estados Unidos, o equivalente mais próximo aos Hospitais-Dia clínicos brasileiros e são entendidas como sendo parte do atendimento a Pacientes Externos (*Outpatient Units*). Elas atendem a diversas especialidades médicas, dentre as quais se destaca a Oncologia, por meio de infusão de quimioterápicos e outras medicações. A enfermeira destacou ainda que há alguns anos os pacientes HIV eram tratados em Unidades de Infusão dentro de Hospitais, mas que atualmente a maioria toma medicação via oral em suas casas.

### **2 – Informações adicionais obtidas em entrevista com uma das médicas da Unidade de Infusão do Hospital da UCLA.**

A médica entrevistada também destacou que não se utiliza nos Estados Unidos com tanta frequência o termo *Day Hospital*, mas sim Cuidados ambulatoriais (*Ambulatory Care*), que se refere ao atendimento prestado ao paciente num período inferior a 24 horas de permanência na instituição de saúde. Mesmo as Unidades de Infusão em geral não existem isoladamente, mas sim encontram-se associadas a outras unidades ambulatoriais, prestando

outros tipos de atendimento além da medicação intravenosa, de modo a enquadrar-se em uma abordagem abrangente.

Esta médica acredita que o conceito de Hospital-Dia adotado no Brasil é um conceito antigo, o qual já teria sido utilizado nos Estados Unidos há alguns anos e que foi colocado em desuso. Ela entende que este conceito de Hospital-Dia visa à lucratividade e rapidez, centrando-se na realização de infusões, sem prestar um atendimento completo, e que por isso se aplicaria melhor a países em desenvolvimento. Ainda segundo ela, nos Estados Unidos, o paciente necessariamente é também atendido pelo médico, isto é, a aplicação de medicação intravenosa está sempre associada à realização de consultas médicas e de atendimento por corpo de enfermagem e assistente social.

O conceito de Unidade de Infusão centra-se na ideia de que o paciente não deve deslocar-se dentro da instituição de saúde para obter os diversos serviços necessários ao seu tratamento, mas que todos estes serviços serão levados até ele, em sua poltrona na Unidade de Infusão.<sup>52</sup>

Ela comentou ainda que não há separação dos pacientes em Quimioterapia daqueles que são portadores do vírus HIV. Todos frequentarão o mesmo ambiente dentro de Unidades de Infusão. Porém ela destacou que raramente os pacientes HIV irão ao hospital, porque o avanço na indústria farmacêutica permitiu a eles tratarem-se em suas casas, por meio de remédios ingeridos oralmente.

### **3 – Informações adicionais obtidas em entrevista com Terri – funcionário de uma espécie de Centro Comunitário de apoio a portadores do vírus HIV, de San Luis Obispo, mas que não é um estabelecimento assistencial de saúde.**

O entrevistado entende que Unidades onde se tratam exclusivamente pacientes HIV podem ser locais muito estressantes, e que a possibilidade de tratar-se em locais onde se recebam pacientes de diversas especialidades pode ir mais ao encontro das necessidades dos pacientes.

<sup>52</sup> Apesar da entrevistada realçar as supostas diferenças entre os Hospitais-Dia brasileiros e o modelo de atendimento das Unidades de Infusão norte-americanas, ambas parecem referir-se aos mesmos conceitos, realizar o mesmo tipo de atividades e aspirar proporcionar um atendimento completo médico e de enfermagem ao paciente em único local da instituição de saúde. A diferença parece centrar-se fundamentalmente na nomenclatura e no fato de que nos Estados Unidos não há unidades específicas para o atendimento a pacientes HIV, o que existe no Brasil.

Segundo o entrevistado, no passado havia uma separação entre as unidades de Quimioterapia e as de Infectologia, nos Estados Unidos, e que tal separação se devia principalmente ao preconceito e medo de contágio das pessoas em relação ao vírus da AIDS. Esta separação, no entanto, já está em desuso no país.

Também segundo Terri, a maioria dos pacientes portadores do vírus HIV residentes nos Estados Unidos raramente se tratará por meio de infusão de medicação. Para ele, a grande maioria tomará medicação via oral, a maior parte do tempo, e em suas próprias casas. Ainda que o paciente tenha uma carga viral alta, ele irá ao consultório médico e fará um planejamento de seu regime de medicação prevendo a administração oral, e apenas voltará ao consultório para acompanhamento do tratamento. Apenas pacientes muito debilitados são encaminhados para infusão de medicação intravenosa, e quando isso ocorre, esta é realizada em uma Unidade de Infusão qualquer.

Ele comentou ainda que são raros os médicos que são exclusivamente infectologistas nos Estados Unidos, pois não haveria uma demanda de pacientes tão elevada nesta área. O entrevistado acredita que a existência de Hospitais-Dia exclusivos de Infectologia no Brasil deva-se ao fato de que a população de portadores do vírus HIV seria o dobro da norte-americana. Assim, os médicos que atendem a este perfil de pacientes, em geral apresentam outra especialidade além da Infectologia.

Ele comentou que embora o sistema americano se baseie no atendimento privado à saúde, se a pessoa for sem teto ou comprovadamente pobre, ela pode conseguir o atendimento gratuito.

Por outro lado, ele destacou que seria positivo poder concentrar em um único local todos os serviços necessários de atendimento ao paciente como, por exemplo, apoio psicológico, financeiro e de educação em saúde. O entrevistado também destacou positivamente o fato de que o Brasil foi o primeiro país do mundo a quebrar a patente da indústria farmacêutica para o fornecimento de remédios gratuitos para pessoas portadoras do vírus HIV.

#### **4 – Informações adicionais obtidas em entrevista com a médica infectologista Denise Taylor, do Community Health Center de San Luis Obispo.**

Segundo a médica, não há Unidades de Infusão exclusivas para Infectologia nos Estados Unidos, sendo a grande maioria destinada à Quimioterapia. Quando o paciente apresenta



algum linfoma (câncer decorrente da medicação para tratamento da AIDS) ou está suficientemente debilitado a ponto de necessitar infusões de antibióticos ou outras medicações, ele será hospitalizado.

Considerando-se que essas situações seriam raras, a entrevistada acredita que se pode tratar a maioria dos sintomas do vírus HIV em um sistema ambulatorial, através da ingestão de pílulas pelo paciente em sua própria casa.

A médica acha ainda que a grande maioria dos pacientes prefere tratar-se deste modo, em suas residências, pois assim eles não têm suas identidades expostas. Ela entende que, apesar de todos os avanços já alcançados do ponto de vista social e do próprio tratamento, o estigma associado à doença ainda é muito forte, e pacientes desejam manter-se anônimos.

#### **5 – Informações adicionais obtidas em entrevista com Carol Wilcox – diretora executiva do Centro de Câncer do El Camino Hospital.**

Nesta Unidade, atende-se exclusivamente a pacientes com câncer realizando Quimioterapia e pacientes realizando infusões relativas à Hematologia. Nenhuma outra especialidade, além da Oncologia e da Hematologia, é atendida no local, sendo os médicos da Unidade também destas duas áreas. Segundo a administradora, a especialização desta Unidade e a separação deste perfil de pacientes em relação aos demais é muito positiva, considerando-se que especialmente os pacientes com câncer encontram-se muito imunodeprimidos e, portanto, estão mais suscetíveis ao contágio de outras doenças.

#### **6 – Informações adicionais obtidas em entrevista com Barbara Denton, pesquisadora e designer de interiores da Kaiser Permanente.**

Ela comentou que há mais exigências para o planejamento e execução de obras hospitalares do que de edifícios médicos destinados apenas ao atendimento a pacientes externos. Por exemplo, a Califórnia tem uma legislação específica que regulamenta que hospitais devem resistir a terremotos e continuar em pleno funcionamento após tais ocorrências, enquanto que edifícios médicos, clínicas e consultórios destinados ao atendimento a pacientes externos devem apenas não entrar em ruptura e não oferecer risco de vida, mas não precisam ter infraestrutura que assegure seu funcionamento durante e após tais ocorrências. Como resultado, o custo da execução das obras de ambientes hospitalares destinados a pacientes

internos é consideravelmente mais alto do que aqueles destinados a pacientes externos. Assim, é prática, nos Estados Unidos, colocar dentro do edifício do hospital propriamente dito apenas as Unidades estritamente necessárias e relacionadas ao atendimento de paciente interno e colocar, em edifícios médicos próximos ou mesmo distantes do campus do Hospital, todas as unidades possíveis destinadas ao atendimento a paciente externo.

Por esse motivo, é comum que as Unidades de Infusão sejam localizadas em edifícios médicos fora de Hospitais, ainda que em muitos casos estejam vinculadas a tais instituições. Quando dentro dos Hospitais, também é comum que estas Unidades encontrem-se perto do Ambulatório, já que atendem a um perfil similar de pacientes e, por vezes, compartilham ambientes e mesmo funcionários.

# Anexo 9

Formulário Utilizado em  
Entrevistas com Arquitetos  
Hospitalares no Brasil e no Exterior



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA – PROARQ/FAU/UFRJ  
GRUPO Pro-LUGAR – GRUPO DE PESQUISA, PROJETO E QUALIDADE DO LUGAR**

A presente entrevista integra a tese: "Vivência e apropriação em unidades de Hospital-Dia: definição de atributos ambientais visando capacitar o ambiente para atividades de interesse dos pacientes", desenvolvida pela Arquiteta Patrícia Biasi Cavalcanti, sob orientação da professora Giselle Arteiro Nielsen Azevedo.

Busca-se com essa pesquisa, compreender atividades (lazer, trabalho, entretenimento, terapia complementares ou alternativas...) que o paciente de unidades clínicas de Hospital-Dia (HIV, Quimioterapia...) poderia estar desenvolvendo paralelamente à terapêutica e para as quais o ambiente necessita estar capacitado. Entende-se que nessas unidades, os pacientes permanecem durante algumas horas, em tratamentos que podem prolongar-se durante dias, semanas, meses ou anos. Acredita-se ainda que na maioria dessas unidades, os pacientes estejam acordados e conscientes, razão pela qual os ambientes poderiam idealmente proporcionar distrações positivas, possibilitando modos diversos de uso e favorecendo sua apropriação.

Sua participação é muito importante, pois contribuirá para que se entenda o ponto de vista dos arquitetos atuantes na área. Nesse sentido, agradeço desde já sua colaboração para o desenvolvimento do trabalho.

**ENTREVISTA**

▪ No seu ponto de vista, qual a importância para pacientes - conscientes e despertos - de se capacitar os ambientes de saúde para outras atividades que sejam de seu interesse e que possam ocorrer paralelamente à terapêutica?

---



---

▪ Em caso afirmativo, você poderia mencionar algumas atividades que considera importantes ou desejáveis para a distração dos pacientes durante o tratamento?

---



---

▪ Que características ou atributos deveriam ser previstos no projeto desses ambientes de forma a favorecer a realização dessas atividades?

---



---

▪ Até o presente momento da pesquisa, com base em entrevistas e visitas realizadas em Unidades clínicas de Hospital-Dia, tem sido evidenciadas a importância dos seguintes atributos ambientais: conforto, flexibilidade, variabilidade da organização e arranjos espaciais, controle das condições ambientais e privacidade. No seu entender qual seria a importância dos atributos citados acima?

---



---

▪ Que outras características ou atributos você considera fundamental para assegurar a humanização de ambientes de saúde?

---



---

▪ Como você definiria o panorama dos hospitais brasileiros atualmente, em termos de humanização?

---



---

▪ Você teria alguma sugestão ou recomendação específica direcionada à humanização de unidades clínicas de Hospital-Dia – HIV, Quimioterapia, ...?

---



---

**Muito obrigada por sua participação!**

**DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA – PROARQ/FAU/UFRJ  
GRUPO Pro-LUGAR – GRUPO DE PESQUISA, PROJETO E QUALIDADE DO LUGAR**

A research project on the architectural planning of day hospital units is being conducted by Patricia Biasi Cavalcanti in the Architectural Post-Graduation Program of Federal University of Rio de Janeiro and under the supervision of Vicente del Rio at Cal Poly, San Luis Obispo. In Brasil, the Clinical Day Hospital units are places where the patient goes usually in the morning for treatments that might demand some hours, but it is not necessary the overnight stay. These places are usually short stay units when in most of the cases patients spend time doing infusion of medications as for Chemotherapy, Infectology (HIV), or Geriatry. The purpose of the study is to understand how these physical environments should be in order to provide positive distractions to this patients who are usually conscious and awoken, and spend long times in treatment (many hours/day and many days/week).

You are being asked to take part in this study by answering some few questions. Your participation will take approximately up to 30 minutes. Your participation is very important, because it will contribute to understand the perception of architects who are deeply involved in health care planning. Thank you very much for participating in this interview.

**GUIDE TO INTERVIEW HEALTH CARE ARCHITECTS**

- How would you define the North American current context (panorama) of humanization of health care environments?

---

---

---

---

- Which attributes and physical features do you think are essential in order to support humanization in terms of the patients experience in short stay units (Infusion centers for Chemotherapy, Infectology, Geriatry,...)?

---

---

---

---

- In your point of view, do you think it is important that the physical setting of these short stay units (Chemotherapy, Infectology, Geriatry,...) be prepared to support activities of the patients interest and that might happen as the same time as treatment (ex.: watching tv, reading, being with companions,...)?

---

---

---

---

- If your answer is affirmative, could you mention some activities that you consider important or desirable to the distraction of patients meanwhile treatment?

---

---

---

---

- Which attributes or physical features do you think the environment should present in order to favor these positive distractions by patients?

---

---

---

---

- Would you have any other suggestion or observation related to the planning of these short stay units?

---

---

---

---

**Thanks for participation of this interview!**

**PERSONAL INFORMATION ABOUT THE INTERVIEWD**

Name/Company: \_\_\_\_\_ State: California.  
City: \_\_\_\_\_

