



UFRJ

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

Quarto de Internação

Um Estudo da Relação Ambiente e Saúde

Fernanda Marx de Andrade

Rio de Janeiro
2016



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

Quarto de Internação

Um Estudo da Relação Ambiente e Saúde

Fernanda Marx de Andrade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração Qualidade, Ambiente e Paisagem, linha de pesquisa Arquitetura, Projeto e Sustentabilidade.

Orientador: Prof. Dr. Mauro César de Oliveira Santos

Co-orientador(a): Prof. Dra. Ivani Bursztyn

Rio de Janeiro
Março 2016



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

Quarto de Internação

Um Estudo da Relação Ambiente e Saúde

Fernanda Marx de Andrade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração Qualidade, Ambiente e Paisagem, linha de pesquisa Arquitetura, Projeto e Sustentabilidade.

Aprovada por:

Prof. Mauro César de Oliveira Santos, Dr. (Orientador)
(PROARQ / FAU / UFRJ)

Prof^a. Ivani Bursztyn, Dr^a. (Co-orientadora)
(PROARQ / FAU / UFRJ)

Prof. Luiz Fernando Rangel Tura, Dr.
(FM/UFRJ)

Prof^a. Maria Júlia de Oliveira Santos, Dr^a.
(PROARQ / FAU / UFRJ)

Prof. Ubiratan Silva Ribeiro de Souza, Dr.
(FAU / UFRJ)

Rio de Janeiro
Março 2016

CIP - Catalogação na Publicação

A553q Andrade, Fernanda Marx de
Quarto de internação: Um estudo da relação ambiente e saúde / Fernanda Marx de Andrade. -- Rio de Janeiro, 2016.
108 f.

Orientador: Mauro César de Oliveira Santos.
Coorientadora: Ivani Bursztyn.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2016.

1. Quarto de internação. 2. Arquitetura hospitalar. 3. Conforto. 4. Representação social . 5. Humanização. I. Santos, Mauro César de Oliveira , orient. II. Bursztyn, Ivani, coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

*À minha família,
Fernando Marx, Flavia Cócaro e Rafael Marx
por todo carinho, apoio e incentivo durante toda a minha vida.*

*Aos professores orientadores,
Mauro César de Oliveira Santos e Ivani Bursztyn
por todo conhecimento transmitido, apoio e colaboração no desenvolvimento do trabalho.*

*Aos membros da banca,
Maria Júlia de Oliveira Santos, Ubiratan de Souza e Luiz Fernando Tura
pela participação em ambas as bancas e pelas construtivas críticas.*

*Ao meu amigo Walter Dias
pelo incentivo na realização da inscrição no mestrado.*

*Ao meu avô Homero Amaral
por ter compartilhado comigo o seu amor à arquitetura.*

Ao PROARQ/UFRJ, colegas de classe e todos os professores das disciplinas que participei.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

“To be a patient describes an experience that deserves respect. We will all be patients at some stage and this is part of what it is to be alive.”

(Jim Lucey)

RESUMO

Resumo da Dissertação de Mestrado 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 Mestre em Ciências em Arquitetura.

A presente dissertação de mestrado discorre sobre a importância da arquitetura nas unidades de internação hospitalar. A pesquisa busca estudar as relações psicológicas e psicossociais entre o indivíduo e o ambiente no qual está inserido, visando identificar necessidades e questões para adequação do espaço de internação para a elaboração de soluções arquitetônicas que promovam qualidade de vida e, principalmente, que colaborem com o processo de recuperação e cura do paciente. O foco da pesquisa está na contribuição do ambiente físico para a saúde e qualidade de vida de seus usuários. Para o desenvolvimento do trabalho, primeiramente foi realizada uma contextualização através da revisão bibliográfica dos processos históricos, a partir de meados do século XVIII, que levaram à atual configuração espacial do quarto hospitalar, assim como os processos que antecederam o movimento de humanização da assistência à saúde. Em seguida foi

desenvolvido um questionário eletrônico com suporte teórico da teoria das Representações Sociais. O questionário foi disseminado por meio de redes sociais durante o período de um mês e continha questões abertas e fechadas acerca da experiência de internação hospitalar. O questionário virtual, respondido por 73 sujeitos, buscou identificar elementos do ambiente construído que são considerados relevantes para o conforto e bem-estar do protagonista da unidade – o paciente. Por fim, para o tratamento dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo por categorias temáticas. Os resultados permitiram evidenciar elementos que contribuem para a excelência do ambiente humanizado. Como conclusão, foi estabelecido um escalonamento entre aspectos imprescindíveis, necessários e desejáveis para a promoção de conforto e bem-estar na unidade, além de recomendações arquitetônicas que permitem a elaboração de projetos de ambientes de internação de melhor qualidade.

PALAVRAS-CHAVES: QUARTO DE INTERNAÇÃO, ARQUITETURA HOSPITALAR, CONFORTO, REPRESENTAÇÃO SOCIAL, HUMANIZAÇÃO.

ABSTRACT

This master dissertation discusses the importance of architecture to inpatient hospital rooms. The research aims to study the psychological and psychosocial relationship between the individual and the environment. It seeks to identify the needs and the issues to ensure an adequate environment for the elaboration of architecture solutions that could collaborate with the patient's recovery process. The research focus is on the contribution of the physical environment on the health of the patient. First, from a literature review it was possible to contextualize the historical processes – from the XVIII century – which led to the current spatial configuration of the hospital room. As well as processes leading up to the healthcare humanization movement. Then it was developed an electronic questionnaire with theoretical support of the Theory of Social Representations. The questionnaire contained open and closed questions about the hospital experience and it was disseminated through social networks during one month. The virtual questionnaire was answered by 73 people. It sought to identify elements of the built environment that are considered important for the comfort and well-being for the patient. Finally, for the treatment of the results, it was used content analysis by thematic categories. The

results show elements that contribute to the excellence of humanized environments. In conclusion, a selection between essential aspects, necessary and desirable to promote comfort and well-being in the unit was established. Also, architectural recommendations for a better space quality in the hospital environment were developed.

KEYWORDS: INPATIENT HOSPITAL ROOM, HEALTHCARE ARCHITECTURE, COMFORT, SOCIAL REPRESENTATION, HUMANIZATION.

SUMÁRIO

RESUMO	6	DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS	57
ABSTRACT	7	TESTE DE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS.....	60
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS	10	ANÁLISE DE FREQUÊNCIA.....	65
SIGLAS E ABREVIATURAS	13	A. OBJETOS E MOBILIÁRIO.....	67
INTRODUÇÃO	14	B. COR	68
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	18	C. LIMPEZA.....	68
CAPÍTULO 1: O QUARTO DE INTERNAÇÃO	20	D. ENTRETENIMENTO	69
CAPÍTULO 2: METODOLOGIA DA PESQUISA	42	E. CONFORTO TÉRMICO	69
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	42	F. ILUMINAÇÃO	70
ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	51	G. ACOMPANHANTE	71
PROCEDIMENTOS DE CAMPO	54	H. EQUIPE DE SAÚDE.....	72
CAPÍTULO 3: ANÁLISES E RESULTADOS	57	I. ACESSIBILIDADE.....	72
		J. DIMENSÃO DO AMBIENTE.....	73
		K. JANELA	74
		L. BANHEIRO.....	75
		M. HUMANIZAÇÃO	75
		N. PRIVACIDADE	76

O. CONFORTO OLFATIVO	76	APÊNDICES	102
P. CONFORTO ACÚSTICO	77	QUESTIONÁRIO ONLINE (SURVEY MONKEY).....	102
ESCALA DE LIKERT	77	ANEXOS	106
		CÁLCULOS DA ESCALA DE LIKERT	106
CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80		
QUEBRA DA MONOCROMIA DO AMBIENTE	80		
INTEGRAÇÃO COM VEGETAÇÃO E OBRAS DE ARTE.....	82		
ILUMINAÇÃO ADEQUADA.....	85		
DIMINUIÇÃO DOS NÍVEIS DE RUÍDO	89		
PRIVACIDADE	94		
SUPORTE SOCIAL.....	95		
AUTONOMIA DO PACIENTE E ACESSIBILIDADE	95		
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96		
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98		

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

FIGURA 01. Quarto de internação individual, Roberts Hospital, Texas (1986). FONTE: http://media.baylorhealth.com20	FIGURA 09. Varanda contínua no Sanatório Paimio, (1928-1933), Finlândia. FONTE: http://alvaraalto.fi/net/paimio/paimio.html 27
FIGURA 02. Planta da enfermaria do hospital St. Thomas (1857). FONTE: MIQUELIN, 1992, p. 4723	FIGURA 10. Quarto de Internação do Sanatório Paimio. FONTE: http://atlasofinteriors.polimi-cooperation.org/2014/03/19/alvaraalto-paimio-finland-1929/ 28
FIGURA 03. Brooklyn Navy Yard Hospital, Nova Iorque (1900). FONTE: http://shorpy.com/node/801124	FIGURA 11. “A room with a view: 194 2.” Babie’s Hospital, Nova Iorque. FONTE: http://www.shorpy.com/node/16468 30
FIGURA 04. Enfermaria Nightingale, Johns Hopkins Hospital, Baltimore (1890). FONTE: VERDERBER, 2010, p. 6624	FIGURA 12. “Clown Hospital: 1923”. Children’s Hospital Circus, Washington D.C. FONTE: http://www.shorpy.com/node/3676 33
FIGURA 05. Quarto em Tipologia Pavilhonar (1910-17). FONTE: http://kingscollections.org24	FIGURA 13. Ergonomia: Women and Children’s Hospital at Baylor, 1959. FONTE: http://media.baylorhealth.com/channels/Historical/photos/Patient-room-Women-and-Children-s-Hospital 34
FIGURA 06. Quarto de Internação Individual, Johns Hopkins Hospital, Baltimore (1890). FONTE: VERDERBER, 2010, p. 6725	FIGURA 14. Quarto de Internação com aspectos de Humanização. FONTE: http://jainmalkin.com 36
FIGURA 07. Enfermaria no Sistema Tollet. FONTE: MIGNOT, 198326	FIGURA 15. Esquema de um Protótipo de Quarto de Internação Individual, 2006. FONTE: MALKIN, 2008, p.7.14 37
FIGURA 08. Varanda externa para Helioterapia, no King’s Daughters Home (1918-1920), Memphis, Tennessee. FONTE: VERDEBER, 2010, p. 33.....27	FIGURA 16. Esquema de um Protótipo de Quarto de Internação Individual, 2006. FONTE: MALKIN, 2008, p.7.14 37

FIGURA 17. Quarto de Internação Individual com Banheiro, Lancaster General Hospital.
 FONTE: <http://healthcaredesignmagazine.com/article/beyond-universal-patient-room?page=show>38

FIGURA 18. Projeto realizado pela americana Jain Malkin, consultora do evidence-based design.
 FONTE: <http://jainmalkin.com>40

FIGURA 19. Centro de Neuroreabilitação SARAH Fortaleza, projeto desenvolvido por Lelé, 2011.
 FONTE: <http://sarah.br>41

FIGURA 20. Desenho criança de 10 anos.
 FONTE: Espaço Saúde, 2003 apud Bergan et al., 200448

FIGURA 21. Desenho criança de 9 anos.
 FONTE: Espaço Saúde, 2003 apud Bergan et al., 200448

FIGURA 22. Desenho da moradora Helena.
 FONTE: Espaço Saúde, 2002 apud Fontes, 2003.....49

FIGURA 23. Desenho do morador Cláudio.
 FONTE: Espaço Saúde, 2002 apud Fontes, 2003.....49

FIGURA 24. Esquema de Análise de Conteúdo.
 FONTE: Bardin 1977, p. 10252

FIGURA 25. Árvore máxima de similitude
 FONTE: Arquivo Pessoal 62

FIGURA 26. Nuvem de Palavras formadas pelo Teste de Associação de Palavras.
 FONTE: Arquivo Pessoal 64

FIGURA 27. Protótipo de Quarto de Internação com Representação de Natureza, 2008.
 FONTE: VERDERBER, 2010, p.62 84

FIGURA 28. Quarto de Internação, 2015.
 FONTE: Arquivo Pessoal 87

FIGURA 29. Percepções de campos visuais para o ambiente exterior.
 FONTE: BITENCOURT, 2013 apud BRASIL, 2014..... 87

FIGURA 30. Exemplo de carta solar obtida através do software Analysis SOL-LAR.
 FONTE: LabEEE - Laboratório de Eficiência Energética em Edificações 88

FIGURA 31. Perspectiva de projeto de iluminação em quarto de internação.
 FONTE: Advanced Energy Savings toward a Zero Energy Building 89

GRÁFICO 01. Distribuição dos entrevistados por faixa etária durante a internação.....57

GRÁFICO 02. Distribuição dos entrevistados por tipo de internação.....58

GRÁFICO 03. Distribuição dos entrevistados por duração da internação.58

GRÁFICO 04. Distribuição dos entrevistados de acordo com o tipo de alojamento.....59

GRÁFICO 05. Nota atribuída para o atendimento recebido.....60

QUADRO 01. Variáveis obtidas no teste de associação de palavras.60

QUADRO 02. Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação.....61

QUADRO 03. Frequência de categorial total.....66

QUADRO 04. Média de escore por item em ordem de relevância.79

QUADRO 05. Cores e suas influências.....81

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
CARE	Continuous Ambient Relaxation Environment	UTQ	Unidade para Tratamento de Queimados
COW	Computer on Wheels		
CTI	Centro de Tratamento Intensivo		
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde		
LED	Light Emitting Diode		
NBR	Associação Brasileira de Normas Técnicas		
OME	Ordens Médias de Evocação		
OMS	Organização Mundial da Saúde		
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada		
RM	Ranking Médio		
SAD	Seasonal Affective Disorder		
UI	Unidade Intermediária		

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa encontra sua justificativa na potencialidade da arquitetura para uma melhor qualidade do ambiente de internação, assim como a capacidade de contribuir no atendimento a saúde, na recuperação do paciente e nas condições de trabalho para os profissionais da área que atuam no espaço. Isto é, a arquitetura como instrumento terapêutico e suporte para a saúde e bem-estar dos usuários.

Por possuir uma atmosfera dinâmica e abrigar indivíduos em diferentes estados emocionais e, no caso do paciente, com algum grau de sofrimento físico e/ou psíquico, faz-se necessário que em estabelecimentos de assistência à saúde (EAS) a relação entre homem e espaço construído seja analisada de forma cautelosa. Como aponta Mario Ferrer (2012):

“A permanência de um paciente no hospital é sempre uma agressão não só física como mental. O fato de estar fora de seu ambiente, a insegurança da dependência de terceiros para qualquer tipo de procedimento, a possibilidade de adquirir infecção hospitalar, a dúvida de quando poderá ter alta etc., criam traumas que podem prejudicar sua recuperação” (FERRER, 2012, p. 13).

Edifícios hospitalares devem ser concebidos como ambientes de cura, no qual o espaço físico seja utilizado como suporte para o processo de recuperação dos enfermos e contribuição psicológica para os usuários em geral. Este estudo pretende demonstrar que o planejamento adequado da unidade de internação deve conciliar conforto à humanização dos espaços, levando em consideração a percepção de conforto pelo usuário.

O quarto de internação é um setor relevante para a edificação hospitalar como um todo. Optou-se, portanto, pela análise dessa unidade pelo fato de ser o ambiente, dentre as unidades funcionais do hospital, em que o enfermo permanece por um maior período de tempo em processo de recuperação. Tornando-se, desta forma, o espaço físico hospitalar com a capacidade de colaborar significativamente nesse processo. Deve-se ressaltar o fato de que o paciente internado encontra-se em um estado de estresse, uma vez que ao ser internado o indivíduo rompe com a vida habitual, devendo adaptar-se a um novo ambiente desconhecido no qual não possui total autonomia ou liberdade.

“Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de “falta de existência”, como se ele ficasse subitamente em déficit com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho,

dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade” (SANT’ANNA, 2000, p.13).

O controle da sensação de conforto nesse espaço é imprescindível. Pode-se atribuir a arquitetura a capacidade de colaborar positivamente nesse controle da sensação de conforto, minimizando os efeitos do estresse gerado durante a experiência de internação.

“Aos projetistas de forma integrada com os demais agentes, competirá prover nos ambientes dos edifícios de Saúde, condições de Conforto aos ocupantes com foco nos pacientes internados e seus acompanhantes, dando ênfase à minimização do impacto que lhes causa o ambiente hospitalar e o fato de estarem 'fora de casa'.” (BROSS, 2013, p. 47).

Atualmente, no Brasil, as normas e resoluções do Ministério da Saúde são os principais instrumentos formais utilizados para orientação das secretarias estaduais e municipais de saúde na elaboração da análise e da avaliação de projetos de edifícios do Sistema Nacional de Saúde, seja

o público, seja o privado, a serem construídos, reformados ou ampliados. A Resolução RDC nº 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em vigor a partir de 21 de fevereiro de 2002, estabelece os critérios para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS. No caso, a RDC é uma resolução governamental que deve ser atendida compulsoriamente, pois possui força de lei com penalidades estabelecidas e aplicadas pela fiscalização da Vigilância Sanitária (GUELLI, 2010).

As unidades de internação hospitalar, quartos e enfermarias, são classificados na resolução como áreas semicríticas, ou seja, compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e com doenças não infecciosas. A seguinte resolução possui foco no dimensionamento mínimo, quantificação e instalações prediais dos projetos de ambientes de saúde. No entanto, não está incluída na RDC a percepção do espaço físico pelo usuário como variável a ser considerada e avaliada, o que se faz extremamente oportuno e necessário. Os aspectos de conforto e humanização são aspectos previstos em sua revisão, porém atualmente são apenas citados na resolução, não obtendo a sua devida importância.

Em 2014 a ANVISA publicou um manual contendo parâmetros técnicos de conforto ambiental para estabelecimentos assistenciais de saúde a fim de subsidiar a revisão da RDC nº 50/2002. As recomendações técnicas para o alcance do conforto ambiental nos ambientes de saúde são, portanto, bastante conhecidas.

De modo geral, o conceito de conforto está vinculado a uma das sensações fisiológicas humanas, tátil, auditiva, visual, olfativa e do paladar, porém a ciência atual reconhece a existência de várias outras sensações como, por exemplo, a pressão, a dor, o frio e o calor (SCHMID, 2005). Entre os objetivos da pesquisa, busca-se uma representação social de conforto pelo usuário do espaço de internação, de forma a envolver fatores fisiológicos e psicológicos. Utiliza-se, no seguinte projeto de pesquisa, um conceito holístico de conforto, baseado nas análises de Schmid (2005): “Reforcei a ideia de conforto como algo ligado ao entorno físico e também ao contexto psicológico: as experiências passadas, a imaginação e os sonhos [...]”. Entretanto, ao contrário do desconforto, a sensação de conforto humano não é uma percepção facilmente mensurável. Para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados faz-se o uso de métodos e metodologias que buscam a apreensão e interpretação do espaço através dos sentidos vividos ou imaginados.

O objeto desta dissertação de mestrado consiste na representação social do quarto de internação no que se refere ao conforto e humanização do espaço. Tem como objetivo geral identificar e investigar questões que envolvem o conforto no espaço físico do quarto de internação para os usuários. Tendo como objetivos específicos:

- Investigar e expor dados relativos aos processos históricos e filosóficos que fizeram parte da evolução da configuração espacial dos quartos de internação a partir do século XVIII até o contexto atual;
- Interpretar a representação social do quarto de internação pelos usuários no que se refere ao conforto e humanização do espaço;
- Identificar aspectos relevantes para o conforto e bem-estar do paciente no que se refere ao ambiente do quarto de internação.

A pesquisa foi realizada através de métodos e técnicas de coleta de dados fundamentados pela pesquisa qualitativa, que se caracteriza pela busca da compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados (RICHARDISON, 1999). De acordo com Bardin (1977) a análise qualitativa utiliza a frequência com

que surgem certas características do conteúdo como informação relevante para a pesquisa.

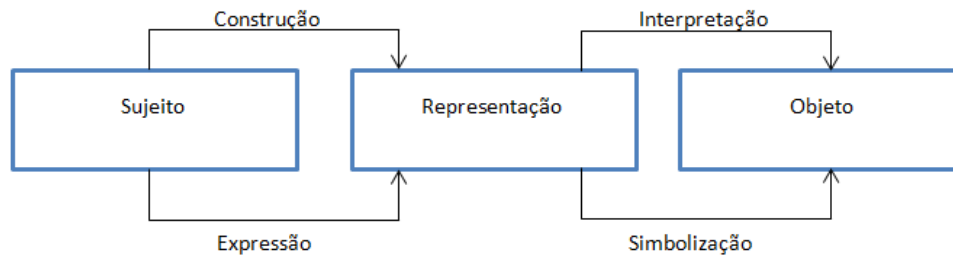
Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca dos processos históricos e do contexto que hoje se pretende investigar. Buscou-se analisar a evolução histórica do ambiente de internação partir do momento histórico em que o hospital passa a ser considerado um instrumento terapêutico, com um recorte temporal que vai desde as enfermarias do final do século XVIII até os tempos atuais, em que a qualidade do espaço tem como foco a humanização do tratamento e atendimento do paciente. Apontando conceitos e técnicas utilizados no decorrer do tempo.

Em seguida foi desenvolvido um questionário online para que assim fosse possível a compreensão e interpretação da percepção espacial da unidade de internação no que se refere ao conforto e humanização, através da entrevista com indivíduos que já foram internados em quartos hospitalares. De acordo com Richardson (1999), uma importante função dos questionários é a medição de variáveis individuais ou grupais. O autor (1999, p. 189) ressalta que “Geralmente, os questionários cumprem pelo menos duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social”.

O estudo das relações do usuário com o espaço construído em um estabelecimento de assistência à saúde é bastante complexo. É necessário que se tenha clareza se o julgamento ou avaliação que o usuário fará do espaço estará subordinado à sua satisfação com a prestação do serviço, razão primária para que o indivíduo esteja usando aquele ambiente. A satisfação ou insatisfação com o espaço está, portanto, permeada de aspectos objetivos e subjetivos que podem ir desde as sensações de conforto até as expectativas do indivíduo com relação ao tratamento recebido ou das condições de trabalho, que são influenciadas pela experiência de vida, valores culturais e saberes e práticas de cada grupo (SANTOS; BURSZTYN, 2014).

O questionário foi desenvolvido com o suporte teórico da Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Serge Moscovici (1928 – 2014) em 1961 no campo da psicologia social. A intenção de utilizar a Teoria das Representações Sociais deve-se pela possibilidade de obtenção do ponto de vista e das expectativas dos usuários em relação ao ambiente em análise através de respostas subjetivas e espontâneas, integrando o objeto às experiências prévias do indivíduo constituindo um saber funcional que articula e dá sentido aos comportamentos, saberes e comunicação de indivíduos e grupos (SANTOS; BURSZTYN, 2014). A seguir

é apresentada uma adaptação do um esquema da Teoria das Representações Sociais, apresentado por Jodelet, 2001.



Por fim, para o tratamento dos resultados dos questionários, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (1977).

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Além da introdução ao trabalho de pesquisa, esta dissertação está organizada em cinco capítulos, sendo estes: O quarto de internação, metodologia da pesquisa, análise e resultados, discussão dos resultados e considerações finais.

A primeira parte da dissertação constitui-se de uma breve introdução onde são apresentadas as devidas justificativas, objeto, objetivos (geral e

específico), metodologia geral adotada para pesquisa, as delimitações do trabalho e a estrutura da dissertação.

No **capítulo 1** o conceito e definição da unidade do quarto de internação são abordados através de uma perspectiva histórica da evolução do ambiente físico de internação desde as enfermarias *nightingale*, que marcaram o século XIX, até os tempos atuais em que a qualidade do espaço tem como foco a humanização do tratamento e atendimento do paciente. O primeiro capítulo tem como foco situar o leitor em relação ao tema abordado, destacando sua importância para a área da arquitetura de ambientes de saúde.

No **capítulo 2** a metodologia da pesquisa utilizada é esclarecida. O segundo capítulo é dividido em três tópicos que abordam a Teoria das Representações Sociais, Análise de Conteúdo e Procedimentos em Campo, respectivamente. A escolha e a adequação da metodologia para a pesquisa é justificada através da citação de outras pesquisas semelhantes realizadas pelo grupo de pesquisa Espaço Saúde.

No **capítulo 3** são apresentados os resultados obtidos através da coleta de dados dos questionários, assim como a sua devida análise. O questionário foi dividido em duas partes. A primeira trata-se do teste de associação de palavras a partir do termo indutor “quarto hospitalar”. A

segunda parte do questionário tem como foco a experiência pessoal de internação do indivíduo com perguntas abertas relativas à opinião pessoal de aspectos do ambiente de internação. A análise de cada item foi realizada juntamente com os resultados coletados.

No **capítulo 4** a discussão dos resultados é realizada e recomendações arquitetônicas são desenvolvidas para uma melhora na qualidade do ambiente de internação de acordo com os aspectos identificados durante a pesquisa através do questionário e de literatura especializada.

O **capítulo 5** aponta as considerações finais ressaltando a importância das ferramentas e metodologias adotadas, assim como as dificuldades encontradas no decorrer da pesquisa. Além de apresentar propostas para futuras pesquisas na área.

O QUARTO DE INTERNAÇÃO

FIGURA 01. Quarto de internação individual, Roberts Hospital, Texas (1986)



Fonte: <http://media.baylorhealth.com>

O quarto de internação tem a sua finalidade definida a partir da necessidade de executar e registrar a assistência médica diária. Seu ambiente tem como propósito proporcionar condições de internação, individuais ou coletivas, para pacientes conforme suas diferentes características relativas à patologia, idade, sexo e intensidade de cuidados. Deve-se ressaltar o fato de que atualmente,

no Brasil, as unidades de internação gerais predominantes nos edifícios hospitalares incluem quartos individuais, quartos duplos e enfermarias.

A desospitalização¹ é uma tendência que evita os riscos envolvidos com a exposição do paciente ao ambiente hospitalar. Atualmente, com o avanço da tecnologia é possível que certos procedimentos que antes demandavam internação sejam realizados sem a necessidade da mesma, através de internações alternativas, como o hospital-dia ou *home care*. O hospital-dia tem como característica uma internação de curta duração, reduzindo ao mínimo possível à permanência do paciente no estabelecimento de saúde, incentivando a internação residencial. No caso da internação *home care*, o tratamento é realizado em sua totalidade na casa do paciente que, em certos casos, necessita de adaptações. Assim sendo, pode-se dizer que os pacientes internados em edifícios hospitalares são aqueles que efetivamente necessitam de observação e/ou tratamento contínuo.

A ambiência nessa unidade é de extrema importância devido a diversos fatores físicos e psicológicos que afetam o paciente durante a internação. O indivíduo vivência dentro do quarto de internação uma ruptura com a sua rotina diária, perdendo a autonomia e liberdade. A

¹ Redução do tempo de internação no hospital.

experiência de ser internado em um hospital consiste em uma fonte de estresse psicológico, independentemente do motivo e doença. O isolamento da família e dos amigos, a necessidade de adaptar-se a novos e desconhecidos ambientes, o medo do tratamento e da evolução da enfermidade, a falta de controle e privacidade, as preocupações financeiras e a falta de informações, são fatores que contribuem para a sensação de estresse no ambiente hospitalar (DILANI, 2003). Para que seja possível proporcionar um ambiente de internação agradável e que de alguma maneira possa colaborar com o seu processo de recuperação é necessário, primeiramente, compreender as principais necessidades físicas, psicológicas e sociais dos usuários do espaço. De acordo com Bross (2013), os projetistas das unidades de saúde, devem realizar uma análise comportamental dos indivíduos nos diferentes espaços, para que, assim, o ambiente seja projetado adequadamente para o usuário.

“A análise do comportamento dos usuários nos espaços de saúde deve merecer por parte dos projetistas um cuidado detalhado, em razão de os distintos ambientes onde se realizam diferentes eventos, gerando em cada indivíduo um leque de reações emocionais” (BROSS, 2013, p. 43).

O paciente, principal ocupante da unidade de internação, possui a característica de passar a maior parte do tempo acamado e imóvel, obtendo uma única perspectiva geral da unidade, essa imobilidade faz também com que certos sentidos do corpo sejam aguçados, como o auditivo, visual e térmico. Desta maneira, o indivíduo fica mais suscetível a reações de estresse que podem ocorrer devido a aspectos físicos do ambiente como, ruídos, frio, calor ou mudanças no ambiente físico no qual o paciente não possui controle ou domínio, assim como ambientes físicos complexos que dificultam a orientação (DILANI, 2003).

Deve-se, ainda, levar em consideração as necessidades dos profissionais e dos acompanhantes que, apesar de não serem usuários protagonistas, estão presentes no ambiente e possuem suas peculiaridades. O profissional da saúde encontra-se, geralmente, extenuado e sobre tensão, devido à natureza de seu exercício. O ambiente físico que o cerca pode agravar essas sensações e, inclusive, atrapalhar no desempenho de suas atividades. Já o indivíduo que acompanha o paciente durante o período de internação, torna-se uma das principais fontes de afeto e aconchego ao mesmo, remetendo-o a sua vida cotidiana. O comportamento do acompanhante, portanto, também influência no tratamento e recuperação do enfermo.

Projetar um ambiente de internação que reduza o sofrimento, auxilie na recuperação do paciente e proporcione melhores condições de trabalho para os funcionários, não significa apenas criar um ambiente agradável, confortável, com elementos que remetam a um ambiente familiar. A singularidade dos indivíduos, suas alterações de humor e suas diferentes patologias devem ser levadas em consideração. Neste caso, faz-se necessário o conhecimento das razões científicas pelas quais certos aspectos do ambiente fazem mal ou bem aos seres humanos, assim como entender as justificativas de como certas sensações são provocadas pelo espaço físico e como os indivíduos tendem a percebê-las. De acordo com Dilani (2003) o ambiente físico produz organizações, estruturas e funções na sociedade que conduzem a um efeito combinado de estímulos psicossociais² e programas psicobiológicos³ que determinam reações psicológicas e fisiológicas. Esse processo desenvolve mecanismos de estresse individual que, em certas circunstâncias, conduz ao desenvolvimento e proliferação de doença. Providenciar fatores de bem-

estar através da criação de ambientes de apoio psicológico pode neutralizar a sequência desse processo.

Através de uma análise da perspectiva histórica é possível identificar exemplos considerados referências para o desenvolvimento desse espaço e, assim, compreender melhor a atual situação dessa área específica. O espaço de internação sofreu diversas modificações com o decorrer dos séculos. Com o surgimento do conceito de hospital terapêutico, em meados do século XVIII as questões de ordem funcional e espacial do quarto de internação assumem nova importância, estimulando o desenvolvimento dos primeiros processos projetuais dedicados às edificações hospitalares (TOLEDO, 2002).

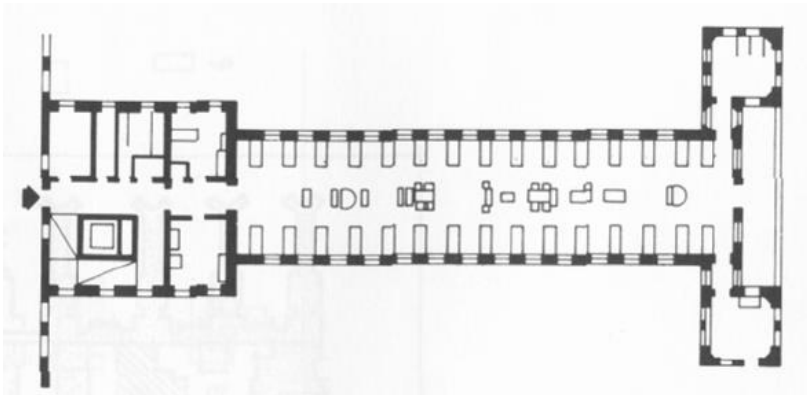
Até o século XIX o setor de internação esteve organizado de forma a abrigar o maior número de leitos dentro de um mesmo ambiente. A internação característica da anatomia hospitalar do século XIX que influenciou diversos modelos adotados posteriormente foi a “enfermaria *Nightingale*”. O modelo desenvolvido pela enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910) tinha a qualidade do ambiente como principal preocupação. Florence desenvolveu estudos que envolviam a relação entre o enfermo e o espaço físico de internação, em seus livros *Notes on Nursing* (1858) e *Notes on Hospitals* (1859) a

² Psicossocial concerne simultaneamente à psicologia individual e à vida social.

³ A psicobiologia trata-se de estudos do afeto e do cognitivo (psicológicos) estando esses sobre impacto do biológico (orgânico; físico; genético, etc) no desenvolvimento e aprendizagem, por exemplo, os sistemas nervoso, circulatório, endócrino e imunológico, sobre o comportamento, atenção, cognição, aprendizagem, memória, emoção, sensação, percepção, sonhos, etc.

enfermeira destacava a importância de atributos como ventilação adequada, saneamento, controle do ruído e iluminação para a qualidade do ambiente interno. De acordo com a enfermeira, o principal requisito de um hospital era que não causasse nenhum mal para os pacientes. Entre suas análises estavam aspectos relacionados à densidade do espaço de internação, Florence passou a considerar áreas mínimas por leito e lotação máxima do ambiente (MIQUELIN, 1992).

FIGURA 02. Planta da enfermaria do hospital St. Thomas (1857)



Fonte: MIQUELIN, 1992, p. 47.

As enfermarias *Nightingale* (figura 02) constituíam-se basicamente em um salão longo e estreito com o pé-direito reduzido, em comparação às edificações anteriores, e abrigavam uma média de 30

leitos. Os leitos ficavam localizados perpendicularmente às paredes externas, as janelas eram posicionadas entre um leito e outro, em ambos os lados, permitindo uma boa ventilação e iluminação natural. No centro da enfermaria localizavam-se os postos de enfermagem e a lareira para o aquecimento do ambiente. Banheiros e cozinha eram localizados nas extremidades e também possuíam uma boa ventilação (MIQUELIN, 1992; MASCARELLO, 2005).

O interior das primeiras enfermarias eram mais utilitários do que atraentes, as paredes de gesso não possuíam adornos e eram, na maioria dos casos, brancas (VERDERBER, 2010). As figuras 03, 04 e 05 representam a arquitetura da enfermaria *Nightingale*, com camas bem separadas, intercaladas por janelas e que, em alguns casos, possuíam aquecedores no meio das alas (figura 05), gerando correntes de ar quente para auxiliar a remoção do ar viciado e a circulação de ar fresco. Algumas décadas antes, o aquecimento dos ambientes era realizado por lareiras e fornos a carvão, o que prejudicava bastante a qualidade interna do ar.

FIGURA 03. Brooklyn Navy Yard Hospital, Nova Iorque (1900)



Fonte: <http://shorpy.com/node/8011>

FIGURA 04. Enfermaria Nightingale, Johns Hopkins Hospital, Baltimore (1890)



Fonte: VERDERBER, 2010, p. 66

FIGURA 05. Quarto em Tipologia Pavilhonar (1910-17)



Fonte: <http://kingscollections.org>

Durante esse período, em alguns raros edifícios hospitalares, quartos individuais estavam disponíveis para classes mais altas da sociedade que possuíam condições de arcar com os custos para a obtenção de privacidade ou, em casos específicos, para pacientes com quadros infecciosos (VERDERBER, 2010). O quarto individual desse período (figura 06) continha uma decoração requintada e contava com a presença de tapetes, cortinas e mobiliário.

FIGURA 06. Quarto de Internação Individual, Johns Hopkins Hospital, Baltimore (1890)



Fonte: VERDERBER, 2010, p. 67

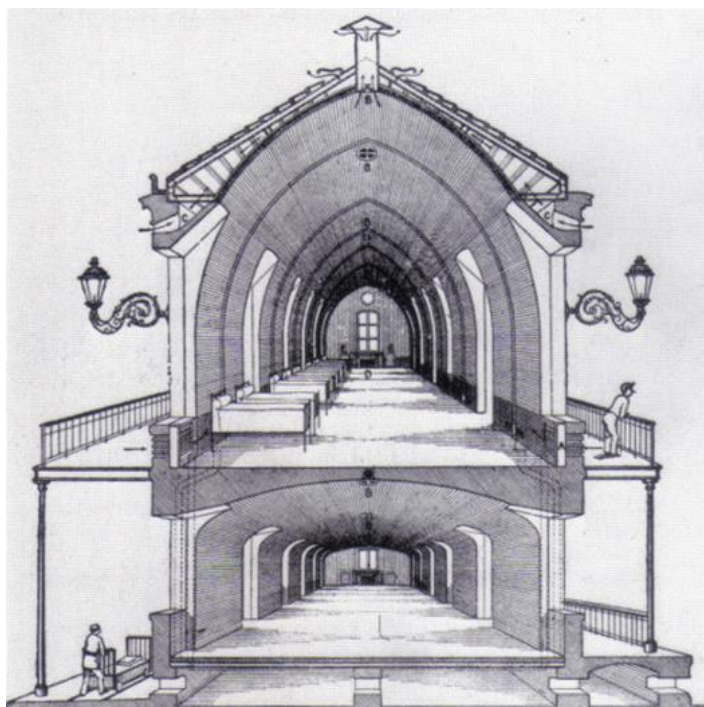
No que se refere ao conforto ambiental desse mesmo período, é importante ressaltar o trabalho do engenheiro sanitário Casimir Tollet (1828-1899) que propunha a utilização de enfermarias com seção arcada, onde o ar interno escapava pelos óculos localizados na parte superior das paredes extremas das enfermarias e por chaminés distribuídas ao longo de certos pontos do teto, além de dutos no interior das paredes e do piso (figura 07). Segundo o engenheiro, esse era o modelo mais propício a renovação do ar interno. Tollet ainda realizou a construção de diversos hospitais, mas a sua maior contribuição para a arquitetura hospitalar da época foi a publicação de seu livro, como Toledo (2004) destaca:

“A contribuição dada por Tollet à arquitetura hospitalar incluiu ainda o projeto e a construção de numerosos hospitais na França, Itália e Espanha e a publicação de um dos mais importantes tratados sobre a arquitetura hospitalar de seu tempo: *Les édifices hospitaliers depuis leur origine jusqu'à nos jours*” (TOLEDO, 2004, p. 96).

O livro publicado em 1892 levantava características físicas das unidades hospitalares através de estudos sistemáticos e os resultados eram comparados com os parâmetros internacionais (TOLEDO, 2004). Entre seus estudos inclui-se de forma sistemática o espaçamento entre as camas, as condições de insolação e ventilação das alas, instalação de

calefação, circulação do ar, custos por paciente e coeficiente de mortalidade.

FIGURA 07. Enfermaria no Sistema Tallet



Fonte: MIGNOT, 1983.

No final do século XIX, devido à rápida propagação da tuberculose, os sanatórios, oferecidos principalmente por organizações religiosas, passaram a abrigar uma grande quantidade de enfermos com

tuberculose que, durante esse período, era a doença que mais causava mortes na Europa (MASCARELLO, 2005). Enquanto isso, os conhecimentos de princípios de bacteriologia passaram a ser difundidos e a epidemiologia da tuberculose passou a ser mais bem compreendida (VERDERBER, 2010) e a partir do momento em que difunde-se o conhecimento de que a tuberculose é comumente transmitida através da inalação de aerossóis eliminados por outros enfermos com tuberculose, o desenho dos espaços externos dos Sanatórios evoluíram e os hospitais passaram a prover espaços para helioterapia (figura 08). Incluem-se entre as principais determinantes dessa transformação do espaço, a localização, a orientação dos prédios, a configuração e a densidade dos sanatórios, a localização e tamanho das janelas, pátios, varandas, paisagens, elementos com água, organização de caminhos e estradas, e jardins. Diversas inovações na paisagem destes recursos permanecem populares atualmente e incluem espaços de descanso com ventilação natural, caminhos que aumentam a estimulação cardiovascular e jardins que simulam um ambiente acolhedor (VERDERBER, 2010).

No que refere-se à organização espacial do edifício hospitalar, princípios baseados na insolação, ventilação e higiene passaram a ser adotados como forma de tratamento e cura dos enfermos pulmonares. Desta forma, foram desenvolvidas as galerias de cura que constituíam-se

em uma varanda para descanso e banhos de sol ao ar livre, flexibilizando o uso dos espaços tanto no inverno como no verão (MASCARELLO, 2005).

FIGURA 08. Varanda externa para Helioterapia, King's Daughters Home (1918-1920), Memphis, Tennessee



Fonte: VERDEBER, 2010, p. 33

O *Paimio Sanitarium* (1932) (figura 09), localizado na Finlândia e projetado pelo arquiteto Alvar Aalto, foi uma construção reconhecida por sua inovação no que concerne ao planejamento do terreno e vocabulário arquitetônico (VERDERBER, 2010). O sanatório, que futuramente já na década de 60, tornou-se hospital, inclui varandas horizontais contínuas nas quais os pacientes tinham a oportunidade de pegar sol durante horas, modelo este que influenciou significativamente os sanatórios destinados

aos tuberculosos na época. O ponto de partida de Aalto para o projeto do sanatório era fazer com que o edifício em si fosse um contribuinte para o processo de cura, inclusive chegou a mencionar que seu projeto era um *medical instrument* - instrumento médico.

FIGURA 09. Varanda contínua no Sanatório Paimio, (1928-1933), Finlândia



Fonte: <http://alvaraalto.fi/net/paimio/paimio.html>

Os quartos de internação do sanatório Paimio (figura 10) eram ocupados geralmente por dois pacientes, cada um com seu próprio armário e lavatório. O desenho das cubas dos lavatórios é um aspecto que merece destaque, tratavam-se de bacias especiais posicionadas com

certo ângulo de forma que a água escorresse sem barulho e assim mantinha-se uma atmosfera de relaxamento e tranquilidade entre os pacientes. Também é interessante o fato de que as luzes foram posicionadas fora da visão do paciente e o teto foi com cores suaves, com o objetivo de acalmar o usuário (SPANKIE, 2009).

FIGURA 10. Quarto de Internação do Sanatório Paimio



Fonte: <http://atlasofinteriors.polimi-cooperation.org/2014/03/19/alvar-aalto-paimio-finland-1929/>

A enfermaria com leitos para 4 a 24 pacientes predominaram a configuração de internação até o período da II Guerra Mundial. Com o passar do tempo às enfermarias sofreram aperfeiçoamentos e foram subdivididas em “alcovas”, com divisórias de 2,10 metros de altura e

leitos dispostos paralelamente às janelas, evitando problemas de ofuscamento e possibilitando a visão dos pacientes para o exterior (MIQUELIN, 1992). A mudança radical ocorreu após a segunda guerra mundial quando a norma americana passou a recomendar quartos duplos com um banheiro compartilhado (KOBUS ET. AL, 2000). Na década de 1960 o modelo de enfermagem com quartos individuais e duplos prevaleceram nos Estados Unidos (VERDERBER, 2010).

A tipologia pavilhonar predominou nos hospitais do século XIX, porém no século XX o edifício hospitalar enfrenta o desafio de abrigar convenientemente e incorporar equipamentos para a investigação diagnóstica e terapêutica (SANTOS; BURSZTYN, 2014). Após o desenvolvimento de sistemas estruturais protendidos, observa-se a tendência de abandonar a tipologia pavilhonar em favor dos blocos hospitalares com vastas regiões sem janelas no centro de cada andar (VERDERBER, 2010). A ventilação e iluminação naturais perdem sua importância no edifício de saúde (MIQUELIN, 1992) e através da evolução tecnológica passa-se a ser largamente utilizada uma climatização artificial, através sistemas sofisticados de aquecimento, ventilação e ar condicionado, fazendo com que, aos poucos, o quarto de internação perdesse o aspecto natural, tornando-se um espaço mais institucional.

As práticas médicas adotadas nesse período que, segundo Dilani (2005) possuíam uma perspectiva patogênica⁴ da doença, propiciaram a fragmentação do paciente, na qual o indivíduo perde sua identidade própria tornando-se uma coleção de possíveis doenças. Acompanhando a seguinte perspectiva, as unidades de saúde passam a ser interpretadas como ambientes técnicos orientados de acordo com as necessidades físicas da parte do corpo humano a ser tratada. O principal requerimento da perspectiva patogênica em ambientes de saúde relaciona-se com a redução a exposição de riscos a saúde. Entretanto, pouca prioridade é aplicada na capacidade de acalmar os pacientes e fazê-los sentirem-se relaxados durante experiências hospitalares traumáticas em ambientes de atendimento estritamente institucionais (DILANI, 2005). San'tanna (2000) em seu artigo "*Patients and passengers*" aponta o seguinte:

“Ao transtorno de viver dependente dos cuidados alheios, pode-se somar aquele provocado pela quebra da conexão entre práticas que, na vida do indivíduo fora do hospital, possuem alguma continuidade: o corpo do hospitalizado transforma-se no principal lugar para manipulações descontínuas e fragmentadas; ele é

frequentemente tratado por partes e abstraído através de exames e fichas de cadastramento; a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais - sangue, genes, óvulos, espermas, órgãos, ossos etc - passíveis de mensuração e avaliação científica. O indivíduo se torna divisível na medida em que a intimidade de seu organismo é exposta dia e noite” (SAN'TANNA, 2000, p.14).

Destaca-se o fato de que até o século XX o conceito de saúde restringia-se somente pela ausência de doença. A saúde, nos termos atuais, possui um significado mais abrangente que está intimamente relacionada às premissas da qualidade de vida. Em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a definir o termo, como sendo: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças e afecções. Ressalta-se a crescente mudança na atitude das áreas da saúde no que se refere ao conceito patogênico de doença que aos poucos se altera para um novo paradigma (Dilani, 2003). Passa-se a prevalecer uma perspectiva

⁴ A ênfase na eficiência funcional em conjunto com a concepção patogênica de doença e saúde produzem instalações de saúde que não são de suporte psicossocial. A perspectiva patogênica tenta explicar as causas e motivos das doenças ou os fatores de risco que levam as doenças (DILANI, 2005).

salutogênica⁵, ou seja, o conceito de doença passa a ser multifacetado contendo uma diversidade de causas e/ou elementos (Dilani, 2005). Neste novo paradigma o foco é sobre os pacientes e suas necessidades físicas, psicológicas e sociais.

“Na virada do século XXI, um novo modelo, centrado na promoção de saúde, começa a ganhar formato por meio de sucessivos pactos entre as nações. São pressupostos da promoção não somente a atuação sobre fatores de risco para a saúde e a prevenção de doenças, mas também a constituição de um modelo de assistência humanizado, focado na necessidade de autonomia e qualidade de vida do paciente” (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p.13).

⁵ A abordagem salutogênica acumula conhecimento sobre as condições de saúde, investiga a razão por que algumas pessoas permanecem em boa saúde, apesar de serem expostas a fatores de risco. Em vez de fazer a pesquisa sobre fatores de risco que causam a doença (perspectiva patogênica) o foco está na identificação de fatores que causam boa saúde (DILANI, 2005).

FIGURA 11. “A room with a view: 1942.” Babie’s Hospital, Nova Iorque



Fonte: <http://www.shorpy.com/node/16468>

Em 1972, foi realizado em São Francisco, nos Estados Unidos, um simpósio sobre humanização, com a apresentação de estudos de conceitos, causas e consequências do atendimento a saúde predominante. O evento reuniu discussões acerca o tema de humanização do cuidado em saúde e tornou-se um marco para a introdução desse conceito na área. Como resultado, os artigos apresentados no simpósio foram incluídos no livro *Humanizing Health*

Care (1975) organizado por Jan Howard e Anselm Strauss. Em um de seus artigos, Howard define o conceito de humanização seguindo uma linha de raciocínio contrária, ou seja, partindo do desenvolvimento do conceito de desumanização. Desumanização e despersonalização simbolizam estados negativos que pacientes e profissionais vivenciam, seus diversos significados foram resumidos, segundo a autora, a seguir:

Pessoas como coisas: Seres humanos tratados como objetos para a facilitação de sua administração. Ocorre através da necessidade de padronização, inclusive do serviço prestado. Existe uma falta de poder e reciprocidade, além de uma total ausência de sentimento entre o paciente e a equipe de saúde.

Pessoas como máquinas: Máquinas substituindo pessoas, assim, os cuidados podem estar ausentes enquanto o paciente interage com a tecnologia e seus produtos. Outra situação é a máquina sendo utilizada como extensões do ser humano, no caso de transplantes com órgãos artificiais e na necessidade de equipamento tecnológico para garantir a sobrevivência em centros de tratamento intensivo.

Pessoas como cobaias: Desumanização por experimentos, onde o sucesso é o critério e os progressos os deixam cegos a respeito das

consequências negativas para o paciente. Nesse caso a quantidade de vida é mais valiosa do que a qualidade.

Pessoas como problemas: O paciente é visto e tratado apenas pelo seu problema, ou seja, a doença.

Pessoas tratadas como inferiores: Despersonalização que ocorre principalmente por preconceitos, seja de raça, sociais, psicológicos e econômicos.

Pessoas isoladas: Pacientes isolados e sozinhos. Abandono que ocorre, em muitos casos, decorrente da despersonalização.

Pessoas receptoras de cuidados padronizados: Indiferença ou negligência no tratamento, quando o tratamento oferecido é inferior do que o disponível.

Pessoas sem opções: Ausência de controle e alienação do paciente quanto ao seu tratamento, ideia que se contrapõe a opção e liberdade.

Pessoas interagindo com “Icebergs”: Ausência de sentimento e interação entre os indivíduos. Os profissionais preferem não utilizar o sentimento na relação com o paciente e por isso tornam-se pessoas frias, facilitando a tomada de decisões quanto o tratamento.

Pessoas em ambientes estáticos: Ambientes estéreis e frios.

Pessoas que tem a preservação da vida negada: Alguns teólogos acreditam que os profissionais da saúde possuem o dever de preservar a vida a qualquer custo. Nesse caso, são considerados desumanos os atos que terminam a vida, como abortos, eutanásia e separação de respiradores.

Por fim Howard resume o conceito de indivíduo despersonalizado com o trecho:

“[...] indivíduos despersonalizados são vistos como, inanimados, objetos insensíveis ou máquinas a serem manipuladas, experimentadas, fragmentadas em problemas e tratadas com distanciamento. Em casos mais extremos eles são isolados, alienados, despojados de dignidade e dado pouca ou nenhuma oportunidade para escapar dos ambientes estáticos, estéreis e degradantes em que estão enredados. O cuidado é muitas vezes padronizado de acordo com a percepção da sociedade de seu menor valor” (HOWARD, 1975, p. 66, tradução nossa).

Segundo a autora, humanizar a assistência médica significa agregar às eficiências técnicas e científicas, valores éticos de respeito e solidariedade ao ser humano. É importante que as necessidades fisiológicas e físicas do

indivíduo sejam consideradas durante o tratamento. A humanização do cuidado médico tem como objetivo a diminuição do sofrimento do paciente através do contato humano de forma acolhedora, sem juízo de valores, contemplando a integralidade do ser humano. O termo humanização possui diversos significados e, para exemplificá-los, Howard desenvolveu oito condições “necessárias e suficientes” para um cuidado humanizado.

Valor intrínseco: Atribuição do mesmo valor a diferentes pessoas, todos tem o direito ao respeito e dignidade, isso é uma noção de igualdade.

Insubstituibilidade: Trata-se da individualidade. Paciente e profissionais são seres humanos e por isso são únicos e insubstituíveis.

Eu holístico: As atitudes e sentimento das pessoas são resultado de todas as experiências vividas durante toda sua vida, o indivíduo é um somatório de questões fisiológicas e psicológicas. O paciente não deve ser visto como um problema fragmentado.

Liberdade de ação: A vontade do paciente deve ser levada em conta na escolha do tratamento. No caso dos profissionais, muitas vezes os altos custos, os comitês institucionais, a pressão dos colegas e a escassez de recursos, restringem suas ações.

Equidade de status: Relações humanizadas envolvem igualdade. Profissionais devem tratar os pacientes como gostariam de ser tratados e vice-versa.

Compartilhamento de decisões e responsabilidades: Os pacientes possuem o direito e dever de participar das decisões acerca de sua saúde.

Empatia: É importante para o provedor colocar-se no lugar do paciente para que suas aflições, sensações e dores possam ser compreendidas.

Afeto positivo: A importância do afeto varia de acordo com o tipo de doença, assim como varia de paciente para paciente. Acredita-se que o afeto neutro é sinônimo de profissionalismo, porém ao mesmo tempo passa-se a impressão de indiferença.

FIGURA 12. “Clown Hospital: 1923”. Children’s Hospital Circus, Washington D.C.



Fonte: <http://www.shorpy.com/node/3676>

Salienta-se, deste modo, a importância do ambiente onde ocorre o cuidado para a eficiência na recuperação do paciente e na qualidade de vida dos ocupantes em geral. O espaço físico influencia o cuidado médico por meio dos aspectos ergonômicos que podem facilitar ou dificultar a atividade, o nível da saúde, fortalecendo ou enfraquecendo o paciente e a própria causa da doença, ao proteger ou expor o paciente à infecção (RUBIN, 1998 APUD GUELLI, 2010).

FIGURA 13. Ergonomia: Women and Children's Hospital at Baylor, 1959



Fonte: <http://media.baylorhealth.com/channels/Historical/photos/Patient-room-Women-and-Children-s-Hospital>

Em uma tentativa de desafiar a padronização da prestação de cuidados a saúde, foi criada em 1978 a Planetree⁶, uma organização sem fins lucrativos que desenvolveu um conceito denominado *patient-centered care* ou assistência centrada no paciente (COSTEIRA, 2004). Este conceito baseia-se na avaliação de ideias do que é mais conveniente e

⁶ Planetree é uma organização sem fins lucrativos criada em 1978 na Califórnia por Angela Thierot, uma ex-paciente insatisfeita com o tratamento desumano a que foi submetida durante sua permanência internada em um hospital em São Francisco.

confortável para os pacientes, propondo uma otimização em torno do cuidado com o paciente, não apenas com um ambiente que o proporcione satisfação e possibilidade de controle, mas que também disponha de um sistema de suporte social, tais como apoio dos familiares, informação ao e do paciente e a opção pela medicina alternativa (Guelli, 2010). A primeira unidade a aplicar os princípios de assistência médica desenvolvidos pela organização ocorreu em um serviço médico cirúrgico de 13 leitos em um grande hospital localizado em São Francisco, na Califórnia. A seguir estão enumerados os nove elementos⁷ principais considerados na assistência centrada no paciente:

- Importância da interação humana;
- Informar e capacitar a população (bibliotecas de saúde do consumidor e educação do paciente);
- Parcerias para a cura (centrada na importância de incluir a família e amigos no processo de recuperação);
- Nutrição;
- Espiritualidade;

⁷ VERDERBER, 2010, p. 78

- Toque humano como um meio essencial de comunicação interpessoal;
- Obras de artes que curam e seu valor terapêutico;
- Integração de práticas alternativas e complementares no atendimento convencional;
- Ambientes de cura (arquitetura e design propícios para a saúde de forma a contribuir para o processo de cura).

“O crescente interesse nos princípios preconizados pela Planetree surge no momento em que a arquitetura procura novos parâmetros para projetos de assistência a saúde que, inicialmente, focalizava o modo como o paciente deveria receber os cuidados, mas que começa a abordar questões relativas ao ambiente em que estes são prestados, estabelecendo discussões e pesquisas sobre a sua implantação” (COSTEIRA, 2004, p.81).

Nesse contexto, surge a humanização de ambientes hospitalares, ou seja, a qualificação do espaço construído através de atributos ambientais que provocam a sensação de bem-estar, com o objetivo principal de promover ao usuário conforto físico e psicológico para a realização de suas atividades. A ambiência arquitetônica passa a ser

valorizada no estabelecimento de saúde e é, portanto, criada por uma diversidade de elementos no espaço, resultando em um conjunto que interage na percepção do usuário. Elementos estes, atributos de humanização que agregam valor pessoal ao espaço físico. “A humanização dos ambientes procura criar espaços amigáveis aos usuários, tanto funcional como emocionalmente, estimulando as pessoas a terem identidade e satisfação positiva” (BROSS, 2013, p. 45).

Ressalta-se o trabalho realizado pelo *The Center of Health Design* em Concord na Califórnia que desenvolveu o *evidence-based design* (EBD) ou projeto baseados em evidências. O conceito consiste na sistematização do conhecimento em bases científicas produzindo orientações para a prática, ou seja, através de pesquisas científicas são desenvolvidas evidências de orientações de eficiência operacional e produtividade, para que o ambiente hospitalar atue de forma positiva para o usuário. As evidências desenvolvidas por esse centro tornaram-se referências mundiais de humanização em projetos, incluindo os ambientes dos quartos de internação⁸.

A influência positiva do espaço na recuperação do enfermo proporciona uma maior satisfação do paciente e um melhor índice de

⁸ <http://healthdesign.org>

qualidade percebido pelos usuários. Estudos demonstram, além desses resultados, que essa influência pode também reduzir os custos do tratamento, diminuindo o tempo de permanência, reduzindo o uso de medicamentos compensatórios, reduzindo o tempo de enfermagem por paciente, aumentando a moral dos prestadores de serviço ao redor do paciente e reduzindo os próprios custos de treinamento e recrutamento (COILE, 2001 APUD GUELLI, 2010).

FIGURA 14. Quarto de Internação com aspectos de Humanização

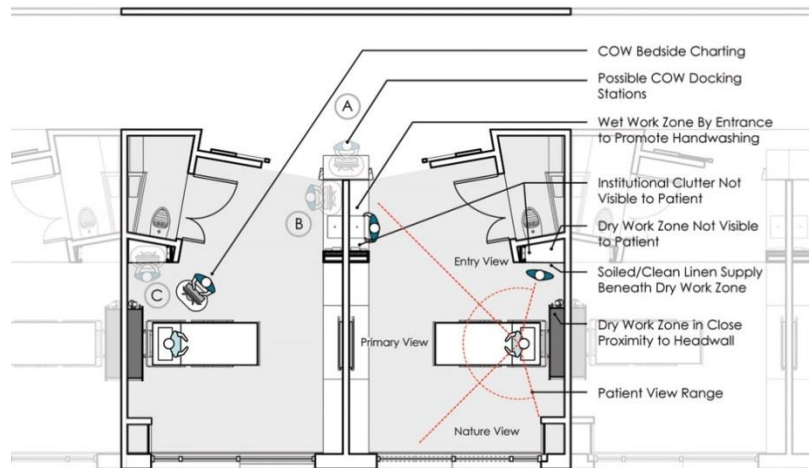


Fonte: <http://jainmalkin.com>

A figura 14 apresenta o quarto de internação duplo pertencente ao *Eisenhower Medical Center* localizado em Rancho Mirage na Califórnia. Projeto de humanização realizado pela arquitetura Jain Malkin através de recomendações EBD.

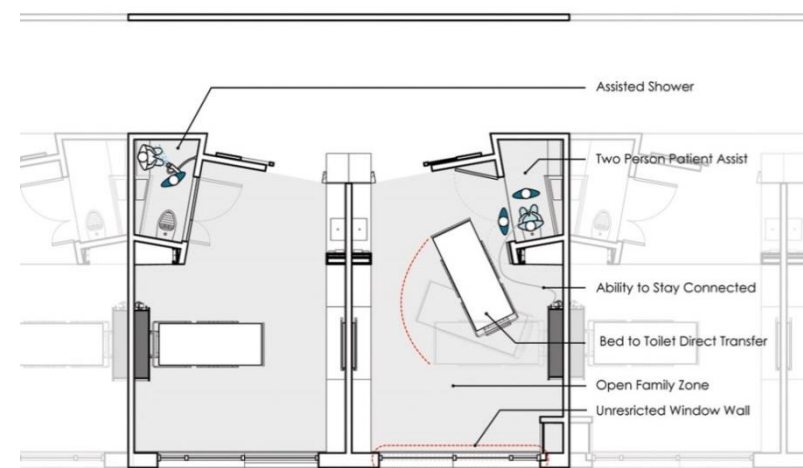
As figuras 15 e 16 demonstram um protótipo de quarto de internação realizado pela *Clemson University* em 2006 juntamente com o Sistema Regional de Assistência a Saúde de Spartanburg. As anotações demonstram a preocupação com o bem-estar e qualidade de recuperação do paciente, através de detalhados estudos a respeito da espacialidade do ambiente, assim como a delimitação da área destinada à equipe de cuidado. O protótipo tinha como objetivo repensar o relacionamento entre profissionais, paciente e família, provendo um ambiente funcional e eficiente à assistência a saúde com um design adaptável (VERDERBER, 2010).

FIGURA 15. Esquema de um Protótipo de Quarto de Internação Individual, 2006



Fonte: MALKIN, 2008, p.7.14.

FIGURA 16. Esquema de um Protótipo de Quarto de Internação Individual, 2006



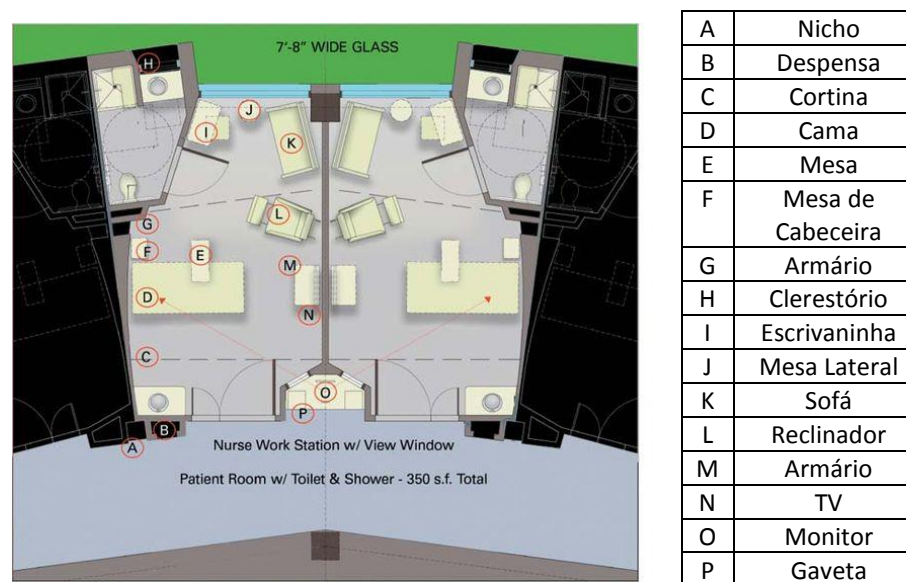
Fonte: MALKIN, 2008, p.7.14.

Nesse contexto, na qual a figura do paciente torna-se essencial para o desenvolvimento de projetos de saúde humanizados, ressalta-se também o trabalho realizado pelo *patient-centered design* ou projeto focado no paciente, um instituto americano fundado por pacientes e profissionais de design que preconiza o foco do desenvolvimento do projeto de saúde centrado nas necessidades do paciente. Seus conceitos levam em consideração um suporte emocional para o tempo de internação hospitalar, integrando avanços tecnológicos a uma nova concepção de projetos humanizados (COSTEIRA, 2004).

Tradando-se da ambiência do quarto de internação, deve-se salientar a demanda de que os ambientes sejam distintos, de acordo com as peculiaridades devido ao tratamento necessário, atendendo a características das diversas especialidades médicas. Dentre as diferentes configurações projetuais do ambiente, deve-se levar em conta a questão da privacidade do paciente. Uma das consequências de ser internado é o comprometimento da privacidade do enfermo que pode variar dependendo da gravidade da doença e o grau de dos cuidados necessários. No entanto a configuração espacial do quarto de internação possui uma grande responsabilidade na acentuação dessa perda. Diversos estudos visam discutir e analisar as vantagens e desvantagens referentes aos quartos individuais e compartilhados. Estudos indicam que os quartos privativos auxiliam na redução de infecções hospitalares, diminuem o estresse e ainda melhoram a qualidade do sono, ou seja, transformam o ambiente em um grande aliado na recuperação do paciente, diminuindo as taxas de permanência dentro dos hospitais (KOBUS et. al, 2000). Atualmente os quartos de internação individuais são vistos como um importante elemento no atendimento de saúde de alta qualidade, principalmente dentro do conceito de quarto universal, onde em um mesmo ambiente o paciente pode receber os diferentes cuidados necessários, sem ter que ser removido para outra unidade funcional. A

figura a seguir (figura 17) demonstra uma planta espelhada de quartos de internação individuais em um hospital na Pensilvânia que fazem uso do conceito de quarto universal. Na imagem é possível observar a privacidade visual mantida no que se refere ao monitoramento do paciente através de uma vista angular.

FIGURA 17. Quarto de Internação Individual com Banheiro, Lancaster General Hospital



Fonte: <http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/beyond-universal-patient-room?page=show>

De acordo com estudos realizados pelo *The Center of Health Design*, o quarto privativo é a melhor opção dentre as unidades de internação (VERDERBER, 2010). Outro benefício do quarto privado é a possibilidade que o paciente possui de controlar as condicionantes do ambiente que os cerca de acordo com suas preferencias individuais (KOBUS et. al, 2000). Estudos comprovam que prover opções e escolhas ao paciente aumenta a sensação de controle. Importante fator que influencia o nível de estresse e bem-estar nos indivíduos hospitalizados que já estão fragilizados fisicamente e psicologicamente (MALKIN, 2008). Esse controle envolve a autonomia e preferencia do enfermo no que se refere a diversos aspectos como, por exemplo, som, temperatura, iluminação e contato com exterior.

Membros da família são atualmente considerados parceiros na recuperação do paciente, e não são mais vistos apenas como visitantes, sua presença durante o processo é essencial na maioria dos casos, como foi ressaltado no segundo capítulo nas diretrizes do *patient-centered care*. Por esta razão o quarto privativo trás mais uma vantagem ao poder ser dimensionado de forma a possuir espaço suficiente para acomodar a família.

Nesse sentido, deve-se destacar um importante projeto, denominado *The Center of Health Design's Pebble Project*⁹, que desde o ano 2000 vem estendendo uma filosofia inovadora desenvolvida pelos projetos Planetree. A iniciativa busca chamar atenção para a importância no aperfeiçoamento do grau de evidencia da influência do espaço para a recuperação dos pacientes, assim, o projeto busca analisar estudos de caso que relatem a diferença na qualidade do cuidado através de suas experiências. Deste modo, concluiu-se que o quarto privado é uma opção superior e essa recomendação foi baseada em cinco pontos (Verderber, 2010):

- Maior controle de infecção hospitalar;
- Controle do espaço pessoal;
- Espaço com múltiplas zonas para visitantes e família;
- Minimização de distúrbios;
- Acuidade de adaptação, ou seja, o quarto pode ser modificado de acordo com as necessidades do paciente.

⁹ O Projeto Pebble tem como objetivo ensinar e apoiar os prestadores de cuidados de saúde a usar um processo de projeto baseado em evidências. A pesquisa está focada na qualidade do atendimento, na segurança do paciente, na segurança dos funcionários e na segurança ambiental.

No entanto, quartos compartilhados facilitam a supervisão e diminuem a distancia para o atendimento, além de outras questões não muito relevantes para a pesquisa, como o fato de serem vantajosos no que se refere a questões econômicas de administração do hospital. Por este motivo as enfermarias são largamente adotadas em estabelecimentos públicos no Brasil. Apesar de não ser o modelo ideal de internação, pelos fatores citados anteriormente, o problema de privacidade deve ser amenizado com, por exemplo, a instalação de cortinas entre os leitos. Deste modo é possível garantir a privacidade em certos exames e tratamentos. Existem alguns casos em que os próprios pacientes preferem compartilhar o quarto com outros leitos para que não se sintam isolados e tenham companhia para conversar (FERRER, 2012).

Conclui-se que a estadia em um hospital corresponde a um fator inerentemente estressante e que, quando somada a pobres decisões no projeto arquitetônico, pode aumentar ainda mais os níveis de estresse de maneira a gerar efeitos específicos e mensuráveis sobre a saúde e recuperação do paciente. Resultados psicológicos do estresse sobre o enfermo incluem sentimentos de desamparo, ansiedade e depressão. Entre os sintomas fisiológicos, é possível citar a tensão muscular, aumento da pressão arterial e a presença de níveis mais altos de hormônios do estresse. No que se refere a problemas comportamentais

podem ocorrer explosões emocionais, insônia, retração e abuso de substancias. Quaisquer uns desses fatores podem constituir-se em graves obstáculos para o processo de recuperação, afetando não somente o paciente, como também a equipe de saúde (DILANI, 2003).

É oportuno refletir sobre o quanto a ciência médica tem se dedicado a doença em vez do bem-estar. Compreender as condições de saúde e a perspectiva salutogênica (DILANI, 2005) é essencial para o desenvolvimento de projetos que adotem critérios que promovam o bem-estar.

FIGURA 18. Projeto realizado pela americana Jain Malkin, consultora do *evidence-based design*



Fonte: <http://jainmalkin.com>

No quarto de internação apresentado na figura 18, estão presentes aspectos arquitetônicos que contribuem para a humanização do ambiente como, por exemplo, iluminação natural, iluminação artificial indireta, elementos naturais, obras de arte e um mobiliário convidativo que colabora, inclusive, com a estadia do acompanhante.

Um exemplo de qualidade arquitetônica hospitalar brasileira que cabe a ser citado nesta pesquisa são os projetos desenvolvidos pelo arquiteto João Filgueiras Lima (1932 – 2014) - conhecido popularmente por Lelé - para rede Sarah. Suas construções comprovam que uma edificação de saúde pode ter uma identidade institucional bem definida e, ainda assim, apresentar aspectos de humanização. A importância do conforto ambiental em seus projetos é bastante evidente, principalmente no que se refere à ventilação natural.

“Através da criação de novas soluções de conforto, ele (João Filgueiras Lima) integra princípios funcionais, econômicos e ambientais, alcançando não apenas um menor gasto com energia elétrica, como também espaços mais agradáveis, menos herméticos e, conseqüentemente, humanizados” (LUKIANCHUKI, 2010, p.35).

A rede SARAH trata-se de uma instituição pública voltada para a ortopedia e reabilitação. As soluções espaciais desenvolvidas pelo arquiteto são de grande importância para as práticas médicas desenvolvidas na unidade. Como, por exemplo, a estimulação dos pacientes para a troca de enfermagem a cada estágio de recuperação alcançado (TOLEDO, 2004).

FIGURA 19. Centro de Neuroreabilitação SARAH Fortaleza, projeto desenvolvido por Lelé, 2011



Fonte: <http://sarah.br>

METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia adotada na pesquisa. Julgou-se adequado a utilização de métodos e técnicas de coleta de dados fundamentados no suporte teórico das Representações Sociais. De acordo com as características de cada questão contida no questionário, tratamento dos resultados das informações coletadas utilizou ora a análise de tendência central, ora a análise de conteúdo (Bardin, 1977) onde este “aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A pesquisa busca estudar as relações psicológicas e psicossociais entre o indivíduo e o ambiente no qual está inserido, visando identificar necessidades e questões para adequação do espaço de internação para a elaboração de soluções arquitetônicas que promovam qualidade de vida e, principalmente, que colaborem com o processo de recuperação e cura do paciente.

Optou-se, desta forma, na utilização de um método interdisciplinar que envolve a arquitetura, enquanto ciência social aplicada, e a psicologia social.

“Há numerosas ciências que estudam a maneira como as pessoas tratam, distribuem e representam o conhecimento. Mas o estudo de como, e por que, as pessoas partilham o conhecimento e desse modo constituem sua realidade comum, de como eles transformam ideias em prática – uma palavra, o poder das ideias – é o problema específico da psicologia social” (MOSCOVICI, 1990, p.164 apud MOSCOVICI, 2003, p. 8).

Para que seja possível compreender as diversas expectativas do usuário em relação ao seu ambiente, buscou-se o suporte teórico da Teoria das Representações Sociais, desenvolvida na França em 1961 pelo psicólogo social Serge Moscovici. Segundo Denise Jodelet, colega durante muito tempo de Moscovici, as representações sociais podem ser entendidas como:

“[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma

de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais” (JODELET, 2001, p.22).

Jovchelovitch (2001) comenta que saber científico e senso comum são saberes distintos, mas cada um com uma racionalidade própria.

“A representação social é um saber ela também, que não pode ser considerado idêntico ao da ciência, mas que nem por isso deixa de ser um saber. Quando a ciência se torna representação social ela não perde a racionalidade. Antes, ela assume uma outra racionalidade. Essa racionalidade possui lógica própria, a ser entendida e considerada em termos próprios, e não com referência a um padrão lógico ideal, que nega a variação dos fenômenos cognitivos concretos e sua realização nos vários contextos humanos” (JOVCHELOVITCH, 2001, p.9).

Ainda, de acordo com Jodelet, a representação é uma forma de “conhecimento prático conectando um sujeito a um objeto” (Jodelet, 2001). Como as representações estão baseadas na constatação de que

nós compartilhamos ideias sobre determinados objetos de forma coletiva com o grupo ou grupos a que pertencemos, a Teoria das Representações Sociais atua como um suporte para buscar e compreender a realidade comum dos usuários do espaço acerca da unidade de interação.

Segundo o autor da teoria, a forma com que o ser humano pensa e age sofre influência direta nas práticas cotidianas e na vida em sociedade. As representações são influenciadas pelo conhecimento anterior adquirido, construído e reconstruído no decorrer da vida na qual o indivíduo está inserido. Assim sendo, as representações relacionam-se com cultura, valores, símbolos, linguagem e com a maneira com que estes aspectos são aplicados em diferentes situações. Pode-se dizer que acontecimentos ou informações veiculadas durante o cotidiano são captados e transformados pelas pessoas de acordo com suas vivências.

De acordo com Moscovici (2003), as representações possuem precisamente duas funções:

1. Convencionalizar os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Atribuindo-lhes uma forma definitiva, localizando-as em uma determinada categoria e gradualmente colocando-as como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos modelos se juntam a esse modelo e se sintetizam a ele.

2. Representações são prescritivas, isto é, se impõem sobre os indivíduos com uma força irresistível. Enquanto essas representações, que são partilhadas por tantos, penetram e influencia a mente de cada um, elas não são pensadas por eles, ou melhor, elas são repensadas, re-citadas e re-apresentadas.

“A representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém, sujeito. As características de ambos nela se manifestam. A representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações). Estas significações resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e uma expressão do sujeito que está relacionada com a participação, sociais ou culturais, do sujeito” (JODELET, 2001, p.27).

Em seus estudos, o autor chegou à conclusão de que os indivíduos tendem sempre utilizar suas respectivas experiências para transformar alguma ideia que não é familiar em algo familiar, palpável, que possa ser definido ou nomeado, em um esforço de tornar o desconhecido em conhecido de forma a facilitar as relações e a comunicação no contexto social. Como o próprio autor cita em sua obra “Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social” (2003):

“Quando tudo é dito e feito, as representações que nós fabricamos – duma teoria científica, de uma nação, de um objeto, etc. - são sempre o resultado de um esforço constante de tornar comum e real algo que é incomum (não familiar), ou que nos dá um sentimento de não familiaridade. E através delas nós superamos o problema e integramos em nosso mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado. Depois de uma série de ajustamentos, o que estava longe torna-se concreto e quase normal” (MOSCOVICI, 2003, p. 58).

Moscovici (2003) destaca a dificuldade em transformar palavras não familiares, ideias ou seres, em palavras usuais, próximas e atuais. Segundo o autor, para que isso seja possível é necessário pôr em funcionamento dois mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas. O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas e o segundo busca objetiva-las (MOSCOVICI, 2003). A ancoragem ocorre na redução de ideias desconhecidas a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar.

“Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

Já o segundo mecanismo, une a ideia de não familiaridade com a de realidade, tornando-a a essência da realidade. Em suma, “[...] objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem” (MOSCOVICI, 2003, p. 72).

Ressalta-se o fato de que “todas as interações humanas, surjam elas entre duas pessoas ou entre dois grupos, pressupõem representações” (MOSCOVICI, 2003, p. 40) e que as “representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente” (MOSCOVICI, 2003, p. 41). Moscovici acredita que o senso comum é uma forma de saber tão importante quanto às demais, pois envolve distintos pontos de vista fruto de diferentes contextos. Por se ocupar do saber de senso comum, a Teoria adequa-se ao estudo da representação de pacientes a respeito dos espaços de interação, para que seja possível uma avaliação das suas expectativas quanto à requalificação do ambiente. De acordo com o psicólogo social, as formas principais do ambiente físico e social estão fixas em representações, como cita no trecho a seguir:

“Mas uma coisa é certa: As formas principais do nosso meio ambiente físico e social estão fixas em representações desse tipo e nós mesmos fomos moldados de acordo com elas. Eu até mesmo iria ao ponto de afirmar

que, quanto menos nós pensamos sobre elas, quanto menos conscientes somos delas, maior se torna a sua influência. É o caso em que a mente coletiva transforma tudo o que toca. Nisso reside a verdade da crença primitiva que dominou nossa mentalidade por milhões de anos” (MOSCOVICI, 2003, p. 42).

Destaca-se que a Teoria propõe a não existência de uma realidade objetiva a priori, mas sim que toda realidade é representada, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstituída no seu sistema cognitivo e integrada no seu sistema de valores, dependente da história e do contexto ideológico que o cerca (Moscovici, 2003). O objetivo da teoria é de descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. Evidencia-se, no trecho a seguir, a diversidade de representações existentes dentro das sociedades modernas:

“Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Essa própria diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações” (MOSCOVICI, 2003, p.15).

É necessária a compreensão de que o espaço representa uma ordem social e que, por este motivo, possui a capacidade de ser analisado por meio das representações desenvolvidas pelos sujeitos sociais. Ressalta-se o fato de que o espaço possui uma identidade e que o ambiente construído produzirá um papel na constituição da identidade pessoal e social. No entanto, se cada pessoa tem, a seu modo, determinada relação com os espaços arquitetônicos e apresenta determinadas particularidades no que diz respeito ao seu modo de pensar sobre as mais diversas questões presentes no cotidiano, isso também ocorre devido à função da coerência com o que é socialmente compartilhado.

No artigo “A Cidade e a Memória” (2002), Denise Jodelet cita as duas razões que a levaram a apresentar um estudo que tinha como tema a cidade e a memória em uma conferência sobre psicologia e projeto do espaço construído. Segundo a autora existem dois motivos para sua escolha, o primeiro “diz respeito à temporalidade necessariamente inscrita na ideia de desenvolvimento”. A memória torna-se pertinente ao estabelecer formas de vida sem ruptura brutal, “respeitando um presente que encontra sua fundamentação no passado”. Assim sendo, é possível através dessa perspectiva, o estudo do modo como os indivíduos e os grupos se situam dentro de seus espaços de vida e como se ligam a ele,

bem como a compreensão da forma em que é dado o sentido ao espaço, por meio da construção operada pelos sujeitos sociais (JODELET, 2002). O segundo motivo relaciona-se:

“[...] com o fato de a abordagem de fenômenos psicológicos e sociais desenvolvidos no espaço construído (e, particularmente no espaço urbano) ser objeto de estudos, sobretudo a relação imediata, da inter-relação causal ou significativa entre o espaço construído e aquele que nele vivem, trabalham ou por ele transitam” (JODELET, 2002, p. 31).

A construção da memória tanto individual quanto coletiva fortalece o conceito de lugar de uma determinada imagem e o vínculo criado para com ele. As pluralidades de formas de experiência e de práticas sociais implicam em uma representação mais complexa e descontínua das identidades e práticas que obedecem a lógicas plurais e orientam diferentes relações entre grupos e cidadãos, com seus espaços de vida e com formas de apropriação específicas. Às representações socioespaciais e à memória dos lugares, envolvem a identidade dos indivíduos e dos grupos. (Jodelet, 2002). De certa forma, o estudo de Jodelet também pode ser aplicado na análise do espaço e seu ocupante,

ambos buscam tratar da relação da representação do ambiente físico pelo indivíduo ou grupo, assim como a apropriação sobre o mesmo.

Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de compreender as relações da teoria psicossocial das representações sociais de Moscovici com as ciências sociais, a fim de esclarecer os seus efeitos no modo como as pessoas enxergam o mundo em que vivem e as suas inter-relações pessoais. O grupo de pesquisa Espaço Saúde PROARQ/FAU/UFRJ¹⁰ desenvolve pesquisas que envolvem a percepção dos usuários nos ambientes de saúde de forma a justificar a importância da humanização do ambiente hospitalar para o bem-estar físico e psíquico dos indivíduos. A análise de trabalhos no mesmo segmento que obtiveram apoio da teoria das representações sociais compreende-se em uma interessante ferramenta fonte de informações contribuintes para a realização deste trabalho.

¹⁰ O Espaço Saúde é um grupo de pesquisa vinculado com o programa de pós-graduação em arquitetura (PROARQ), na faculdade de arquitetura e urbanismo (FAU) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) sob a coordenação do Prof. Mauro Santos. As atividades do grupo envolvem a aplicação e desenvolvimento de metodologias de avaliação e sistematização de tipologias elaboração de propostas conceituais e parâmetros projetuais urbanísticos e de arquitetura, adequados aos conceitos de humanização do atendimento e de uma medicina focada no usuário e produção de material didático sobre o tema.

Dentre as pesquisas desenvolvidas pelo grupo, pode-se destacar a realizada no Hospital Municipal Jesus localizado no Rio de Janeiro, na qual o objetivo compreendia na análise das necessidades e percepções do ambiente pelos usuários. Para a realização do estudo os pesquisadores utilizaram o apoio da teoria das representações, através de questionários abertos e entrevistas com pacientes, acompanhantes e funcionários, de forma a obter resultados significativos quanto à situação do hospital e suas carências relativas à qualidade do ambiente. Sendo o hospital pediátrico, crianças participaram das entrevistas e, de acordo com o artigo publicado em 2004, foram de grande importância para a pesquisa.

“O trabalho revelou o impacto que o ambiente hospitalar pode representar na vida das crianças, suscitando questões e necessidades a serem observadas no projeto arquitetônico de espaços para o atendimento pediátrico. A criança revelou-se uma importante peça para o entendimento do ambiente hospitalar, sendo capaz de produzir material para o desenvolvimento de novas propostas” (BERGAN et al., 2004, p.12)

Para a realização da pesquisa com as crianças utilizou-se o desenho como método de aproximação e estímulo para que fosse

realizada uma conversa informal que resultasse na aplicação do questionário.

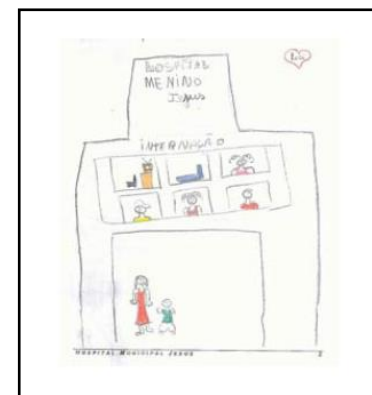
FIGURA 20. Desenho criança de 10 anos



Fonte: Espaço Saúde, 2003 apud Bergan et al., 2004

(Figura 20) “Uma menina de dez anos, internada na enfermaria ortopédica, permitiu uma conversa. Falou que gostaria que o hospital fosse maior e na cor rosa. Mostrou o hospital excessivamente alto com inúmeras janelas e uma pequena porta central, ou seja, ela percebeu a verticalidade, o grande número de pequenas janelas e uma pequena porta representando sua dificuldade em terminar o tratamento, já que está se tratando há seis meses” (BERGAN et al., 2004, p. 13).

FIGURA 21. Desenho criança de 9 anos



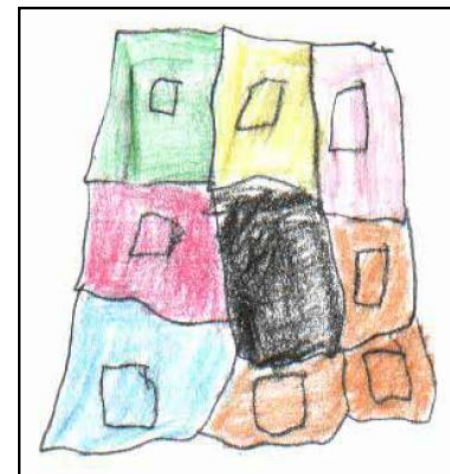
Fonte: Espaço Saúde, 2003 apud Bergan et al., 2004

(Figura 21) “Uma menina de nove anos, por exemplo, falou que seu primo, o Felipe, já estava se tratando desde os dois anos, e agora ele tinha cinco. Desenhou o hospital e caracterizou bem a internação com uma cama, uma cadeira e um móvel com televisão, mostrando o que conhecia. O desenho, bastante colorido, também refletiu sua necessidade em ver cores no hospital. Quando foi perguntado como gostaria que fosse o hospital, ela comentou: Não sei. Tinha que ter bichinhos, porque as crianças têm medo [quando estão no hospital]. Umas mesinhas pequenas. Esse hospital nem parece que é de criança, tinha que ter umas coisas coloridas” (BERGAN et al., 2004, p. 13).

Outra pesquisa relevante é a dissertação de mestrado em arquitetura desenvolvida por Maria Paula Zambrano Fontes (2003) que foi baseada no estudo de caso realizado pelo grupo Espaço Saúde na Casa de Sol - Instituto Municipal Nise da Silveira, uma instituição de psiquiatria localizada no Rio de Janeiro. A pesquisa envolveu, além das análises realizadas com funcionários e visitantes, a investigação das expectativas e pontos de vista dos pacientes. Contudo, deve-se ressaltar o fato de que a população que se encontra em tratamento na unidade possui, devido a problemas psíquicos, uma “trajetória de exclusão dos processos de decisão” (FONTES, 2003). De acordo com os pesquisadores, a teoria das representações sociais foi de encontro com as pretensões do trabalho. Destaca-se no resumo da dissertação, o seguinte trecho:

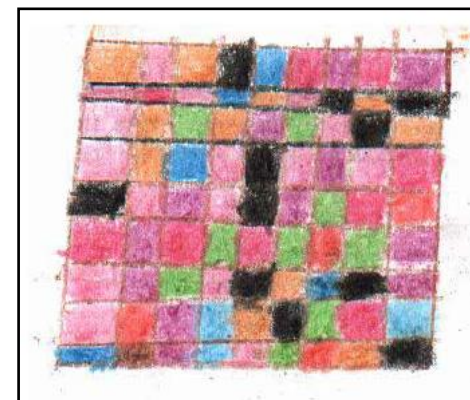
“A pesquisa incluiu um levantamento de campo, cuja metodologia baseou-se na Teoria das Representações Sociais, onde foram captadas as impressões dos usuários sobre o espaço atual e as expectativas para o espaço ideal e para a reforma física a ser empreendida na edificação, resultando na composição de um valioso acervo, não só de informações e recomendações projetuais, mas de experiências de vida” (FONTES, 2003, p. vi).

FIGURA 22. Desenho da moradora Helena



Fonte: Espaço Saúde, 2002 apud Fontes, 2003.

FIGURA 23. Desenho do morador Cláudio



Fonte: Espaço Saúde, 2002 apud Fontes, 2003.

(Figuras 22 e 23) “[...] destacam-se as representações da interna Márcia, para o espaço atual da Casa do Sol e para o seu espaço ideal de moradia. No primeiro, percebemos a compartimentação e a organização, a utilização de muitas cores na periferia e a existência de um núcleo escuro. Esta imagem se assemelha à anterior, feita por Cláudio, cliente que não se comunicou conosco verbalmente (quis somente produzir, com muito esmero, esta imagem), onde também verificamos a divisão em células” (FONTES, 2003, p.128).

Foi utilizado o mapa cognitivo como representação social, devido às dificuldades de comunicação verbal com parte dos entrevistados. A pesquisa mostrou-se bastante relevante no que se refere à percepção do paciente que, apesar dos problemas vivenciados, teve a capacidade de expor a sua perspectiva quanto ao ambiente. Como resultado, a pesquisa desenvolveu recomendações para reforma do instituto, baseados nas análises realizadas.

A dissertação de mestrado em arquitetura de autoria de Gabriela Liuzzi Dalmasso (2005), também merece destaque entre os trabalhos aqui demonstrados. Sua pesquisa foi realizada em unidades de tratamento intensivo e o objetivo compreendia na proposta de diretrizes de projeto de humanização da UTI. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-

estruturadas com os usuários do espaço utilizando o apoio das teorias de representação social que, de acordo com a autora, mostrou-se ser um importante instrumento para o estudo do espaço. Segundo Dalmasso, os pacientes contribuíram bastante com a pesquisa. As entrevistas foram realizadas após o período de internação e foi identificado que o paciente, mesmo estando sedado durante uma parcela de tempo da internação, apreende o espaço da UTI e se relaciona com esse, “as marcas desse relacionamento ficam na sua memória por tempos” (DALMASSO, 2005, p. 156).

“Diversas questões estão relacionadas à ambientação da UTI. Já nas respostas à primeira pergunta, sobre o que lembram do período em que estiveram internados faz-se menção à cor da UTI, reclamando do espaço inteiramente branco. Uma outra resposta indica que o espaço “é anônimo, frio, sem carinho, afeição, calor humano” (Beatriz). Ainda sobre a frieza do ambiente, uma resposta à pergunta sobre o que mais os marcou em relação ao ambiente/espaço físico/arquitetura afirma que o ambiente era frio: “A frieza do local. Muito frio. [...] Era muito frio, o ambiente. Muito... Sei lá... Muito liso, tudo... Não tinha cor. Não tinha... Né?” (Rosana)” (DALMASSO, 2005, p. 72)

Através da análise das seguintes pesquisas, verifica-se que a percepção do usuário do ambiente torna-se uma ferramenta essencial na concepção de recomendações para a requalificação do espaço. Nos exemplos citados, o estudo das representações sociais no campo da arquitetura demonstra-se ser um instrumento eficaz para um planejamento arquitetônico participativo, exibindo informações relevantes quanto às necessidades e desejos dos usuários. A contextualização e revisão dos conceitos do grupo Espaço Saúde colaboraram para uma melhor definição quanto à metodologia aplicada e os instrumentos de análise do ambiente de saúde, para que assim tornasse possível a concretização dos objetivos desse trabalho.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise e tratamento dos elementos da pesquisa seguiram as proposições de Bardin em *Análise de Conteúdo* (1977). Segundo Richardson (1999) a análise de conteúdo é utilizada particularmente para analisar o conteúdo de tipo qualitativo, devendo-se, primeiramente realizar uma leitura para organizar as ideias incluídas para que, posteriormente, seja possível analisar os elementos e as regras que a determinam.

De acordo com Richardson (1999) existem diversas definições para análise de conteúdo, porém coincidem-se ao referi-la como uma técnica de pesquisa que, como tal, possui determinadas características metodológicas, sendo elas, respectivamente: objetividade, sistematização e inferência.

Ainda, de acordo com o autor (1999, p. 223), a objetividade “refere-se à explicação das regras e dos procedimentos utilizados em cada etapa da análise de conteúdo”. Por exemplo, as diversas categorias devem cumprir requisitos de homogeneidade, exaustividade, exclusão e objetividade.

A característica de sistematização “refere-se à inclusão ou exclusão do conteúdo ou categorias de um texto de acordo com as regras consistentes e sistemáticas” (Richardson, 1999, p. 223), ou seja, o planejamento, a coleta de dados e a análise devem respeitar as regras da metodologia científica.

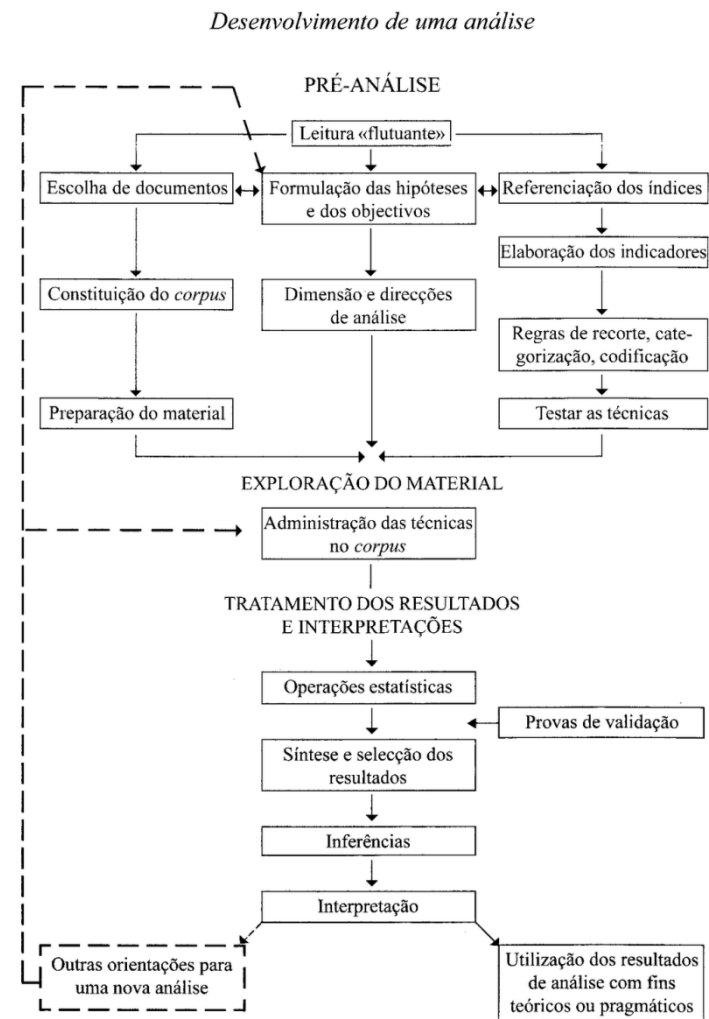
Já a inferência “refere-se à operação pela qual se aceita uma preposição em virtude de sua relação com outras preposições já aceitas como verdadeiras” (Richardson, 1999, p. 224). Pode-se dizer que a inferência responde perguntas clássicas “quem diz o que, a quem, como e com que efeito?”.

“Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa da análise e a interpretação (a significação concedida a estas características) a última etapa, a inferência é a um procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra” (BARDIN, 1977, p. 39).

De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo é realizada em três diferentes etapas. Iniciando-se através de uma pré-análise, seguida da exploração do material e, por fim, tratamento dos resultados. A figura 24, retirada do próprio livro de Bardin, resume as etapas realizadas em uma pesquisa de análise de conteúdo.

Na etapa de pré-análise os documentos que serão submetidos a análise são selecionados, as hipóteses e os objetivos são formulados assim como os indicadores que fundamentem a interpretação final (Bardin, 1977). Desta maneira, foram selecionados os questionários online como documentos a serem analisados.

FIGURA 24. Esquema de Análise de Conteúdo



Fonte: Bardin 1977, p. 102

A primeira etapa é composta pela escolha das unidades de contagem, formulação das regras de contagem e a elaboração de categorias. Na pesquisa, a análise dos dados coletados foi realizada a partir da frequência com que certos elementos apareceram nas respostas às questões abertas, a partir daí foi realizado um levantamento de categorias temáticas nas quais os elementos fariam parte. Ressalta-se que a análise de conteúdo visa um tratamento quantitativo que não exclui uma interpretação qualitativa.

Após as operações de pré-análise segue-se para a exploração do material, a fase da análise propriamente dita nada mais é do que a administração sistemática das decisões tomadas e consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função das regras previamente formuladas (Bardin, 1977).

Em suma, após a leitura de todo o material, as respostas foram interpretadas e agrupadas em diferentes categorias, criadas em função das respostas fornecidas. Bardin (1977) descreve a categorização, como sendo:

“[...] uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero

(analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (BARDIN, 1977, p.117).

Na presente pesquisa utilizaram-se dois métodos de tratamento dos elementos. Primeiramente foi realizado o tratamento que, segundo Richardson (1999) é o mais simples e refere-se à quantificação da presença ou ausência de determinados elementos. A presença de certos elementos pode ter um significado importante para o estudo de características de uma mensagem, da mesma forma que a ausência pode ter implicações fundamentais. Realizou-se também uma análise no que se refere à frequência com que cada elemento foi citado no decorrer das entrevistas, ou seja, a quantidade de vezes que o mesmo elemento se repete. De acordo com Bardin (1977), um conjunto de categorias boas deve possuir as qualidades descritas a seguir: Exclusão mútua, onde cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; A homogeneidade das categorias; Pertinência, quando está adaptada ao material de análise escolhido; A objetividade e a fidelidade, quando as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias

análises; e por fim, a produtividade, ou seja, que fornece resultados férteis.

Após a análise dos elementos, foi realizada a classificação seguindo determinados critérios. Optou-se pela adoção do critério de categorização na pesquisa, seguindo a análise temática, caracterizada por Bardin (1977) como análise semântica.

“Entre diversas técnicas de análise de conteúdo, a mais antiga e a mais utilizada é a análise por categoria. Como já foi visto, ela se baseia na decodificação de um texto em diversos elementos, os quais são classificados e formam agrupamentos analógicos. Entre as possibilidades de categorização, a mais utilizada, mais rápida e eficaz, sempre que se aplique a conteúdos diretos (manifestos) e simples, é a análise por temas ou análise temática. Consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado, para permitir a sua comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira” (RICHARDSON, 1999, p. 243).

PROCEDIMENTOS DE CAMPO

Optou-se, como instrumento para a coleta de dados a aplicação de um questionário virtual através do website Survey Monkey¹¹. A íntegra das perguntas abordadas no questionário online encontra-se em “Apêndices”. Buscou-se, por meio do questionário, a descrição de características relativas ao conforto no quarto de internação.

Ressalta-se o fato de que a pesquisa com pacientes apresenta limitações, pois não é possível que ocorra durante o período de internação, devido tanto às restrições físicas que esses apresentam quanto às restrições dos próprios estabelecimentos de saúde. Deste modo, o questionário online foi uma ferramenta bastante útil. A disseminação do questionário eletrônico ocorreu através de redes sociais e foi divulgado durante o período de um mês.

Os questionários foram respondidos de maneira anônima com pacientes que já foram internados em edifícios hospitalares. Deve-se salientar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ). A adesão

¹¹ Principal fornecedor mundial de soluções de questionário pela web. Pode ser acessado através do link: <http://surveymokey.com>.

dos sujeitos ocorreu de forma espontânea e consensual e o participante detinha total liberdade de não responder a qualquer pergunta.

O questionário aplicado foi dividido em duas partes, a primeira constituiu-se no teste livre de associação de palavras¹² e a segunda baseava-se na experiência pessoal do entrevistado. Na hipótese da participação de sujeitos que sofreram a experiência de internação por mais de uma vez no decorrer de sua vida, foi explicitado no início do questionário que o entrevistado respondesse de acordo com a última ou mais marcante experiência de internação.

A associação de palavras, a partir de um termo indutor, também é uma ferramenta utilizada para a análise estrutural das representações. Com base na teoria das representações sociais, realizou-se um teste de evocação livre de palavras a partir do termo indutor “quarto hospitalar”, onde o entrevistado foi convidado a responder de forma espontânea as quatro primeiras palavras que lhes vinham à mente através do termo indutor. Com esta técnica buscou-se a compreensão da representação que os usuários obtinham da unidade.

¹² Segundo Bardin (1977), o teste de associação de palavras é uma técnica que visa uma avaliação de um determinado objeto (coisas, pessoas, ideias) espontaneamente compartilhada pelos membros de um grupo.

A associação de palavras visa, portanto, a espontaneidade do entrevistado. No seguinte projeto de pesquisa esta foi uma ferramenta interessante. A análise de frequência de evocação foi realizada com o auxílio do programa EVOC[®] 2000. O programa visa permitir a identificação, a partir da lista ordenada de evocações, os elementos centrais e periféricos da representação, conforme define a teoria do núcleo central. Como resultado, foi possível obter as ordens médias de evocação e a árvore máxima de similitude. Outra técnica de análise adotada na pesquisa foi a “nuvem de palavras”, gerada a partir do programa Wordle¹³. Assim foi possível obter uma imagem com as palavras manifestadas pelos entrevistados, nas quais o tamanho da fonte varia de acordo com a frequência com que a mesma palavra foi citada. Através de uma análise cautelosa de representação foi possível, através dos resultados adquiridos no teste de associação de palavras, a obtenção de respostas para as duas principais funções da Representação Social: a ancoragem e a objetivação.

A segunda parte do questionário constituiu-se de perguntas abertas e fechadas a respeito da experiência pessoal do usuário no quarto

¹³ O programa gera “nuvens de palavras” a partir do texto provido. A proeminência de cada palavra depende da frequência com que são repetidas no mesmo texto. O site pode ser acessado através do link: <http://wordle.net>.

de internação. Primeiramente foram coletadas informações básicas, as quais foram respectivamente: nome do hospital em que a experiência ocorreu, idade durante a internação, sexo, motivo da internação, duração do período de internação, se houve compartilhamento de quarto com outro paciente, se foi necessário mudança de quarto e caso positivo que o motivo fosse mencionado e, por fim, a avaliação do atendimento recebido. As perguntas foram abertas, com exceção da duração da internação e a avaliação do atendimento. A duração da internação foi dividida em três opções múltipla escolha que variavam entre de “1 a 2 dias”, de “3 a 5 dias” e “acima de seis dias”. Para a avaliação do atendimento recebido foi realizada uma pergunta fechada com opção de múltiplas escolhas escalonadas, sendo possível a avaliação de atendimento “bom”, “razoável” e “ruim”.

Ainda na segunda parte do questionário, o entrevistado foi convidado a responder perguntas abertas a respeito da opinião pessoal sobre aspectos de qualidade do espaço, incluindo perguntas referentes ao conforto. De acordo com Richardson (1999), uma das grandes vantagens da realização de perguntas abertas é a possibilidade que o entrevistado possui de responder com maior liberdade, não estando restrito a marcar uma ou outra alternativa.

Por fim, através da escala de Likert, o entrevistado foi convidado a especificar seu nível de concordância com afirmações baseadas em situações e elementos ocorridos no quarto de internação. O método de Likert ocorre através da coleta de itens que indicam atitudes negativas e positivas sobre um determinado objeto (Richardson, 1999). O conjunto de itens é administrado por um grupo de sujeitos e cada item classifica-se de acordo com um contínuo de cinco pontos: “concordo”, “concordo parcialmente”, “discordo”, “discordo parcialmente” e “não sei dizer”.

“[...] cada item é correlacionado com o escore total, que indica o grau no qual o item mede a mesma atitude que se supõe estão medindo os outros itens. Assim, os itens que apresentam baixos coeficientes de correlação com o escore total são pouco confiáveis ou medem fatores atitudinais estranhos. Somente se mantêm para formar a escala aqueles itens que apresentam as mais altas correlações com o escore total” (RICHARDSON, 1999, p. 271).

ANÁLISE E RESULTADOS

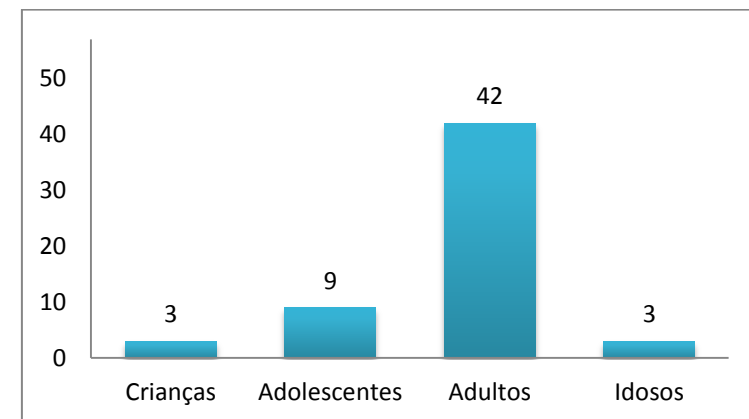
O presente capítulo apresenta os resultados e a análise dos dados obtidos a partir do questionário virtual.

De acordo com as características de cada questão contida no questionário, para o tratamento dos resultados das informações coletadas utilizou-se a análise de conteúdo (Bardin, 1977) onde este “aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS

O questionário online obteve um total de 73 participações, porém 16 entrevistados responderam exclusivamente ao teste de associação de palavras. Buscou-se entrevistar pacientes de hospitais públicos e privados, de idades e classes sociais variadas. A segunda parte do questionário foi respondida por onze homens e 46 mulheres.

GRÁFICO 01. Distribuição dos Entrevistados por Faixa etária durante a Internação

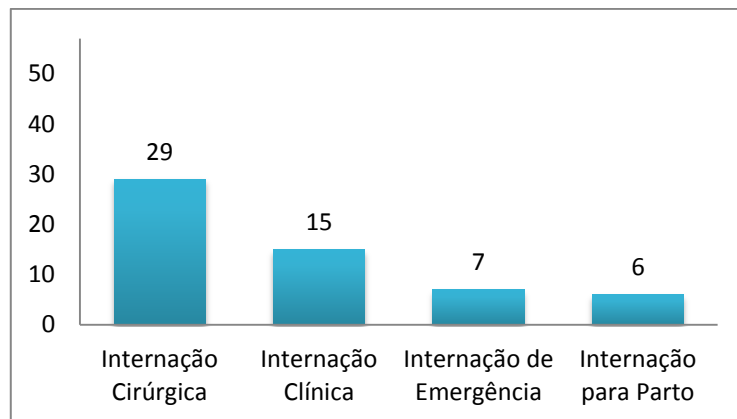


Devido à grande divergência entre os especialistas quanto aos critérios de agrupamento etário optou-se por agrupar como “crianças” os participantes de 0 a 11 anos de idade e “adolescentes” aqueles de 12 a 18 anos de idade, segundo o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990). Foram classificados como “idosos” os participantes com 60 anos de idade ou mais, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003). Assim, contudo, agruparam-se na faixa etária “adulta” os participantes entre 19 a 59 anos de idade. Dentre os participantes da seguinte pesquisa, três

eram crianças durante o período de internação, nove eram adolescentes, 42 adultos e três idosos.

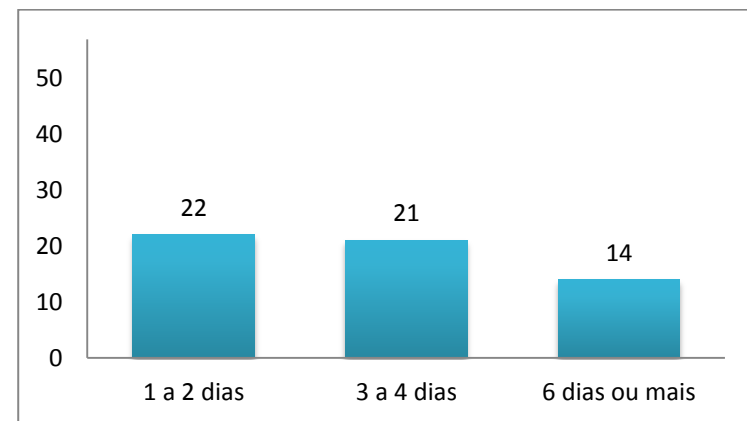
Os motivos de internação variam bastante, a grande maioria necessitou de internação devido a procedimentos cirúrgicos, como é possível observar no gráfico 02.

GRÁFICO 02. Distribuição dos Entrevistados por Tipo de Internação



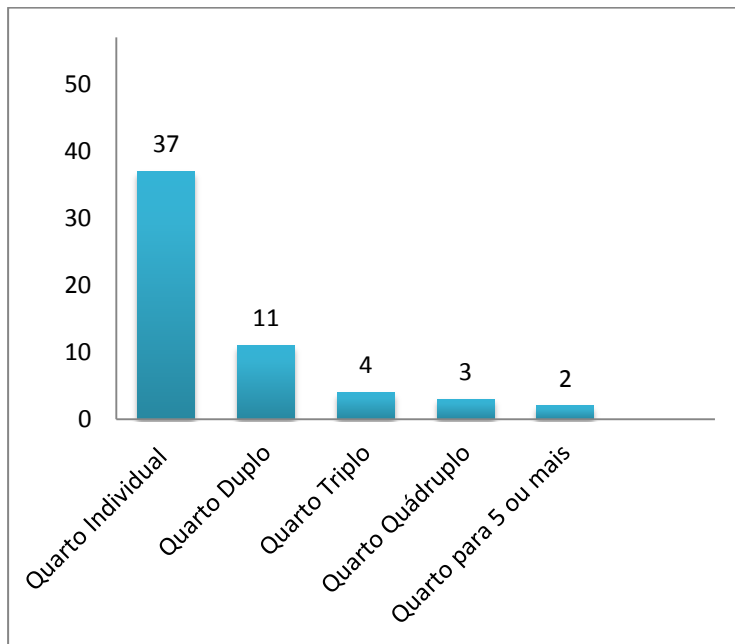
No que se refere ao tempo de duração da internação, 22 dos entrevistados ficaram internados por um período de até dois dias, 21 participantes ficaram entre três a cinco dias e 14 participantes ficaram internados por um período superior a seis dias (Gráfico 03).

GRÁFICO 03. Distribuição dos Entrevistados por Duração da Internação



Do total de participantes que responderam a parte 2 do questionário, 37 não compartilharam o quarto com outro paciente, 11 participantes compartilharam o quarto com mais um paciente, quatro compartilharam com mais dois pacientes, três compartilharam o quarto com mais outros três pacientes e dois compartilharam o quarto com outros quatro ou mais pacientes (Gráfico 04).

GRÁFICO 04. Distribuição dos Entrevistados de Acordo com o Tipo de Alojamento

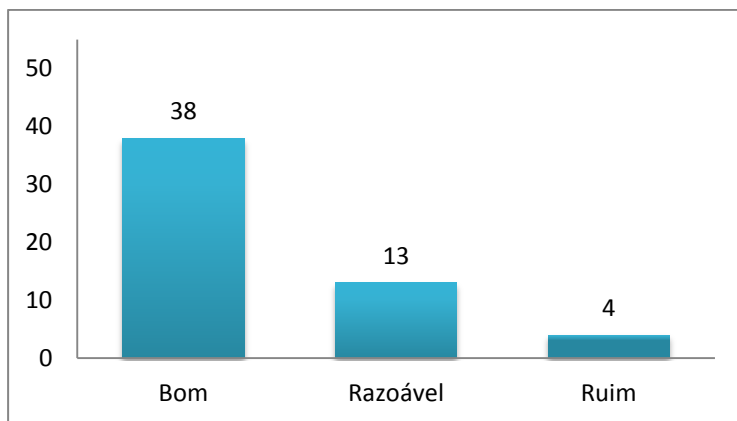


Ao serem questionados sobre a necessidade de mudança de quarto durante o período de internação, 19 participantes ignoraram a pergunta, do total de respostas 46 não necessitaram de mudança de quarto durante o período de internação. Os motivos que levaram os oito entrevistados a necessitarem uma mudança no quarto foram, respectivamente, um paciente relatou problemas com o ar condicionado,

outro relatou a presença de goteiras no quarto, um participante disse que foi por questões de higiene e desinfecção da unidade, outro entrevistado relatou que a ala de internação no hospital em questão estava em reforma, um paciente relatou a necessidade de mudança de quarto após a cirurgia para a retirada do baço e três participantes relataram a necessidade de mudança do quarto devido à necessidade de ir e/ou voltar para UTI (unidade de tratamento intensivo) ou CTI (centro de tratamento intensivo).

Um total de 55 participantes respondeu a questão referente à avaliação para o atendimento recebido. 38 participantes escolheram a opção “bom” para descrever o atendimento recebido durante a experiência de internação, 13 participantes optaram pela opção “razoável” e quatro definiram o atendimento como sendo “ruim”, como é possível observar no gráfico 05.

GRÁFICO 05. Nota Atribuída para o Atendimento Recebido



TESTE DE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS

Antes da realização do teste, os participantes foram familiarizados com um exemplo de como o teste deveria ser preenchido, de forma a garantir o pleno entendimento da dinâmica. Com o intuito de que as respostas fossem dadas a partir do pensamento imediato e espontâneo, sem que as outras perguntas do questionário pudessem influenciar nas respostas dadas pelos indivíduos, o teste de associação foi realizado no início do questionário e, após passarem para a segunda parte do questionário virtual, os participantes não possuíam a possibilidade de voltar e modificar suas respectivas respostas.

O teste de associação de palavras obteve um total de 73 participações. Apesar de serem solicitados a responderem as primeiras quatro palavras que lhes vinham à mente a partir do termo indutor “quarto hospitalar”, foram obtidas 274 evocações no total, pois seis participantes responderam apenas uma palavra.

QUADRO 01. Variáveis obtidas no Teste de Associação de Palavras

Variáveis	Freq.
Sujeitos	73
Palavras diferentes evocadas	116
Total de evocações	274
Média de evocações por sujeito	3,7
Média das ordens médias de evocações (OME)	2,4
Média das evocações	18

O resultado obtido no teste de evocação foi procedido para a análise prototípica com o auxílio do software EVOC® 2000. O material proveniente do teste foi analisado considerando-se as dimensões individual e coletiva envolvidas no processo de evocação. Desta maneira, foi encontrada a média de frequência de evocação igual a 18 e médias

das ordens médias de evocação (OME) igual a 2,4. Os parâmetros encontrados foram distribuídos no quadro 02. O programa cruza as frequências das evocações com as ordens das evocações e desenvolve uma tabela de contingências de quatro quadrantes separados por esses cruzamentos. Assim sendo, o primeiro quadrante - superior esquerdo - situa as evocações de maior frequência e que a OME seja inferior a média geral, ou seja, são os elementos com maior probabilidade de integrarem o núcleo central. O segundo quadrante - superior direito - consiste nas evocações de maior frequência e maior OME, sendo citadas frequentemente, porém sem importância para os sujeitos. No terceiro quadrante – inferior esquerdo – estão presentes as evocações de menor frequência e menor OME, consideradas importante por um pequeno grupo de sujeitos. Já no quarto e último quadrante – inferior direito – encontram-se as evocações de menor frequência e maior ordem de evocação, ou seja, irrelevantes para a representação e contrastantes com o núcleo central.

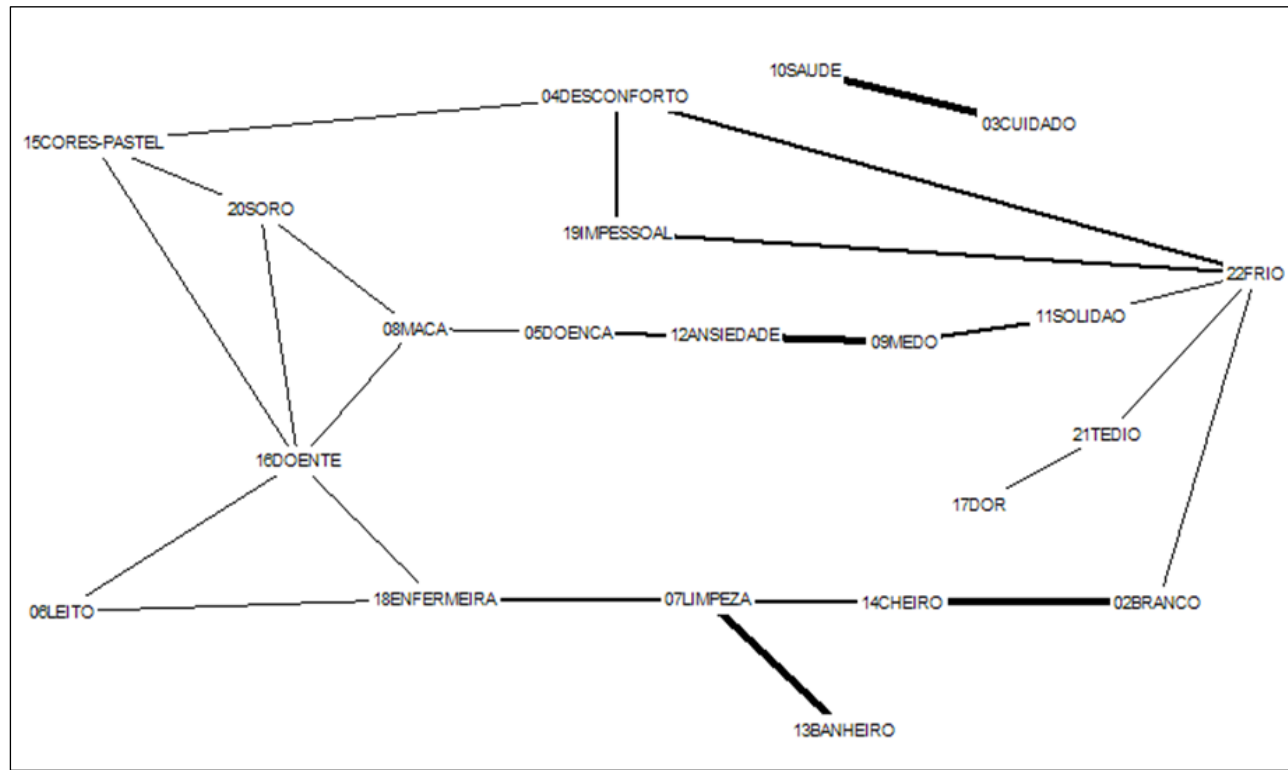
É possível observar que o elemento “frio” situa-se no quadrante esquerdo, pois apresenta frequência 23, acima da média e OME menor que 2,4. Os elementos de menor frequência estão no quadrante inferior, abaixo da média observada e evocação mais tardia. OME maiores do que 2,4 como: “ansiedade”, “banheiro”, “cheiro”, “cores pastel”, “doente”,

“dor”, “enfermeira”, “impessoal”, “soro”, “tédio” e “ansiedade”, correspondem aos elementos periféricos. Já os elementos situados no quadrante inferior esquerdo, possibilitaram uma interpretação menos direta, pois não compõem o núcleo central, apenas possuem relação com este.

QUADRO 02. Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação

	OME <2,4	OME >=2,4
Freq. >= 18	Frio (23 – 2,043)	
Freq. <18	Branco (11 – 1,364) Cuidado (4 – 2,250) Desconforto (11 – 2,455) Doença (13 – 2,308) Leito (15 – 2,067) Limpeza (11 – 2,364) Maca (6 – 1,667) Medo (7 – 2,143) Saúde (4 – 2,000) Solidão (7 – 2,143) Cuidado (4 – 2,250)	Ansiedade (4 – 3,750) Banheiro (4 – 2,500) Cheiro (4 – 2,750) Cores-Pastel (6 – 2,500) Doente (4 – 2,500) Dor (9 – 3,111) Enfermeira (5 – 2,600) Impessoal (4 – 3,000) Soro (5 – 2,600) Tédio (6 – 2,667)

FIGURA 25. Árvore máxima de similitude



A abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais preconiza que toda Representação Social está organizada hierarquicamente a partir de um sistema central. Os elementos refletem o senso comum, a memória coletiva, dando sentido e organizando a sua estrutura. Para a avaliação do valor simbólico e para a análise das relações que os elementos constituintes da estrutura da representação

em estudo mantém entre si, foi realizado um estudo da organização dos diversos elementos, proporcionado pela análise de similitude. Desta maneira, foi possível identificar os esquemas de conexão e coocorrências que se formam nessa organização, úteis para a compreensão da complexidade das relações estabelecidas (figura 25).

As estrelas são formadas por um elemento central conectado com ao menos cinco outros elementos, é o caso de “doente” e “frio”, confirmando o valor simbólico de cognições centrais de ambos os elementos. Apesar de “doente” localizar-se no sistema periférico, tem característica de elemento central devido ao valor simbólico exibido. O elemento se conecta a “cores-pastel”, “soro”, “maca”, “enfermeira” e “objeto”. O elemento “frio” conecta-se com “solidão”, “tédio”, “impessoal”, “desconforto” e “branco”. Essa conexão ressalta a amplitude conceitual do termo, não referindo-se apenas ao aspecto térmico do ambiente.

Os triângulos especificam uma relação mais precisa entre os significados de representação, é o caso de “desconforto”, “impessoal” e “frio”, com uma ligação triangular mais densa do que as outras. O triângulo formado por “doente”, “enfermeira” e “leito”, descreve literalmente os elementos mais característicos do quarto de internação.

Convém assinalar que, dos elementos vinculados diretamente, sobressaem três ligações mais densas, com “saúde” e “cuidado”, “limpeza” e “banheiro” e, ainda, “cheiro” e “branco”. A saúde sendo diretamente relacionada com cuidado ressalta a dependência dos dois elementos, afinal, para que seja possível manter a saúde é necessário

cuidado, assim como para que seja possível a cura de enfermidades cuidados são requeridos. O fato dos dois elementos estarem à parte do contexto, ressalta o fato de que o paciente ainda não possui conhecimento, de forma clara, a respeito das questões relativas ao cuidado e saúde. A relação entre limpeza e banheiro pode ser atribuída devido à exigência de higienização constante dos banheiros, principalmente aqueles compartilhados com outros pacientes. Cheiro e branco remetem a aspectos do ambiente, o branco é uma característica predominante no quarto de internação em diversas citações da pesquisa, assim como o odor específico de ambientes hospitalares.

O círculo formado por “doente”, “maca”, “doença”, “ansiedade”, “medo”, “solidão”, “frio”, “branco”, “cheiro”, “limpeza”, “enfermeira” e “leito”, parece expressar os aspectos mais marcantes durante a experiência de internação, envolvendo dados da estrutura física do quarto e o contexto psicossocial.

As 274 evocações obtidas no teste de associação de palavras formaram a nuvem de palavras apresentadas na figura 26, desenvolvida através do programa wordle. A imagem evidencia as palavras mais frequentes a partir do tamanho da fonte.

A insatisfação quanto ao conforto do paciente ficou evidenciada a partir da frequência com que o termo “desconfortável” apareceu entre as evocações, além disso, a palavra “desconforto” foi citada por outros três participantes.

As sensações foram aspectos relevantes entre as respostas. Encontram-se palavras como “medo”, citado em sete respostas, “solidão” e “solitário”, presentes em quatro respostas, respectivamente, “ansiedade”, repetida em três respostas, “incômodo”, “insegurança”, “entediante”, “triste” e “tristeza”, presente em duas respostas cada e, ainda, “angústia” e “preocupação”, presentes em uma resposta cada.

Salienta-se a presença de palavras que remetem a aspectos negativos como, “claustrofóbico”, repetido por dois participantes, “deprimente”, “desespero”, “feio”, “ruim”, “horrrível”, “tenso” e “vulnerabilidade”, termos repetidos uma vez cada. Apesar dos termos negativos serem maioria entre as citações, alguns termos positivos foram citados como, “saúde”, presente em quatro diferentes respostas, “recuperação”, presente em duas e, “esperança”, presente em uma resposta.

ANÁLISE DE FREQUÊNCIA

As informações levantadas na pesquisa revelam o consenso dos entrevistados a respeito de alguns elementos que se destacam pela frequência com que aparecem nas respostas às diversas perguntas subjetivas. Foram desenvolvidas quatro perguntas a respeito da experiência de internação hospitalar. Foram abordadas, respectivamente, as seguintes quatro questões:

1. **Quais aspectos você considera mais marcante no quarto de internação?**
2. **Que elementos contribuíram para sentir-se confortável?**
3. **Que elementos contribuíram para sentir-se desconfortável?**
4. **Que sugestões você daria para melhorar a qualidade do ambiente do quarto de internação?**

As questões foram respondidas por um total de 57 participantes. Os elementos levantados de acordo com sua frequência foram divididos em diferentes categorias temáticas e foram expostos em ordem de frequência, a partir da categoria mais citada. O quadro 03 a seguir apresenta as categorias formuladas, o número total de frequência nas respostas e os principais termos citados que foram incluídos em cada categoria.

QUADRO 03. Frequência de Categoria Total

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	TERMOS
A. OBJETOS E MOBILIÁRIO	42	“Móveis”; “Cama”; “Sofá”; “Travesseiro”; “Roupa de cama”; “Lençóis”; “Leito”; “Pintura”; “Armário”; “Poltrona”; “Maca”; “Colchão”; “Frigobar”; “Cortina”; “Relógio”; “Quadros”; “Abajur”; “Pia”.
B. COR	30	“Cores”; “Branco”; “Tons”; “Salmão”; “Bege”; “Verde”; “Monocromático”.
C. LIMPEZA	29	“Limpeza”; “Salubridade”; “Limpo”; “Asséptico”; “Higiene”; “Sujeira”; “Saneamento”; “Poeira”.
D. ENTRETENIMENTO	24	“Televisão”; “TV”; “Internet”; “Wi-fi”.
E. CONFORTO TÉRMICO	23	“Conforto térmico”; “Temperatura”; “Ar-condicionado”; “Frio”; “Ventilação”; “Refrigeração”.
F. ILUMINAÇÃO	22	“Iluminação”; “Iluminado”; “Luz”; “Claridade”.
G. ACOMPANHANTE	18	“Acompanhante”; “Visita”.
H. EQUIPE DE SAÚDE	16	“Equipe”; “Paciência”; “Atenção”; “Educação”; “Abandono”; “Carinho”; “Enfermeiros”; “Enfermaria”; “Prestação de Serviço”.
I. ACESSIBILIDADE	14	“Acessibilidade”; “Adequação”; “Barras de apoio”; “Mobilidade”; “Adaptação”; “Disposição dos Móveis”; “Circulação”; “Trajeto”; “Distância”; “Layout”.
J. DIMENSÃO DO AMBIENTE	13	“Amplio”; “Grande”; “Espaçoso”; “Apertado”; “Tamanho”; “Pequeno”; “Ambiente fechado”.
K. JANELA	13	“Janela”; “Vista”.
L. BANHEIRO	11	“Banheiro”.
M. HUMANIZAÇÃO	11	“Humanização”; “Decoração humanizada”; “Casa”; “Menos impessoal”; “Inexpressividade do ambiente”.
N. PRIVACIDADE	10	“Privacidade”; “Intimidade”; “Exposição”; “Reservado”; “Insegura”; “Quartos individuais”.
O. CONFORTO OLFATIVO	6	“Odor”; “Cheiro”.
P. CONFORTO ACÚSTICO	6	“Ruído”; “Barulho”; “Sonoro”; “Acústica”.

Legenda: ● frequência de 0 a 10 | ● de 11 a 20 | ● de 21 a 30 | ● acima de 31

A. OBJETOS E MOBILIÁRIO¹⁴

Elementos que fazem parte do mobiliário e alguns objetos do quarto foram citados nas respostas das quatro questões, estando frequente em 41 respostas.

O sofá foi frequente entre os elementos que contribuíram para sensação de conforto, assim como travesseiro, cobertor e frigobar. A cama foi um dos elementos mais citados entre os que contribuíram para sensação de desconforto, tendo sido frequente em dez diferentes respostas. Mobiliário, travesseiro e cama foram frequentes entre as sugestões para uma melhor qualidade nos quartos de internação, tendo sido citados por cinco, três e cinco participantes, respectivamente. A cortina apareceu em uma das respostas de elementos que contribuíram para o conforto durante a experiência de internação.

Entre as citações dos elementos mais marcantes do ambiente de internação, destacam-se “mobiliário pouco aconchegante” (mulher, 30 anos) e um participante ressaltou um objeto específico entre os elementos mais marcantes de sua experiência ao dizer que “tinha

também uma poltrona perto da janela e eu gostava de sentar nela para ler ou ver TV quando cansava da cama” (mulher, 27 anos).

Algumas respostas quanto os aspectos que contribuíram para a sensação de desconforto do paciente, destacam a insatisfação com o mobiliário, como foi citado: “sofá retrátil de couro” (homem, 15 anos) e “cama de hospital em ferro, gelada” (mulher, 19 anos). Um participante salientou a falta do desenho universal ao citar a falta de adaptabilidade de sua cama: “A cama não era adequada a minha altura (1.77m)” (mulher, 21 anos).

Entre as sugestões para a melhoria da qualidade do ambiente de internação, algumas respostas sugerem a inclusão de certos móveis como “armários para guardar pertences” (homem, 15 anos) e a “instalação de pia dentro do quarto e fora do banheiro para uso de visitantes e equipe assistencial” (mulher, 25 anos). Um participante destacou a importância da decoração para o ambiente interno: “Em vista de o ar condicionado precisar ficar ligado para evitar proliferação de doenças, que os moveis sejam mais confortáveis ao menos visivelmente para o paciente, para que ele (paciente) fique mais tranquilo com seu acompanhante. Uma pintura ou fotografia alegre em frente à cama do paciente, ou mesmo uma

¹⁴ Os termos relativos ao aparelho de televisão não fizeram parte desta categoria, sendo categorizados como “entretenimento”.

floreira ao lado de fora da janela, mas que o paciente possa ver se for com vidros até o chão” (homem, 15 anos).

B. COR

A cor do ambiente foi uma categoria frequente em todas as respostas das quatro questões, sendo citada em 30 diferentes respostas. Entre os elementos mais marcantes do ambiente de internação, a cor foi o terceiro elemento mais citado, sendo repetido em dez diferentes respostas. Foi o elemento mais frequente, juntamente com a categoria “humanização”, em relação às sugestões para a melhoria da qualidade do ambiente de internação, sendo citada por dez participantes.

Podem-se ressaltar algumas respostas referentes aos elementos mais marcantes do quarto de internação como, por exemplo, a declaração: “odeio que tudo seja branco” (mulher, 50 anos). Ainda na mesma questão, alguns participantes destacaram a importância das cores para a estimulação do paciente, através das seguintes sentenças: “Tudo ser bege e sem graça. Você já está doente e ainda fica num ambiente que não te estimula de nenhuma forma” (mulher, 21 anos) e “ficar o dia todo olhando para uma parede bege é uma tortura” (mulher, 22 anos). Outro participante ressaltou a importância das cores para a sensação de bem-

estar ao citar que “As paredes eram um tom de salmão, isso me deixou mais calma” (mulher, 22 anos).

Alguns participantes se mostraram descontentes com a cor branca e a monocromia nos quartos, como um paciente destacou entre os aspectos que contribuíram para o desconforto: “tudo ser branco, parece sem vida, que você vai morrer mesmo” (mulher, 50 anos) e outro paciente ressaltou: “a inexpressividade do ambiente, todo branco” (mulher, 15 anos).

No que se refere à cor entre as sugestões para a melhoria da qualidade do ambiente, destacam-se as seguintes respostas: “Ter um pouco de cor ajudaria muito!” (mulher, 21 anos), “uso de cores, ou um ambiente com uma decoração mais humanizada, mais parecida com a de uma casa” (homem, 23 anos), “cores em tons não pastéis” (mulher, 25 anos), “ter ambientes com cores e detalhes mais alegres, principalmente em áreas infantis” (mulher, 15 anos) e “quartos pintados em tons mais claros” (mulher, 40 anos).

C. LIMPEZA

A limpeza foi a categoria mais frequente quanto ao aspecto considerado mais marcante do quarto de internação durante a

experiência pessoal do entrevistado. No total, a categoria foi repetida 20 vezes nessa mesma questão. Termos como “limpeza”, “higiene”, “salubridade”, “asséptico” e “saneamento”, foram incluídos na mesma categoria. Apenas o termo “limpeza” foi citado 18 vezes na primeira questão. A categoria também está presente entre os elementos que contribuíram para sensação de conforto e, contraditoriamente, desconforto, tendo sido citado por cinco e quatro participantes, respectivamente. No total a categoria apareceu em 29 diferentes respostas às quatro questões.

No que se referem aos aspectos que contribuíram para a sensação de conforto do paciente, respostas como “roupa de cama e maca limpas e confortáveis” (mulher, 23 anos) e “lençóis limpos” (mulher, 76 anos), podem ser destacadas.

Entre os aspectos que colaboraram para a sensação de desconforto durante o período de internação, respostas que remontam a limpeza do ambiente, encontram-se a “desorganização, poeira indicando sujeira e falta de suportes para soro nas paredes” (mulher, 22 anos), outra resposta foi “o colchão, a limpeza duvidosa e a alimentação” (mulher, 24 anos).

D. ENTRETENIMENTO

Dentro da categoria de entretenimento, a “televisão” foi o termo que obteve maior relevância entre os aspectos que mais contribuíram para a sensação de conforto durante o período de internação, sendo citado por 21 dos participantes. Também aparece entre os aspectos mais marcantes do quarto e nas sugestões para a melhoria de qualidade do ambiente. Os termos “internet”, citado em uma resposta e “wi-fi”, citado em duas diferentes respostas, entre os elementos que contribuíram para a sensação de conforto. Apesar de serem termos residuais, considerou-se adequado a devida inserção na categoria temática de entretenimento.

Entre as sugestões dadas pelos participantes quanto à melhoria do ambiente de internação, destaca-se a seguinte resposta: “alguma forma de entretenimento. Principalmente uma TV. É horrível você ficar mais de 10 horas por dia á toa, olhando para o nada” (mulher, 25 anos).

E. CONFORTO TÉRMICO

Para cumprir os requisitos de padrão de conforto ambiental, muitos sistemas de ventilação e controle do espaço condicionado são adotados atualmente. Por questões de controle de infecção nos quartos de internação o ar condicionado é o principal mecanismo adotado.

O conforto térmico foi um elemento citado frequentemente nas respostas das quatro questões, aparecendo em 23 diferentes respostas, e incluem termos como “ar condicionado” e “ventilação”. A categoria está entre os termos mais citados nas respostas dos elementos que mais contribuíram para sensação de conforto durante o período de internação, sendo relevante para doze participantes. Também está entre os aspectos mais marcantes do ambiente de internação hospitalar, sido citado em seis diferentes respostas. Entretanto, também foi frequente em quatro respostas a respeito dos elementos que mais contribuíram para o desconforto. A falta de autonomia na escolha da temperatura foi o fator que mais contribuiu para o desconforto gerado.

F. ILUMINAÇÃO

A iluminação foi um elemento frequente em todas as respostas das quatro questões, aparecendo em 22 diferentes respostas. A categoria obteve maior relevância entre as sugestões para a melhora da qualidade do ambiente do quarto de internação, onde foi citado por oito participantes. Foi seis vezes citado como o elemento mais marcante do ambiente de internação, quatro vezes citado entre os aspectos que mais contribuíram para a sensação conforto e, contraditoriamente, foi quatro

vezes citado também entre os aspectos que contribuíram para a sensação de desconforto.

Ao ser questionado a respeito dos aspectos mais marcantes do quarto de internação, um participante respondeu a seguinte sentença: “Falta de luz. Quarto muito fechado e janelas pequenas (raramente há mais de uma no mesmo quarto)” (mulher, 24 anos). Na mesma questão, dois participantes ressaltaram a importância da iluminação natural para o quarto de internação, destaca-se a seguinte resposta: “A janela e a luz que entrava eram bem importantes” (mulher, 27 anos).

A respeito dos elementos que contribuíram para a sensação de conforto, dois participantes incluíram a iluminação de baixa intensidade como um elemento que contribuiu para a sensação de conforto durante a experiência de internação, um participante relatou que a claridade do quarto está entre esses aspectos e outro participante citou a luz natural como o aspecto contribuinte.

Dentre os elementos que contribuíram para a sensação de desconforto durante a experiência de internação, um participante destacou a sua insatisfação devido ao excesso de iluminação no período noturno.

Destaca-se a opinião de um paciente quanto a sugestões para melhorias na qualidade do quarto de internação, onde o mesmo ressalta a importância de uma iluminação individual em quartos compartilhados: “Acho que cada paciente poderia ter a sua própria iluminação, nem que fosse por um abajur perto da cama” (mulher, 20 anos). Outro entrevistado ressaltou a importância do “posicionamento das janelas e persianas de forma a não deixar a claridade perturbar demais o paciente” (homem, 22 anos).

G. ACOMPANHANTE

O acompanhante foi citado em todas as respostas das quatro questões do questionário, sendo frequente em 18 diferentes respostas. Sua relevância foi maior entre as sugestões para a melhoria da qualidade do ambiente de internação, onde o conforto do acompanhante aparece na resposta de sete diferentes participantes. Dentre os elementos mais marcantes do ambiente o termo foi citado quatro vezes. Já entre os aspectos que mais colaboraram para a sensação de conforto no ambiente de internação, o acompanhante foi citado entre cinco participantes, tendo sido citado apenas uma vez entre os aspectos que contribuíram para sensação de desconforto.

O conforto do paciente foi salientado entre os elementos mais marcantes do quarto de internação, com respostas que frisavam a “falta de conforto para acompanhante” (mulher, 25 anos), “meu acompanhante não pôde se instalar de maneira confortável” (homem, 22 anos) ou até “a falta de conforto tanto para o paciente quanto para quem está acompanhando” (mulher, 19 anos).

Em relação aos aspectos que colaboraram para a sensação de conforto do paciente, respostas como “A presença da minha mãe” (mulher, 27 anos) e “ter minha mãe do lado” (mulher, 20 anos) foram citadas. Dois pacientes deixaram claro que o conforto do seu acompanhante colaborava para sua própria sensação de conforto, como podemos observar no trecho: “havia conforto para quem estava me acompanhando” (mulher, 17 anos).

Entre as sugestões para a melhoria da qualidade do quarto de internação, os participantes ressaltaram a necessidade de um mobiliário e/ou um espaço mais adequado ao conforto do acompanhante e das visitas, foi encontrado respostas como “local para acompanhante pernoitar de maneira confortável (cama ou sofá-cama)” (homem, 22 anos), “adicionar uma cama para o acompanhante” (homem, 13 anos) e, ainda, “um melhor espaço para as visitas” (mulher, 19 anos).

H. EQUIPE DE SAÚDE

A equipe de saúde foi citada em todas as respostas das quatro questões, sendo frequente em 16 diferentes respostas. Foi uma categoria relevante entre os que mais contribuíram para o desconforto, sendo citado por sete participantes, porém também foi presente entre as categorias que mais contribuíram para a sensação de conforto, tendo sido citado por três entrevistados. Também foi repetida cinco vezes entre os elementos mais marcantes do ambiente de internação. Foi citada por apenas um participante na questão a respeito de sugestões para a melhoria do ambiente, ao citar “equipe que realmente gostam do que fazem” (mulher, 29 anos).

Entre os aspectos que contribuíram para o desconforto do paciente, alguns participantes se mostraram incomodados com a movimentação da equipe de saúde, respostas como “o entra e sai de enfermeiros todo instante”, “o constante entra e sai de profissionais” (mulher, 25 anos) e “movimentação da equipe de enfermagem” (mulher, 24 anos) foram obtidas. Assim como o “difícil acesso as enfermeiras” (mulher, 20 anos) e “o abandono por parte da equipe médica” (mulher, 30 anos).

Ressalta-se também a resposta de uma participante quanto aos aspectos que contribuíram ao desconforto, de acordo com a entrevistada: “Tudo no Hospital que estive internada era perfeito, nota 10, fui muito bem atendida profissionalmente e com carinho dos enfermeiros” (mulher, 76 anos).

I. ACESSIBILIDADE

A questão da acessibilidade foi levantada em três respostas referentes aos elementos mais marcantes no ambiente do quarto de internação. Como foi citado por um sujeito: “Apesar de ser um quarto espaçoso, a disposição dos móveis deixava ele apertado. A distância entre minha cama e o banheiro era "longa" e a outra cama que ficava no quarto dificultava esse trajeto principalmente se eu precisasse carregar o soro” (mulher, 27 anos). Esteve frequente em quatro respostas referentes aos aspectos que contribuíram para o desconforto, não estando presente em nenhuma das respostas referentes aos aspectos que contribuíram para a sensação de conforto.

De acordo com um participante a “falta de barras de apoio, falta de equipe de ajuda, pouca estrutura para quem estava com pouca mobilidade” (mulher, 29 anos) foram os aspectos que mais contribuíram

para a sensação de desconforto durante a internação. Um participante levantou a questão do layout do ambiente como contribuinte para a sensação de desconforto, de acordo com o paciente “circulação mal planejada (pelo menos no meu caso que sou cadeirante)” (mulher, 24 anos).

A acessibilidade também esteve presente entre cinco diferentes sugestões de melhoria quanto à qualidade do ambiente de internação. Alguns participantes salientaram a importância da acessibilidade para pacientes com mobilidade reduzida ressaltando a necessidade de “adaptação para quem está com pouca mobilidade” (mulher, 29 anos) e também de “manter tecnologias de acessibilidade ou até mesmo a disposição dos móveis mais acessíveis, pois a maioria dos enfermos não podem fazer movimentos bruscos e não tem a envergadura muito ampla” (homem, 22 anos). De acordo com um participante o ideal seria “simplificar a circulação (muitas quinas e curvas dificultam a passagem de cadeirantes pelo quarto)” (mulher, 24 anos), já outro participante também se demonstrou preocupado com a ergonomia do espaço, ao declarar: “Layout, televisão, janela para um jardim ou plantas, porta com vista obstruída para o corredor, separação simples entre pacientes,

aparato para comida, alerta antes da visita de enfermeiros e médicos, banheiro reservado, entre outros. Cores” (mulher, 30 anos).

Um participante relatou a sua experiência e através de seu relato apresentou sugestões de melhorias referentes à acessibilidade: “Devido ao tipo de cirurgia que fiz fiquei quatro dias em jejum, tomando apenas soro e glicose. Isso me dava muita vontade de urinar, porém a falta de comida me dava tontura e fraqueza, além do desconforto dos pontos. Senti muita falta de algum tipo de apoio que facilitasse meu acesso ao banheiro. Se eu caísse no caminho não teria nem como chamar uma enfermeira, pois as campainhas ficavam na cabeceira da cama e no banheiro” (mulher, 27 anos).

J. DIMENSÃO DO AMBIENTE

A dimensão do ambiente foi um elemento frequente em seis respostas referentes aos elementos mais marcantes do ambiente de internação. De acordo com as respostas, o quarto pequeno foi referido como negativo. De acordo com uma participante, o quarto “era muito pequeno, não comportava adequadamente os pacientes internados e seus respectivos acompanhantes (já que tratava-se de ala infantil)” (mulher, 15 anos). Entretanto, outros participantes ressaltaram aspectos

positivos do dimensionamento, como “Quarto grande e aconchegante” (mulher, 19 anos) e unidade “enorme e muito confortável” (homem, 37 anos).

Dois participantes citaram a dimensão do quarto como aspectos que contribuíram para a sensação de conforto, entretanto, um paciente declarou que o ambiente era “apertado” (mulher, 67 anos) o que contribuiu para a sua sensação de desconforto durante a internação.

Entre as sugestões de melhoria do ambiente de internação, o dimensionamento foi citado em três respostas, um participante foi bem claro em sua resposta, ao sugerir “fazer um quarto com maior espaço” (mulher, 44 anos).

K. JANELA

A janela esteve presente em respostas às quatro perguntas estabelecidas no questionário. Foi citada em cinco diferentes respostas dentre os elementos mais marcantes do ambiente de internação. Esteve frequente por duas vezes entre os aspectos que contribuíram para a sensação de conforto e também duas vezes entre os aspectos que contribuíram para a sensação de desconforto. Foi citada por quatro participantes entre as sugestões de melhoria da qualidade do espaço.

A questão da iluminação natural está diretamente relacionada com as janelas, por este motivo alguns participantes citaram, como elementos mais marcantes do ambiente de internação, a “falta de luz, quarto muito fechado e janelas pequenas (raramente há mais de uma no mesmo quarto)” (mulher, 24 anos) e também ressaltavam a importância da luz natural e das dimensões das janelas ao fazerem referencia a “janelas grandes” e “janelas pequenas”.

Dentre os aspectos que colaboraram para a sensação de desconforto dos pacientes, um participante levantou a questão da orientação temporal ao citar que “a clausura do ambiente” foi o aspecto que mais contribuiu para a sensação de desconforto, pois durante a sua experiência de internação, ele se encontrava “sem noção de tempo ou janela pra ver o que se passava do lado de fora” (mulher, 27 anos).

Entre as sugestões referentes à janela para a melhoria da qualidade do ambiente, destacam-se a preocupação dos pacientes quanto à visibilidade do paciente e a presença de vegetação, mesmo que de maneira indireta, como destacou o paciente que sugeriu uma “janela para um jardim ou plantas” (mulher, 30 anos), outro citou a necessidade da visibilidade para o paciente quando sugeriu uma “janela à vista do paciente” (mulher, 23 anos).

L. BANHEIRO

O banheiro foi um elemento citado nas respostas de três questões, só não estando presente entre os elementos que contribuíram para a sensação de desconforto. Foi citado por cinco entrevistados no questionamento dos elementos que contribuíram para a sensação de conforto. Três participantes citaram banheiro entre os aspectos mais marcantes do quarto de internação. Assim como três participantes incluíram o banheiro como sugestão para melhoria da qualidade do ambiente de internação.

Entre os elementos marcantes do quarto de internação, dois participantes salientaram o fato de o banheiro ser amplo, como um participante citou “banheiro amplo e com porta larga e sem degrau no Box” (mulher, 25 anos), evidenciando sua satisfação quanto a aspectos do desenho universal.

Com relação aos aspectos que contribuíram para a sensação de conforto, um paciente deixou claro que o banheiro espaçoso foi um elemento contribuinte e outro ressaltou a questão da acessibilidade como um fator positivo na sensação de conforto. Os outros três participantes apenas citaram o termo “banheiro”, sem maiores detalhes.

Já se referindo a sugestões de melhoria de qualidade no ambiente, dois participantes ressaltaram a possibilidade de amplitude do banheiro e um participante sugeriu uma maior acessibilidade do mesmo.

M. HUMANIZAÇÃO

A categoria humanização, presente indiretamente em diversas respostas, obteve uma maior explicitação na questão que pede sugestões para a melhoria da qualidade do ambiente de internação. Mesmo não sendo um conceito muito difundido para o público em geral, foi bastante interessante perceber que os pacientes realmente carecem de aspectos da humanização de ambientes nas unidades de internação.

Um participante deixou a sua sugestão para a melhoria do ambiente, da seguinte maneira: “Elementos decorativos confortáveis e do tipo caseiros minimizam a sensação de “quarto hospitalar” e sugerem um ambiente mais harmônico. Percebo que existe somente na ala infantil, um ambiente temático para as crianças, mas por que não fazer para adultos também?” (mulher, 23 anos). Destaca-se também a seguinte resposta “Talvez se o quarto pudesse ganhar mais personalidade de acordo com o tempo que o paciente passa nele. O ambiente é muito frio, você só pensa em ir pra casa depois de um tempo” (mulher, 28 anos).

Preocupações com a impessoalidade e com a institucionalização do ambiente ficaram claras ao ser sugerido a necessidade de “humanizar o quarto com pequenos elementos pra ficar menos impessoal” (mulher, 25 anos), e um “aspecto menos parecidos com quarto de hospital” (homem, 29 anos) e, ainda “quartos mais acolhedores que te façam esquecer que está em um hospital” (mulher, 50 anos).

N. PRIVACIDADE

A privacidade esteve frequente entre as respostas das quatro questões contidas no questionário. Três participantes responderam que a privacidade estava entre os aspectos mais marcantes do quarto de internação, dois incluíram a privacidade mantida entre os elementos que contribuíram para a sensação de conforto, entretanto, dois participantes incluíram a privacidade como elemento que contribuiu para o desconforto e dois participantes citaram a privacidade entre as sugestões para uma melhor qualidade do ambiente do quarto de internação.

Na questão em que se pedem os elementos mais marcantes do ambiente quarto de internação, um paciente ressaltou a preservação da privacidade como elemento marcante, contraditoriamente, outro

participante salientou que a falta de privacidade em sua unidade esteve entre os elementos mais marcantes de sua experiência.

No que se refere à sensação de desconforto, dois pacientes salientaram a questão da localização da porta do quarto como um fator contribuinte para a sensação de desconforto e citaram que “da porta podia ver um doente em estado terminal” (homem, 13 anos) o fato da “porta direta para o corredor - falta de privacidade” (mulher, 27 anos), essas duas afirmações também remonta a uma questão atitudinal, pois para garantir a privacidade do paciente, o ideal seria manter a porta fechada.

Entre as sugestões para a melhoria do ambiente de internação, no que concerne a privacidade, dois participantes sugeriram a separação de leitos em quartos compartilhados, como citou um deles: “também acredito que as camas poderiam ser separadas por cortinas para garantir uma maior privacidade” (mulher, 20 anos).

O. CONFORTO OLFATIVO

O conforto olfativo foi um elemento citado por três participantes entre os aspectos mais marcantes no quarto de internação. Também apareceu em três respostas dos elementos que contribuíram para a

sensação de desconforto. Destacam-se dois trechos de respostas na questão dos aspectos que contribuíram para o desconforto, um participante indicou que “o cheiro da roupa de cama era forte” (homem, 15 anos), já outro participante apontou que “o cheiro de hospital e a imagem de lugar asséptico” (homem, 23 anos) contribuíram para o desconforto durante a internação.

P. CONFORTO ACÚSTICO

O termo ruído foi citado nas respostas de três questões, só não sendo incluído entre os elementos que contribuíram para o conforto. Está em apenas uma das respostas do aspecto mais marcante do quarto de internação, porém foi citado três vezes entre os elementos que contribuíram para sensação de desconforto e duas vezes entre sugestões de melhorias da qualidade do ambiente de internação.

Um participante apresentou a seguinte sentença, referindo-se ao que mais marcou a sua experiência no ambiente de internação: “a campainha da enfermagem ao lado do leito que só desligava manualmente com o crachá funcional da enfermagem” (mulher, 25 anos).

Os entrevistados citaram algumas fontes de ruídos que contribuíram para a sensação de desconforto como, por exemplo, o fato do quarto

estar “perto do elevador que fazia barulho quando chegava ao andar” (mulher, 19 anos) ou “o ruído do ar condicionado” (mulher, 83 anos) e, ainda, “o barulho de conversas entre os profissionais no posto de enfermagem que era próximo ao quarto” (mulher, 15 anos).

No âmbito do conforto acústico, entre as melhorias sugeridas, encontra-se a seguinte menção: “paredes que não deixem o som passar (fiquei ao lado de onde ficavam as enfermeiras e a cada vez que um paciente acionava o alarme para chamar uma enfermeira, o barulho era insuportável de tão alto)” (mulher, 19 anos).

ESCALA DE LIKERT

Para que a escala de Likert fosse aplicada no questionário, necessitou-se, primeiramente, desenvolver afirmações que pudessem contribuir com a pesquisa, isto é, que relacionassem aspectos do quarto de internação com conforto, bem-estar e humanização. Buscou-se utilizar um vocabulário informal, pois foi um questionário aberto ao público em geral. No total, foram desenvolvidas doze declarações relativas ao quarto de internação.

Os participantes foram convidados a especificar o nível de concordância com cada enunciado. Só era possível marcar um item por

afirmação e a escala de atitude variava entre “concordo”, “concordo parcialmente”, “discordo”, “discordo parcialmente” e “não sei dizer”. A escala de Likert foi respondida por um total de 58 indivíduos.

Para uma melhor análise dos resultados, foi realizada uma abordagem quantitativa para estabelecer o Ranking Médio (RM) para o questionário que utilizou escala tipo Likert de quatro pontos para mensurar o grau de concordância dos sujeitos que responderam os questionários. Realizou-se a verificação quanto à concordância ou discordância das questões avaliadas, através da obtenção do RM da pontuação atribuída às respostas, relacionando à frequência das respostas dos respondentes que fizeram tal atribuição. Até 1,5 pontos, os aspectos foram considerados fortemente percebidos como relacionados com conforto e bem-estar, entre 1,51 e 2,50 estão os aspectos mediantemente percebidos e acima de 2,50 são os aspectos que fracamente foram percebidos. No quadro 04 é possível observar o resultado geral, com a média de escore por item. Os cálculos realizados para que se chegasse ao corte e a média por item foram incluídos em “Anexos”.

Através do resultado foi possível realizar uma avaliação entre os itens preconizados que mais coincidem e os que menos coincidem com a percepção do usuário. Em uma análise geral é possível observar que

nenhum dos aspectos abordados obteve mais que 2,50 pontos, ou seja, todas as afirmações foram percebidas como relacionadas ao conforto e bem-estar do paciente.

De acordo com os resultados, os itens que ficaram entre 1,12 a 1,36 pontos sugerem serem itens imprescindíveis ao conforto. Os itens incluem aspectos que envolvem a janela, a autonomia do paciente, as cores do espaço, a dimensão do ambiente, a privacidade do enfermo, o controle das condicionantes ambientais, o contato com vegetação e com o ambiente externo.

Os itens que receberam entre 1,81 e 1,93 pontos sugerem serem itens necessários para a promoção do conforto e, incluem a necessidade de um espaço específico para as visitas e um maior cuidado com questões atitudinais que possam gerar distúrbios ao paciente.

Entre 2,00 e 2,43 pontos os itens indicam aspectos desejáveis, ou seja, agregam valor, estes itens incluem elementos que envolvem o conforto do acompanhante, o desconforto do ruído e a falta de respeito da equipe com o paciente.

QUADRO 04. Média de escore por Item em Ordem de Relevância

ITEMS	ESCORE
Ter uma janela grande e poder ver o dia lá fora melhora muito o astral do paciente.	1.12
Poder realizar tarefas como levantar, sentar na cadeira, ir ao banheiro, tomar banho, com autonomia e segurança é importante para o bem-estar do paciente.	1.17
Às vezes a gente precisa ou quer caminhar, mas no quarto não há espaço. Fora há um corredor estreito e sem nenhum atrativo. Um jardim para ser usado pelos internos seria ótimo.	1.21
Quando a gente está acamado e o pessoal que passa no corredor fica olhando para dentro, invadindo a nossa privacidade... é muito chato.	1.22
Às vezes o ar estava muito frio, ou a luz muito forte. Seria fundamental o paciente poder controlar estas coisas.	1.26
Porque os quartos não tem uma varandinha? Seria muito bom poder botar uma cadeira, tomar um pouco de sol e de ar, ou simplesmente olhar a paisagem.	1.34
As paredes precisam ter cor e atrativos que elevem o astral do paciente.	1.36
Seria ótimo se houvesse um espaço fora do quarto, de uso comum, em que o paciente pudesse sentar com mais conforto com suas visitas.	1.81
A hora que eu pegava no sono a enfermeira entrava no quarto sem a menor consideração, acendendo a luz, fazendo barulho, como se o meu conforto não fosse importante.	1.93
Receber visita em um espaço tão pequeno, estando acamado, pode ser um pouco constrangedor.	2.00
O barulho do pessoal que passa com os carrinhos de limpeza e de alimentação incomoda bastante, quando você está internado.	2.21
A qualquer hora a equipe fazia um alvoroço desnecessário no box da enfermagem e nos corredores, perturbando o sossego dos pacientes.	2.43

Legenda: ● Aspectos Fortemente Percebidos | ● Aspectos Mediamente Percebidos

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos durante a pesquisa através do questionário online, juntamente com uma revisão bibliográfica a respeito do tema abordado, algumas tendências ou princípios que envolvem o conforto no ambiente de internação hospitalar foram confirmados. Neste capítulo, alguns desses aspectos encontrados no decorrer da pesquisa são expostos em forma de recomendações projetuais que possam de alguma forma contribuir com a qualidade do ambiente do quarto de internação.

QUEBRA DA MONOCROMIA DO AMBIENTE

A cor foi um aspecto considerado imprescindível no projeto da unidade de internação. Ressalta-se o fato de que a cor e a iluminação são aspectos ambientais intimamente relacionados, tanto que a intensidade de luz afeta o resultado da cor percebida. As cores podem ser associadas a diferentes sensações que variam muito, tanto a noite quanto durante o dia. Como resultado, as escolhas projetuais envolvendo cores e luzes do ambiente podem influenciar psicologicamente, fazendo, por exemplo, com que uma pessoa saudável pareça doente ou um indivíduo doente pareça estar saudável (DILANI, 2003).

Pela capacidade de demonstrar com maior facilidade qualquer tipo de sujeira, por muitos anos a cor branca predominou nos setores de internação. Porém, além de seu aspecto institucional, neutro e monótono, a cor branca possui a característica de ser altamente refletora, gerando, em muitos casos, ofuscamento. Desse modo, recomenda-se que cores frias sejam adotadas nos quartos, tons pastéis induzem a tranquilidade e relaxamento no ser humano e são ideais para esses ambientes. Todavia, a quebra da monocromia é um aspecto bastante interessante e pode ser realizada através da aplicação de cores quentes em pontos estratégicos, trazendo estímulos importantes para a recuperação do paciente.

A escolha das cores deve ser realizada de forma cuidadosa, baseada nos estudos científicos que indicam o efeito psicológico nos usuários. “A cor é um elixir; ela pode estimular, acalmar, animar e adicionar impacto dramático para um espaço” (MALKIN, 2008, p. 72, tradução nossa). A cor é um elemento essencial da estimulação visual e possui a capacidade de causar efeitos psicológicos e fisiológicos no ser humano (DILANI, 2003). Ademais, as cores possuem propriedades curativas que são utilizadas desde a era egípcia (FERRER, 2012). A cromoterapia, ou terapia das cores, é a aplicação mais relevante dessa

propriedade, trata-se de um tratamento que consiste na utilização de cores para curar doenças e restaurar o equilíbrio físico e emocional do paciente.

“Por ser uma característica da luz, a cor também é energia. As cores são capazes de afetar o humor e de alterar os níveis de conforto. Há quem afirme que elas têm o poder de curar várias enfermidades, desde enxaquecas e alergias até distúrbios de pele e problemas de memória” (KEELER; BURKE, p.102, 2010).

Cores quentes, especialmente quando acompanhadas de níveis altos de iluminação, encorajam a realização de atividades, enquanto cores frias promovem um comportamento mais passivo (DILANI, 2003). O quadro 05 a seguir demonstra alguns exemplos de como as cores podem influenciar as pessoas e os ambientes. As informações inseridas no quadro foram parcialmente retiradas do livro “Manual Prático de Arquitetura Hospitalar” (2011) de autoria do arquiteto Ronald Góes.

QUADRO 05. Cores e suas influencias

CORES QUENTES	VERMELHO	Cor associada à corrente sanguínea e ao desempenho físico. Acelera o batimento cardíaco, pressão arterial e respiração. Pode estimular a agressividade.
	AMARELO	Cor antidepressiva. Estimula a concentração e a criatividade e tem forte influência sobre o aparelho digestivo.
	LARANJA	Cor da alegria e da jovialidade. Abre o apetite e aumenta a produção de leite materno na gestação.
	PRETO	Devido ao efeito isolante, evita os efeitos maléficos ou benéficos das cores presentes em um determinado ambiente.
CORES FRIAS	VERDE	Cor do equilíbrio. Acalma, porém se usada em excesso causa depressão. É cicatrizante e ajuda no tratamento de hipertensão.
	AZUL	Cor calmante. Estimula o sistema nervoso parassimpático. É largamente utilizada em terapias de distúrbios psíquicos e agitações. Seu uso em excesso pode também levar a depressão.

ÍNDIGO	Mistura azul e vermelho. É a cor do <i>brainstorming</i> : estimula a atividade cerebral, a criatividade e a imaginação.
VIOLETA	Cor da transmutação, da mudança. É bactericida e antisséptica além de estimular a atividade cerebral.
LILÁS	Possui propriedades sedativas e ajuda a pessoa a relaxar. Cor muito utilizada em ambientes de CTI e UTI.
BRANCO	Cor neutra, soma de todas as cores. É um caminho aberto às radiações. Quem usa branco, fica mais exposto à ação de todas as cores.

As cores também possuem a capacidade de influenciar na percepção das proporções do ambiente, podendo modificar e qualificar o espaço e, ao serem utilizadas com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras que contribuem no processo de produção de saúde. A cor é vital na configuração de objetos em relação aos planos de fundo. O contraste, o brilho e a saturação, colaboram com o olho humano para a definição de formas e bordas. Esta característica é importante na

criação de ambientes para indivíduos com problemas na visão. Por este motivo, residências assistidas e outras instalações geriátricas exigem atenção especial a esse fenômeno. Grande parte dos idosos possuem problemas visuais, muitas vezes relacionados à distinção das cores (DILANI, 2003). Nos últimos anos, no entanto, arquitetos e designers têm utilizado cores e texturas nos serviços de saúde e usado técnicas de iluminação inovadoras para destacar as características.

INTEGRAÇÃO COM VEGETAÇÃO E OBRAS DE ARTE

Biofilia¹⁵ é um conceito que está se tornando muito comum para arquitetos e urbanistas, seu termo é utilizado para descrever a extensão para a qual os seres humanos necessitam de uma conexão com a natureza e com outras formas de vida. O conceito de biofilia aplicado a ambientes de saúde está sendo cada vez mais discutido. Existem muitas evidências dos benefícios emocionais e psicológicos do contato com a natureza para o ser humano. Pesquisas comprovam a sua capacidade de reduzir o estresse, ajudar na recuperação de certas doenças, melhorar as habilidades cognitivas e de desempenho acadêmico, auxiliar e moderar os efeitos do transtorno do déficit de atenção, hiperatividade, autismo e

¹⁵ Termo popularizado pelo entomologista e biólogo americano Edward Osborne Wilson (1929), em seu livro publicado pela Harvard University Press em 1984.

outras doenças infantis. Assim como a presença de luz do dia em edifícios. Obter contato com elementos naturais aprimora a experiência do paciente e pode ser visto como um método utilizado para tranquilizá-lo e até distraí-lo em certas situações. Existem diversas oportunidades de possibilitar que o paciente esteja em contato com a natureza, tanto de forma real quanto artificial, dentro do quarto de internação. “Acesso a espaços verdes deveria ser considerado como uma questão-chave em todos os planejamentos e estabelecimentos de cuidados de saúde” (MIND, 2007, p.3, tradução nossa).

O benefício do contato com a natureza para pacientes internados foi o objetivo principal de uma pesquisa realizada por Dr. Roger Ulrich. Em seu artigo *“View through a window may Influence Recovery from surgery”* (1984) o pesquisador sugere que o contato com a natureza, mesmo em uma área interna, pode trazer benefícios à saúde. Sua pesquisa foi baseada em um exame de pacientes recém-operados em um hospital da Pensilvânia. Neste hospital os pacientes possuem duas opções de quartos de internação distintos, ambos com janelas para o exterior. O que diferencia um quarto do outro é a visão através da abertura. Um dos quartos possui vista para uma parede de tijolos marrons e o outro possui vista para um pequeno grupo de árvores com folhas caducas. Entre os

anos de 1972 a 1981, os pacientes foram analisados por enfermeiros e classificados em termos de tempo total de internação, melhora gradual, entre outros aspectos. Os resultados foram comparados de acordo com seus respectivos quartos. No fim da pesquisa, foi constatado que a vista para o exterior pode ser muito importante para os pacientes com horários invariáveis e que passam muito tempo no mesmo ambiente. A conclusão da pesquisa comprovou os efeitos benéficos dos quartos com vista para a vegetação para os pacientes internados.

“Resumindo, em comparação aos pacientes com vista para a parede de tijolos, os pacientes com a vista para a árvore tinham um período hospitalização pós-operatório mais curto, possuíam menos comentários negativos avaliados pelos enfermeiros, levaram menos doses moderadas e fortes de analgésicos e tiveram resultados ligeiramente mais baixos no que diz respeito às complicações pós-cirúrgicas” (ULRICH, 1984, p.421, tradução nossa).

Ainda em sua conclusão, o Dr. Ulrich fala sobre a necessidade de um maior cuidado ao lidar com arquitetura hospitalar: “Os resultados sugerem que no projeto arquitetônico hospitalar, decisões de implantação devem levar em conta a qualidade das vistas das janelas dos

quartos dos pacientes." (ULRICH, 1984, p.421, tradução nossa). Sendo assim, alguns hospitais já possuem pátios que contam com a presença de fontes e lagos para onde os quartos de internação possam ter acesso visual. A presença efetiva de vegetação dentro do quarto de internação não é adequada, pois envolve questões de assepsia do ambiente. Desta maneira, o contato deve ocorrer de forma indireta, seja através de aberturas e varandas ou por meios artificiais.

Em casos onde não exista a possibilidade desse contato com a natureza exterior é possível que outros métodos sejam adaptados, como por exemplo, a utilização de imagens realísticas tanto no teto quanto nas paredes, ou até a utilização de equipamentos de televisores com tela plana que mostrem programas como o *Continuous Ambient Relaxation Environment* (CARE) que exibe 60 horas contínuas de imagens de natureza, sem repetição, acompanhados com músicas baseadas em pesquisas especializadas em acalmar o ouvinte. A figura 27 representa um protótipo de quarto de internação desenvolvido pela *Clemson University* onde nove monitores digitais combinados formam imagens de natureza e funcionam como uma janela virtual que pode ser controlada pelos usuários da unidade.

FIGURA 27. Protótipo de Quarto de Internação com Representação de Natureza, 2008



Fonte: VERDERBER, 2010, p.62

O contato com obras de arte também é importante, o Hospital Universitário de Michigan possui um programa conhecido como *healing arts* que baseia a sua produção através de estudos universitários que comprovam os benefícios da arte para os enfermos. Segundos pesquisas os pacientes expostos a obras de arte são mais calmos, apresentam uma pressão sanguínea mais baixa, solicitam menos analgésicos e se recuperam em um menor período de tempo. Mais uma vez o elemento natural está presente, pois a grande preferência entre os pacientes é por quadros figurativos que representem animais, águas e montanhas.

Segundo Malkin (2008) teorias evolutivas indicam que imagens artísticas de natureza são as mais bem sucedidas em aliviar o estresse. As composições que possuem uma profundidade de perspectiva e um elemento de mistério são especialmente eficazes.

ILUMINAÇÃO ADEQUADA

De acordo com Malkin (2008), “Iluminação – tanto natural quanto artificial – é o componente mais importante de um ambiente interno”. Atualmente a questão de iluminação do quarto de internação segue padrões estabelecidos pelas normas, o que resulta em uma ambientação predominantemente institucional. No entanto, é de fundamental importância o conhecimento dos benefícios fisiológicos e psicológicos da iluminação sobre o ser humano, além da contribuição desse aspecto físico com a qualidade ambiental. Para que a iluminação, tanto natural quanto artificial, seja adequada é importante que as necessidades e características dos usuários sejam reconhecidas.

No caso do quarto de internação a iluminação tem como finalidade amenizar os efeitos negativos do tratamento para o enfermo, criando um ambiente aconchegante e agradável, além de colaborar com a saúde mental e psicológica dos funcionários, favorecendo a

potencialização de sua produtividade e atendimento ao paciente. Destaca-se o fato de que o paciente internado mantém-se no leito pela maior parte do tempo, sua mobilidade dentro da unidade é reduzida. Por esta razão, o conforto lumínico deste ambiente deve favorecer o repouso dos pacientes.

Deve-se destacar que as condições de iluminação influenciam na percepção, bem-estar e satisfação dos usuários, assim como em sua saúde. Estudos comprovam que a luz age sobre a produção de cortisol, serotonina e melatonina no corpo humano, ou seja, três importantes hormônios que afetam diretamente o relógio biológico e os diferentes estados de humor. Baixos níveis de serotonina, o hormônio da luz do dia, juntamente com baixos níveis de norepinefrina, causam depressão. A lenta secreção de serotonina também pode ser responsável por distúrbios de apetite, libido e sono associados com a depressão (BOUBEKRI, 2008).

Seasonal Affective Disorder (SAD) é um distúrbio psicológico que ocorre pela diminuição da temperatura e de horas de exposição à iluminação natural, conhecido também como depressão de inverno. O distúrbio SAD ocorre em seres humanos que possuem baixa produção de melatonina, comprovando que processos psicológicos e fisiológicos estão

relacionados. A exposição a determinadas iluminâncias integra também o processo de tratamento desta doença.

Dentre as necessidades biológicas a que a iluminação se refere, deve-se destacar a importância da orientação com relação ao tempo para o ser humano, ou seja, o ciclo circadiano. Esta necessidade está relacionada à quantidade de luz recebida pelos olhos, principalmente através das variações da iluminação natural. O ciclo circadiano relaciona-se também com o funcionamento adequado do organismo humano e as suas diferentes atividades. Em momentos de descanso e relaxamento, baixos níveis de iluminância são requeridos, diferentemente dos períodos de trabalho e concentração. Boubekri (2008) ressalta essa importância, citando que:

“Como resultado, os edifícios devem ser projetados para admitir os níveis de luz que nos permitam manter um ritmo circadiano bem equilibrado. Altos níveis de luz natural aprimoram a secreção de serotonina e nos mantém alerta. Além da vitamina D, um ritmo circadiano bem equilibrado que inclui quantidades adequadas de serotonina durante o dia e melatonina à noite, parece impulsionar o nosso sistema imunológico e doenças, incluindo câncer, diabetes e esclerose múltipla. Por passarmos a maior parte de nossas vidas em ambientes

fechados os edifícios devem ser considerados como locais de cura, além de seu tradicional papel como abrigo” (BOUBEKRI, 2008, p.128, tradução nossa).

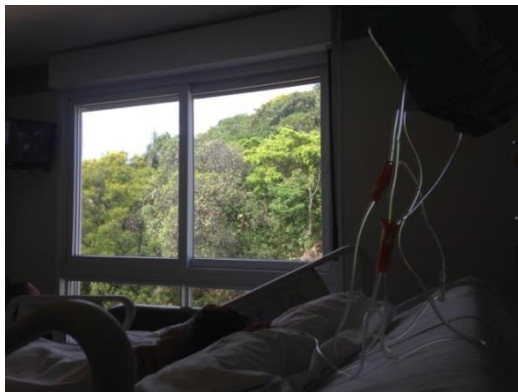
Além das necessidades biológicas, a iluminação também pode ser utilizada como uma ferramenta para a recuperação de algumas doenças. A exposição à iluminação natural ou a lâmpadas de espectro total cuja radiação próxima a ultravioleta, ajuda a prevenir o raquitismo, pois favorece a absorção de cálcio. Esse mesmo método pode ser realizado no tratamento de outras doenças em recém-nascidos. A radiação ultravioleta também possui um efeito bactericida, sendo capaz de esterilizar o ar e eliminar certos tipos de vírus e bactérias. A exposição à radiação solar direta favorece a produção de vitamina D e fortalece o sistema imunológico. No livro *“Daylighting, Architecture and Health”* (2008), o arquiteto Mohamed Boubekri analisa diversas doenças que podem ser prevenidas e tratadas através da exposição à luz solar.

Devido aos seus inúmeros atributos positivos, a luz natural é um dos melhores agentes antidepressivos disponíveis, sendo mais eficiente do que a luz artificial. É quase impossível iluminar um edifício com luz a níveis de 2500 lux ou mesmo 10 000 lux, que combatem a depressão. Já esses níveis podem ser alcançados através da iluminação natural, em um

dia de sol a iluminância exterior pode ser de 10 000 lux ou mais e em um dia nublado pode atingir até 20 000 lux (BOUBEKRI, 2008).

Pesquisas indicam que pacientes em quartos de internação que recebem maior quantidade de luz natural são menos depressivos e possuem estadias reduzidas. Funcionários que também são expostos à luz natural apresentam menos sintomas de fadiga e são mais condicionados a direcionar a sua atenção (TENNESSEN; CIMPRICH, 1995 apud MALKIN, 2008). A luz afeta o ser humano psicologicamente e fisiologicamente. Desse modo, destaca-se a importância do sistema de iluminação para os usuários de um ambiente.

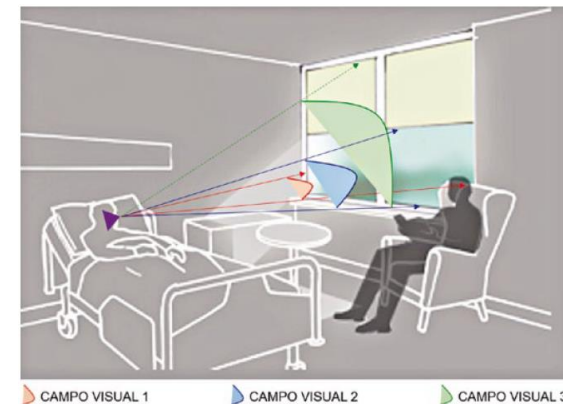
FIGURA 28. Quarto de Internação com vista para Natureza, 2015



Fonte: Arquivo Pessoal

A figura 28 refere-se a uma fotografia retirada em um momento onde apenas a luz natural realizava a iluminação do quarto de internação. Ressalta-se a importância da análise do campo visual do paciente acamado (figura 29).

FIGURA 29. Percepções de campos visuais para o ambiente exterior

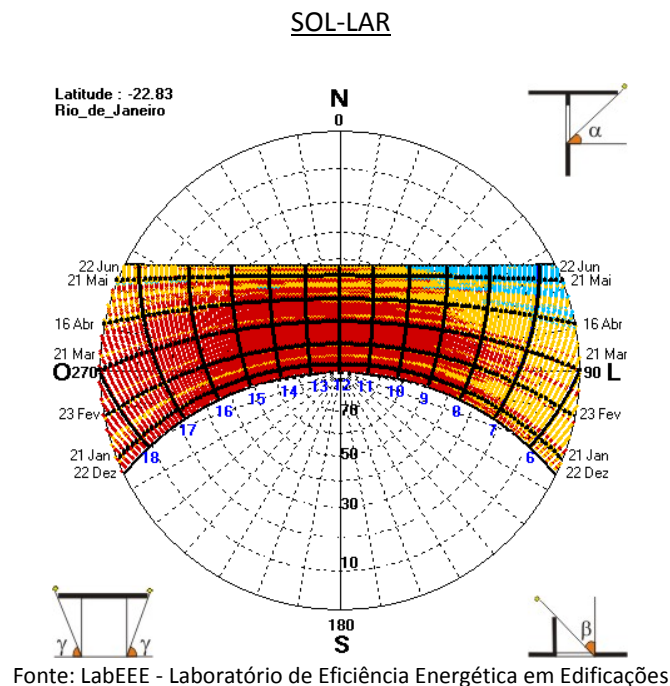


Fonte: BITENCOURT, 2013 apud BRASIL, 2014.

Técnicas de iluminação natural devem ser adotadas ainda durante o período de implantação da edificação e mais adiante devem levar em consideração as aberturas e barreiras. A forma com que a luz natural entrará no cômodo deve ser analisada, assim como seus efeitos térmicos no ambiente. Sistemas de proteção para a luz direta e ofuscamento devem ser adotadas, tanto internamente quanto

externamente, sempre que forem necessárias. O estudo do percurso aparente do sol e os ângulos de incidência são essenciais para o projeto de implantação (FERRER, 2012).

FIGURA 30. Exemplo de carta solar obtida através do software Analysis



A carta solar é um método bastante utilizado por profissionais da construção para a definição de sombreamento do edifício durante o ano,

assim como suas temperaturas médias. Através dessa técnica é possível ter uma ideia da barreira de proteção mais adequada ao projeto. A Universidade Federal de Santa Catarina desenvolveu um programa gráfico que permite a obtenção da carta solar através da latitude especificada. A figura 30 representa um exemplo de carta solar obtida através do seguinte programa gráfico denominado SOL-LAR.

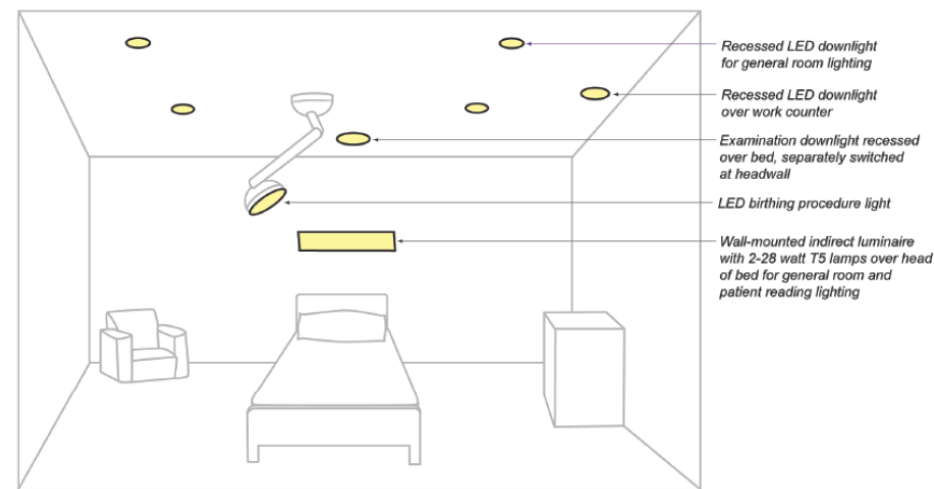
A luz artificial é um elemento quase inevitável da expressividade dos ambientes (SCHMID, 2005). No livro Manual da Arquitetura das Internações Hospitalares, o autor Mario Ferrer elaborou uma lista de recomendações dos tipos de iluminação necessários para o ambiente do quarto de internação:

- Iluminação geral instalada de forma a não perturbar o paciente deitado, de preferência indireta e com o controle de intensidade. Esta iluminação deve ser a mais próxima possível da luz do dia. Deverá ser entre 100 a 200 lux de forma a permitir trabalhos médicos;
- Iluminação de vigília, de 5 a 15 lux, embutida na parede a 50 cm do piso, sendo que pelo menos uma luminária de vigília tenha interruptor na entrada do quarto e uma iluminação de vigília ao lado da porta do banheiro;

Iluminação de leitura para cada paciente sobre a cabeceira. Recomenda-se 300 lux na parte superior sobre a largura total da cama; Iluminação de exames de 300 a 1000 lux que pode ser obtida por meio de aparelho ligado à tomada do leito e não fazer sombra ou modificar o tom natural da pele do paciente.

O autor também recomenda que as luzes possuam tecnologia LED e ressalta que as lâmpadas fluorescentes devem ser do tipo luz do dia ou branca fria, para que as cores não sejam deturpadas.

FIGURA 31. Perspectiva de projeto de iluminação em quarto de internação



Labor, Deliver, and Recovery (LDR) Lighting Plan

Fonte: Advanced Energy Savings toward a Zero Energy Building.

DIMINUIÇÃO DOS NÍVEIS DE RUÍDO

Apesar de não ter sido um aspecto ambiental muito relevante entre as respostas dos pacientes abordados na pesquisa, a acústica é um aspecto ambiental que deve ser levado em consideração no projeto do quarto de internação. Quartos de internação em hospitais, em geral,

possuem condições ruidosas. O paciente, protagonista da unidade, encontra-se em um estado frágil e, conseqüentemente, está mais suscetível a influências externas, portanto o cuidado com o a acústica é de extrema importância. Por maior complexidade que possa ser exigida, é necessário que as recomendações estabelecidas pelas normas técnicas de níveis de ruídos sejam adotadas.

A acústica constitui-se no aspecto físico que, segundo Schmid (2005) é provavelmente o de maior complexidade do ambiente construído. No que diz respeito ao setor de internação, o conforto acústico é de extrema importância, pois servirá de suporte para transmitir a sensação de segurança, privacidade, bem-estar e cura dos usuários. Para que os níveis de conforto acústico ideais sejam alcançados é necessário que haja um controle maior dos ruídos que afetam os indivíduos dentro dos ambientes de saúde.

Em termos físicos, não existe diferença entre som e ruído. A definição de ruído varia de acordo com o contexto. O ruído pode ser caracterizado pelo sinal acústico indesejado e/ou inoportuno, um som cujas frequências diferem entre si e que possui a capacidade de provocar danos no sistema auditivo. Em muitos casos o ruído é a fonte permanente de estresse físico e emocional dos funcionários, o que também favorece a

ocorrência de acidentes, podendo interferir na qualidade dos diagnósticos. Além de afetar os próprios pacientes, aumentando a percepção de dor, gerando confusão, desorientação, contribuindo para a depredação do sono, sensação de insegurança e falta de privacidade (SCHWITZER et al., 2004).

“Os ruídos estão sempre presentes em áreas tanto públicas como privadas da sociedade contemporânea e, cada vez mais, são vistos como uma grande preocupação em termos de saúde pública” (KEELER; BURKE, 2009, p.97).

A norma NBR 10152/87 que estabelece níveis de ruído para conforto acústico, apresenta uma tabela de recomendação de conforto acústico em ambientes hospitalares. A ABNT recomenda que os quartos de internação devam possuir níveis de ruídos para o conforto entre 30-40dB(A) e níveis aceitáveis entre 35-45dB(A). Como parâmetro mundial é possível basear-se nas diretrizes geradas pela Organização Mundial da Saúde para quartos de internação que estabelece o valor médio de ruído de fundo contínuo de 35dB(A) durante o dia e de 30dB(A) durante a noite, com picos que não ultrapassem 40dB(A) no período noturno (JOSEPH; ULRICH, 2007). É importante ressaltar que mesmo estando dentro dos padrões estabelecidos pelas normas, o ruído ainda pode gerar

desconfortos e problemas de saúde para os indivíduos. A qualidade do ambiente interno é um ponto crucial para o processo de cura do paciente, sua percepção pode abalar o psíquico dos usuários em geral.

Altos níveis de ruído aumentam a percepção de dor do paciente, resultando em uma maior necessidade de medicamentos e certos antibióticos. No paciente idoso, a oscilação de ruído é uma significativa fonte de distúrbios do sono e podem causar confusão e desorientação (DILANI, 2003).

Muitos hospitais estão localizados em áreas expostas a fontes de ruídos externos – ou seja, próximos a grandes avenidas, aeroportos, centros urbanos, entre outros - essa proximidade afeta o edifício como um todo, podendo, conseqüentemente, afetar também os quartos de internação. Em alguns casos as próprias aberturas dos quartos trazem ruídos provindos do exterior.

O ambiente interno do próprio quarto de internação abriga fontes de ruído constantes, através de equipamentos tecnológicos e componentes situacionais que variam dependendo do tratamento necessário. O comportamento da própria equipe médica, funcionários e visitas podem ser fontes de sons indesejados, como por exemplo, através

de conversas paralelas e uso de aparelhos celulares. De acordo com Malkin (2008) medições realizadas em unidades de internação concluíram que as interações humanas são as fontes de ruído mais frequentes nesses ambientes. Os quartos nem sempre são individuais e além da presença da equipe de cuidados e de visitas particulares, ainda pode contar com outros leitos que compartilham o mesmo ambiente, muitas vezes separados apenas por uma cortina, o que desfavorece o conforto acústico no local e não garante a privacidade de cada paciente.

Em muitos casos a própria arquitetura do ambiente influencia nas condições de acústica da unidade. Quando, por exemplo, as internações estão localizadas próximas a outras unidades funcionais ruidosas, problema que deveria ser evitado ainda na concepção do projeto hospitalar. Assim como a configuração do espaço interno, seu mobiliário e a escolha de materiais construtivos, também podem colaborar para uma maior reverberação do som.

Recomenda-se que as questões relacionadas à acústica sejam resolvidas ainda no período da concepção do projeto hospitalar. Adaptações e reformas podem exigir soluções complexas e dispendiosas. O terreno é o primeiro aspecto que deve ser levado em consideração na concepção do projeto hospitalar. Em muitos casos a própria localização

do edifício gera um forte impacto sobre a acústica nos serviços de saúde, fontes de ruído externo podem afetar significativamente os níveis de ruído no interior. É importante levar em consideração todas as fontes de ruído externo, tanto as existentes quanto futuras, como por exemplo, rodovias e aeroportos. Para que essa avaliação seja coerente é necessário que sejam realizadas medições no terreno, ainda na fase de concepção do projeto, desse modo alguns ruídos poderão ser mascarados no desenvolvimento do projeto. É aconselhado que o ruído externo mantenha-se a uma média de 50dB(A), para que esse nível de ruído seja alcançado existem métodos, como o de barreira acústica, que podem estabelecer menores níveis de ruído.

A setorização é uma etapa de grande importância para o projeto arquitetônico, afinal, é o estudo da forma de englobar setores afins que necessitam de aproximação ou afastamento. Essa etapa exige uma cuidadosa análise de cada ambiente e deve levar a acústica em consideração para que uma unidade não transmita ruídos sonoros para outras. O autor Mario Ferrer (2012), indica algumas recomendações de setorização dos quartos de internação quanto à transmissão de ruídos de diferentes unidades funcionais:

“Os ambientes destinados à internação de pacientes não devem ter aberturas para locais geradores de ruídos tais como: Nutrição e dietética; Lavanderia; Sala para grupo gerador; Compartimento para equipamentos de ar comprimido; Equipamentos de ar condicionado e torres de arrefecimento; Pátio de serviço; Oficinas” (Ferrer, 2012, p.192).

Algumas unidades funcionais possuem elevados níveis de ruído, como as centrais de compreensão de ar e geração de vácuo, as oficinas de manutenção, as marcenarias, as centrais de geração de energia elétrica auxiliar e as lavanderias. Ruídos de menor intensidade, porém ainda incômodos, podem ocorrer em ambientes próximos a elevadores e nas unidades de tratamento intensivo, por conta dos aparelhos, e no centro de processamento de dados, devidos às impressoras matriciais (FERRER, 2012).

Outro aspecto do projeto hospitalar que pode contribuir de maneira significativa no conforto acústico é a configuração do layout do quarto, tanto a respeito da localização e escolha do mobiliário quanto na possível criação de ambientes privados para conversas entre a equipe de saúde e reuniões com os visitantes, onde prevalecesse um ambiente interno com mais opções de privacidade para seus usuários, como

também através de um estudo aprofundado a respeito da posição e dos ângulos das paredes, tetos e divisórias que possam refletir de maneira mais agradável as ondas sonoras. Schmid (2005) destaca:

“Ruídos originados na própria edificação como vozes, passos, movimentação de objetos e o funcionamento de máquinas ou sistemas podem se apresentar incômodos ou inadequados. Estes ruídos se transmitem pelo ar num mesmo recinto, através de frestas de portas e janelas ou ainda imperfeições nas divisórias entre recintos diferentes, ou através dos sólidos. No último caso se incluem os passos ouvidos através das lajes” (Schmid, 2005, p.258).

O mascaramento sonoro é uma opção viável para o controle do ruído no quarto de internação, ele ocorre na presença de dois sons com diferentes frequências onde um som supera o outro, tornando-o inaudível ou ininteligível. Essa estratégia pode ser realizada através da instalação de alto falantes no forro que emitem um som de fundo ajustável, estabelecendo um novo padrão sonoro, amenizando a perceptividade tanto de ruídos próximos quanto distantes.

A presença de músicas em ambientes de saúde é uma estratégia recomendada em certas unidades funcionais, como enfermarias e salas de espera. A música pode ser utilizada para tratar a depressão, para

alcançar as pessoas autistas, para acalmar os pacientes tensos e diminuir a ansiedade. Essa técnica é conhecida como musicoterapia e vem sendo adotada como estratégia terapêutica. A música instrumental, além de seu efeito relaxante, pode mascarar certos sons indesejados.

Em quartos de internação a musicoterapia vem sendo adotada em diversos casos que vão desde recém-nascidos prematuros a pacientes em estado terminal. No caso dos bebês prematuros, os estímulos sonoros facilitam o ritmo circadiano e respiratório, auxiliam nas respostas de reflexos motores, sinais viscerais e sensoriais (SILVA et al., 2013) Sua adoção nos quartos de internação também proporciona momentos de lazer e relaxamento para a própria equipe de cuidados que atua, resultando em ambientes e serviços de melhor qualidade.

Existe também uma gama de materiais que auxiliam na absorção acústica do ambiente de internação, porém não será possível citá-los na pesquisa, pois existe uma variedade enorme que varia de caso a caso, o que depende também da localidade geográfica do estabelecimento de saúde. A escolha de materiais que funcionem como estratégia de atenuação dos ruídos em ambientes de saúde deve ser feita levando em consideração diversos quesitos. Além da boa qualidade de absorção acústica, é importante que o material esteja dentro das exigências de

controle de higienização. Bitencourt (2014) destaca a possibilidade do revestimento no teto servir como redutor de ruído interno, citando:

“Os materiais para revestimento do teto podem ser importantes auxiliares na qualidade do conforto acústico nos ambientes de saúde. Quanto à sua instalação eles podem ser fixos ou removíveis e para cada um deles, há fatores a se considerar sob o aspecto da contribuição para redução dos ruídos. Para quaisquer das situações de criticidade do ambiente em relação à possibilidade de transmissão de doenças (crítico, semicrítico e não crítico), deve-se levar em conta a função de prevenção e controle de infecção a partir das recomendações de assepsia e limpeza” (Bitencourt, 2014, p.43).

PRIVACIDADE

No aspecto sonoro, a privacidade é afetada a partir do momento em que conversas particulares e confidenciais podem ser compartilhadas com terceiros, no caso dos quartos compartilhados e até em cômodos com pouca absorção acústica em que o som interno pode ser escutado no exterior. Situações constrangedoras que envolvem ruídos devido a dores e exames também afetam a privacidade do paciente e podem causar

aflições e estresse. Recomendações referentes à acústica do quarto já foram citadas no tópico anterior.

No que se refere ao aspecto visual da unidade de internação, é importante que haja um cuidado com a vigilância do paciente, onde o mesmo possa ser monitorado pelos profissionais da área médica sem que a sua privacidade seja comprometida, ou seja, de forma indireta. Essa privacidade visual entre a equipe de saúde e o paciente pode ser atribuída através da configuração espacial do quarto de internação.

Entretanto, a maior questão que envolve a privacidade em unidades de internação está nas vantagens e desvantagens quanto aos quartos individuais e compartilhados. O quarto individual ainda é a melhor opção para o indivíduo internado, não apenas pelo aspecto da privacidade, mas também porque envolve outros aspectos como controle de infecção e autonomia de certos aspectos do espaço. No caso de quartos compartilhados a privacidade visual de cada leito pode ser atribuída através de elementos de separação, como cortinas ou placas. Também é possível manter certa privacidade no quarto compartilhado a partir do layout do ambiente, seja através de angulação das paredes ou até dos próprios leitos.

SUPORTE SOCIAL

O aspecto social é uma questão que também deve ser levada em consideração quando tratamos do projeto arquitetônico. O suporte social é importante para o processo de recuperação do paciente e envolve aspectos citados na pesquisa por diversos pacientes. O acompanhante, por exemplo, deve ser visto como um importante aliado para a recuperação do paciente.

Durante a pesquisa a preocupação com o conforto do acompanhante foi ressaltada por diversos pacientes. Por este motivo, deve-se atentar para a criação de acomodações adequadas para os acompanhantes e espaços de socialização e acolhimento dos visitantes com a presença de um mobiliário convidativo e funcional.

AUTONOMIA DO PACIENTE E ACESSIBILIDADE

A promoção de autonomia do paciente é um aspecto muito importante na unidade de internação. O ar condicionado foi um elemento muito citado durante as respostas do questionário, a grande questão envolvendo o conforto térmico tem como foco a falta de autonomia do usuário em relação à temperatura do ambiente. A falta de autonomia também foi citada em aspectos de acessibilidade, inclusive por indivíduos

que não se encontravam com a mobilidade reduzida durante a experiência de internação.

As dimensões do mobiliário, a forma e a ergonomia são aspectos essenciais em um ambiente de internação hospitalar. Tarefas do cotidiano como ir ao banheiro, ligar e desligar a televisão, acender as luzes, abrir as cortinas, entre outros, devem ser passíveis de serem realizados pelos usuários sem grandes dificuldades. Deve-se ressaltar o fato de que pacientes acamados e sem mobilidade, também devem ser capazes de realizar suas tarefas a partir do leito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando demonstrar e ressaltar a importância da arquitetura no processo terapêutico, principalmente no que concerne a humanização dos ambientes, este trabalho teve como objetivo a investigação sobre as representações sociais de humanização e sua relação com o ambiente físico do quarto de internação hospitalar. Através dos estudos, foi possível identificar um consenso em diversos aspectos do ambiente de internação. O estudo das relações entre os elementos integrantes das representações possibilitou a percepção das possibilidades de intervenção da arquitetura apresentadas no capítulo anterior. Os estudos se colocam como recomendações para a produção de projetos que possam contribuir para uma melhor qualidade do ambiente e que estejam de acordo com as necessidades e expectativas dos usuários.

A pesquisa registra as tendências já conhecidas no que se refere à humanização do ambiente hospitalar e avança no estabelecimento de um escalonamento entre os aspectos imprescindíveis, necessários e desejáveis, em termos de prover o conforto e bem-estar ao protagonista do espaço. Diante de tudo que foi apresentado, a pesquisa demonstra a importância de um maior envolvimento dos profissionais da área da

construção, principalmente arquitetos, em todas as etapas da produção das edificações de saúde, incluindo na avaliação de seus resultados e na satisfação dos usuários.

Entre algumas interessantes evidências encontradas no decorrer da pesquisa, ressalta-se o fato de que o paciente, por mais que tenha passado por um momento crítico e de grande estresse, ainda guarda na memória aspectos do ambiente físico com bastante clareza. Aspectos arquitetônicos do quarto de internação foram citados dentre todos os depoimentos obtidos.

Conclui-se, através das análises de evocação, que a representação do quarto de internação hospitalar ainda está em processo de construção, fato este que pode estar relacionado com mudanças no modelo de cuidados. Mudanças que interferem na consolidação das representações sociais encontradas na pesquisa. O paciente não compreende de forma clara as questões que envolvem a relação entre cuidado e saúde.

Entre as ferramentas adotadas na pesquisa, o questionário eletrônico demonstrou-se uma ferramenta bastante ampla para a

captação de entrevistados. Sua praticidade e organização foram aspectos positivos que, sem dúvidas, facilitaram o desenvolvimento do trabalho. Como aspecto negativo, inclui-se a falta de controle no que concerne às respostas dadas e a limitação da quantidade de perguntas pela versão gratuita da ferramenta online.

A Teoria das Representações Sociais mostrou-se um importante instrumento para captação da realidade comum das percepções e expectativas dos pacientes em relação ao espaço de internação. Deve-se ressaltar também que o método interdisciplinar envolvendo a ciência social aplicada e a psicologia social, foi bastante interessante para o desenvolvimento da pesquisa científica.

Constata-se a impossibilidade de considerar este estudo finalizado, pois se trata de um campo complexo que ainda possui muitas possibilidades de ser explorado. Sugere-se, como uma continuidade do trabalho, a realização da pesquisa com outros usuários do ambiente de internação, incluindo a equipe de saúde e acompanhantes. Desta forma, espera-se que como contribuição a pesquisa científica seja utilizada como ferramenta complementar ao projeto e que represente um estímulo para o desenvolvimento de novas pesquisas na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10152: Níveis de Ruído para Conforto Acústico**. Rio de Janeiro, 1987.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 8995-1: Iluminação de Ambientes de Trabalho**. Rio de Janeiro, 2013.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços**. Rio de Janeiro, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Técnica: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEATLEY, T. **Biophilic Cities: Integrating Nature into Urban Design and Planning**. Washington: Island Press, 2011.

BERGAN C.; BURSZTYN I.; SANTOS M.; TURA L. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. Porto Alegre: **Revista Gaúcha Enferm.**, 2009, v.30, n.4, pp. 656-61.

BERGAN, C.; SANTOS, M.; BURSZTYN, I. **Humanização nos Espaços Hospitalares Pediátricos: A qualidade do Espaço Construído e sua Influência na Recuperação da Criança Hospitalizada**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, pp. 11-14, 2004.

BITENCOURT, F. Conforto Acústico em Ambientes de Saúde. São Paulo: **Revista IPH**, 2014, edição especial 60 anos, pp. 27-43.

BORMIO, M. F.; SILVA, J. C. P.; PACCOLA, S. A. O. **Avaliação do conforto acústico e lumínico de um quarto hospitalar**. XIII SIMPEP, Bauru, SP, Brasil, 2006.

BOUBEKRI, M. **Daylighting, Architecture and Health**. Oxford: Elsevier Ltd, 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **RDC 50**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BROSS, J. C. **Compreendendo o Edifício de Saúde**. Volume 2. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

CAVALCANTI, P. B. **A Humanização de Unidades Clínicas de Hospital-Dia: Vivência e Apropriação pelos Usuários**. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

COELHO, G. A Arquitetura e a Assistência ao Parto e Nascimento: Humanizando o Espaço. In: SANTOS, M.; BURSZTYN, I. (orgs.). **Saúde e Arquitetura: Caminhos para Humanização dos Ambientes Hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004. Cap. 3, pp. 42-57

COSTEIRA, E. M. A. O Hospital do Futuro. In: SANTOS, M.; BURSZTYN, I. (orgs.). **Saúde e Arquitetura: Caminhos para Humanização dos Ambientes Hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004. Cap. 5, pp. 76-91

COSTI, M. **A Influência da Lua e da Cor em Corredores e Salas de Espera Hospitalares.** Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

DALMASSO, G. L. **A Relação entre Espaço e Saúde:** Uma Contribuição da Arquitetura para a Humanização das Unidades de Tratamento Intensivo. 2005. 162 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

DILANI, A. **A new paradigm of design and health.** World Congress and Exhibition for Design and Health (WCDH), Suécia, 2003.

DILANI, A. **Psychosocially supportive design:** As a theory and model to promote health. World Congress and Exhibition for Design and Health (WCDH), Suécia, 2005.

FERRER, M. **Manual da Arquitetura das Internações Hospitalares.** Rio de Janeiro: Rio Books Editora, 2012.

FONTES, M. P. Z. **Imagens da Arquitetura da Saúde Mental:** Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. 2003. 219 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GÓES, R. **Manual Prático de Arquitetura Hospitalar.** 2ª edição. São Paulo: Blucher, 2011.

GÓES, R. **Manual Prático de Arquitetura para Clínicas e Laboratórios.** 2ª edição. São Paulo: Blucher, 2012.

GUELLI, A. Sistema de Avaliação de Edifícios de Saúde. São Paulo: **Revista do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da FAUUSP,** 2010, v. 17, n. 27, pp. 174-192.

HOWARD, J.; STRAUSS, A. (orgs.) **Humanizing Health Care.** Nova York: John Wiley & Sons, 1975.

JODELET, D. A Cidade e a Memória. In: DEL RIO, V., DUARTE, C. e RHEINGANTZ, P. A. (orgs.). **Projeto do Lugar:** Colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria - PROARQ, 2002. pp. 31-42.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. pp. 17-44.

JOSEPH, A.; ULRICH R. **Sound control for improved outcomes in healthcare settings.** Concord: Center for Health Design, 2007.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações Sociais e Polifasia Cognitiva:** notas sobre a pluralidade e sabedoria da Razão em Psicanálise, sua imagem e seu público. In: Almeida, Angela Maria de Oliveira, e, Zeidi Araujo, (eds.) Teoria das representações sociais - 50 anos. TechnoPolitik Editora, Rio de Janeiro, 2001, pp. 159-176.

KELEER, M., BURKE, B. **Fundamentos de Edificações Sustentáveis.** Tradução Técnica: Alexandre Salvaterra. Porto Alegre: Bookman, 2010.

KOBUS, R. L., SKAGGS, R. L.; BOBROW, M.; THOMAS, J.; PAYETTE, T. M.; KLIMENT, S. A. **Building Type Basics for Healthcare Facilities.** Nova York: John Wiley & Sons, 2000.

LUCEY, J. **In My Room: The Recovery Journey as Encountered by a Psychiatrist.** Dublin: Gill & Macmillan, 2014.

LUKIANCHUKI, M. A. **A evolução das estratégias de conforto térmico e ventilação natural na obra de João Filgueiras Lima, Lelé:** Hospitais Sarah de Salvador e do Rio de Janeiro. 2010. 320f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010.

LUKIANCHUKI, M. A.; CARAM, R. M. **Arquitetura Hospitalar e o Conforto Ambiental:** Evolução Histórica e Importância na Atualidade. São Paulo: 7o Seminário Internacional NUTAU, Espaço Sustentável Inovações em Edifícios e Cidades, 2008.

MACHADA, S.; STEEMERS, K. Environmental Control and the Creation of Well-Being. In: RASSIA, S. T.; PARDALOS, P. M. (orgs.). **Sustainable Environmental Design in Architecture: Impacts on Health.** Nova York: Springer, 2012. Cap 5, pp. 69-82.

MALKIN, J. **A Visual Reference for Evidence-Based Design.** Concord: Center for Health Design, 2008.

MASCARELLO, V. L. D. **Princípios Bioclimáticos e Princípios de Arquitetura Moderna:** Evidências no Edifício Hospitalar. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MIND. **The Green Agenda for Mental Health:** Executive Summary. Londres: Mind week report, 2007.

MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares.** São Paulo: CEDAS, 1992.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais:** Investigações em Psicologia Social. Tradução técnica: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

MUSSI, F. C. **Conforto e Lógica Hospitalar:** análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta Paul Enferm 2005; 18(1):72-81.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Nova Iorque: OMS/WHO; 1946.

PIETROBON, C. E.; SOARES, D. A. F.; SOARES, P. F. **Isolamento e Tratamento Acústicos em Ambiente Hospitalar:** um estudo de caso. Semina: Ci. Exatas/Tecnológicas, v. 16, n. 4, p. 529-535, dez. 1995.

PIMENTEL-SOUZA, F. Efeitos da Poluição Sonora no Sono e na Saúde em Geral: Ênfase Urbana. Santa Maria: **Revista Brasileira de Acústica e Vibrações**, 1992, 10, pp. 12-22.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas.** 3ª edição, São Paulo: Editora Atlas S.A., 1999.

SANT'ANNA, D. B. **Patients and passengers,** Interface. Comunicação, Saúde, Educação, v.4, n.6, 2000.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. (orgs.). **Saúde e Arquitetura:** Caminhos para Humanização dos Ambientes Hospitalares. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. **O caminho do paciente:** Conceitos e ferramentas para a avaliação de estabelecimentos de atenção a saúde. Arquitetura e Engenharia Hospitalar. Rio de Janeiro: Rio Book's, 2014, v. 1, p. 196-202.

SANTOS, V.; TURA, L.; ARRUDA, A. As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos. São Paulo: **Saúde Soc.**, 2013, v.22, n.1, pp. 138-147.

SCHIMID, A. L. **A ideia de Conforto:** Reflexões sobre o ambiente construído. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.

SCHWEITZER, M.; GILPIN, L.; FRAMPTON, S. Healing Spaces: Elements of Environmental Design that make an Impact on Health. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, Volume 10, Supplement 1, pp. S-71-S-83. New Rochelle: Mary Ann Liebert, 2004.

SILVA, C.; CAÇÃO, J.; SILVA, K.; MARQUES, C.; MEREY, L. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. São Paulo: **Rev. Paul. Pediatr.**, 2013, v. 31, n.1, pp. 30-6.

SMITH, M. **Avaliação em Musicoterapia.** In: Anais da I Jornada Paranaense de Musicoterapia, V Fórum Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Paranaense de Musicoterapia. Curitiba: Griffin Gráfica Editora Ltda., 2003.

SPANKIE, R. **Basics Interior Architecture** (Book 3). Lausanne: AVA Publishing, 2009.

TAUBE, A. P.; BARJA, P. R. **Estudo acústico de ambientes hospitalares:** Unidade de terapia intensiva (UTI). XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, Vale do Paraíba, SP, Brasil, 2008.

TOLEDO, L. C. M. Do Hospital Terapêutico ao Hospital Tecnológico: Encontros e Desencontros na Arquitetura Hospitalar. In: SANTOS, M.; BURSZTYN, I. (orgs.). **Saúde e Arquitetura:** Caminhos para Humanização dos Ambientes Hospitalares. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004. Cap. 6, pp. 92-106.

TOLEDO, L. C. M. **Feitos para Curar Arquitetura Hospitalar & Processo Projetual no Brasil.** 2002. 184 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

TURA, L. F. R.; BURSZTYN, I.; CARVALHO, D. M.; ARRUDA, A.; SILVA, A. O. Representações Sociais de Saúde Construídas por Idosos do Oeste Paraense. Rio de Janeiro: **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2011, v.14, n.3, pp. 743-752.

ULRICH, R. **Evidence Based Healthcare Design.** In: The architecture of hospitals. Rotterdam: NAI Publishers, 2006.

URLICH, R. View through a Window May Influence Recovery from Surgery. **Science Magazine**, n.224, April 27th, 1984.

VERDERBER, S. **Innovations in Hospital Architecture.** Nova York: Routledge, 2010.

QUESTIONÁRIO ONLINE (SURVEY MONKEY)

PARTE 1: Teste de associação de palavras

A seguir vamos solicitar que você responda uma questão de associação de palavras, do mesmo tipo que se faz em brincadeiras. Por exemplo: "O que lhe vem à mente quando eu digo avião?"

O mais importante neste tipo de questão é a espontaneidade da resposta.

Preparado? Então clique em continuar e responda a pergunta a seguir.



1. Escreva as quatro primeiras palavras que lhe vem à mente quando você lê **QUARTO DE HOSPITAL** (escreva as quatro palavras nessa caixa de texto)



PARTE 2: De acordo com a sua experiência de internação, responda as perguntas a seguir.

AVISO: Caso já tenham passado pela situação de internação por mais de uma vez, **relatem a última experiência ou a considerada mais marcante.**

2. Responda as seguintes perguntas:

- Em qual hospital você ficou internado?
- Qual era a sua idade durante o período de internação?
- Qual seu sexo?
- Qual foi o motivo da internação?

3. Duração total da internação

- 1 a 2 dias
- 3 a 5 dias
- Acima de 6 dias

4. Houve compartilhamento do quarto com outro paciente? Assinale a alternativa que se aplica a sua experiência.

- Não compartilhei o quarto
- Compartilhei o quarto com mais 1 paciente
- Compartilhei o quarto com mais 2 pacientes
- Compartilhei o quarto com mais 3 pacientes
- Compartilhei o quarto com 4 ou mais pacientes

1. Houve necessidade de mudança de quarto? Caso positivo, explique.
2. Tendo em vista o problema que gerou a sua internação. Que nota você atribui para o atendimento recebido?
 - Bom
 - Razoável
 - Ruim
3. Quais os aspectos você considera mais marcantes do ambiente do quarto de internação?
4. A respeito do conforto do quarto de internação:
 - Que elementos contribuíram para sentir-se confortável?
 - Que elementos contribuíram para sentir-se desconfortável?
5. Que sugestões você daria para melhorar a qualidade do ambiente do quarto de internação?

[Voltar](#) [Concluído](#)

6. A partir das afirmativas, assinale a opção de acordo com a sua opinião pessoal.

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo	Não Sei dizer
Receber visita em um espaço tão pequeno, estando acamado, pode ser um pouco constrangedor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seria ótimo se houvesse um espaço fora do quarto, de uso comum, em que o paciente pudesse sentar com mais conforto com suas visitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando a gente está acamado e o pessoal que passa no corredor fica olhando para dentro, invadindo a nossa privacidade... é muito chato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo	Não Sei dizer
A hora que eu pegava no sono a enfermeira entrava no quarto sem a menor consideração, acendendo a luz, fazendo barulho, como se o meu conforto não fosse importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A qualquer hora a equipe fazia um alvoroço desnecessário no box da enfermagem e nos corredores, perturbando o sossego dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo	Não Sei dizer
O barulho do pessoal que passa com os carrinhos de limpeza e de alimentação incomoda bastante, quando você está internado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Às vezes o ar estava muito frio, ou a luz muito forte. Seria fundamental o paciente poder controlar estas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter uma janela grande e poder ver o dia lá fora melhora muito o astral do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo	Não Sei dizer
Porque os quartos não tem uma varandinha? Seria muito bom poder botar uma cadeira, tomar um pouco de sol e de ar, ou simplesmente olhar a paisagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Às vezes a gente precisa ou quer caminhar, mas no quarto não há espaço. Fora há um corredor estreito e sem nenhum atrativo. Um jardim para ser usado pelos internos seria ótimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo	Não Sei dizer
Poder realizar tarefas como levantar, sentar na cadeira, ir ao banheiro, tomar banho, com autonomia e segurança é importante para o bem-estar do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As paredes precisam ter cor e atrativos que elevem o astral do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Voltar](#) [Concluído](#)

ANEXOS

CÁLCULOS DA ESCALA DE LIKERT

MÉDIA TOTAL = $10 \div 4 = 2.5$ (CORTE)

1) Receber visita em um espaço tão pequeno, estando acamado, pode ser um pouco constrangedor.

CONCORDO: 22×1 ponto = 22 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 17×2 pontos = 34 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 8×3 pontos = 24 pontos

DISCORDO: 9×4 pontos = 36 pontos

NÃO SEI DIZER: 2×0 pontos = 0 pontos

TOTAL = $116 \div 58 = 2$

2) Seria ótimo se houvesse um espaço fora do quarto, de uso comum, em que o paciente pudesse sentar com mais conforto com suas visitas.

CONCORDO: 28×1 ponto = 28 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 15×2 pontos = 30 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 9×3 pontos = 27 pontos

DISCORDO: 5×4 pontos = 20 pontos

NÃO SEI DIZER: 2×0 pontos = 0 pontos

TOTAL = $105 \div 58 = 1.81$

3) Quando a gente está acamado e o pessoal que passa no corredor fica olhando para dentro, invadindo a nossa privacidade... é muito chato.

CONCORDO: 47×1 ponto = 47 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 5×2 pontos = 10 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 2×3 pontos = 6 pontos

DISCORDO: 2×4 pontos = 8 pontos

NÃO SEI DIZER: 2×0 pontos = 0 pontos

TOTAL = $71 \div 58 = 1.22$

4) A hora que eu pegava no sono a enfermeira entrava no quarto sem a menor consideração, acendendo a luz, fazendo barulho, como se o meu conforto não fosse importante.

CONCORDO: 29×1 ponto = 29 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 9×2 pontos = 18 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 7×3 pontos = 21 pontos

DISCORDO: 11×4 pontos = 44 pontos

NÃO SEI DIZER: 2×0 pontos = 0 pontos

TOTAL = $112 \div 58 = 1.93$

5) A qualquer hora a equipe fazia um alvoroço desnecessário no box da enfermagem e nos corredores, perturbando o sossego dos pacientes.

CONCORDO: 16 x 1 ponto = 16 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 12 x 2 pontos = 24 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 7 x 3 pontos = 21 pontos

DISCORDO: 20 x 4 pontos = 80 pontos

NÃO SEI DIZER: 2 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 141 ÷ 58 = 2.43

6) O barulho do pessoal que passa com os carrinhos de limpeza e de alimentação incomoda bastante, quando você está internado.

CONCORDO: 12 x 1 ponto = 12 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 19 x 2 pontos = 38 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 10 x 3 pontos = 30 pontos

DISCORDO: 12 x 4 pontos = 48 pontos

NÃO SEI DIZER: 4 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 128 ÷ 58 = 2.21

7) Às vezes o ar estava muito frio ou a luz muito forte. Seria fundamental o paciente poder controlar estas coisas.

CONCORDO: 49 x 1 ponto = 49 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 5 x 2 pontos = 10 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 2 x 3 pontos = 6 pontos

DISCORDO: 2 x 4 pontos = 8 pontos

NÃO SEI DIZER: 0 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 73 ÷ 58 = 1.26

8) Ter uma janela grande e poder ver o dia lá fora melhora muito o astral do paciente.

CONCORDO: 54 x 1 ponto = 54 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 2 x 2 pontos = 4 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 1 x 3 pontos = 3 pontos

DISCORDO: 1 x 4 pontos = 4 pontos

NÃO SEI DIZER: 0 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 65 ÷ 58 = 1.12

9) Por que os quartos não tem uma varandinha? Seria muito bom poder botar uma cadeira, tomar um pouco de sol e de ar, ou simplesmente olhar a paisagem.

CONCORDO: 44 x 1 ponto = 44 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 9 x 2 pontos = 18 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 4 x 3 pontos = 12 pontos

DISCORDO: 1 x 4 pontos = 4 pontos

NÃO SEI DIZER: 0 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 78 ÷ 58 = 1.34

10) Às vezes a gente precisa ou quer caminhar, mas no quarto não há espaço. Fora há um corredor estreito e sem nenhum atrativo. Um jardim para ser usado pelos internos seria ótimo.

CONCORDO: 48 x 1 ponto = 48 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 9 x 2 pontos = 18 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 0 x 3 pontos = 0 pontos

DISCORDO: 1 x 4 pontos = 4 pontos

NÃO SEI DIZER: 0 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 70 ÷ 58 = 1.21

11) Poder realizar tarefas como levantar, sentar na cadeira, ir ao banheiro, tomar banho, com autonomia e segurança é importante para o bem-estar do paciente.

CONCORDO: 51 x 1 ponto = 51 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 5 x 2 pontos = 10 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 1 x 3 pontos = 3 pontos

DISCORDO: 1 x 4 pontos = 4 pontos

NÃO SEI DIZER: 0 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 68 ÷ 58 = 1.17

12) As paredes precisam ter cor e atrativos que elevem o astral do paciente.

CONCORDO: 44 x 1 ponto = 44 pontos

CONCORDO PARCIALMENTE: 10 x 2 pontos = 20 pontos

DISCORDO PARCIALMENTE: 1 x 3 pontos = 3 pontos

DISCORDO: 3 x 4 pontos = 12 pontos

NÃO SEI DIZER: 0 x 0 pontos = 0 pontos

TOTAL = 79 ÷ 58 = 1.36