

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
PROARQ - Programa de Pós-graduação em Arquitetura

A INFLUÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA DA SAÚDE: Um estudo de dois hospitais de Emergência na Nicarágua

ERICKA BRAVO JIMÉNEZ

Rio de Janeiro 2017

A INFLUÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA DA SAÚDE:

Um estudo de dois Hospitais de Emergência na Nicarágua

ERICKA BRAVO JIMÉNEZ

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

Orientador: Prof. Dr. Mauro César de Oliveira Santos

Co-orientadora: Profa. Dra. Ivani Bursztyn

Rio de Janeiro

Abril de 2017

A INFLUÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA DA SAÚDE:

Um estudo de dois Hospitais de Emergência na Nicarágua

Ericka Bravo Jiménez

Orientador: Prof. Dr. Mauro César de Oliveira Santos

Co-orientadora: Profa. Dra. Ivani Bursztyn

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

Aprovada por:

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

Prof. Fábio Oliveira Bitencourt Filho, Dr., UNESA

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

Prof^a. Sylvia Meimaridou Rola, Dr^a. PROARQ/FAU/UFRJ

Prof. Mário Saleiro Filho, Dr. DAU/UFRRJ

Bravo, Ericka Jiménez

A influência da Humanização na Arquitetura da Saúde: Um estudo de dois Hospitais de Emergência na Nicarágua / Ericka Bravo Jiménez. Rio de Janeiro: UFRJ/ FAU, 2017.

xix, 200 f.: il.; 22 cm.

Orientador: Mauro C. Santos

Co-orientadora: Ivani Bursztyn

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ PROARQ/ Programa de Pós-graduação em Arquitetura, 2017.

Referências Bibliográficas: f. 175-184.

1. Arquitetura hospitalar. 2. Humanização. 3. Hospital de emergência. 4. Nicarágua. I. Santos, Mauro C. II. Bursztyn, Ivani. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-graduação em Arquitetura. IV. Título.

Aos meus pais, Erick e Silvia, e demais profissionais que trabalham em prol da qualidade e humanização dos espaços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida.

À minha irmã Marcela, pela cumplicidade, amor e apoio sempre.

Aos meus pais, Erick e Silvia, pelo amor e estímulo.

Aos meus tios; Suyen, Tín e Chico; por serem praticamente meus segundos pais.

Aos meus professores orientadores, Mauro Santos e Ivani Bursztyn, pela confiança depositada no meu trabalho.

Aos membros da banca - Prof. Fábio Bitencourt, Prof^a. Sylvia Rola e Prof. Mário Saleiro Filho – pelas contribuições apontadas que enriqueceram meu trabalho.

Aos meus professores e colegas do mestrado do PROARQ pela ajuda e contribuições recebidas no decorrer do mestrado.

Aos meus queridos amigos; Steph, Javi e Alain; pelo entusiasmo, carinho e apoio incondicional.

Aos meus amigos; Thais, Cristiano, Flora, Edher, Lara, Eliezer e Raquel; pela amizade e ajuda durante a confecção deste trabalho e na vida.

Aos funcionários e acompanhantes do Hospital Metropolitano Vivian Pellas e do Sermesa Hospital Masaya.

Ao PEC-PG – CAPES/CNPq – Brasil, pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

A INFLUÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA DA SAÚDE:

Um estudo de dois Hospitais de Emergência na Nicarágua

Ericka Bravo Jiménez

Orientador: Prof. Dr. Mauro César de Oliveira Santos

Co-orientadora: Profa. Dra. Ivani Bursztyn

O Serviço de Emergência tem como característica receber essencialmente pacientes graves, que necessitam de atendimento e monitoramento intensivo; por tal motivo, albergam uma equipe multidisciplinar especializada e a mais complexa tecnologia médica. Esse contexto pode chegar a provocar sensações negativas que deterioram a saúde dos usuários. Após o Movimento de Humanização incrementou-se o interesse em humanizar os ambientes de saúde, no entanto, quando o foco é o Serviço de Emergência, se intervém pouco a favor da humanização, priorizando-se a funcionalidade dos espaços. O objetivo desta pesquisa é investigar as possibilidades da Arquitetura de contribuir para a humanização e para a qualidade do Serviço de Emergência, investigando os princípios da humanização que estão sendo incorporados, assim como conhecer as necessidades dos diferentes grupos de usuários (paciente, acompanhante e funcionário) em relação ao ambiente construído. Para tanto, a investigação apoia-se na metodologia de avaliação pós-ocupação “Caminho do paciente” para a realização de dois estudos de casos localizados em Manágua e Masaya, na Nicarágua, gerando recomendações que contribuam na realização de futuros projetos de unidades de emergência.

Palavras-chaves: arquitetura hospitalar, humanização, serviço de emergência, Nicarágua.

ABSTRACT

THE INFLUENCE OF HUMANIZATION IN HEALTHCARE ARCHITECTURE:

A study of two Emergency Hospitals in Nicaragua.

Ericka Bravo Jiménez

Orientador: Prof. Dr. Mauro César de Oliveira Santos

Co-orientadora: Profa. Dra. Ivani Bursztyn

The Emergency Department has the characteristic of receiving seriously ill patients who need intensive care and monitoring; for this reason, they have a specialized multidisciplinary team and the most complex medical technology. This context can lead to negative feelings that deteriorate the health of users. After the Humanization Movement, the interest in humanizing health environments increased, however, when the focus is on the Emergency Department, the interventions of humanization are few, since they prioritize the functionality of this. The objective of this work is to investigate the possibilities of the architecture to contribute to the humanization and quality of the emergency room, investigating the principles of humanization that are being incorporated, as well as knowing the needs of different groups of users (patient, family, staff) in relation to the built environment. For that, the research is based on the methodology of post-occupation evaluation "Patient's Way" for the realization of two case studies located in Managua and Masaya, Nicaragua; generating recommendations that contribute to the realization of future projects of emergency units.

Keywords: healthcare architecture, humanization, emergency unit.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Objetivos	7
Objetivos específicos:	7
CAPÍTULO 1 - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E NOVOS PARADIGMAS DE SAÚDE	12
1.1. O conceito do Serviço de Emergência	13
1.1.1. O paciente do Serviço de Emergência	14
1.2. Ambientes do Serviço de Emergência	16
1.3. Princípios projetuais da humanização	20
1.3.1. Controle de Infecções	22
1.3.2. Segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde	24
1.3.3. Envolvimento da família	32
1.3.4. Privacidade	36
1.3.5. Jardim terapêutico	39
1.4. Diretrizes de humanização em ambientes críticos	43
1.4.1. Método	43
1.4.2. Resultados	45
1.4.3. Serviço de Emergência	46

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA	56
2.1. Metodologia	57
2.1.1. Primeira etapa – Teórico conceitual	57
2.2.1. Segunda etapa – Estudo de caso	57
2.2. Perfil dos participantes	66
CAPÍTULO 3 - ESTUDOS DE CASOS	68
3.1. Hospital Metropolitano Vivian Pellas (HMVP)	69
3.1.1. Origem	69
3.1.2. Localização	70
3.1.3. Características físicas	72
3.1.4. Perfil do hospital	74
3.1.5. Setorização do Bloco 1	76
3.1.6. Primeira visita e descrição do Serviço de Emergência	80
3.2. Sermesa Hospital Masaya	87
3.2.1. Origem	87
3.2.2. Localização	88
3.2.3. Características físicas	90
3.2.4. Perfil do hospital	93

3.2.5. Setorização do edifício 1 (Novo projeto)	94
CAPÍTULO 4 ; RESULTADOS E DISCUSSÃO	104
4.1. Envolvimento da família	105
4.2. Privacidade visual e auditiva	112
4.3. Segurança do paciente	122
4.4. Ambientes de estar dos profissionais de saúde	138
4.5. Humanização	147
4.6. Outros aspectos identificados	150
4.6.1. Hospital Metropolitano Vivian Pellas	151
4.6.2. Sermesa Hospital Masaya	154
4.6.2. Sermesa Hospital Masaya	154
CAPÍTULO 5 - RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
5.1. Recomendações projetuais para futuros Serviços de Emergência	161
5.2. Recomendações projetuais específicas para os estudos de casos	165
5.2.1. Hospital Metropolitano Vivian Pellas - Manágua	165
5.2.2. Sermesa Hospital Masaya	169
5.3. Sugestões para futuros trabalhos	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175

APÊNDICES	185
Apêndice 1 – Tabela com artigos da bibliometria sobre o serviço de emergência	185
Apêndice 2 – Questionário aplicado a profissionais de saúde no HMVP	191
Apêndice 3 – Questionário aplicado a acompanhantes no HMVP	193
Apêndice 4 – Questionário aplicado a profissionais de saúde no Sermesa Hospital Masaya	195
Apêndice 5 – Roteiro da entrevista a chefes do Serviço de Emergência	197
Apêndice 6 – Roteiro da entrevista a diretores dos hospitais	198
Apêndice 7 – Planta do Serviço de Emergência do HMVP com fluxos de pessoas e materiais	199
Apêndice 8 – Planta do Serviço de Emergência do Hospital Sermesa com fluxos de pessoas e materiais	200

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de pacientes e ambientes do Serviço de Emergência.....	16
Figura 2. Sala de trauma, Serviço de Emergência do Johns Hopkins Hospital.....	20
Figura 3. Humanização da assistência e suas representações na arquitetura.....	21
Figura 4. Esquema do filtro HEPA.....	23
Figura 5. Lavabo e dispensador álcool gel perto da área de procedimento.....	24
Figura 6. Sala de exames frente ao posto de enfermagem, Centro de Medicina de Urgência / DOMY.....	24
Figura 7. Quarto de internação, Indu and Raj Soin Medical Center.....	25
Figura 8. Planta arquitetônica da unidade de Emergência mostrando as salas de exames ao redor do posto de enfermagem, F.F. Thompson Hospital.....	28
Figura 9. Sala de espera com princípios do PFCC, arranjando o mobiliário para promover as conversas entre famílias, Nemours Children's Hospital.....	32
Figura 10. Área de refeitório da família, Bridgepoint Hospital, Canadá.....	34
Figura 11. Jardim que permite o convívio social, Neumours Children's Hospital.....	34
Figura 12. Capela do HMVP, Nicarágua.....	35
Figura 13. Sala de espera para da família.....	35
Figura 14. Área de triagem com divisórias de vidro, Massachusetts General Hospital.....	37
Figura 15. Sala individual de reidratação e aplicação de medicação com divisória de cortina, Summa Barberton Hospital.....	37

Figura 16. Sala de atendimento com cortina e porta de correr de vidro.....	38
Figura 17. Sala de espera interna para a família, Johns Hopkins Hospital.....	38
Figura 18. Jardim terapêutico no Hospital da Rede Sarah projetado pelo Arq. João Filgueiras Lima, Rio de Janeiro.....	39
Figura 19. Projeto paisagístico no acesso do Humber River Hospital, Toronto, Canadá.....	40
Figura 20. Projeto paisagístico, acesso do Sydney and Lois Eskenazi Hospital, Indiana, EUA. F.....	40
Figura 21. Átrio com jardim terapêutico, Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital, EUA.....	41
Figura 22. Jardim que promove o convívio social.....	41
Figura 23. Nuvem de palavras encontradas nos artigos sobre o Serviço de Emergência na Base Bireme, período 1985-2015.....	47
Figura 24. Mapa de localização das cidades dos estudos de caso.....	68
Figura 25. Mapa de Manágua com sua divisão distrital.....	71
Figura 26. Foto aérea de localização.....	71
Figura 27. Foto aérea de localização.....	71
Figura 28. Terraço na zona central do HMVP.....	72
Figura 29. Capela na zona central do HMVP.....	72
Figura 30. Planta de conjunto HMVP.....	73
Figura 31. Fachada leste do acesso principal; na der. Bloco 1, esq. Bloco 2 HMVP.....	74
Figura 32. Fachada oeste, acesso principal da Bloco 3.....	74
Figura 33. Planta de setorização do Subsolo.....	76

Figura 34. Planta de setorização do Primeiro andar.....	76
Figura 35. Planta de setorização do Segundo andar.....	78
Figura 36. Planta de setorização do Terceiro andar.....	78
Figura 37. Planta de conjunto com o percurso da ambulância até a Emergência.....	80
Figura 38. Área de desembarque da Unidade de Emergência.....	80
Figura 39. Porta de acesso do paciente de urgência e paciente de ambulância.....	80
Figura 40. Layout da sala de espera com a trajetória do paciente.....	82
Figura 41. Sala de espera.....	82
Figura 42. Planta Arquitetônica com setorização do Serviço de Emergência.....	83
Figura 43. Layout da sala de observação.....	84
Figura 44. Sala de observação.....	84
Figura 45. Layout da sala de atendimento intermédio com zonas de trabalho.....	85
Figura 46. Sala de Tratamento intermédio.....	85
Figura 47. Layout da Sala de Emergência com postos de enfermagem.....	86
Figura 48. Sala de Emergência.....	86
Figura 49. Sala de Emergência.....	86
Figura 50. Foto aérea de Masaya localizando o Hospital Sermesa Masaya (com serviço descentralizado) e as indústrias.....	89
Figura 51. Mapa de Masaya com sua divisão distrital.....	90

Figura 52. Foto aérea de localização.....	90
Figura 53. Foto aérea de localização.....	90
Figura 54. Corredor principal que distribui para os blocos.....	91
Figura 55. Área externa entre pavilhões.....	91
Figura 56. Planta de conjunto Sermesa Hospital Masaya.....	92
Figura 57. Fachada nordeste com o acesso principal.....	93
Figura 58. Fachada sudeste com o acesso do Serviço de Emergência.....	93
Figura 59. Planta de setorização primeiro andar.....	95
Figura 60. Planta de setorização segundo andar.....	95
Figura 61. Acesso principal, localizado ao nordeste, mostrando a problemática de proximidade com a rodovia por não ter o afastamento adequado.....	96
Figura 62. Planta de conjunto com percurso da ambulância até a Unidade de Emergência.....	97
Figura 63. Acesso de urgência. Fonte: autora.....	97
Figura 64. Área de desembarque da ambulância.....	97
Figura 65. Layout da sala de espera com trajeto do paciente.....	98
Figura 66. Sala de espera.....	98
Figura 67. Planta Arquitetônica com setorização do Serviço de Emergência.....	99
Figura 68. Layout de consultórios de adultos.....	100

Figura 69. Área de consultórios.....	100
Figura 70. Consultório 1 de adultos.....	100
Figura 71. Layout da sala de procedimentos para o paciente pediátrico.....	101
Figura 72. Sala de procedimentos para o paciente pediátrico.....	101
Figura 73. Sala de observação de adultos.....	102
Figura 74. Cama hospitalar em área de observação de adultos.....	102
Figura 75. Layout da sala de observação de adultos.....	102
Figura 76. Higienização.....	103
Figura 77. Layout da sala de emergência com percurso do paciente.....	103
Figura 78. Sala de emergência de adultos.....	103
Figura 79. Sala de emergência de adultos.....	103
Figura 80. Leito de observação com cadeira do acompanhante.....	106
Figura 81. Fluxo e zonas de ocupação pelos acompanhantes no Pronto Atendimento do HMVP.....	107
Figura 82. Fluxo e zonas de ocupação do acompanhante no Pronto Atendimento do Hospital Sermesa.....	109
Figura 83. Área de acesso do Serviço de Emergência, mostrando problemática por falta de ambientes para a família dentro e fora do hospital.....	111
Figura 84. Uso de cortinas como divisórias na sala de observação do HMVP.....	116
Figura 85. Uso de cortinas na sala de emergência do HMVP.....	117

Figura 86. Uso de cortinas em sala de shock HMVP.	117
Figura 87. Sala de emergência com leitos divididos por cortinas no HMVP.	117
Figura 88. Uso de cortinas na sala de observação.	118
Figura 89. Sala de observação, separação dos leitos no Hospital Sermesa.	118
Figura 90. Sala de exame para atendimento intermédio HMVP.	118
Figura 91. Layout do consultório compartilhado por dois médicos.	119
Figura 92. Consultório compartilhado por dois médicos.	119
Figura 93. Entrada do Pronto Atendimento sem privacidade visual, HMVP.	121
Figura 94. Relação da triagem com a sala de espera, sem privacidade visual e auditiva, Sermesa.	121
Figura 95. Conexões entre os ambientes de chegada e as áreas de atendimento, mostrando a relação da triagem.	125
Figura 96. Conexões entre os ambientes de chegada e as áreas de atendimento, mostrando os ângulos de visibilidade	125
Figura 97. Planta arquitetônica com o fluxo de resíduos.	130
Figura 98. Antiga planta arquitetônica, mostrando o corredor externo de serviço.	130
Figura 99. Exibição de códigos e normas para casos de Desastres.	136
Figura 100. Planta arquitetônica com Rota de Evacuação de Emergência do Sermesa.	136
Figura 101. Planta arquitetônica com a Rota de Evacuação de Emergência do HMVP	136
Figura 102. Layout do quarto de plantão para médicos, HMVP.	143
Figura 103. Planta arquitetônica com a matriz de descobertas do Serviço de Emergência, HMVP.	153

Figura 104. Planta do conjunto com o fluxo de materiais de um edifício para o outro.....	155
Figura 105. Planta arquitetônica com a matriz de descobertas do Serviço de Emergência, hospital Sermesa Masaya.....	157
Figura 106. Painéis LED simulando a visão do céu no corredor de uma Emergência.....	163
Figura 107. Painéis LED simulando a visão exterior em uma sala de exame.....	163
Figura 108. Planta esquemática com as mudanças sugeridas, HMVP.....	168
Figura 109. Planta esquemática com as mudanças sugeridas, Sermesa. . .	172

“... eu sonho em ter um hospital que ajude o paciente e a família a não se sentirem doentes, eles estão em um processo de recuperação e se tudo que está ao redor deles favorecer a recuperação, seja, cores, ambientes diferentes, sons, isso é fundamental para mim” (Médico entrevistado para esta dissertação, 2016, tradução da nossa).

INTRODUÇÃO

A Arquitetura dos ambientes de saúde tem percorrido um longo caminho para se transformar em espaços de tratamento e cura. O processo foi se desenvolvendo conforme a Medicina foi constituindo suas bases científicas sobre doenças e seus respectivos tratamentos, surgindo, assim, a necessidade de organizar o espaço terapêutico, sendo esse processo conduzido pelo profissional médico (SANTOS; BURSZTYN, 2015).

Na primeira metade do século XX, apresentaram-se descobertas significativas para a Medicina no campo do diagnóstico e tratamentos, como: a vacina; o antibiótico; a anestesia; a equipe de raio X; dentre outros, que vieram mais uma vez demandar modificações nas unidades de saúde para essas poderem ser inseridas.

A arquitetura também avançou com o desenvolvimento de sistemas estruturais e com a implantação de sistemas de ventilação e ar condicionado, no qual a tipologia pavilhonar foi substituída pela tipologia de monobloco, formada por blocos sem ventilação natural ou incidência de luz natural. (CARVALHO, 2014).

O número crescente de equipamentos dentro dos ambientes hospitalares impactou na prática da Medicina. À medida que foi aumentando a importância dos equipamentos no processo de diagnóstico do paciente, a reciprocidade e a comunicação entre os profissionais da saúde com o paciente diminuíram. Com a assistência focada na tecnologia,

desencadearam situações de desumanização, em que pessoas eram percebidas como objetos insensíveis, sem identidade, vistas como cobaias, tratadas como uma soma de doenças, isoladas e sem opções de escolha (HOWARD, 1975).

Essa desumanização na assistência do paciente também foi expressa nos espaços de saúde, através de ambientes frios e institucionalizados¹, nos quais ao invés de serem acolhedores para o paciente se sentir em casa, provocam-lhe estresse e ansiedade (WAGENAAR, 2006). A desumanização dos ambientes, também, manifesta-se na falta de privacidade, isolamento, ausência de espaços para acolher a família ou falta de contato com o ambiente externo.

O Movimento de Humanização concretizou-se com o Simpósio de Humanização em São Francisco (1972), onde eles apresentaram pesquisas sobre a desumanização nas unidades de saúde, gerando alguns conceitos e possíveis soluções.

Para a “Humanização da Assistência”, segundo Howard (1975), são necessárias oito condições: o reconhecimento do valor inerente ao homem; considerar cada ser como insubstituível; o caráter holístico do ser humano; fomentar a liberdade de ação e de escolha; promoção da equidade de status; permitir a participação nas decisões e responsabilidades por sua saúde; incentivar relações de empatia entre profissionais de

¹ Intitucionalizado: palavra utilizada para descrever que um ambiente tem uma arrumação formalizada.

saúde e usuários; e a valorização das relações afetivas e emocionais.

Na Arquitetura, o movimento reflete em ambientes pensados no bem-estar dos diferentes usuários. Desenvolvendo-se, nas últimas duas décadas, em uma série de princípios projetuais que abrangem o envolvimento da família, a incorporação de jardins terapêuticos e a segurança do paciente. Entre as diretrizes para a concepção de espaços de saúde humanizados encontram-se a descentralização das áreas de trabalho; ambientes que promovam o convívio social; a ligação dos ambientes internos com o exterior através da visualização e contato com jardins; salas de estar para a família e os funcionários com amenidades que reduzam o estresse; o cuidado da privacidade dos usuários; a redução dos ruídos, entre outros (LEIBROCK, 2000; REILING, 2005; TIJUNELIS, 2005; COOPER, 2006; ULRICH, 2006; FONTES, 2007; BAILLIE, 2009; ROSLAND, 2009; VIANNA, 2010).

Os sistemas de saúde se desenvolvem, cada vez mais, no sentido de criar espaços pré-hospitalares para o acompanhamento da saúde das populações com bases mais preventivas e em consonância com o modelo da promoção da saúde. No entanto, fatores como o envelhecimento da população mundial, a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, as emergências epidemiológicas, o aumento da violência, os acidentes automobilísticos e os desastres naturais aumentam a demanda da Medicina de Emergência, convertendo os Hospitais de Emergências em unidades cada vez

mais especializadas e complexas para acolher pacientes que requerem intervenções e monitoramento intensivos.

O Serviço de Emergência é assinalado como área de excessivo estresse, fadiga e ansiedade para seus usuários. Isso motivou os pesquisadores a buscar, por meio da Arquitetura, maneiras de diminuí-lo e que simultaneamente contribuam com o processo terapêutico, sendo fundamental a participação dos pacientes, familiares e profissionais nas pesquisas. No contexto internacional, há resultados nos projetos: *Evidence Based Design* (Desenho Baseado em Evidências) (HAMILTON, 2006; STEPLEY, 2006; ULRICH, 2006, 2008; MCCULLOUGH, 2010; COOPER-MARCUS, 2014), *Patient and Family Centered Care* (Cuidado Centrado no Paciente e na Família) (FOURNIER, 2006; BAAS, 2012; IPFCC, 2012) e *Patient Safety* (Segurança do Paciente) (REILING, 2004; SADLER, 2009; CHD, 2012); tendo em comum a inclusão de princípios de humanização.

Mesmo com o acréscimo de pesquisas e projetos voltados para a humanização dos espaços de saúde, ainda falta muito por explorar quando se trata do Serviço de Emergência, o qual os princípios da humanização tendem a ser mais discretos, já que a intervenção imediata é “prioridade” pelo alto risco de morte. Por essa razão, surge a inquietude de pesquisar como o Serviço de Emergência em Hospitais, depois do Movimento de Humanização, tem se modificado.

Para isso, serão avaliadas duas Unidades de Emergência localizadas na Nicarágua – o *Hospital Metropolitano Vivian Pellas* e o *Sermesa Hospital Masaya* - escolhidas como estudos de casos.

Dividindo-se em duas etapas, a primeira, de revisão bibliográfica, e a segunda, de estudo de campo, a pesquisa foi realizada através da metodologia “Caminho do paciente”.

Problema

O Serviço de Emergência, além de ter suas próprias exigências funcionais, tem uma estreita relação com o Centro Cirúrgico e a UTI, necessitando, portanto, de proximidade para efeitos de eficiência e segurança do paciente. Por ser uma área de grande demanda de pacientes críticos, muitos projetos são focados em aspectos técnicos para o atendimento ao paciente e na diminuição dos riscos de transmissão de infecções, adotando numerosos equipamentos médico-tecnológicos que produzem hospitais “com ambientes severamente institucionalizados, estressantes, inadequados para as demandas emocionais dos pacientes e prejudiciais para qualidade do atendimento” (ULRICH, 2006, p. 281, tradução livre).

Apesar das impressões negativas associadas aos equipamentos médicos - como causadores do isolamento e do trato do paciente como objeto insensível - esses são necessários e se são aproveitados de maneira positiva, podem apoiar no processo da

humanização do cuidado. Uma das maneiras em que a tecnologia colabora é diminuindo o tempo de coleta de sinais vitais, possibilitando, assim, que profissionais dediquem mais tempo à interação e cuidado do paciente (MILLER; SWENSSON, 2002). Respalhando também, fazem menção de que um ambiente humanizado não necessita esconder a tecnologia, mas integrá-la dentro de um ambiente essencialmente familiar.

Algumas instituições ao adotarem a concepção de cuidado focado no paciente e na família procederam a remodelações com a intenção de propiciar ambientes mais aconchegantes, embora a maioria não tenha ido além de uma “maquiagem de humanização”, como chama Lindhein (1975), limitando-se a aspectos decorativos para vender uma imagem maquiada.

Diante dessas condições, faz-se necessário responder por meio desta pesquisa os seguintes questionamentos:

- Como trazer e adequar os princípios de Humanização para o serviço de emergência?
- Que elementos os usuários relacionam com a qualidade do ambiente?
- Que mudanças no ambiente contribuiriam com o desempenho dos trabalhadores e a qualidade do atendimento?

Objetivos

O objetivo geral do estudo é investigar as possibilidades da Arquitetura em contribuir para a humanização e qualidade dos Serviços de Emergência.

Objetivos específicos:

Pesquisar referências relativas ao funcionamento e requerimentos do Serviço de Emergência que sustentaram a construção do contexto atual dessa.

- Verificar quais princípios de Humanização estão sendo implementados atualmente nas Unidades de Emergência.
- Avaliar as condições arquitetônicas das Unidades de Emergências escolhidas como estudos de casos, localizadas na Nicarágua.
- Investigar as necessidades dos diferentes grupos de usuários, pacientes, acompanhantes e funcionários, e sua relação com o ambiente construído.
- Elaborar recomendações arquitetônicas que contribuam para a humanização das Unidades de Emergência em futuras propostas de forma que propiciem ambientes de qualidade e contribuam para o bem-estar dos usuários.

Justificativa

Ao longo dos anos de formação como arquiteta, tive a oportunidade de visitar diferentes unidades de saúde. Meus pais são profissionais de saúde, o que me instigou a ter um olhar crítico sobre o atendimento e os espaços de saúde. A partir de uma observação das condições de desumanização, percebi: pouca privacidade para os pacientes, sobretudo na Unidade de Emergência; salas de espera sem acolhimento; falta de estar para a família com condições para descansar de noite, tendo, muitas vezes, pessoas deitadas nos corredores ou pátios; restrições no horário de visitas a pacientes; falta de sala de estar e quarto de plantão para funcionários; ausência de janelas provocando desorientação dos pacientes e funcionários, etc.

O contato com essas situações corroborou a necessidade de pesquisar sobre a humanização dos ambientes de saúde, com enfoque nas Unidades de Emergência hospitalar, por serem historicamente espaços com maior desumanização no atendimento. Mesmo depois de 40 anos de existência do Movimento de Humanização, ainda há exemplos de pouca adoção dos princípios definidos por ele nos ambientes.

No âmbito internacional, incrementou-se o interesse em humanizar os ambientes de saúde, dando especial trato às necessidades psicológicas e sociais dos usuários, porque pesquisas evidenciam significativas contribuições do ambiente interno e externo no

processo terapêutico, assim como no desempenho dos funcionários, refletindo, então, na qualidade do atendimento (DALMASSO, 2005; COOPER, 2006; HAMILTON, 2006; ULRICH, 2006, 2008; FONTES, 2007; COUTO, 2008; MCCULLOUGH, 2010).

Com base no mencionado, a pesquisa permitirá estudar de forma mais profunda a adaptação dos princípios de humanização no Serviço de Emergência na Nicarágua. Será apresentada a avaliação de dois estudos de casos - o *Hospital Metropolitano Vivian Pellas* e *Sermesa Hospital Masaya* – localizados na Região do Pacífico do país, a zona com maior desenvolvimento econômico e social, mais povoada e, por outro lado, mais vulnerável a atividades sísmicas (terremotos e erupções) o que gera alta demanda das Emergências.

As avaliações dos hospitais foram realizadas por meio da metodologia de “Caminho do paciente” para verificar as mudanças no ambiente construído, bem como a relação dos usuários com o espaço, e suas necessidades com a intenção de propor diretrizes para melhorar a qualidade desses ambientes em futuros projetos.

Estrutura da dissertação

O presente trabalho está estruturado em cinco capítulos e apêndices. O primeiro capítulo - Serviço de Emergência e novos paradigmas da saúde – foi realizado por meio de revisão bibliográfica, com a intenção de introduzir o conceito do Serviço de Emergência, além de apresentar os ambientes que o compõe e o perfil do paciente que atendem, com o objetivo de entender seu funcionamento. Também serão apresentados os princípios que estão sendo implantados que colaboram para o processo terapêutico e bem-estar dos usuários, discutindo, sobretudo, sobre o Controle de Infecções, Segurança do Paciente, Envolvimento da Família, Privacidade e Jardim Terapêutico. Por fim, será exposta uma revisão bibliográfica com base Bireme, que abarca o período de 1985-2015, buscando identificar as diretrizes de humanização discutidas para Unidade de Emergência. No total foram analisados 60 artigos.

O segundo capítulo - Metodologia - mostra o processo, técnicas e instrumentos utilizados na dissertação. Ele encontra-se dividido em duas etapas: a primeira da revisão bibliográfica e a segunda da pesquisa de campo realizada na Nicarágua.

O terceiro capítulo – Estudos de casos – apresentará os estudos de caso localizados na Nicarágua: o *Hospital Metropolitano Vivian Pellas* e *Sermesa Hospital Masaya*. Identificando, em ambos os casos a origem, localização, zoneamento, descrição e

funcionamento da Unidade de Emergência.

O quarto capítulo – Discussão dos Resultados – disserta sobre os resultados obtidos nos estudos de caso, categorizado por temas que surgiram a partir dos depoimentos dos entrevistados e da revisão bibliográfica. Os tópicos foram: Envolvimento da família, privacidade, segurança do paciente, Estar dos trabalhadores de saúde e humanização do atendimento.

O quinto capítulo – Recomendações e considerações finais – trata das possíveis recomendações e considerações para futuros projetos de Unidades de Emergência.

CAPÍTULO 1 - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E NOVOS PARADIGMAS DE SAÚDE

Neste capítulo, busca-se apresentar o que é o Serviço de Emergência e como o Movimento de Humanização tem influenciado em seu planejamento. Para isto foram estabelecidos quatro subcapítulos. O primeiro explicará o conceito de emergência e o perfil do paciente. O segundo descreverá os ambientes que compõem a unidade de emergência, com o objetivo de entender seu funcionamento. No terceiro serão discutidas as tendências da humanização que estão sendo implementadas nas novas Unidades de Emergências. Por fim, será apresentada uma revisão bibliográfica com a intenção de divulgar as diretrizes da humanização utilizadas em projetos dos últimos 30 anos, depois da consolidação do Movimento de Humanização.

1.1. O conceito do Serviço de Emergência

O Serviço de Emergência tem como funções a recepção, o exame, a valoração e o atendimento de pacientes que chegam estabilizados ou com sua vida comprometida (NICARÁGUA, 2008, p. 47). Esta área do hospital abriga uma equipe multidisciplinar de profissionais que dominam tecnologias médicas complexas.

A Unidade de Emergência deve situar-se no térreo, ter facilidade de acesso e dispor de pelo menos duas vagas exclusivas para as ambulâncias. Também é importante que tenha proximidade com o Centro Cirúrgico, com a UTI e também com o Apoio ao Diagnóstico (NICARÁGUA, 2008; CARVALHO, 2014).

Carvalho (2014) indica que os espaços de acolhimento do paciente da urgência necessitam receber especial atenção, devendo garantir-se a suficiência de espaço e a separação do paciente pela condição de saúde e faixa etária. A chegada do paciente de ambulância deve ser protegida do fluxo de pessoas estranhas para propiciar o livre deslocamento dos profissionais de saúde.

O Pronto Atendimento, também constitui uma das portas de entrada de pacientes crônicos, assim como de vítimas de desastres naturais, epidemias, violências e outros incidentes que provocam a necessidade de atendimento simultâneo para muitas pessoas. Por esse motivo recomenda-se ter uma sala de monitoramento de segurança, localizada perto

da admissão e com vistas ao estacionamento para manter o controle dos ambientes de entrada e saída em casos de receber muitos feridos².

Nos casos em que seja preciso ampliar a capacidade de atendimento, podem ser adaptadas algumas salas próximas ao Serviço de Emergência - salas de espera, salas de conferências e áreas externas – aconselhando-se que isso seja contemplado desde a primeira fase do projeto (HALPEM, 2012; CARVALHO, 2014).

1.1.1. O paciente do Serviço de Emergência

Há três tipos de pacientes na emergência segundo o estado de gravidade clínico apresentado (PEREIRA JÚNIOR, G. A.; et al., 2015, p. 22):

Crítico: paciente apresenta sintomas de uma doença com risco de vida ou lesão com alta probabilidade de morte se uma intervenção imediata não é iniciada para evitar o agravamento das condições das vias aéreas, respiratória, hemodinâmica e/ou instabilidade neurológica.

2 Em situações de desastres, as Unidades de Emergência propendem a ficar superlotadas e as pessoas a ficarem nervosas pela situação. Isso aumenta o risco de confusões ou violência nos ambientes de chegada, tanto pelas pessoas quererem ser atendidas imediatamente, quanto os familiares solicitarem informações do paciente. Portanto, a vigilância por parte do pessoal de segurança é fundamental.

Emergente: paciente apresenta sintomas de uma doença ou ferimento que pode progredir em gravidade, ou resultar em complicações com uma alta probabilidade de morte se o tratamento não for iniciado rapidamente.

Baixa acuidade: paciente apresenta sintomas de uma doença ou lesão que têm uma baixa probabilidade de progressão para maior gravidade ou para o desenvolvimento de complicações.

A proximidade do Serviço de Emergência com as outras Áreas Críticas reside na necessidade de transferência a essas últimas para receber outras intervenções terapêuticas conforme o seu estado de saúde. Sobretudo o tipo de paciente crítico e emergente, pode carecer de procedimento cirúrgico e depois ser estabilizado na UTI, ou da Unidade de Emergência ser transferido direto à UTI se por acaso precisar de tratamento e monitoramento intensivo.

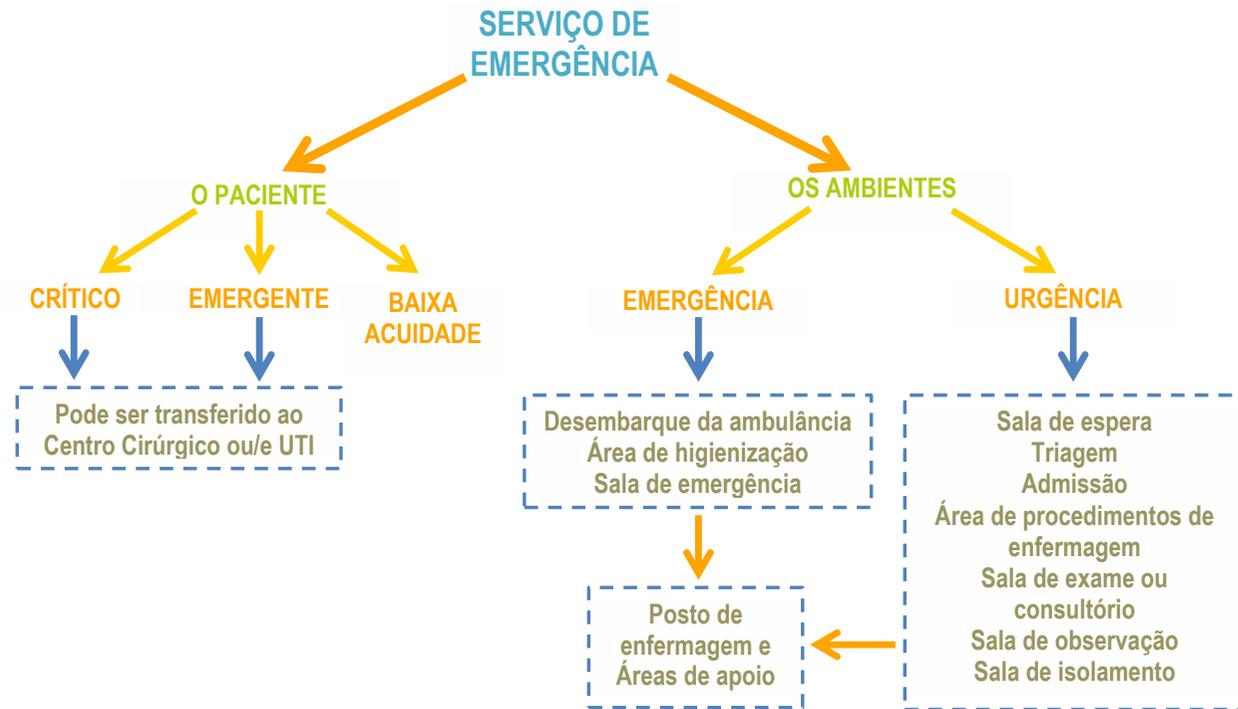


Figura 1. Tipos de pacientes e ambientes do Serviço de Emergência. Fonte: autora

1.2. Ambientes do Serviço de Emergência

Entre os principais ambientes da Unidade de Emergência encontram-se os focados no atendimento de emergência que são o desembarque da ambulância, a área de higienização e a sala de emergência. Da mesma forma, têm os centrados no atendimento de urgência que são a sala de espera, triagem, admissão, sala de sutura e curativos, sala

de reidratação, sala de inalação, sala de gesso, sala de aplicação de medicamentos, sala de exame ou consultório, sala de observação, sala de isolamento e sala de procedimentos especiais. Por fim, temos como ambientes em comum o posto de enfermagem e as áreas de apoio (NICARÁGUA, 2008; BRASIL, 2011).

Segundo a Normativa – 013 – Habilitação de Estabelecimentos Provedores de Serviços de Saúde³ – deve incluir-se um quarto de plantão (NICARAGUA, 2008), sendo também recomendável incorporar uma sala de estar para os funcionários, utilizando as mesmas diretrizes de humanização adotadas nas salas de espera (MILLER; SWENSSON, 2002).

A sinalização dos ambientes internos e externos é fundamental para os usuários conseguirem encontrar facilmente o destino. Esse processo cria externalidades positivas tais como a otimização do tempo dos funcionários e a diminuição do estresse do paciente e da família (CHD, 2012; BRASIL, 2014).

Para o Serviço de Emergência, recomenda-se colocar duas portas de acesso. Uma porta é para o paciente de urgências que chega por conta própria e tem condições de saúde para aguardar para ser atendido (paciente de baixa acuidade). A segunda é para o paciente que chega de ambulância ou é levado em veículo particular, mas seu estado

3 Ferramenta para o processo de avaliação na qual o Ministério da Saúde (MINSA) da Nicarágua concede autorização de funcionamento aos estabelecimentos de saúde público ou privado, avaliando que cumpram com os requerimentos mínimos propostos na normativa.

de saúde é crítico, portanto precisa de atendimento imediato. Esta separação, além de priorizar o desembarque do paciente de ambulância, protege os usuários da urgência de situações que podem ser visualmente desagradáveis. É importante que ambos os acessos sejam bem iluminados e transparentes (LACANNA, 2016). O desembarque da ambulância deve ser em uma área coberta, hierarquizada e com letras iluminadas.

A tradicional sala de espera está sendo substituída por espaços de espera destinados para o paciente que não passou pela triagem. Aquele que já foi avaliado é encaminhado às salas de espera menores que se encontram distribuídas perto das áreas de atendimento (LACANNA, 2016). Também é aconselhável ter uma sala de espera exclusiva para o paciente pediátrico, para protegê-lo de situações, cenas ou perturbações desagradáveis que podem acontecer nas unidades de emergências.

As salas de procedimentos de enfermagem incluem área de suturas e curativos, sala de inalação, sala de reidratação e aplicação de medicamentos. Estas se relacionam com a triagem e as salas de exames indiferenciados.

Segundo as pesquisas encontradas na bibliometria, existe uma inclinação a incluir na Unidade de Emergência pelo menos uma equipe de raio-X, uma pequena Farmácia e um Laboratório, devido ao processo de descentralização (MILLER; SWENSSON, 2002).

O posto de enfermagem deve ser centralizado, ter balcão, serviço com bancada e pia,

geladeira, armário e lavatório (FERRER, 2012). Este possui ligação com as salas de procedimentos, exames e sala de observação, portanto recomenda-se ter um posto central e áreas descentralizadas de trabalho de enfermagem, permitindo deste modo diminuir o percurso dos enfermeiros.

As salas de observação devem ser separadas por faixa etária. A sala de adultos pode ser compartilhada por homens e mulheres, provendo a privacidade necessária para cada leito e banheiros separados por sexo.

A sala de isolamento é destinada para pacientes com sintomas de doenças infectocontagiosas ou pessoas que possam ameaçar a segurança da unidade. Aconselha-se que esta tenha antecâmara, banheiro próprio, visor e tratamento acústico (FERRER, 2012, p. 140).

As salas de emergências variam de tamanho segundo sua complexidade. As salas de traumas, por sua vez, precisam de áreas maiores. Miller e Swensson discutem a inclinação por salas de emergências flexíveis que permitem ser transformadas em salas de raios-X e em salas de operações, para que não seja necessário transladar o paciente (Figura 2). Esta proposta reduziria o risco de quedas e permitiria a intervenção imediata.



Figura 2. Sala de trauma, Serviço de Emergência do Johns Hopkins Hospital. a) Sala de Trauma com raio-X e equipamentos para intervenção cirúrgica. b) Antessala com área de lavado de mãos, dispondo de visores. Fonte: <http://www.hopkinsmedicine.org/emergencymedicine/> Acessado: 13/ 02 /2017

1.3. Princípios projetuais da humanização

Na busca pela humanização do Serviço de Emergência encontrou-se uma série de temas que repercutem na discussão da arquitetura para a saúde (Figura 3). Um dos métodos que mais tem influenciado na humanização dos espaços é a Arquitetura Baseada em Evidências (*Evidence Based Design - EBD*). A expressão “arquitetura baseada em evidências” consiste em uma apropriação para a arquitetura do modelo de Medicina baseado em evidências, tratando-se da sistematização do conhecimento em bases científicas produzindo orientações para a prática (SANTOS; BURSZTYN, 2015, p. 148).

EBD é um processo utilizado pelos projetistas na planificação, projeção e construção de estabelecimentos de saúde. Os projetistas baseados em evidências, em conjunto com um cliente informado, tomam decisões com base na melhor informação disponível a partir das pesquisas, avaliações de projetos e de evidências obtidas das ações do cliente (MCCULLOUGH, 2010, p. 2).



Figura 3. Humanização da assistência e suas representações na arquitetura. Fonte: autora

The Center for Health Design define o conceito de EBD como “o processo de basear as decisões do ambiente construído em pesquisas confiáveis para conseguir os melhores resultados possíveis” (The Center for Health Design, 2009 apud MCCULLOUGH, 2010, p. 3).

Ao adotar este método se busca uma arquitetura que faça contribuições terapêuticas no processo de recuperação da saúde de pessoa (HAMILTON, 2006, p. 271), por meio da redução do estresse, do incremento da segurança do paciente e dos trabalhadores, da redução de riscos de infecções, da diminuição de erros médicos e da mitigação de ruídos (STEPLEY, 2006).

1.3.1. Controle de Infecções

A Unidade de Emergência, por ser uma área onde são executados procedimentos intensivos, requer o maior cuidado possível para prevenir as transmissões de infecções seja por ar ou contato.

As infecções que são transmitidas pelo ar podem ser controladas usando um ou mais tipos de tecnologias de limpeza do ar. O Filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Air* - siglas em inglês) e a UVGI (*Ultraviolet Germicidal Irradiation* – siglas em inglês) são os dois mais utilizados, sendo o segundo especialmente para isolar a tuberculose.

O HEPA pode ser instalado dentro dos dutos de ar condicionado ou dentro dos filtros de ar. Este deixa o ar 99.97% livre de partículas abaixo de 0.3 microm, incluindo bactérias, fungos e outras microbiologias (Medical Advisory Secretariat, 2005).

A preocupação pelo controle de infecções tem aumentado a implementação de salas de tratamento ou boxes individuais na Unidade de Emergência (MILLER; SWENSSON 2001; REILING, 2005; SADLER, 2009; VERDERBER, 2010). Assim, recomenda-se ter pelo menos um quarto para isolar um caso suspeito ou confirmado de doença infecciosa. O isolamento pode ser realizado desde uma sala separada sem tratamento especial do ar, até salas com sistema de pressão negativa⁴ com filtragem HEPA (Medical Advisory Secretariat, 2005).



Figura 4. Esquema do filtro HEPA. Fonte: <http://www.ambientevital.cl/porque/objetivo.html>. Acessado: 25/ 01/ 2017

4 Este sistema permite que o ar circule dentro da sala de isolamento mas não escape do quarto.



Figura 5. Lavabo e dispensador álcool gel perto da área de procedimento. Fonte: autora.



Figura 6. Sala de exames frente ao posto de enfermagem, Centro de Medicina de Urgência / DOMY. Fonte: <http://www.archdaily.com> Acessado: 13/ 02/ 2017

Para controlar as infecções por contato, estudos evidenciam que colocar lavabos e dispensadores de álcool gel estrategicamente localizados incrementa a manutenção da higiene, recomendando colocá-los de modo visível e próximos às áreas de procedimentos mais delicados (Figura 5) (REILING, 2004; ULRICH, 2006; SADLER, 2009).

Outro aspecto importante é a utilização de superfícies fáceis de higienizar e antimicrobianas como os revestimentos vinílicos. Cuidar da limpeza também melhora a satisfação dos pacientes e visitantes nos quesitos de qualidade e segurança do hospital. (STICHLER, 2016).

1.3.2. Segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde

Um amplo número de evidências indica que o ambiente físico afeta a segurança do paciente e da equipe de saúde. Segundo Reiling (2005), no sistema de saúde os erros apresentam-se pela mistura de falhas dos profissionais com as falhas nas instalações, equipamentos e processos. Essas últimas são mais fáceis de ser evitadas. Dessa forma, é possível perceber um aumento do número de estudos que possam prevenir esse tipo de falhas. As pesquisas estabeleceram 10 princípios dirigidos à segurança: (1) promover a standardização; (2) minimizar a fadiga dos profissionais de saúde; (3) melhorar a visibilidade do paciente; (4) reduzir os ruídos; (5) melhorar a comunicação; (6) controlar as infecções; (7) minimizar os perigos ambientais; (8) automatizar os sistemas; (9) apoiar

o envolvimento da família e (10) considerar a proximidade dos ambientes (REILING, et al, 2004; CHD, 2012).

Apesar da busca por segurança trazer mudanças em quase todos os ambientes do hospital, as maiores transformações foram realizadas nos quartos de internação individuais (Figura 7). Esses quartos permitem maior espaço para familiares; áreas e trabalho da equipe adjunta ao quarto que permite observar o paciente sem interrompê-lo; janelas amplas que permitem visualizar o exterior e reduzir o estresse; uso de câmeras conectadas ao posto de enfermagem para controlar os pacientes mais críticos; luzes infravermelhas com sensor de movimento que notifica quando o paciente está de pé; banheiro localizado próximo à cama com piso de borracha; filtros de ar e forros altos que permitam futuras instalações de tecnologias (REILING, 2005).

Em 2009, o IHI (*Institute for the Health Improvement*) (SADLER, et al., 2009), reportou uma série de recomendações para EBD focadas na segurança do paciente. Essas recomendações colaboram com a melhora dos resultados sobre sua saúde, impressões com relação ao ambiente e satisfação dos usuários, além de um maior rendimento dos profissionais de saúde. Como síntese da pesquisa surge a tabela 1 com propostas de intervenções.



Figura 7. Quarto de internação, Indu and Raj Soin Medical Center. Fonte: http://jainmalkin.com/html_site/portfolio/acute_care/Indu-Raj-Soin-Medical-Center/room-design.html Acessado: 14/02/2017.

Tabela 1. Intervenção de desenho para estabelecimentos existentes e novos de saúde segundo EBD

Intervenção	Qualidade e benefícios para o estabelecimento
Instalar dispensadores de álcool gel próximo às camas dos pacientes e em pontos de atendimento ao paciente.	Reduz as infecções, melhora o cumprimento da higienização das mãos.
Instalar materiais que mitiguem os ruídos como forros que absorvam o som como parte do plano para reduzir os ruídos.	Reduz o estresse em pacientes e profissionais, reduz a privação de sono, aumenta a satisfação do paciente.
Usar música e arte como distrações positivas nos procedimentos.	Reduz o estresse de pacientes, dor, uso de medicamentos e ansiedade.
Incluir sistemas de orientação (caminho, sinalização, navegação) efetiva.	Reduz o tempo que os profissionais gastam dando direções, reduz o estresse dos pacientes e familiares.
Melhorar a iluminação em áreas de trabalho e salas de medicação	Reduz erros de medicação.
Projetar quartos individuais	Reduz as infecções, aumenta a privacidade e satisfação.
Prover espaços para a família	Aumenta a satisfação do paciente e da família, reduz estresse.
Proporcionar luz natural nos ambientes para pacientes e profissionais de saúde	Reduz a ansiedade e depressão, reduz o tempo de internação do paciente e estresse dos trabalhadores.
Descentralização de estações de enfermagem	Aumenta o tempo dedicado diretamente ao atendimento do paciente

Fonte: SADLE, et. al, 2009, p. 6-8.

Nesta dissertação serão apresentados os aspectos que geraram mais discussão e mudanças nas Unidades de Emergência.

Redução de ruídos

Um ponto importante para o bem estar dos usuários em que a arquitetura pode contribuir é a respeito da redução de ruídos. Segundo a OMS⁵ (Organização Mundial da Saúde) estes interferem na comunicação e criam distrações e aborrecimento, afetam a concentração e contribuem com o estresse e o cansaço, podendo, ainda afetar o desempenho dos

5 Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/en/>. Acessado em: 18/02/2017.

profissionais e a recuperação do paciente (TIJUNELIS, 2005).

Para evitar tais efeitos negativos, surgiram algumas alternativas para modificar ou eliminar estas fontes sonoras e ao mesmo tempo criar um ambiente tranquilo e agradável para os usuários. É aplicado o uso de carpetes⁶ nos corredores, isolamento acústico em paredes e o cancelamento dos sistemas de chamadas por áudios instalados no teto (REILING, 2005). Durante a noite o uso de luzes mais tênues nos corredores e salas de estar estimulam as pessoas a baixarem o nível do ruído (MILLER; SWENSSON, 2002; FERRER, 2012).

Outras sugestões são a substituição de alarmes acústicos por visuais, análise periódica do perfil acústico dos ambientes de permanência; revisão do impacto acústico dos equipamentos utilizados; divulgação dos achados de pesquisa sobre o assunto; conscientização da equipe profissional a respeito dos possíveis efeitos auditivos, fisiológicos e emocionais da exposição a níveis elevados de ruído (BRASIL, 2014, p. 54). Desta maneira, a divulgação de pesquisas, poderia conscientizar os usuários sobre suas ações no ambiente que podem gerar mais ruídos como falar alto, chamadas telefônicas, bater à porta, etc.

6 Carpete com Sistema de fios tingidos, de alto tráfego, com proteção antimicrobios (marca Intersept) que acaba com os odores causados pela umidade e bactérias e com sistema de Base GlasBac que evita que sujeira, poeira e líquidos passem para debaixo do carpete, o que também facilita a limpeza e manutenção.

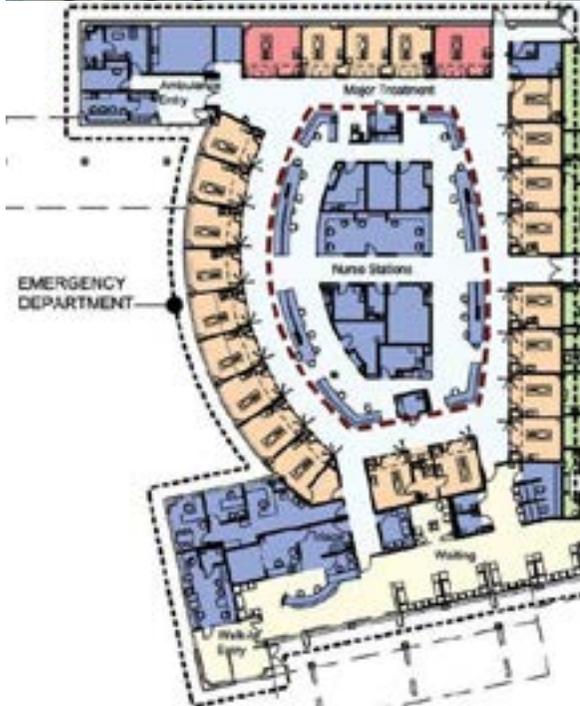


Figura 8. Planta arquitetônica da unidade de Emergência mostrando as salas de exames ao redor do posto de enfermagem, F.F. Thompson Hospital. Fonte: <http://www.architectmagazine.com/> Acessado: 13/ 02/ 2017

Visibilidade

Como na Unidade de Emergência o paciente encontra-se em fase de exames para estudo do diagnóstico, é importante garantir a possibilidade do profissional observar diretamente o paciente. Desta forma, a descentralização do posto de enfermagem, a iluminação e o tipo de fechamento dos ambientes desempenham um papel muito importante.

A iluminação deve ser ajustável para obter-se a melhor visibilidade durante os procedimentos e logo ser adequada para o conforto e descanso do paciente de maneira individual, inclusive nas salas coletivas (BRASIL, 2014, p. 82).

A unidade de emergência FF Thompson, em Nova York, foi desenhada para permitir a visibilidade de todos os pacientes desde o posto de enfermagem (Figura 8). Essa visibilidade foi obtida por meio de um posto de enfermagem centralizado com áreas de trabalho divididas e salas de exame com porta de vidro que possibilitam a privacidade auditiva ao paciente e permitem a entrada de luz natural zenital, favorecendo a diminuição de ansiedade e do estresse (Disponível em: <http://www.architectmagazine.com> Acessado: 13/ 02/ 2017).

Redução de estresse e fadiga dos trabalhadores

Estudos identificam (TIJUNELIS, et al., 2005; MAHAMOOD, et al, 2011) diferentes

fatores ambientais que geram impactos negativos no profissional de saúde: ruídos altos, iluminação e ventilação inadequada. Além desses, superfícies de pisos escorregadios e distribuições espaciais que desorientam a circulação em hospitais estão associados com a fadiga e o estresse dos trabalhadores.

Com relação ao desempenho dos profissionais de enfermagem, é necessário focar uma atenção especial nos postos e áreas de trabalho, proporcionando espaço suficiente nas áreas de depósito de medicamentos e materiais e na área de prescrição médica. Também prover diferentes fontes de iluminação, propiciar a visualização dos pacientes e diminuir as distâncias até eles, contribuem com o desempenho dos profissionais (MAHAMOOD, et al, 2011). A disposição de descentralizar os postos de enfermagem com a criação de pequenas áreas de trabalho mais próximas aos pacientes, por sua vez, promove o cuidado centrado no paciente que permite ter mais tempo para atendê-los e estabelecer relações afetivas.

O projeto também pode contribuir com a redução de erros de medicação, localizando os depósitos de medicamentos separados do posto de enfermagem para evitar distração por conversas. Da mesma forma, pode garantir uma iluminação acima de 1500 lum que facilite a equipe a leitura das indicações dos fármacos (ULRICH, 2006).

Também é importante providenciar salas de estar para os profissionais que ofereçam

aconchego e descanso, dispondo obras de arte, opção de controlar a intensidade da luz, uso de mais de uma cor, janelas amplas de preferência com vista para algum jardim para, assim, reduzir a sensação de desorientação provocada por longas jornadas de trabalho.

Aspectos relacionados à violência

A Unidade de Emergência é a área mais exposta e vulnerável e complexa do hospital (LACANNA, 2016, p. 1), portanto, devem estar preparados para responder a uma ampla gama de enfermidades e lesões; com pessoas de diferentes idades, gênero, nacionalidades e culturas que necessitam de atenção não de rotina. Por isso, as equipes de saúde acabam lidando com situações ou mudanças imprescindíveis incluindo morte repentina, traumas e emergências violentas (HEALY, 2011).

Os casos de violência nas salas de espera e áreas de tratamento da unidade de emergência se converteram em algo comum, comprometendo a segurança dos trabalhadores do Serviço de Emergência (GATES, et al., 2011; GILLESPIE, 2013). A Associação Americana de Enfermeiros de Emergência (apud LACANNA, 2016, p. 2), reportou que em um período de trabalho de 40 horas por semana, 12% dos enfermeiros receberam alguma violência física e 42% algum tipo de abuso verbal. Por isso, surge o interesse de estudar o ambiente construído já que desempenha um papel crucial na prevenção da agressividade ou violência (GILLESPIE, 2013).

Segundo Lacanna (2016), incrementar a visibilidade é um fator importante. Portanto, os projetos devem considerar melhorar a visibilidade para as equipes de segurança, projetar uma triagem visivelmente acessível, possibilitar que a equipe de saúde visualize a chegada do paciente desde o interior da edificação, posicionar o balcão da admissão visível e permitir o maior controle visual das áreas públicas e as saídas de emergência.

Também é necessário ter uma sala de isolamento em caso de emergências psiquiátricas ou de abuso de narcóticos, preferencialmente próximos à área de triagem (MILLER; SWENSSON, 2002). A maioria das intervenções se concentra na área de chegada, pois é onde ocorre a maioria dos episódios de violência, de tal forma que os participantes de um estudo apoiaram que deveria ter maior restrição ao acesso das Unidades de Emergência (GATES, et al., 2011).

Apesar de muitas pesquisas se focarem nos aspectos da segurança, como sala de isolamento, alarmes, portas de segurança, detectores de metal, Ulrich (2013) afirma que a arquitetura é capaz de exercer um papel maior, a partir de projetos de espaços que acalmem os problemas emocionais dos usuários através da redução de ruídos e superlotação, fazendo com que o paciente tenha controle da situação com distrações positivas.

O envolvimento da família também colabora significativamente com a segurança do



Figura 9. Sala de espera com princípios do PFCC, arranjando o mobiliário para promover as conversas entre famílias, Nemours Children's Hospital. Fonte: <http://www.archdaily.com/> / Acessado: 14 /02/2017

paciente de maneiras diversas: diminuir sintomas depressivos (ROSLAND, 2009, p. 6), estresse (IHI, 2009) e aumenta a satisfação com o ambiente e o atendimento (MACKIE, et al, 2017). Este tema será amplamente discutido na próxima seção.

1.3.3. Envolvimento da família

Quando se fala de cuidado dentro do tema da humanização, está incluso também o tratamento das necessidades físicas e emocionais tanto dos familiares quanto dos profissionais de saúde. A família e esses profissionais contribuem, essencialmente, para a recuperação do paciente. Uma maneira de atender tais necessidades é ordenar o espaço de forma que este facilite os familiares a desempenharem seu papel (FOURNIER, 2006).

A partir das discussões sobre a importância da família surge a filosofia do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (PFCC – *Patient and Family Centered Care*), que redefine as relações humanas nos ambientes de saúde. Baas (2012) compara o PFCC a um tripé, no qual em um dos pilares estão os profissionais de saúde, no segundo está o paciente e no terceiro está a família. Nesse sentido, os três precisam ter pesos iguais para estar em equilíbrio, nenhum pode dominar o outro.

Nos ambientes PFCC os profissionais reconhecem a vital importância que desempenham as famílias no cuidado da saúde do paciente seja qual for a sua idade (IPFCC, 2012).

Nesse contexto, o paciente é quem define quais pessoas podem ser consideradas sua família, podendo incluir amigos e vizinhos que o apoiem neste momento de necessidade. (ROSLAND, 2009; BAAS, 2012).

O PFCC reconhece que o apoio emocional e social é parte integrante do cuidado da saúde, transformando as políticas, os programas de saúde, as interações da equipe com os usuários e os projetos dos espaços de saúde. O objetivo do PFCC é trazer melhores resultados para o sistema de saúde – redução da mortalidade, otimização do cumprimento do tratamento, diminuição da reincidência hospitalar – e melhorar o nível de satisfação do paciente e da sua família. (MACKIE, et al, 2017).

Fournier (2006) indica que o sucesso do Cuidado Centrado no Paciente e na Família depende grandemente da cooperação e dedicação dos profissionais no incentivo da participação familiar. O ambiente físico também pode estimular o desejo dos profissionais a trabalhar com a família.

Em um ambiente PFCC, espera-se que os profissionais de saúde capacitem as famílias na tomada de decisões relacionadas ao paciente; respeitem os valores, crenças e cultura de cada família; criem um ambiente de confiança para promover a troca de informações e apoiem o paciente e sua família atendendo suas necessidades sociais e emocionais. (MCCULLOUGH, 2010).



Figura 10. Área de refeitório da família, Bridgepoint Hospital, Canadá. Fonte: <http://plenarygroup.com> / Acessado: 14/02/2017



Figura 11. Jardim que permite o convívio social, Neumours Children's Hospital. Fonte: <http://www.archdaily.com/> Acessado: 14/ 02/ 2017

A Humanização dos espaços de saúde busca promover o apoio social da família nos diferentes serviços do hospital. Por esse motivo surge o interesse em melhorar as áreas de convívio. Algumas amenidades para a família são: serviço de alimentação no quarto; áreas de refeição internas e externas (Figura 10); jardins terapêuticos (Figura 11); áreas de estar nos quartos de hospitalização; capelas ou áreas de meditação (Figura 12); visitas 24 horas; descentralização dos postos de enfermagem; acesso a wi-fi e salas de estar acolhedoras para o descanso noturno (FOURNIER, 2006; MCCULLOUGH, 2010; COOPER, 2014).

A sala de espera do Pronto Atendimento é o local onde ocorre o primeiro contato do paciente com o hospital, por esse motivo ela é o ambiente mais percebido pelo paciente e seu acompanhante (CAPOLONGO S., et al., 2014). No entanto, a maioria das salas de espera estão quase sempre lotadas, tornando a espera uma experiência bastante desagradável. Pesquisas evidenciam que quanto mais atrativas forem, maior será a percepção de qualidade de atendimento do hospital. (BEKER; DOUGLASS. 2008; SADLER, et al., 2009).

Nesse contexto, é aconselhável a humanização das salas de espera com distrações positivas tais como arte, música e natureza. Tal ambiência possibilitará que os envolvidos distraiam a mente de situações desagradáveis, além de reduzirem o estresse

(HAMILTON, 2006; SADLER, et al. 2009). Um ponto a ser tratado é a disposição espacial das cadeiras, evitando organizá-las em fileiras e pequeno espaçamento entre elas, visto que esse arranjo pode aumentar o estresse e a ansiedade, assim como aumentar a percepção do tempo de espera (BEKER; DOUGLASS. 2008, p. 140).

Leibroek (2000) recomenda para as salas de espera (Figura 13) a exposição de obras de arte, o uso de grandes janelas, cadeiras reclináveis, percursos bem sinalizados e opções variáveis de iluminação (direta e indireta) para contribuir com a diminuição do estresse. Portanto, deve-se lançar mão do maior número de ferramentas possíveis para proporcionar maior conforto nos diferentes sentidos sensoriais.

O uso da música no acompanhamento de diferentes tratamentos tem ajudado a reduzir a sensação de dor. Esta poderá ser utilizada nas salas de procedimentos, permitindo que o paciente possa escolher a música. Holm e Fitzmaurice (2008) indicam que o uso de música de fundo na sala de espera é uma maneira de diminuir o nível de estresse e a ansiedade dos acompanhantes, especialmente no Pronto Atendimento Pediátrico. A respeito do conforto olfativo, podem ser utilizadas essências nos aparelhos de ar condicionado, porque funcionam como aromaterapia, proporcionando um efeito relaxante.

Os ambientes projetados com base no FPCC têm apresentado melhoras como: diminuição do tempo de internação, redução dos erros de medicação e quedas dos pacientes. Além

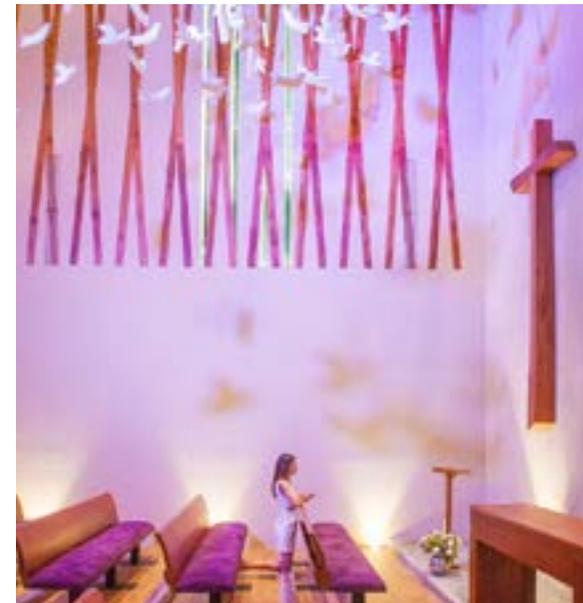


Figura 12. Capela do HMVP, Nicarágua. Fonte: <http://www.metropolitano.com.ni/galeria-de-fotos/> Acessado: 14/ 02/ 2017



Figura 13. Sala de espera para da família. Fonte: <http://www.yorkhospital.com/services/surgery-and-special-procedures-care/waiting-room.aspx> Acessado: 14/02/2017

disso, os familiares e pacientes são mantido mais informados (MCCULLOUGH, 2010).

1.3.4. Privacidade

O Pronto Atendimento é um lugar onde o paciente, muitas vezes, é submetido, a procedimentos médicos que podem provocar-lhe estresse e inclusive invadir sua privacidade (ULRICH, 2006: 284). Outros aspectos como ambientes lotados e barulhentos, além da alta rotatividade de pacientes e visitantes, também aumentam a perda de privacidade e confidencialidade (KARRO, et al., 2005).

Quando existe um desequilíbrio entre a privacidade desejada e a privacidade alcançada, os níveis de estresse aumentam e podem ser prejudiciais para a saúde dos usuários (VIANNA, 2010, p. 142). Por essas razões a busca por privacidade, tanto acústica, quanto visual, tem ganhado importância na discussão sobre ambientes de atendimentos de emergência.

A perda de privacidade em hospitais tem-se apresentado como um fator que também envolve a perda de dignidade, influenciando o comportamento dos profissionais e o espaço físico (BAILLIE, 2007, p. 59). A equipe de atendimento pode promover a dignidade proporcionando privacidade e interações que façam com que os pacientes se sintam confortáveis e valorizados. As aproximações devem ocorrer com empatia, compaixão, paciência, escutando-os e animando-os. (BAILLIE, 2007, 2009).

No caso do atendimento fornecido nos ambientes críticos é fundamental que o paciente se sinta seguro e acolhido pela equipe, neste momento em que o desconhecido torna a situação mais vulnerável. A privacidade e confidencialidade do paciente deve ser cuidada desde o momento da chegada. É importante ressaltar que na área de triagem seja garantida a privacidade auditiva (Figura 14), de forma que o paciente tenha confiança em poder revelar informações delicadas – assuntos de sexualidade, desconfortos físicos ou emocionais, excesso de substâncias – sem medo de ser escutado. Recomenda-se, também, o uso de divisórias de vidro que por sua vez facilitam os profissionais a verem os pacientes durante a chegada.

Ter privacidade e confidencialidade é essencial na relação médico-paciente. A falta dessas pode fazer com que o paciente se negue a ser examinado, manifestar insatisfação ou ocultar informações essenciais para o seu diagnóstico (BARLAS, 2001; KARRO, 2005; BALLIE, 2007; GLIND, 2008; SADLER, 2009).

Karro, et al. (2005) menciona em seu estudo, que o fator que mais afeta a privacidade é o tipo de separação entre camas e o tempo de permanência do paciente. Nos ambientes de Pronto Atendimento é comum o uso de divisórias de cortinas, especialmente nas salas de tratamento, porque permitem a livre movimentação tanto de pessoas quanto de equipamentos.



Figura 14. Área de triagem com divisórias de vidro, Massachusetts General Hospital. Fonte: <https://es.pinterest.com/pin/454371049881822068/> Acessado: 13/02/2017



Figura 15. Sala individual de reidratação e aplicação de medicação com divisória de cortina, Summa Barberton Hospital. Fonte: <https://es.pinterest.com/pin/413697915756091795/> Acessado: 13/02/2017



Figura 16. Sala de atendimento com cortina e porta de correr de vidro. Fonte: <http://www.hksinc.com/insight/planning-and-design-trends-in-emergency-care/> Acessado: 13/ 02/ 2017.



Figura 17. Sala de espera interna para a família, Johns Hopkins Hospital. Fonte: http://www.hopkinsmedicine.org/emergencymedicine/patient_information/ Acessado: 13/02/2017

O projeto deve assegurar a melhor observação possível e ao mesmo tempo permitir a proteção da privacidade do paciente (HAMILTON, 2001). Novos projetos de Pronto Atendimento baseados em evidências implementam salas de tratamento individuais com fechamento sólido em “U” e portas de correr de vidro, além das cortinas (Figura 16). Assim é possível visualizar o paciente sem que ele perca a privacidade auditiva (com o fechamento da porta de vidro) e protegê-lo visualmente no momento do exame físico (correndo a cortina).

Segundo Olsen, et al. (2008) a implementação desses tipos de salas de tratamento contribuem para a diminuição significativa de escuta das conversas. Outras mudanças que poderiam contribuir com a privacidade seriam o uso de cortinas com tecido mais grosso, a utilização de materiais que absorvem ruídos e a ampliação do distanciamento entre cada área de atendimento (BARLAS, 2001, p. 138).

O cuidado com a privacidade e confidencialidade também se aplica aos familiares e profissionais de saúde. É recomendável projetar salas de espera para os familiares dos pacientes, que já estão sendo atendidos. É importante que estas estejam próximas das salas de tratamento para que os familiares possam estar informados sobre o estado do paciente (Figura 17). Também é aconselhável planejar uma sala onde a equipe de saúde possa conversar de maneira privativa com a família dos pacientes mais graves,

bem como para noticiar os parentes sobre o falecimento do paciente. (LEIBROCK, 2000; BECKSTRAND, 2012).

A equipe da saúde também sente falta de privacidade porque o Pronto Atendimento é uma área muito agitada. Por esse motivo, recomendam-se salas de estar e descanso exclusivo para os profissionais, a fim de reduzir o nível de estresse que o trabalho pode ocasionar. (ver seção 1.4.3.).

1.3.5. Jardim terapêutico

O uso de jardins, pátios e terraços está sendo resgatado nos projetos para a saúde porque pesquisas evidenciam benefícios para os usuários. Verderber (2010) afirma que durante várias décadas esses espaços diminuíram e foram substituídos pelo uso do ar



Figura 18. Jardim terapêutico no Hospital da Rede Sarah projetado pelo Arq. João Filgueiras Lima, Rio de Janeiro. Fonte: <http://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossas-unidades/unidade-rio/> Acessado: 03/ 03/ 2017



Figura 19. Projeto paisagístico no acesso do Humber River Hospital, Toronto, Canadá. Fonte: <http://www.hok.com/design/service/landscape-architecture/humber-river-hospital/> Acessado: 10/ 02/ 2017



Figura 20. Projeto paisagístico, acesso do Sydney and Lois Eskenazi Hospital, Indiana, EUA. Fonte: <http://www.hok.com/design/service/landscape-architecture/eskenazi-healthbrsidney-and-lois-eskenazi-hospital/> Acessado: 10/ 02/ 2017

condicionado. No entanto, a partir dos anos 90 o uso de jardins foi retomado devido o Cuidado Centrado no Paciente (*Patient Centered Care*), cujas pautas tratam da mitigação do ambiente institucionalizado dos hospitais.

Isso encorajou a transformar a área de chegada do hospital por meio do paisagismo, utilizando elementos da natureza que, posteriormente, foram expandidos para outras zonas do hospital, lançando mão dos jardins e paisagens para finalidades terapêuticas.

Segundo Cooper e Sachs (2014), atualmente existem diversos tipos de localizações e tamanhos de jardins: (1) paisagens extensivas, quando o estabelecimento de saúde

está localizado em grandes áreas verdes; (2) paisagens existentes nas proximidades; (3) jardins em ambos os lados do percurso (Figura 19 e Figura 20); (4) jardins no entorno dos edifícios isolando-os das ruas adjacentes; (5) praças; (6) átrios (Figura 21) e (7) coberturas ajardinadas, como tetos verdes.

Uma pesquisa do EBD (ULRICH, et al.; 2008) mostrou que há uma relação intrínseca entre as estratégias de projeto e os resultados dos tratamentos de saúde. Essa pesquisa evidencia, sobretudo, que o contato com a natureza é capaz de influenciar a redução da dor e depressão do paciente; a diminuição do estresse dos funcionários; a redução da sensação de estadia prolongada e o aumento do nível de satisfação do paciente e dos profissionais.

As evidências indicam que o apoio social, o sentimento de controle da situação, os exercícios físicos e as distrações naturais positivas ajudam a reduzir o estresse (ULRICH, et al., 2008).

Nesse sentido, é interessante que o jardim terapêutico preveja ferramentas de suporte terapêutico que busquem trazer efeitos benéficos aos usuários. É importante ressaltar que o termo “terapêutico” não implica efeitos de cura, mas esses jardins podem estimular sensações positivas nas pessoas, independentemente de serem utilizados ativamente ou passivamente (VERDERBER, 2010, p. 58).



Figura 21. Átrio com jardim terapêutico, Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital, EUA. Fonte: <http://myk-d.com/projects/crown-sky-garden/> Acessado: 09/ 02/2017



Figura 22. Jardim que promove o convívio social. Fonte: Therapeutic Landscapes: An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces. 2014.

O jardim terapêutico também pode apresentar os seguintes efeitos benéficos: alívio dos sintomas físicos, doenças ou traumatismos; redução do estresse e maiores níveis de conforto para as pessoas que enfrentam experiências emotivas e fisicamente esgotantes e melhoria geral do bem-estar (COOPER; 2006).

Cooper (2006) menciona que para tanto devem ser criadas oportunidades para as seguintes atividades:

- Movimentação e realização de exercícios: caminhadas; atividades guiadas por fisioterapeutas para pacientes que estejam se recuperando de um derrame cerebral; espaços de brincar para crianças e ambientes onde os profissionais do hospital possam caminhar em seu tempo de descanso. Em síntese, todos esses elementos proporcionam benefícios físicos e psicológicos.
- Possibilidade de escolha e de privacidade. Ao serem internados no hospital, muitos pacientes experimentam a sensação de perda de controle e independência, pois são monitorados e devem cumprir certas terapias e tomar medicamentos nos horários estabelecidos. O acesso ao jardim possibilita relaxamento e a possibilidade de escolher o que querem fazer, logo devem ser projetadas diferentes ambiências que favoreçam o poder de escolha entre momentos de privacidade ou de socialização com outros usuários; assim com espaços ensolarados e outros a sombra.

- Ambiências que incentivem as pessoas a se reunir e vivenciar o apoio social (Figura 22).
- Ter contato com a natureza para tranquilizar a mente e ajudar a proporcionar paz interior, seja a partir da experiência direta (contato com os jardins) ou indireta (visualização a partir dos ambientes internos).

1.4. Diretrizes de humanização em ambientes críticos

Para conhecer as inovações propostas pela Arquitetura para as Áreas Críticas, procedeu-se a busca na literatura científica a partir da Base Bireme, identificando-se as questões tratadas nos últimos 30 anos com relação ao Movimento de Humanização, além disto, serão discutidas outras diretrizes arquitetônicas dessa área. Nesta dissertação serão apresentados os resultados referentes do Serviço de Emergência.

1.4.1. Método

A pesquisa foi realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), desenvolvida e operada pela BIREME, para promover o acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe (AL&C). A busca foi realizada entre Dezembro de 2015 - Fevereiro de 2016, com a opção de busca avançada, utilizando como filtro “artigos em periódicos”, nos idiomas “inglês, espanhol ou português”, correspondendo ao período de “1985-2015”. Os elementos analisados foram (1) autor

(em caso fossem mais de um, registraram-se dois primeiros), (2) revista, (3) nome do artigo, (4) assunto principal (5) país, (6) ano e (7) palavras chaves.

Para a busca avançada usou-se a palavra-chave “hospital design” acompanhada de cada uns dos ambientes de interesse:

1. *“hospital design” AND “emergency department”* = 48 artigos
2. *“hospital design” AND “operating room”* = 18 artigos
3. *“hospital design” AND “ICU”* = 33 artigos

Para ampliar a busca foram colocadas as palavras-chaves em português:

1. *“arquitetura hospitalar” AND “setor de emergência”* = 12 artigos
2. *“arquitetura hospitalar” AND “centro cirúrgico”* = 26 artigos
3. *“arquitetura hospitalar” AND “UTI”* = 59 artigos

Foram selecionados apenas artigos que apresentavam resumo e palavras chaves, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram excluídos aqueles que tratavam de tema de gestão e planejamento, sem relacionar com arquitetura e engenharias. Na busca em português foram excluídos aqueles que já tinham aparecido na busca em inglês, por

tanto a quantidade de artigos resultantes da segunda busca realmente acrescentou aos iniciais.

1.4.2. Resultados

Identificaram-se 196 artigos, dos quais 60 eram estudos sobre o Serviço de Emergência, 44 sobre o Centro Cirúrgico e 92 sobre UTI.

As revistas com maior número de publicações sobre o Serviço de Emergência foi “*Journal of Emergency Nursing*” com 12 %, com respeito ao Centro Cirúrgico foi a “*Seminars in perioperative nursing*” com 11 % e sobre a UTI foi a “*Critical care nursing quarterly*” com 17 %.

A distribuição dos artigos publicados nos últimos 30 anos em relação às Áreas Críticas (Gráfico 1), observa-se uma certa variabilidade no ritmo de crescimento do número de artigos. Enquanto o interesse pelo Setor de Emergência apresenta um crescimento quase que constante, neste período, o Centro Cirúrgico parece começar a decrescer, enquanto que a UTI cresce significativamente nos últimos 5 anos.

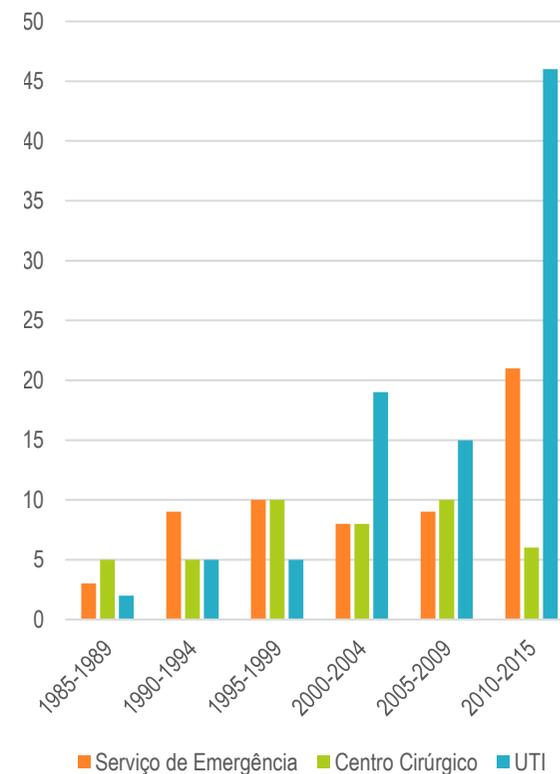


Gráfico 1. Distribuição das publicações sobre o Serviço de Emergência, Centro Cirúrgico e UTI na Base Bireme, período 1985-2015.

1.4.3. Serviço de Emergência

Das 60 publicações encontradas, 70% correspondem à produção dos EUA, seguido por Inglaterra com 7%. O 36,6% dos artigos trataram de assuntos sobre remodelações e construções de novos projetos de unidade de emergência.

A nuvem de palavras que segue (Figura 23) representa a variação de frequência das palavras chaves. A figura nos revela “qualidade da assistência” como a palavra chave mais recorrente, seguido por “economia”, “radiologia”, “remodelação” e “sistema de informação”. Alguns termos tiveram uma frequência considerável relacionada a requisitos técnico-funcionais, como “segurança”, “prevenção e controle”, “epidemiologia” e “desastres”. O foco no paciente aparece de forma mais discreta nos conceitos “satisfação do paciente”, “percepção do paciente” e “privacidade”. A ênfase em aspectos da funcionalidade, num período em que a pesquisa em arquitetura hospitalar já se encontrava fortemente influenciada pelo movimento de humanização se deve, possivelmente, ao fato de tratar-se de ambiente crítico, em que se lida com os riscos iminentes.



Figura 23. Nuvem de palavras encontradas nos artigos sobre o Serviço de Emergência na Base Bireme, período 1985-2015

No período entre 1985-1994 foram encontrados 12 artigos. Entre os principais temas estão Sistema de Informação (3 artigos), Remodelação (3 artigos), Planejamento e/o Construção (3 artigos). Representando cada um destes temas destacamos o que trata do uso de um software para aprimorar a relação entre o radiologista e o médico responsável pelo paciente⁷. Com respeito à remodelação e expansão de área apresenta-se como

7 GOLDBERG M, ROBERTSON J, BÉLANGER G, et al. A multimedia medical communication link between a radiology department and an emergency department. **J Digit Imaging**. v. 2, n. 2, maio 1989.

forma de responder à superlotação⁸. Também é recomendável aumentar a área das salas de tratamento, das salas de emergência e favorecer a visibilidade destas e da entrada do paciente a partir do posto de enfermagem⁹.

De planejamento e/ou construção, fala-se sobre aspectos do layout da sala de emergência de maneira que exista livre movimentação ao redor do paciente e que tenha rápido e fácil acesso aos equipamentos, sugerindo o envolvimento do chefe de enfermeiras no processo de remodelação¹⁰.

De 1995-2004 analisaram-se 18 artigos e o tema saliente do período foi a Economia com quatro textos, entre os quais discute-se a preocupação pela viabilidade econômica dos estabelecimentos de cuidado crítico ante o aumento dos serviços ambulatoriais, buscando assim maneiras de servir às suas comunidades eficientemente pra manter sua postura no mercado¹¹. Relacionando o aspecto econômico com o nível de satisfação dos usuários, analisa-se a expansão de uma unidade de emergência com a intensão de resolver o problema da superlotação e insatisfações dos pacientes; o projeto incorporou melhoras

8 DICKINSON G. Emergency department space. **CMAJ.**; v. 137, n. 6, p. 473, set.1987

9 VITONE J. A look at our new emergency department Clinton Hospital, Clinton, Massachusetts. **J Emerg Nurs.** v. 19, n. 3, p. 44A-46^a, jun. 1993

10 YARON M, RUIZ E, BARETICH MF. Equipment organization in the emergency department adult resuscitation area. **J Emerg Med.** v. 12, n. 6, p. 845-848, 1994.

11 BURNS GB. New market for ambulatory care: wellness center + physician's office building + urgent care / diagnostic center. **J Ambul Care Manag.** v. 22, n.1, p. 14-17, jan. 1999.

no acesso, corredores e áreas de tratamento considerando a acústica, ergonomia e estudo da cor, criando um ambiente de silêncio¹².

Os outros tópicos evidentes da época foram Segurança com 3 textos, Planejamento e/ou construção também com 3. De segurança referindo-se a estratégias de design para manter a segurança, estando entre estas a utilização de sistema de alarme de incêndio, sistema de botão de pânico, vidro blindado, controle nos acessos, entre outros¹³; visto que ó 60% das perturbações da ordem que acontecem num hospital são no Serviço de Emergência¹⁴. A indagação sobre segurança neste período possivelmente seja resultado do incremento da criminalidade relacionada ao narcotráfico que se apresentou nos EUA no começo dos 90's e posterior aos atentados terroristas em 2001, que mudaram as normativas de segurança de muitas edificações.

Qualidade do Atendimento aparece em um artigo sobre área de emergência exclusiva para atendimento pediátrico (JUDKINS S., 2003), obtendo como resultado maior satisfação na percepção do ambiente por parte dos familiares, e maior confiança no desempenho

12 FORSYTHE L. Planning a new emergency department: one Pacific Northwest hospital's experience. **J Emerg Nurs.** v. 29, n. 4, p. 330-334, ago. 2003.

13 GRAHAM CJ, SHIRM S. Security in pediatric emergency departments. **Pediatr Emerg Care.** v. 11, n.4, p.220-222, ago.1995.

14 ALLISON DJ, MATTHEW RT. Hot spot. Planning, design and construction is the right remedy for ED dangers. **Health Facil Manage.** v. 11, n.3, mar. 1998.

de seu trabalho, por parte dos funcionários¹⁵.

A maior quantidade de publicações encontrou-se entre 2005-2015, com 30 artigos. Neste período destaca-se a preocupação com a “qualidade do atendimento”, presente tanto como assunto principal quanto nas palavras chaves dos textos, especialmente naqueles de avaliações pós-remodelações, evidenciando-se a relação entre qualidade do ambiente com qualidade do atendimento.

O assunto principal mais mencionado foi a Remodelação ^{16,17,18,19}, focando o tema em duas questões: a primeira trata da expansão de área na busca de reduzir o tempo de espera e o volume de pacientes e a segunda trata da expansão com a intensão de ter mais amenidades no ambiente. Sobre o primeiro ponto evidenciou-se que não é suficiente expandir só o Serviço de emergência, já que ele está relacionado com outras unidades do hospital. Portanto ao ter mais volume de pacientes acessando pela emergência, implica maior demanda de área de outros serviços como Hospitalização, Centro cirúrgico, UTI, Radiologia, etc.

15 JUDKINS S. Paediatric emergency department design: Does it affect staff, patient and community satisfaction?. **Emerg Med (Fremantle)**. v. 15, n.1, p. 63-67, fev 2003.

16 Penrose hospital: emergency department renovation. **Health Facil Manage**. v. 27, n.3, mar. 2014.

17 Expansion to allow ‘new model of care’. **Health Estate.**; v. 65, n.10, p. 67-70, nov 2011.

18 HAN JH, ZHOU C, FRANCE DJ, et al. The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. **Acad Emerg Med**. v. 14, n. 4, p. 338-343, abr. 2007.

19 MUMMA BE, MCCUE JY, LI CS, HOLMES JF. Effects of emergency department expansion on emergency department patient flow. **Acad Emerg Med**. v. 21, n.5, p. 504-509, maio 2014.

A procura pela Qualidade do Ambiente também é discutida em dois artigos. O primeiro tratou a importância de projetar espaços que respondam às necessidades emocionais dos usuários, centrando o estudo no uso da cor, obtendo maiores preferências com a gama de cores verdes/azul relacionando-os com a floresta e o céu, identificando que o espaço mais referido pelo paciente e acompanhante foi a sala de espera e no caso dos funcionários foram os corredores e salas de tratamento²⁰.

O segundo artigo se referiu à influência do ambiente físico no desempenho eficiente da unidade de emergência, questionando-se aspectos da capacidade do espaço, segurança do paciente, satisfação dos usuários e qualidade e distribuição dos espaços. Entre as propostas estavam: a incorporação do médico na equipe que atende a triagem, para reduzir as admissões; áreas de atendimento flexíveis e projetar salas de espera descentralizadas, que permitam ao paciente esperar perto das áreas de exames²¹.

A Qualidade do Atendimento aparece no desafio da redução do tempo de espera, apontando-se que a separação da sala de emergência da área de consultórios, a descentralização de salas de espera e o balcão de admissão visível; contribuem com a

20 CAPOLONGO S, BELLINI E, NACHIERO D, et al. Soft qualities in healthcare. Method and tools for soft qualities design in hospitals' built environments. *Ann Ig.* v. 26, n. 4, p. 391-399, maio 2014.

21 HASSAN G, HAMIDREZA J, KASRA H. Assessing the physical environment of emergency departments. **Trauma Mon.** v. 20, n.4, nov. 2015.

segurança e privacidade do paciente²².

Reafirma-se, também, que dispor de uma área de atendimento exclusiva para pediatria aumenta o nível de satisfação dos usuários e a produtividade dos funcionários²³. No caso do atendimento geriátrico, avalia-se uma unidade de emergência, baixo o conceito amigo do idoso, que abrange o ambiente físico, relações sociais, políticas, procedimentos do hospital, e o sistema de atendimento. No entanto, na pesquisa de campo encontraram algumas problemáticas como a falta de sinalização dos ambientes e mobiliários inadequados²⁴.

Da mesma forma, o tema Privacidade foi registrado em três textos. Abordou-se o tema no sentido de confidencialidade, buscando-se reduzir a possibilidade de que outros pacientes escutem suas conversas e que incluam privacidade para os familiares. Também, o aumento do tamanho das salas de tratamentos e a substituição de cortinas como divisória por boxs individuais contribuíram com a privacidade e confidencialidade^{25,26}.

22 VEZYRIDIS P; TIMMONS S. National targets, process transformation and local consequences in an NHS emergency department (ED): a qualitative study. **BMC Emerg Med.** v. 14, n. 12, jun. 2014.

23 KRUGMAN SD, SUGGS A, PHOTOWALA HY, BECK A. Redefining the community pediatric hospitalist: the combined pediatric ED/inpatient unit. **Pediatr Emerg Care.** v. 23, n.1, p.33-37, jan. 2007.

24 KELLEY ML, PARKE B, JOKINEN N, et al. Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. **J Health Serv Res Policy.** v. 16, n.1, p. 6-12, jan. 2011.

25 GEIDERMAN JM, MOSKOP JC, DERSE AR. Privacy and confidentiality in emergency medicine: obligations and challenges. **Emerg Med Clin North Am.** v. 24, n.3, p. 633-656, ago. 2006.

26 OLSEN JC, CUTCLIFFE B, O'BRIEN BC. Emergency department design and patient perceptions

Outra pesquisa revelou a necessidade de projetar um ambiente privado para a família ser noticiada sobre o falecimento do paciente²⁷.

A Radiologia volta a ser mencionada acrescentando a forte relação que deve ter com o Serviço de Emergência (CHOY G, 2013), por esse forte vínculo com as áreas críticas encontra-se em artigos de diversos assuntos como palavra chave²⁸.

Também se repete o tema Desastres, com um hospital móvel utilizado durante o furacão Katrina, equipado com sala de emergência, sala de operações, UTI e área de atendimento geral; também apropriado para emergências epidemiológicas em que os pacientes precisem ser isolados²⁹. Um segundo artigo relacionado com o atendimento de feridos em massa, destaca que este deve contemplar-se desde o começo do projeto, visto que a infraestrutura externa desempenha um papel importante; aconselhando-se o estudo prévio dos fluxos de ambulância e veículos, da localização da triagem, dos sistemas de segurança e localização de equipamentos e materiais, para garantir na medida possível

of privacy and confidentiality. **J Emerg Med.** v. 35, n.3, p. 317-320, out. 2008.

27 BECKSTRAND RL, RASMUSSEN RJ, LUTHY KE, HEASTON S. Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care. **J Emerg Nurs.** v. 38, n.5, p.27-32, set. 2012.

28 CHOY G., NOVELLINE RA. Past, present and future of emergency radiology. **Canadian Association of Radiologists Journal.**; v. 64, n. 2, p. 85-89, maio 2013.

29 BLACKWELL T., BOSSE M. Use of an innovative design mobile hospital in the medical response to Hurricane Katrina. **Ann Emerg Med.** v. 49, n.5, p. 580-588, maio 2007.

a segurança dos pacientes e dos funcionários³⁰.

Na revisão da literatura evidenciou-se que o Serviço de Emergência está buscando um caminho para um atendimento e um espaço físico mais humanizado, contemplando-se nos seguintes pontos:

- a. A problemática da superlotação das unidades de emergências, está sendo tratada através de mudanças no sistema de saúde (na fase de classificação do paciente) e de mudanças no espaço físico (certificando-se uma boa distribuição e um bom dimensionamento dos ambientes com respeito à demanda de pacientes).
- b. A separação por faixa etária, emergência pediátrica e adulta, aumenta o índice de satisfação do paciente e do funcionário. Esta divisão é associada a proporcionar maior privacidade visual e auditiva dos pacientes; protegendo o paciente pediátrico de situações visualmente desagradáveis ou violentas e o paciente adulto de ruídos de choro das crianças.
- c. É significativo o envolvimento da equipe de saúde no processo projetual, em especial conhecer a percepção da enfermagem, visto que eles criam maior vínculo

30 HALPERN P, GOLDBERG SA, KENG JG, KOENIG KL. Principles of Emergency Department facility design for optimal management of mass-casualty incidents. **Prehosp Disaster Med.** v. 27, n.2, 204-212, abr. 2012.

com o paciente e a família; influenciando especialmente nos projetos que buscam ser centrados no cuidado do paciente.

- d. O incremento da participação da família no processo terapêutico está sendo expandido para o serviço de emergência, demandando modificações tais como: sala para a família que permita ter conversas privadas entre eles e a equipe de saúde; área de registro que ofereça privacidade visual no preenchimento de documentos; espaço para fazer ligações e sala de espera com amenidades, entre outras.
- e. Projetos que buscam o benefício dos funcionários de saúde, visto que diversos estudos evidenciam que o ambiente construído influi no desempenho deles. Portanto estão sendo projetados espaços para o equilíbrio social e emocional, contribuindo simultaneamente com a segurança do paciente.

Encontraram-se alguns temas que prevaleceram nas três décadas do período estudado, tendo maior presença os focados em aspectos funcionais do espaço, por ser fundamental para o atendimento de situações de emergência. No entanto, nos últimos 10 anos, notou-se o incremento gradual de projetos e remodelações onde já foram considerados alguns princípios de humanização; acontecendo as maiores mudanças na sala de espera, sendo o ambiente mais percebido pelos pacientes e acompanhantes.

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho é investigar as possibilidades da arquitetura contribuir com a humanização e qualidade das unidades de emergência. Para o cumprimento desse objetivo foi necessário o estudo profundo do tema e a aplicação de métodos e técnicas de pesquisa qualitativa, que segundo Richardson (1999), esta é uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados.

Este capítulo exibirá o processo, técnicas e instrumentos aplicados na pesquisa. A proposta metodológica foi realizada em duas etapas, a primeira de revisão bibliográfica e a segunda sobre o estudo de caso realizado com base na metodologia “Caminho do paciente”.

2.1. Metodologia

2.1.1. Primera etapa – Teórico conceitual

Esta etapa envolve dois reconhecimentos simultâneos: revisão bibliográfica e bibliométrica. O primeiro foi fundamental para explanar sobre conceitos e princípios de humanização e contextualização destes parâmetros no campo do objeto de estudo, no qual se busca entender seu funcionamento, os subambientes, usuários e as relações entre estes. Em paralelo, foi realizado o estudo bibliométrico apresentado na seção 1.4, que foi substancial para explorar os assuntos da humanização que vem sendo abordados sobre as unidades de emergência nos últimos 30 anos e investigar que outros temas estão sendo tratado nos projetos hospitalares.

Com a bibliometria, foi confirmada a aplicação de princípios da humanização também encontrados na revisão bibliográfica, que contribuíram com a referência conceitual para a discussão dos resultados.

2.2.1. Segunda etapa – Estudo de caso

Seleção do estudo de caso

A partir da base contextual sobre os hospitais de emergência da região do Pacífico da Nicarágua, obtida a partir de visitas empíricas aos hospitais e conversas com os

profissionais de saúde, junto com o estudo de referências metodológicas das pesquisas, foram formulados os instrumentos que se aplicariam na pesquisa de campo.

O termo estudo de caso “vem de uma tradição de pesquisa médica e psicológica, onde se refere a uma análise detalhada de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada; o método supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno adequadamente a partir da exploração intensa de um caso único” (BECKER, 1999, 117).

O estudo de caso é uma técnica de pesquisa abrangente que tem a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências como documentos, artefatos, entrevistas e observações para investigar um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real (YIN, 2001). Por esse motivo este método permitiria investigar nas unidades de emergências, quais princípios estão sendo implementados, assim como as necessidades dos diferentes usuários e sua relação com o espaço construído nos casos selecionados.

Como estudos de casos, foram eleitos dois hospitais nicaraguenses com Serviço de Emergência construídos depois do movimento de humanização: O *Hospital Metropolitano Vivian Pellas* (HMVP) (conhecido como Metropolitano), com 12 anos de uso, de alta complexidade e privado; e o Sermesa Hospital Masaya (conhecido como Sermesa) com 6 meses de uso, complexidade média e com atendimento exclusivo aos assegurados do

INSS (Instituto Nicaraguense de Segurança Social).

Em cada instituição realizou-se uma visita exploratória no hospital todo, e posteriormente na Unidade de Emergência, para obter as primeiras impressões e verificar que os instrumentos preparados estariam de acordo com o contexto de cada um. A palavra “humanização” foi complementada com o “bem-estar dos usuários” devido à pouca familiarização com o termo e os profissionais de enfermagem foram quem tiveram maior compreensão da palavra humanização.

As duas unidades de emergência estudadas se diferenciam nas condições quanto ao nível de complexidade, classe social, características físicas, etc., ampliando as variáveis de análise e por outro lado também mostrando preocupações em comum.

Metodologia Caminho do Paciente

Para o desenvolvimento da pesquisa de campo optou-se pelo método “Caminho do Paciente”, que utiliza técnicas de coletas de dados para investigação qualitativa:

A metodologia “Caminho do Paciente” foi desenvolvida para o entendimento do espaço pelo grupo de pesquisa Espaço Saúde do Programa de Pós Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROARQ/ FAU/UFRJ). Este consiste em “proceder ao reconhecimento do espaço percorrendo, de fora para dentro, o mesmo

percurso que o paciente; procurando identificar os pontos críticos e os favoráveis vivenciados por eles” (SANTOS; BURSZTYN, 2015: 157). Do mesmo modo foi realizado de dentro para fora para conhecer o “caminho dos trabalhadores”.

Santos e Bursztyn (2015) defendem que para estudar as relações dos usuários com o ambiente construído, é necessário identificar alguns aspectos: os diferentes usuários (pacientes, acompanhantes e profissionais); os diferentes ambientes com suas atividades; e ter claro que os resultados das avaliações do espaço vai estar subordinado ao grau de satisfação do atendimento ou das condições de trabalho.

Decidiu-se pela metodologia Caminho do Paciente porque permite estudar grupos, podendo somar várias formas de coleta de dados, como observação, registro fotográfico, levantamento físico, entrevistas, entre outras; tendo como ferramenta principal a observação participativa que permite obter informações enriquecedoras do comportamento dos usuários, como seus hábitos, atitudes, interesses e relações (RICHARDSON, 1999).

A coleta de dados foi auxiliada por:

Observação Participativa

Foram observadas as rotinas dos profissionais de saúde, o fluxo e comportamento dos pacientes e acompanhantes no espaço, bem como o tempo de espera do paciente, deslocamentos dos profissionais no momento do atendimento, zonas ocupadas pelos acompanhantes, atitudes e comentários dos profissionais, materiais e cores utilizados nos ambientes, fluxos de materiais e resíduos, etc. As informações obtidas foram registradas em caderno de campo através de notas e croquis dos ambientes.

Em cada estudo de caso, a pesquisa foi realizada no período de uma semana, realizando-se visitas de 3-4 horas por dia, em diferentes horários para ser possível observar diferentes situações e variar os participantes, já que nestas visitas também foram aplicados os questionários e entrevistas. A observação foi realizada desde a sala de espera e corredores, realizando o caminho dos diferentes usuários, e também a partir de uma posição fixa.

Análise das plantas arquitetônicas e levantamento físico

Realizou-se o levantamento físico da unidade de emergência de cada hospital para atualizar a planta arquitetônica e complementar características de cada subambiente (materiais, layout, janelas, divisórias, cortinas) e para o registro de fluxos e distribuição interna do serviço.

No caso do HMVP se obtiveram posteriormente as plantas arquitetônicas e no caso do hospital Sermesa o levantamento foi feito em nível de zoneamento, com base na foto aérea do Google Earth, para analisar a posição da unidade de emergência no conjunto.

Questionário

Segundo Richardson (1999), o questionário tem como função descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social. Para o desenvolvimento desta investigação os questionários foram elaborados em três partes: identificação dos participantes, seguido de perguntas abertas e por último uma série de suposições trabalhadas no modelo de escala Likert. Esta é a escala que se elabora por meio da análise de itens para determinar a existência de uma ou mais atitudes de um grupo por cada tema avaliado (RICHARDSON, 1999, P. 271). (Apêndice 2, 3 e 4)

No total foram aplicados 17 questionários (6 enfermeiros, 8 médicos, 2 acompanhantes e 1 diretor geral) tratando sobre aspectos da humanização no hospital e logo limitando-a ao serviço de emergência. No caso do Hospital Sermesa, os questionários foram realizados nos consultórios e no posto de enfermagem; já no Hospital Metropolitano, foram efetuados no posto de enfermagem e na sala de emergência quando se tratou do acompanhante. Com cada participante, explicou-se previamente o objetivo do questionário e da dissertação.

No questionário para os profissionais, a primeira parte consistiu na identificação do usuário, abordando sexo idade, profissão (médico ou enfermeiro) e tempo de trabalho para o hospital. Na segunda, as perguntas abertas tiveram como objetivo examinar livremente os assuntos da humanização nos hospitais, questionando-os sobre os aspectos da humanização que eram, ou não, considerados no hospital. Por último, foram realizadas perguntas sobre o ambiente da unidade de emergência para identificar pontos positivos e negativos; fatores que os ajudariam a relaxar e mudanças que melhorariam seu desempenho.

Nesta seção foi utilizado o método Likert com o propósito de apresentar uma série de suposições sobre o ambiente no qual o usuário poderia mostrar sua percepção sobre os seguintes aspectos: localização, dimensão, privacidade, funcionalidade, ventilação, iluminação, ruídos, segurança e satisfação com relação a unidade de emergência. As respostas consistiam em assinalar: de acordo, parcialmente de acordo, parcialmente em desacordo, em desacordo ou não sei.

O mesmo questionário foi preparado para ambos os hospitais, variando apenas algumas palavras e a maneira de elaborar a pergunta no momento da aplicação, quando o participante tinha alguma dúvida.

O questionário para os acompanhantes foi organizado com a mesma estrutura. Com

a primeira parte de identificação também foi questionado o grau de parentesco com o paciente. Na segunda parte, relacionada com o hospital indagou-se sobre o motivo da visita, sobre comparação com outras unidades de emergências e a opinião sobre a localização da unidade. Foram realizados apenas dois questionários por causa da dificuldade do ambiente e a situação do paciente, no qual o familiar queria estar todo tempo envolvido no seu cuidado. Porém, devido à mesma complexidade os questionários foram considerados valiosos para a pesquisa, mesmo que não sejam resultados representativos deste grupo.

Entrevista

Esta é uma técnica que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, proporcionando maiores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos, sendo fundamental nas pesquisas sociais (RICHARDSON, 1999). Esta foi realizada com chefes de emergência de ambos os hospitais e com o diretor geral do Sermesa Hospital Masaya. Não foi possível realizar a entrevista com diretor geral do Hospital Metropolitano Vivian Pellas, mas o questionário foi enviado e respondido por e-mail.

A pauta da entrevista se dividiu em duas partes. A primeira abordava perguntas em relação à funcionalidade da Unidade de Emergência, aspectos de segurança contemplados,

distribuição dos ambientes, equipes e mudanças na arquitetura que melhorariam seu desempenho. A segunda etapa abarcava perguntas sobre a humanização indagando como a arquitetura poderia colaborar com estes princípios na unidade de emergência, como na redução de estresse, privacidade, ruídos e acompanhamento dos pacientes. Esta separação do roteiro permitiu que as conversas fossem realizadas em dois momentos, em decorrência do tempo livre que os chefes tinham a disposição, com duração de 15 minutos cada uma.

Para o diretor geral foi formulada uma pauta com 6 perguntas tratando da experiência de trabalhar no hospital, motivos da construção, o que era esperado da arquitetura, aspectos que foram considerados da humanização, pontos positivos e negativos do hospital.

Matriz de descobertas

É um instrumento utilizado nas Avaliações Pós-Ocupação (APO) para o registro gráfico das principais descobertas levantadas na pesquisa de campo, de modo a facilitar a visualização e compreensão das informações registradas no caderno de campo¹. A Matriz de descobertas utiliza como base uma planta arquitetônica, na qual são colocadas descrições das principais qualidade e problemas do ambiente, fotografias e a indicação do instrumento que gerou cada descoberta. Este instrumento tem recebido uma série de

1 Foi concebida por Helena Rodrigues e Isabelle Soares para uma Avaliação Pós-Ocupação do Programa APO da Fiocruz.

evoluções que permitiram que se transformasse também num instrumento de análises. Na medida em que os dados levantados vão sendo classificados, é possível identificar as relações existentes entre eles (RHEINGANTZ, et. al., 2009).

Para esta dissertação a Matriz de descobertas foi adaptada para registrar os principais aspectos positivos e negativos dos ambientes, assim como os conflitos de fluxos entre usuários, matérias e resíduos.

2.2. Perfil dos participantes

Nesta etapa do processo, 20 pessoas participaram da pesquisa, sendo 12 do Hospital Metropolitano e 8 do Sermesa Hospital Masaya. Do hospital HMVP participaram 3 enfermeiros, 6 médicos, 2 acompanhantes e o diretor geral; enquanto no HSM foram 4 enfermeiros, 3 médicos e o diretor geral. Não foi possível realizar entrevista com os pacientes de emergência devido suas condições de saúde, recomendando-se para futuras pesquisas realizar entrevistas com pacientes hospitalizados que ingressaram ao hospital pela unidade de emergência.

No caso dos acompanhantes, ambos eram profissionais de saúde particulares dos pacientes, decidindo-se a aplicar os questionários a eles por perceber-se um vínculo emocional no cuidado deles.

As pessoas que responderam os questionários foram identificadas com a letra “F” ou “A” funcionário ou acompanhante, seguido pelo número cronológico com que foi realizado, a letra inicial do estabelecimento “M”(Metropolitano) ou “S” (Sermesa) e por último a letra “M” ou “E” para distinguir se é médico ou enfermeiro. Portanto os questionários do Hospital Metropolitano estão identificados por: F1MM F2MM F3ME, etc. e os de Sermesa como F1SE, F2SE, F3SE, etc. Os entrevistados também foram identificados com códigos.

Tabela 2. Categoria dos participantes de cada hospital

Usuário	HMVP	Hospital Sermesa
Enfermeiro	3	4
Médico	6	3
Diretor geral	1	1
Acompanhante	2	0

Fonte: autora, 2017

CAPÍTULO 3 - ESTUDOS DE CASOS

Este capítulo apresentará dois projetos de arquitetura hospitalar, um do Hospital Metropolitano Vivian Pellas localizado na capital Manágua e o outro do Sermesa Hospital Masaya localizado na cidade de Masaya (Figura 24), que foram escolhidos como estudos de caso para analisar seus respectivos aspectos funcionais e o da humanização dos espaços. O capítulo irá expor de cada um deles a origem, localização, setorização e descrição do Serviço de Emergência fazendo o percurso dos pacientes de urgência e de emergência.



Figura 24. Mapa de localização das cidades dos estudos de caso. Fonte: Google Maps 2016 (Trabalhado pela autora)

3.1. Hospital Metropolitano Vivian Pellas (HMVP)

3.1.1. Origem

A ideia do hospital surgiu em meados dos anos 90 com a iniciativa social da Sra. Vivian Pellas¹ de construir um hospital que tivesse dentro de suas instalações uma Unidade de Tratamento de Queimados com padrões internacionais, que fornecesse assistência gratuita às crianças nicaraguenses desfavorecidas (HMVP, 2016).

Essa iniciativa foi acompanhada pelo interesse de médicos e empresários em criar um hospital privado moderno e funcional que elevasse a qualidade da saúde do país. O projeto tornou-se realidade em 2002, quando os investidores liderados por Carlos Pellas decidiram entrar como parceiros, contratando-se para o projeto do hospital a empresa internacional HOK Houston (Diretor geral HMVP, 2016). Em 2004, o Hospital Metropolitano e a Unidade de Crianças Queimadas (APROQUEN – siglas em espanhol) foram inaugurados, tendo sua primeira acreditação pela Joint Commission International (JCI)² em 2010, cujos padrões de qualidade estão focados em melhorar a assistência e

1 Após ter sobrevivido a um acidente de avião em 1989, com seu marido Carlos Pellas onde sofreram fraturas e queimaduras graves, Vivian Pellas decidiu dedicar sua vida à recuperação de crianças com queimaduras, fundando em 1991 APROQUEM, associação sem fins de lucro com atendimento gratuito. Desde sua criação, APROQUEM tem atendido a mais de 234.000 crianças de América Central e Caribe. Por sua obra humanitária, Vivian Pellas, tem recebido vários prêmios e reconhecimentos tais como *Servitor Pacis* (1999), UNICEF (2006), *Henri Dunant* (2014).

2 JCI nasce em 1996, a acreditação é o reconhecimento que um centro cumpre com níveis ótimos de

segurança do paciente. (HMVP, 2016).

“A visão dos líderes do projeto era ter um hospital com padrões internacionais, que fosse eficiente, funcional e atraente com ambientes claros, iluminados e cores que tendem a acalmar, foram elementos que os projetistas incorporaram no projeto” (Diretor geral HMVP, 2016, tradução nossa).

3.1.2. Localização

O HMVP está localizado na cidade de Manágua, capital da Nicarágua, que tem uma população de 1.048.134 habitantes de acordo com a projeção da população para 2015 (segundo o censo de 2005 do INIDE³). O município de Manágua está dividido em sete distritos administrativos. O hospital está localizado na área urbana do distrito 1 (D-I), ainda dentro dos limites da cidade (Figura 25).

Além disso, está situado em uma área residencial, a 300 metros da rodovia que liga Manágua a Masaya (NIC-4) (Figura 26 e 27), ligando a capital aos municípios do pacífico

qualidade, aportando o compromisso do estabelecimento de saúde a melhorar a qualidade da assistência do paciente, garantir um entorno seguro e trabalhar sistematicamente na redução dos riscos para os pacientes e os funcionários.

3 INEDE: Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Tem como missão proporcionar informação estadística para apoiar a toma de decisões e facilitar a formulação e execução de políticas e programas nacionais na Nicarágua.

sul, que por sua vez, essa rodovia é um importante vetor de desenvolvimento econômico para as cidades adjacentes, atraindo elevado número de empreendimentos residenciais e comerciais, formando um grande eixo de crescimento urbano nas proximidades da rodovia.



Figura 25. Mapa de Manágua com sua divisão distrital. Fonte: ALMA (trabalhado pela autora)



Figura 26. Foto aérea de localização. Fonte: Google Earth 2016 (Trabalhado pela autora)



Figura 27. Foto aérea de localização. Fonte: Google Earth 2016 (Trabalhado pela autora)



Figura 28. Terraço na zona central do HMVP.
Fonte: <http://www.metropolitano.com.ni/galeria-de-fotos/>. Acessado 26/ 10/ 2016



Figura 29. Capela na zona central do HMVP.
Fonte: <http://www.metropolitano.com.ni/galeria-de-fotos/>. Acessado: 26/ 10/ 2016

3.1.3. Características físicas

O hospital é composto por 3 blocos principais, cada prédio tem de 3 a 5 andares, distribuídas de tal maneira que criam um ambiente central de pequenas áreas verdes com uma praça projetada com dois terraços em patamares diferentes (Figura 28) (Figura 30). Esta área também é uma capela (Figura 29). Esse espaço central serve como uma transição entre o lobby do Bloco 2 e 3.

A distribuição de seus blocos permite que a maioria das fachadas tenham janelas amplas tendo como vantagem o aproveitamento da luz natural e vista para o exterior, dando prioridade para os quartos de internação, UTI, clínicas e algumas salas de espera.

O projeto reflete entre suas diretrizes, o enfoque na segurança do paciente e dos outros usuários em cada um dos setores do hospital, levando em consideração a visibilidade do paciente para a escolha da localização dos postos de enfermagem, sendo estas descentralizadas para reduzir a fadiga dos funcionários, flexibilidade para adaptar novas tecnologias, sinalização de ambientes e rotas de evacuação, utilização de pisos antiderrapantes, material de teto com porosidade para absorber o som, quartos estandardizados, etc. Os quartos de internação, tanto individuais quanto duplos, contam com área de lavabo e dispensador de álcool gel no acesso para fomentar a higienização das mãos, espaço para receber a família, janela ampla que permite ao paciente visualizar

o ambiente exterior a partir de sua cama, sistema de chamada de enfermagem, banheiro localizado perto da cama.



Figura 30. Planta de conjunto HMVP. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)



Figura 31. Fachada leste do acesso principal; na der. Bloco 1, esq. Bloco 2 HMVP. Fonte: <http://www.whatclinic.com/doctors/nicaragua/managua/hospital-metropolitano-vivian-pellas>. Acessado 26/ 10/ 2016



Figura 32. Fachada oeste, acesso principal da Bloco 3. Fonte: <http://vostv.com.ni/hospital-metropolitano-vivian-pellas-nueva-torre/> Acessado 26/ 10/ 2016

3.1.4. Perfil do hospital

O HMVP é um hospital privado de alta complexidade, de referência nacional e internacional por contar com tecnologias médicas atualizadas e profissionais especializados. É o único hospital na Nicarágua acreditado pela Joint Commission International e oferece o serviço de Turismo Médico (*Medical Tourism*)⁴. Possui também acordos com algumas empresas de convênios médicos nacionais e internacionais.

⁴ Também conhecido como “Turismo de Saúde”, é um fenômeno global que consiste em viajar a outra cidade ou país para receber algum tipo serviço de saúde, ao mesmo tempo em que podem ser realizadas atividades turísticas. Os serviços são focados em quatro áreas específicas: medicina curativa, preventiva, estética e do bem-estar. (Disponível em: <[http:// www.minetad.gob.es/turismo/es](http://www.minetad.gob.es/turismo/es)>. Acesso em: 15 mar. 2017).

Seus serviços incluem Pronto Atendimento, Ambulatório, Hospitalização de 80 leitos; dos quais 15 pertencem à UTI, 2 à UTI Neonatal e 12 à internação pediátrica; Centro Cirúrgico com 4 salas de operações, Centro de Imagenologia, Patologia, Laboratório e Farmácia 24 horas.

O setor de Diagnóstico por Imagem contém equipamento de ressonância magnética, tomografia, mamografia, raios x digitalizado, densitometria óssea, ultrassom e fluoroscopia.

Os consultórios estão divididos em especialidades para adultos e pediátricos, destacando-se: Cardiologia, Cirurgia, Dermatologia, Diabetologia, Endocrinologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurologia, Odontologia, Oftalmologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Psicoterapia, Reumatologia e Urologia, com suas respectivas subespecialidades. Além disso, o hospital possui os seguintes centros especializados: Centro cardiovascular e hemodinâmica, Centro de medicina nuclear, Centro odontológico, Clínica de diabetes, Clínica de hemodiálises, Clínica de tratamento e controle da dor, Clínica de neurofisiologia, Unidade de oncologia, Medicina física e reabilitação. Junto ao Bloco 1, localiza-se a Associação Pró Crianças Queimadas de Nicarágua (APROQUEN – siglas em espanhol), que funciona de maneira independente, contando com seus próprios consultórios, sala de operação, UTI e áreas de terapias.

3.1.5. Setorização do Bloco 1

Cada bloco está subdividido em 3 ou mais áreas de serviços. No bloco 1 encontram-se a maioria dos serviços do hospital, incluindo as Áreas Críticas. Este possui dois acessos, um com prioridade para pacientes ambulatoriais e visitantes por meio do lobby do bloco 2 (ver na figura 34, o acesso 2-A), e uma segunda porta que é o Serviço de Emergência (ver na figura 34, o acesso 1-A e 1-B). No subsolo, localizam-se os serviços de apoio (Lavanderia, central de administração de materiais e equipamentos, cozinha e quarto de máquinas), Arquivo médico, Lanchonete, Refeitório dos funcionários e Reabilitação física. (Figura 33).



Figura 33. Planta de setorização do Subsolo. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)



Figura 34. Planta de setorização do Primeiro andar. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)

Tanto a lanchonete quanto o refeitório dos funcionários possuem vista para a área externa com vegetação, favorecendo o relaxamento dos trabalhadores e visitantes. Essa área externa poderia ser mais bem trabalhada paisagisticamente para dar-lhe um uso mais ativo, já que em uma época teve a opção das pessoas comerem na praça; e deixar o uso passivo de contemplação para os outros andares, porque é visível desde o corredor de trabalhadores e sala de espera do Centro Cirúrgico.

No primeiro andar (Figura 34) encontra-se o Serviço de Emergência, Diagnóstico por Imagem, Hemodiálises, Farmácia e os laboratórios de Patologia e Histologia. Há dois tipos de circulação de pessoas, uma para pacientes ambulatoriais, localizada ao sul e leste; e o corredor que está ao norte, para pacientes internados e colaboradores, sendo esta a circulação principal para as áreas críticas. Iniciando desde o acesso do paciente de ambulância, continua por Imagenologia e dirige-se ao bloco de circulação vertical; encontrando-se no segundo andar o Centro Cirúrgico e a UTI. Ao colocar a circulação nos extremos, causa desvantagens em alguns ambientes que poderiam utilizar iluminação natural, como as salas de espera, estações de enfermaria e algumas áreas de trabalho, já que em Imagenologia, ao ser feito o caminho do trabalhador, percebeu-se como um ambiente muito fechado que poderia causar desorientação do tempo nos funcionários.

O segundo andar é composto pela UTI, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado (CME) e Endoscopia (Figura 35). A UTI é o ambientes que fica mais perto da circulação vertical, possui 8 leitos dispostos de maneira linear frente ao posto de enfermagem. Cada box de atendimento é separado nas laterais por paredes de gesso e na frente que dá para o posto de enfermagem, por uma cortina; cada um tem uma janela. Um dos oito leitos é de isolamento, que conta com fechamento de vidro e sistema de pressão negativa.



Figura 35. Planta de setorização do Segundo andar. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)



Figura 36. Planta de setorização do Terceiro andar. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)

O HMVP é um dos estabelecimentos de saúde que mais considera o envolvimento da família, por exemplo, na UTI possui uma sala para conversas particulares entre o pessoal médico e a família; porém continua sendo uma área com restrição de horários para as visitas de familiares, limitando-os a 3 horas por dia, a sala de espera apesar de estar disponível 24 horas, não tem condições de espera, já que o espaço é muito pequeno, sem cadeiras ergonômicas e sem janela.

A sala de espera do Centro Cirúrgico tem melhores condições, contando com janelas para a área externa central do conjunto, dispõe também uma tela que mostra instantaneamente a informação sobre as cirurgias que estão sendo executadas em cada horário (iniciais do paciente, tempo de cirurgia, médico e número de ajudantes), o acesso à informação do paciente acalma os familiares. O centro é composto por 4 salas de operações interligadas por meio de corredores perimetrais com um núcleo estéril, esse núcleo tem ligação com a CME através do depósito de material estéril. Esta configuração permite maior isolamento para as salas de operações, porém ocupa bastante espaço, deixando os funcionários sem a possibilidade de visualizar o exterior.

O terceiro andar (Figura 36) corresponde à Hospitalização, Centro Obstétrico e UTI Neonatal. No perímetro estão posicionados os quartos de internação, sendo todos individuais, com banheiro e janela ampla. Na parte central localiza-se o Centro Obstétrico

que tem uma sala de parto cirúrgico; adjunto está a sala de Neonatologia com 6 berços para recém-nascidos, 1 de isolamento e 2 de UTI Neonatal. Os postos de enfermagem encontram-se descentralizados em 4 pontos, 2 na internação de maternidade e 2 na internação geral de adultos; esta configuração reduz as distâncias entre os leitos e os serviços (FERRER, 2012: 36), evitando a fadiga dos funcionários, porém deixa sem possibilidade de visualizar o exterior.

3.1.6. Primeira visita e descrição do Serviço de Emergência

A Unidade de Emergência localiza-se na parte posterior do conjunto hospitalar, na fachada oeste, cujo acesso é por meio de uma rua lateral privada que ao mesmo tempo conduz à Unidade de Queimados (Figura 37). O acesso destaca-se por possuir uma área de desembarque coberta, que protege o paciente e o ambiente tanto da chuva quanto do sol (Figura 38 e Figura 39).



Figura 37. Planta de conjunto com o percurso da ambulância até a Emergência. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)



Figura 38. Área de desembarque da Unidade de Emergência. Fonte: autora



Figura 39. Porta de acesso do paciente de urgência e paciente de ambulância. Fonte: autora

O paciente de urgência e o paciente de emergência (que chega de ambulância), têm portas de acesso diferentes (Figura 39). No entanto, essas portas possuem tratamento arquitetônico similar, causando confusão nessas entradas, observando-se em ocasiões pacientes de urgência acessando pela porta do paciente crítico. Esta disposição também desfavorece a privacidade tanto do paciente que chega de ambulância por ficar visivelmente exposto, quanto do paciente de urgência que pode ver o ingresso do paciente crítico, lhe podendo causar maior estresse.

O paciente de urgência ingressa pela sala de espera, onde também está a admissão e triagem. O primeiro que fica visível desde a porta e o balcão de admissão onde é feito o registro, logo o paciente passa para a sala do lado, que funciona temporariamente como triagem, que é realizado pela equipe de enfermagem, é um ambiente reduzido e sem privacidade visual nem auditiva, pois se encontra aberto para a sala de espera (Figura 40). Por políticas de segurança do hospital, depois que o paciente passa pela triagem ele é trasladado em cadeira de rodas para os demais ambientes do hospital.

A sala de espera é tanto para adultos quanto crianças. Têm dois banheiros, uma TV e cadeiras para 21 pessoas (Figura 41). O espaço é de dimensões mínimas fazendo com que as cadeiras invadam a área de circulação. As cadeiras estão distribuídas em filas, uma atrás da outra, dando um aspecto institucional. Outra questão que desfavorece este



Figura 40. Layout da sala de espera com a trajetória do paciente. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)

arranjo, é que o usuário fica de costas tanto para a porta de acesso quanto para a janela, sendo através da janela o único contato com o exterior.

Existem várias diferenças em relação as outras salas de espera de diferentes acessos do hospital; já que foram trabalhadas com diferentes texturas, cores, layout que permite estabelecer conversas entre as pessoas que estão aguardando, visualização do exterior, cadeiras confortáveis, etc. Evidenciando-se que o Pronto Atendimento continua sendo um ambiente com pouca humanização da arquitetura, tendo ainda uma configuração institucionalizada.

Após a espera, o paciente é encaminhado para o pronto atendimento por uma porta com fechadura de cartão eletrônico para uso dos trabalhadores. Este Serviço de Emergência não dispõe de consultórios, no entanto é composta por diferentes salas de exames classificadas pelo grau de prioridade que o paciente precisa; nessas salas é realizada a consulta médica e o atendimento de enfermagem. O setor divide-se em uma sala de emergência para paciente crítico; duas salas de atendimento de paciente intermédio, ginecológico ou quarto de gesso; uma sala de observação para pacientes de baixa acuidade como são os casos de fraturas, injetáveis, reidratação, nebulização e medicação; e um posto central de enfermagem.

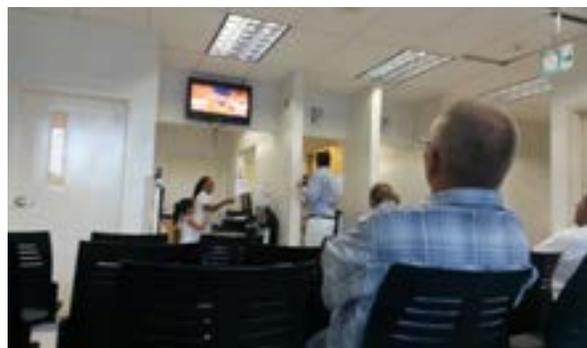


Figura 41. Sala de espera. Fonte: autora



Tabela 3. Características gerais

Características	HMVP
Localização	Manágua
População	1.048.134
Nº de leitos do hospital	80
Área do Serviço de Emergência	491 m²
Nº de macas de emergência	10

Fonte: autora, 2017

Figura 42. Planta Arquitetônica com setorização do Serviço de Emergência. Fonte: HMVP (Trabalhado pela autora)



Figura 43. Layout da sala de observação. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)

A sala de observação (Figura 43) é um espaço projetado para ter uma circulação central e os leitos dispostos em ambos lados, sendo 5 no total; no fundo encontra-se um mobiliário de depósito de roupa limpa e instrumentos; perto da entrada está um banheiro para pacientes. Uma das paredes está pintada com desenhos animados para o atendimento prioritário de crianças, porém é utilizado também por adultos no caso que estejam precisando desses leitos. Cada leito está separado por cortinas e possui uma cadeira para o acompanhante.

O espaço da observação não possui janelas, apesar disso, a iluminação é confortável e sem sensação de clausura. A iluminação e as cores claras dão amplitude ao ambiente, não obstante a área por leito é reduzida para o atendimento, sendo possível o acesso ao paciente somente por um lado da cama. Observou-se uma problemática funcional, não há um posto de enfermagem dentro da observação e está localizada de tal maneira que não permite visualizar o paciente desde o posto central de enfermagem.

As salas de atendimento intermediário (Figura 45) são individuais, de dimensões amplas para o pessoal de saúde ter completa movimentação ao redor do paciente. É um espaço fechado por quatro paredes e subdividido internamente em duas áreas por uma cortina; uma zona de armários e preparação de medicamentos para a enfermagem e a zona de exame do paciente.



Figura 44. Sala de observação. Fonte: autora

O subposto de enfermagem dispõe de uma mesa de trabalho com lavabo, dispensadores de álcool gel, armários com todos os medicamentos e instrumentos necessários para o atendimento de um paciente emergente sem que o pessoal precise mover-se para outras áreas. A área de atendimento tem alguns equipamentos médicos, mesas auxiliares para instrumental, negatoscópio, refletor parabólico de luz fria, foco cirúrgico fixo suspenso sobre o leito e cadeira para o acompanhante. As cores utilizadas foram creme e azul pastel, o piso e de vinil com rodapé contínuo que permite a fácil higienização e absorção do som.

O acesso do paciente crítico (Figura 47), que chega de ambulância, conta com portas de abertura automática, com uma área de higienização em caso esta seja necessária. Logo na chegada está o balcão do posto de enfermagem, a partir dele é possível visualizar a área de desembarque da ambulância, a sala de emergência e as duas salas de atendimento intermédio, além disso, tem conexão com um pequeno escritório de enfermaria. Seu posicionamento perto do acesso permite observar e escutar quando chega a ambulância ou algum veículo particular, facilitando o recebimento do paciente e ao mesmo tempo serve para o controle de acesso e saída. Esse corredor de ingresso do paciente crítico também se estende para a Imagenologia e outras áreas críticas.



Figura 45. Layout da sala de atendimento intermédio com zonas de trabalho. Fonte: Hospital Metropolitan (Trabalhado pela autora)



Figura 46. Sala de Tratamento intermédio. Fonte: autora



Figura 47. Layout da Sala de Emergência com postos de enfermagem. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)



Figura 48. Sala de Emergência. Fonte: autora



Figura 49. Sala de Emergência. Fonte: <http://www.medicaltouradvisor.com/site/showpics.cfm?facid=148&startRow=5> Acessado: 3 / 11/ 2016.

A sala de emergência localiza-se frente ao posto de enfermagem central (Figura 47). A porta está distribuída ao centro, tendo a cada lado os subpostos de enfermagem e na frente as camas. O ambiente é amplo e permite ter todos os equipamentos e medicamentos de maneira acessível. Semelhante às outras salas são utilizadas cortinas para separar os leitos e dar a privacidade visual ao paciente no momento do atendimento. A sala comporta três leitos (Figura 49), cada um com foco cirúrgico fixo suspenso do teto, suporte de vida e cadeira para o acompanhante. O carro de emergência é compartilhado pelos três leitos.

Existe um pequeno quarto de descanso médico localizado frente à sala de observação, porém sem as condições necessárias de conforto para o usuário relaxar e descansar, há somente uma área mínima para um pequeno sofá e uma escrivaninha com computador, por não ter janela aumenta a sensação de clausura. A equipe de enfermagem não tem área de descanso.

3.2. Sermesa Hospital Masaya

3.2.1. Origem

O hospital é dividido em dois lotes. O estudo de caso foi realizado no Serviço de Emergência, o edifício foi inaugurado em Maio de 2016, o que corresponde à primeira fase do projeto. A segunda fase vai cobrir a área de administração, ensino, farmácia, apoio logístico e necrotério. A terceira fase corresponderá à consulta externa, que atualmente está distribuída em 3 pontos da cidade à aproximadamente 2,5 km do hospital (Diretor geral Sermesa Hospital Masaya, 2016) (Figura 50).

A nova unidade está localizada em uma área onde existem empresas, zonas francas, indústrias, e constantes construções civis, de modo que o seguro social vê a necessidade de atender a demanda de pacientes que cresceu no departamento de Masaya. Anteriormente os beneficiados eram atendidos em Manágua ou no hospital público de Masaya, onde possuíam uma área destinada para os pacientes do INSS (*Instituto*

Nicaraguense de Seguridad Social-siglas em espanhol).

O novo projeto tinha como objetivo construir uma unidade segura e confortável:

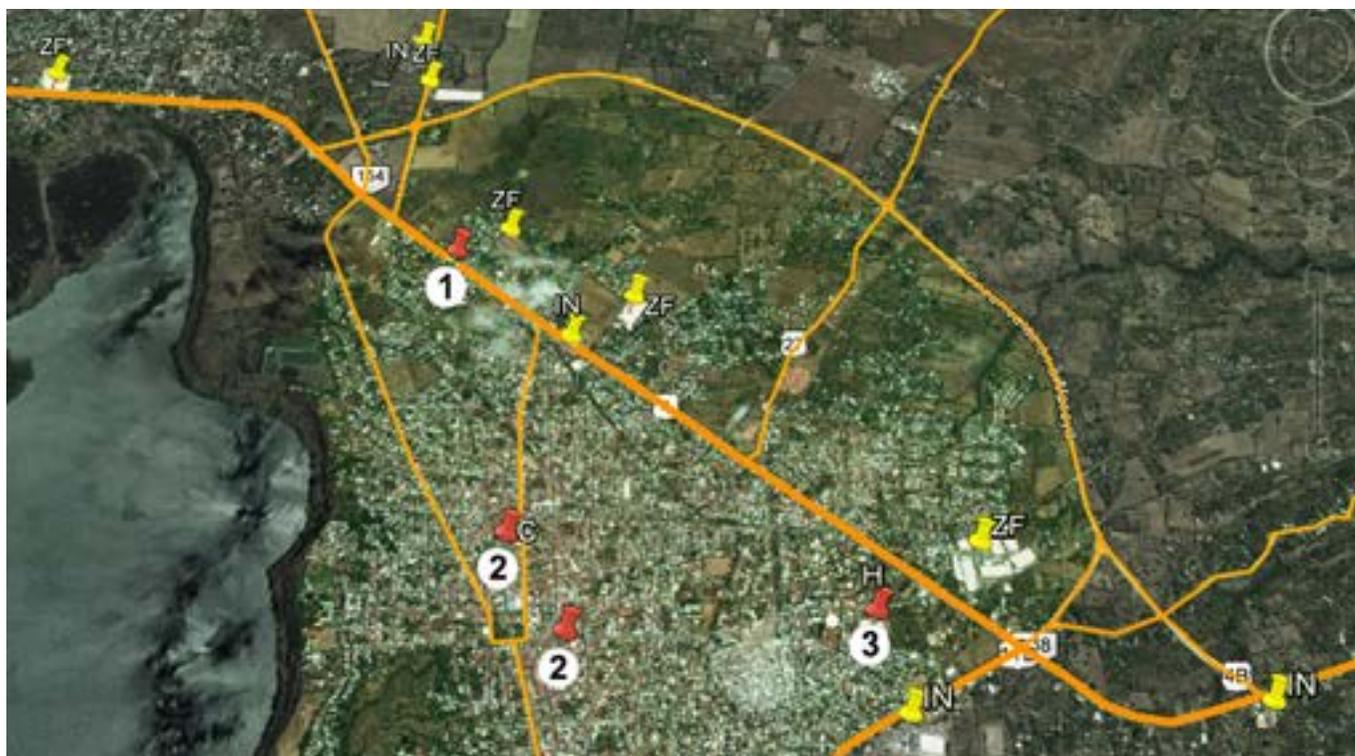
“[...]em primeiro lugar, que forneça a segurança para o que fazemos, segundo que seja confortável para o paciente, para quem convive e praticamente mora no hospital, que somos nós todos os colaboradores e também para os visitantes” (Diretor geral Sermesa Hospital Masaya, 2016, tradução nossa)⁵.

3.2.2. Localização

Sermesa Hospital Masaya está localizado na cidade de Masaya (Figura 51), a 28 km de Manágua, tem uma população aproximada de 173.332 habitantes de acordo com a projeção de população para 2015 (segundo o censo de 2005 do INIDE). A cidade de Masaya está dividida em sete distritos administrativos. O hospital está localizado no distrito 7 (D-7), no *Reperto Los Chilamates*.

Sermesa está ao lado da Rodovia Masaya – Manágua e como já citado anteriormente, é uma importante via que liga várias cidades. A área em que está localizado é principalmente de uso residencial, mas com presença significativa de comércio e indústrias (Figura 50).

⁵ No original: “en primer lugar, que brinde la seguridad para lo que hacemos, segundo que sea comfortable tanto para el paciente como para los que convivimos y vivimos prácticamente en el hospital, que somos todos lo colaboradores y también para los visitantes”. (Diretor geral Sermesa Hospital Masaya)



LEGENDA

1. Hospital Sermesa
 2. Consulta externa Sermesa
 3. Hospital público (HHAU)
-  Indústria ou Zona franca

Figura 50. Foto aérea de Masaya localizando o Hospital Sermesa Masaya (com serviço descentralizado) e as indústrias. Fonte: Google Earth 2016 (Trabalhado pela autora)



Figura 51. Mapa de Masaya com sua divisão distrital. Fonte: Prefeitura de Masaya (Trabalhado pela autora)

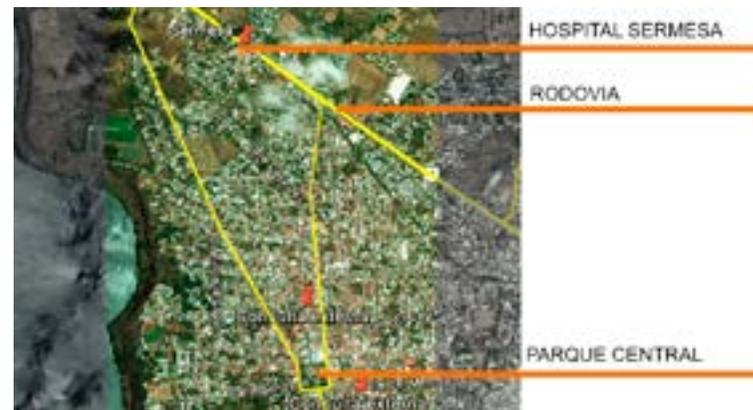


Figura 52. Foto aérea de localização. Fonte: Google Earth 2016 (Trabalhado pela autora)



Figura 53. Foto aérea de localização. Fonte: Google Earth 2016 (Trabalhado pela autora)

3.2.3. Características físicas

O hospital é cortado por uma rua pública dividindo-o em duas áreas (Figura 56). O Serviço de Emergência está localizado no novo edifício cuja tipologia é de pavilhões, com dois andares, dispendo de uma circulação central que distribui aos blocos, integrada a ela

também está a circulação vertical (Figura 54). No outro terreno está a área Administrativa, Ensino, parte dos Consultórios Especializados e Apoio (Farmácia, Lavandaria, Cozinha, Depósitos).

Sua característica pavilhonar permite que todas suas fachadas tenham janelas, no entanto nem todos os ambientes são aproveitados devido à altura que as janelas foram projetadas e o tipo de vidro utilizado, que deixam entrar a luz natural, mas o exterior não é visível. Mesmo havendo espaços livres entre os pavilhões, não foi facilitado que os usuários tenham acesso a estas áreas. A falta de um projeto paisagístico cria uma dissociação entre o interior e exterior (Figura 55).

Entre as diretrizes do projeto esteve o foco na segurança e conforto dos usuários. Em relação ao Serviço de Emergência levou em conta a visibilidade do paciente, divisão por faixa etária que dá maior confiança aos funcionários (JUDKIN, 2003), sinalização de ambientes e rotas de evacuação, lavabos e álcool gel no acesso das Salas de observação.



Figura 54. Corredor principal que distribui para os blocos. Fonte: autora



Figura 55. Área externa entre pavilhões. Fonte: autora

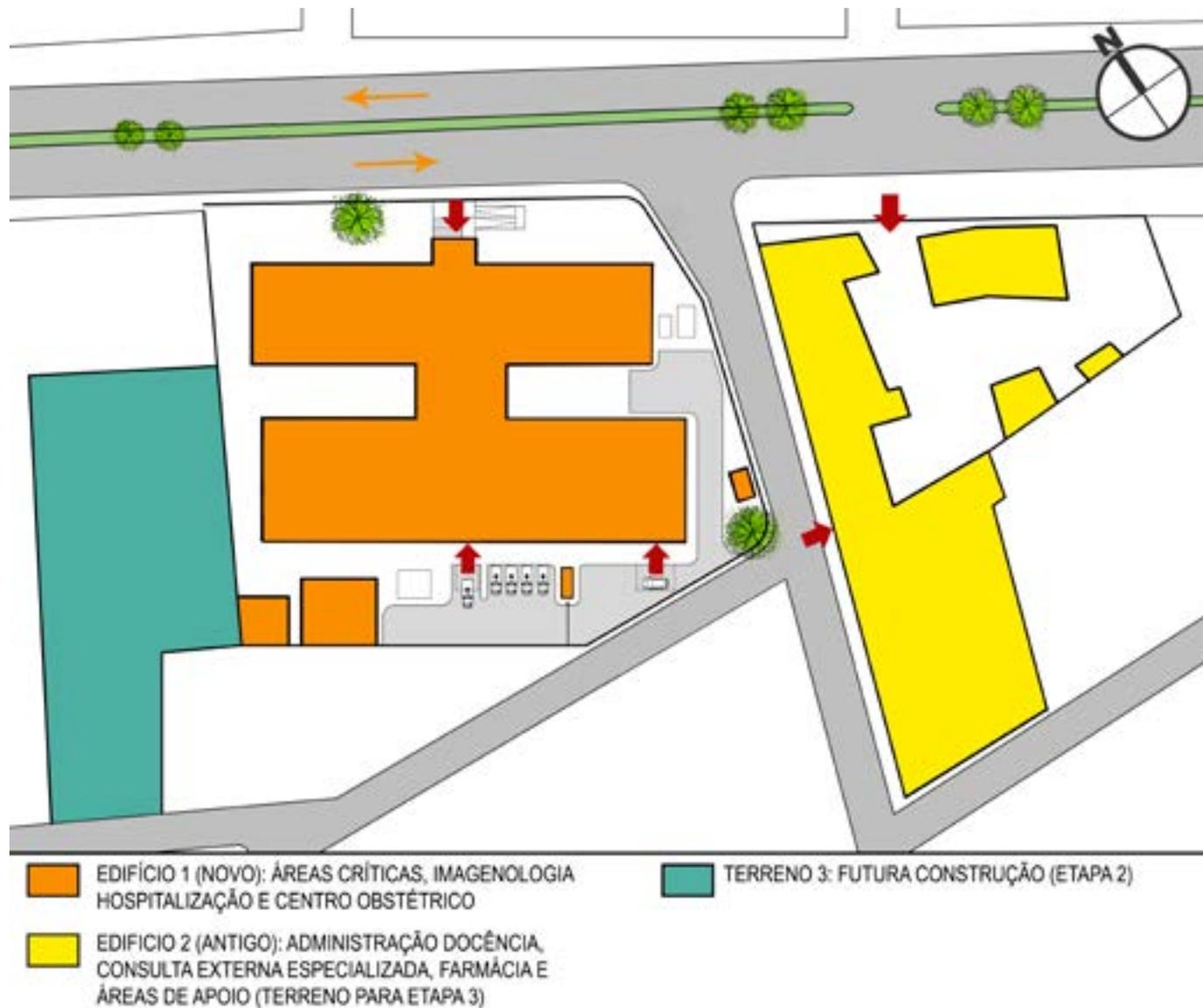


Figura 56. Planta de conjunto Sermesa Hospital Masaya. Fonte: desenho sobre Google maps 2016 (Trabalhado pela autora)



Figura 57. Fachada nordeste com o acesso principal. Fonte: autora



Figura 58. Fachada sudeste com o acesso do Serviço de Emergência. Fonte: autora.

3.2.4. Perfil do hospital

O hospital faz parte da Rede de Serviços Médicos Especializados (SERMESA), sendo um centro particular com atendimento de média complexidade; atendendo exclusivamente a pacientes contemplados pelo INSS.

Os serviços incluem Pronto Atendimento, Consulta Externa, Internação de 100 leitos, dos quais 7 são de UTI de adulto, 2 de UTI Pediátrica e 4 de UTI Neonatal, Centro Cirúrgico com 5 salas de operações, sendo 4 para cirurgias de maior complexidade e uma de pequenas cirurgias, Centro de Diagnóstico por Imagem, Laboratório e Farmácia.

A área de Diagnóstico por Imagem tem equipamento de mamografia, Raio-X e ultrassom. Assim, quando um paciente necessita de outro meio, ele é encaminhado para a realização de consulta externa em outra unidade de saúde de maior especialização com a qual o grupo Sermesa tenha parceria.

A consulta externa é dividida por especialidade, sendo: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Urologia, Otorrinolaringologia, Radiologia, Maxilofacial, Dermatologia e Cardiologia.

3.2.5. Setorização do edifício 1 (Novo projeto)

Neste edifício localizam-se a maioria dos serviços hospitalares relacionados à assistência do paciente. Tem 4 pavilhões, cada um definido por um a dois serviços. Possui 3 acessos, dois no Serviço de Emergência, com prioridade para os pacientes e funcionários e um acesso principal para os visitantes.

O corredor principal se estende aos pavilhões, ao mesmo tempo é parte da circulação primária para as áreas críticas. Este começa com a porta do paciente de ambulância, encontrando-se primeiramente o Serviço de Emergência (ao lado direito) e o Laboratório e Imagenologia (à esquerda) (Figura 59). Continuando a rota, depara-se com o bloco de circulação vertical. No segundo andar localiza-se a UTI, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico (Figura 60).



Figura 59. Planta de setorização primeiro andar. Fonte: levantamento da autora com apoio de Google maps 2016



Figura 60. Planta de setorização segundo andar. Fonte: levantamento da autora com apoio de Google maps 2016

A área onde a circulação vertical está localizada, ganha dimensões para acomodar um quarto de descanso médico feminino e um para sexo masculino, banheiros, depósito de material de limpeza (DML), essa configuração se repete em ambos os andares. Cada quarto de plantão foi projetado com dois beliches e um banheiro; que são usados por médicos de diferentes serviços que estão de plantão, incluindo os do Serviço de Emergência.

Os outros dois pavilhões são dedicados à hospitalização, sendo no primeiro andar a Pediatria e a Medicina Interna, por ter mais ligação com a Unidade de Emergência e no segundo ficam a Cirurgia e a Ginecologia por ter vínculo com o Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico. Os blocos de hospitalização, apesar de serem bem orientados para o sol, possuem grande desvantagem na acústica, uma vez que são mais próximos à rodovia, na qual circula um grande fluxo de automóveis.



Figura 61. Acesso principal, localizado ao nordeste, mostrando a problemática de proximidade com a rodovia por não ter o afastamento adequado. Fonte: autora

3.2.6. Primeira visita e descrição do Serviço de Emergência

O acesso ao Serviço de Emergência ocorre pela fachada sul. A entrada do paciente crítico de ambulância é diferente da entrada do paciente de urgência que chega por conta própria. O paciente de urgência por um ambiente composto pela sala de espera e balcão de admissão. O balcão da admissão não é visível, ou seja, é mal localizado e não possui sinalização adequada desde a porta de entrada. O ideal é que esse seja o primeiro local a ser visualizado, já que é na admissão onde ocorre o primeiro contato entre o paciente e o acompanhante com a equipe de saúde (LACANNA, 2016), o que é reconfortante. Com



Figura 62. Planta de conjunto com percurso da ambulância até a Unidade de Emergência. Fonte: levantamento com Google maps 2016 (Trabalhado pela autora)



Figura 63. Acesso de urgência. Fonte: autora



Figura 64. Área de desembarque da ambulância. Fonte: <https://www.facebook.com/Hospitalsermesamasaya/>. Acessado: 11/ 11/ 2016.



Figura 65. Layout da sala de espera com trajeto do paciente. Fonte: levantamento da autora (Trabalhado pela autora)

a atual organização da chegada pode haver confusão e o paciente ir direto para a porta de uma das emergências, pois há um movimento claro que direciona a esses locais. A sala de espera é pediátrica e de adultos, funcionando como um distribuidor para as salas de atendimento.

Durante a observação foi identificado que as janelas não estão sendo exploradas pelo arranjo do layout, dado que as cadeiras estão dispostas em fileiras de forma institucionalizada, de costas para as janelas. Apesar de ter uso misto (adultos e crianças), não há nenhuma área de espera adequada para as crianças, tanto por não ter uma brinquedoteca para distração positiva das crianças quanto elas estar expostas a situações desagradáveis.

Na Admissão acontece uma primeira classificação por um médico. Ao passar pela urgência do adulto, há um corredor que se estende pelo subambientes de atendimento ambulatorial, que por sua vez se comunica com a grande sala de observação. Embora os ambientes sejam sinalizados, há certa confusão por todos serem tratados da mesma maneira separados por cortinas.

Primeiro o paciente é encaminhado para uma sala de triagem atendida pela enfermagem onde é realizada a checagem dos sinais vitais, não todo o espaço é usado pois foi planejado para ser uma sala de nebulização. Nesta sala uma segunda triagem pode



Figura 66. Sala de espera. Fonte: autora



Tabela 4. Características gerais

Características	Sermesa
Localização	Masaya
População	173. 332
Nº de leitos do hospital	100
Área do Serviço de Emergência	592m ²
Nº de macas de emergência	26

Fonte: autora, 2017

Figura 67. Planta Arquitetônica com setorização do Serviço de Emergência. Fonte: levantamento da autora (Trabalhado pela autora)

ocorrer, pois dependendo da condição do paciente pode retornar para esperar sua vez ou ir diretamente para a consulta e receber atenção imediata por parte da enfermagem ou então ser levado para a área de observação em casos de pacientes emergentes (Figura 65). Na área pediátrica o procedimento é o mesmo.

De um lado do corredor existe um setor de consultórios médicos, divididos uns dos outros, com paredes sólidas e na frente separados por cortinas. Cada consultório tem duas escrivaninhas, uma cama hospitalar e uma pia com dispensador de álcool gel; porque há momentos em que dois médicos atendem ao mesmo tempo. O consultório ginecológico é separado destes, é o único fechado por paredes e com seu próprio banheiro.

Em frente a esta área está a sala de atendimento de enfermagem (Figura 71), utilizada para vários procedimentos: sala de gesso, aplicação de medicamentos, reidratação, inalação e curativos. Essa sala possui duas mesas de trabalho de enfermagem localizadas em cada extremo, cada uma com pia e armários. A área central dispõe de três camas e



Figura 68. Layout de consultórios de adultos. Fonte: levantamento da autora



Figura 69. Área de consultórios. Fonte: autora



Figura 70. Consultório 1 de adultos. Fonte: autora

duas cadeiras para os pacientes; que também é separada por cortinas. Esta sala tem janelas altas com vidro fosco, que só permitem a entrada de luz natural, deixando-os sem contato com o exterior. Se o paciente precisar de tratamento mais longo, é encaminhado à observação.



Figura 71. Layout da sala de procedimentos para o paciente pediátrico.
Fonte: autora



Figura 72. Sala de procedimentos para o paciente pediátrico. Fonte: autora

O acesso do paciente crítico tem uma guarita de controle para dar exclusividade para as ambulâncias e veículos de apoio logístico do hospital. Da mesma forma o acesso de pedestre, é tanto utilizado pelos trabalhadores quanto, temporariamente, pelas visitas dos pacientes hospitalizados.

O paciente crítico entra em um corredor que é o eixo distribuidor do hospital. Perto da entrada está o depósito de macas, cadeiras de rodas e higienização, que servem de



Figura 73. Sala de observação de adultos. Fonte: autora



Figura 74. Cama hospitalar em área de observação de adultos. Fonte: autora

apoio às salas de emergência (adulto e infantil), tendo cada uma seu próprio acesso.

A emergência é uma grande área de observação (Figura 73), com oito ou nove camas, uma estação de enfermagem aberta e adjunta a esta se localiza a sala principal de emergência para o paciente crítico com duas camas. Todos os leitos são separados por cortinas (Figura 74). O ambiente é amplo e de fácil circulação, iluminação e temperatura confortável, tem janelas altas e de vidro fosco.

O primeiro ambiente é a Sala de Emergência, foi planejada para uma cama, mas está sendo ocupada por duas, reduzindo a área livre que precisa a equipe de saúde em volta



Figura 75. Layout da sala de observação de adultos. Fonte: autora

da cama para dar o atendimento ao paciente, além disso, os armários não são adequados, diminuindo ainda mais o espaço de trabalho. Há uma porta de correr entre as duas Salas de Emergência, permitindo a comunicação e colaboração entre as equipes. A localização do posto de enfermagem permite visualizar os leitos, sempre que as cortinas estejam abertas para o atendimento imediato.

Existe uma zona central entre as salas de observação destinada para DML e banheiros, que são utilizados pelos acompanhantes e funcionários de ambas as salas. Essa zona funciona simultaneamente como um corredor que ligas as emergências.

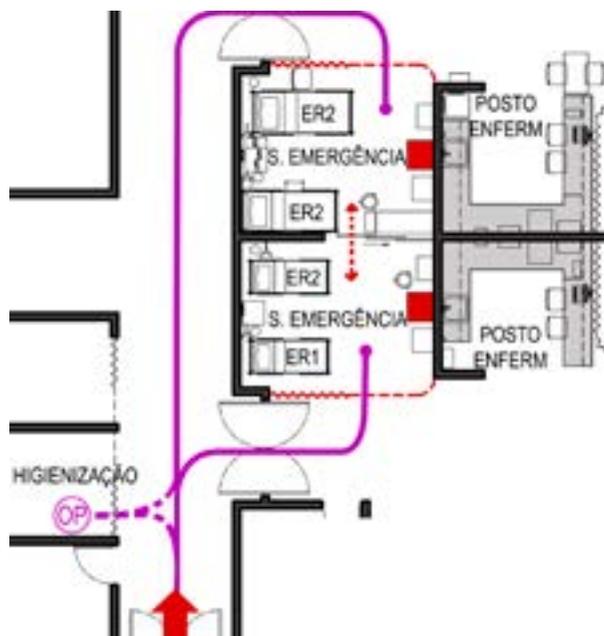


Figura 77. Layout da sala de emergência com percurso do paciente. Fonte: autora



Figura 78. Sala de emergência de adultos. Fonte: autora



Figura 76. Higienização. Fonte: autora



Figura 79. Sala de emergência de adultos. Fonte: autora

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos resultados obtidos dos questionários e entrevistas, elaboraram-se categorias a partir das reincidências dos temas discutidos pelos participantes e a base bibliográfica apresentada no Capítulo 1 sobre os princípios de humanização adotados nos estabelecimentos de saúde. As principais categorias foram: envolvimento da família, privacidade, segurança do paciente, ambientes de estar dos profissionais de saúde e humanização do atendimento.

4.1. Envolvimento da família

Rosland (2009) define a palavra “família” como duas ou mais pessoas que se relacionam entre elas de alguma maneira – biologicamente, legalmente ou emocionalmente - sendo os pacientes e familiares quem definem quais pessoas podem ser chamadas de família, podendo incluir nesse grupo vizinhos e amigos.

A participação da família no cuidado do paciente é cada vez mais discutida e incorporada em diferentes princípios da arquitetura da saúde. Diversas pesquisas evidenciam que o apoio da família causa múltiplos benefícios para o paciente, tais como redução de sintomas depressivos e melhor controle do estresse causado pela doença (ROSLAND, 2009).

Na formulação dos instrumentos da pesquisa de campo não foi questionada a presença da família, no entanto foi um dos temas mais discutidos pelos profissionais de saúde, relacionando-o diretamente à palavra “Humanização”, manifestando-se tanto na fala de aspectos do atendimento quanto do ambiente.

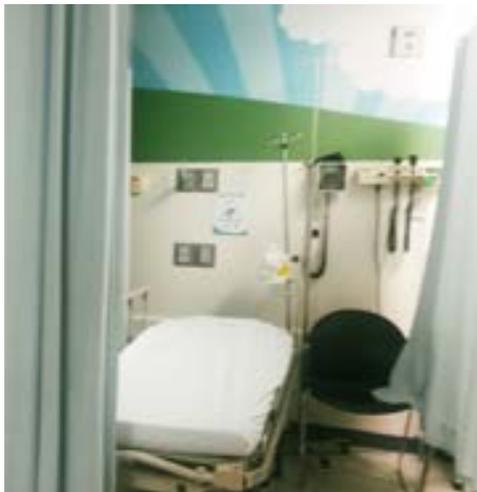


Figura 80. Leito de observação com cadeira do acompanhante. Fonte: autora

“A humanização, o bom trato do paciente e a seus acompanhantes é primordial e ainda mais em aqueles pacientes com dolências e que sempre precisam do apoio da família” **F7SM** (Tradução nossa)¹.

Cada vez mais são as unidades de saúde que permitem o acompanhamento da família na Nicarágua, porém, no Pronto Atendimento é questionado até onde o paciente pode estar acompanhado para não obstruir o desempenho dos profissionais de saúde ou invadir a privacidade dos outros pacientes. Inclusive, em muitas unidades de emergência, o acompanhamento é regido pela faixa etária, sendo permitido somente para menores de idade ou idosos. Esse é um momento no qual o paciente mais precisa do apoio da família porque possivelmente ele esteja ansioso, com dor, sendo tratado em um ambiente desconhecido.

Embora ambos os hospitais permitam a presença do acompanhante, observou-se que os ambientes não estão preparados para acolher as famílias. O espaço para eles se limita a uma sala de espera ou uma cadeira ao lado do leito (Figura 80); sem condições para aguardar por muito tempo, que pode até mesmo ser prolongado por 24 horas, que é o tempo máximo que o paciente pode estar sob observação no Pronto Atendimento (NICARÁGUA, 2008).

¹ No original: “La humanización, el trato bien al paciente y a sus acompañantes es parte primordial y más en aquellos pacientes que tienen dolencias y que necesitan siempre el apoyo de la familia” (F7SM).

De acordo com as políticas de cada hospital, é permitido um acompanhante por paciente. No caso do HMVP foram observados de dois a três parentes dentro da sala de exame, uma vez que o paciente estava estabilizado e aguardava por um procedimento ou exame, o que, eventualmente, chegou a incomodar os funcionários porque provocavam ruídos. Foi visto uma grande movimentação dos acompanhantes para informar sobre o estado do paciente àqueles familiares que aguardavam na sala de espera ou para mudar de turno e assim os outros poderiam estar com ele. Este fluxo é realizado pelo corredor secundário, por este não ter controle de acesso (Figura 81).



Figura 81. Fluxo e zonas de ocupação pelos acompanhantes no Pronto Atendimento do HMVP. Fonte: Hospital Metropolitano (Trabalhado pela autora)

No caso do Hospital Sermesa, a presença do acompanhante foi mais comum em pacientes pediátricos e geriátricos, mesmo que fosse permitido para todas as faixas etárias. Observaram-se pacientes acompanhados nas áreas de consultórios, mas quando o paciente só precisava receber alguma medicação ou atendimento de enfermagem, o familiar aguardava na sala de espera ou no corredor, dado que as salas de atendimento de enfermagem possuem limitações de espaço.

Nas salas de observações, foi mais frequente a presença da família, tendo eles um papel mais participativo, auxiliando o paciente no banheiro, se informando sobre o tratamento da doença, ajudando a alimentá-lo, etc. Na sala de emergência foi observada outra dinâmica: a equipe médica entrevistando o acompanhante sobre a história clínica do paciente, na sala ou no corredor. Quando se tratou de pacientes críticos, o familiar conservava distância do paciente para deixar os profissionais realizarem o atendimento. Uma vez que o paciente estava estabilizado, eles ficavam sentados ao lado do paciente.

O acompanhante desempenha um papel importante na avaliação inicial do paciente, especialmente em pacientes com doenças crônicas, cujo atendimento é complexo e em cujas conversas frequentemente são comunicadas com uma grande quantidade de informações. Portanto, a família reforça a habilidade do paciente absorver e entender a informação, bem como apoiá-lo em seu tratamento (ROSLAND: 2009).

Isso foi observado em diferentes ocasiões onde a equipe médica também entrevistou o acompanhante ao examinar o paciente, sendo mais comum em pacientes pediátricos e geriátricos. “Os membros da família, por vezes, conhecem detalhes ou informação íntima de como os pacientes estão tratando sua doença e o contexto com que eles a estão lidando” (ROSLAND, 2009, p. 7).



Figura 82. Fluxo e zonas de ocupação do acompanhante no Pronto Atendimento do Hospital Sermesa. Fonte: levantamento da autora (Trabalhado pela autora)

“Deixam que o paciente entre ao consultório acompanhado, para fortalecer o interrogatório” **F3SM** (Tradução nossa)².

Na figura 82, identifica-se pouca ocupação por parte dos familiares nos corredores deste hospital. Porém, no acesso à Urgência, observou-se uma problemática: vários familiares sentados no corredor conversando ou comendo. Em uma das entrevistas, corroborou-se que a maioria era familiar dos pacientes internados que saiam para comer, posto que não era permitido o ingresso de alimentos, e dentro do hospital não há cantina para eles nem funcionários (Figura 83).

“Aqui falta um refeitório para os acompanhantes, o familiar come na calçada, já que não é permitido o ingresso de alimentos no hospital” **F5SM** (Tradução nossa)³.

A preocupação com a falta de espaços para a família foi refletida na fala dos trabalhadores, incluso um acompanhante (A2M) valorou que o ambiente não permitia ter conversas privadas.

2 No original: “Dejar que el paciente entre a pasar consulta acompañado, para fortalecer el interrogatorio” (F3SM).

3 No original: “Aquí hace falta un área de comedor para los acompañantes, el familiar come en la acera (afuera) ya que no es permitido el ingreso de alimentos al hospital” (F5SM).



Figura 83. Área de acesso do Serviço de Emergência, mostrando problemática por falta de ambientes para a família dentro e fora do hospital. Fonte: autora.

“A humanização no serviço de emergência é muito importante, mas não temos um espaço exclusivo para os familiares [...] existem salas de espera, mas sem privacidade, por exemplo, para dizer-lhes: ‘ senhora acontece isto, isto e isto com seu paciente’. Não temos esse espaço”

F9ME (Tradução nossa)⁴.

4 No original: “La humanización en la sala de emergencia es muy importante, pero no tenemos un espacio para darle a los familiares [...] salas de espera existen, pero no hay privacidad, por ejemplo para decirle: ‘mire señora su paciente esto, esto y esto’. No hay ese espacio” (F9ME).

“Falta um espaço para falar com a família quando o paciente se encontra mal” **Enfermeira HMVP** (Tradução nossa)⁵.

As mudanças sugeridas para a família incluíam dispor de uma sala para falar em particular com a família sobre o estado de seu paciente e ampliar a sala de espera para aguardar com maior conforto. Em Sermesa, recomenda-se facilitar o acesso a uma área de refeitório e uma cantina para os visitantes do hospital.

4.2. Privacidade visual e auditiva

A maioria das discussões sobre a privacidade nos ambientes hospitalares são direcionadas aos setores de maior permanência do paciente, excluindo serviços de atendimento da urgência e do pronto socorro (VIANNA, 2010, p. 56), já que muitos profissionais desconsideram a privacidade como prioridade nesses atendimentos (WOOGARA, 2005), embora ela seja um indicador da qualidade da assistência e um dos objetivos básicos dos estabelecimentos de saúde.

A perda de privacidade ameaça a dignidade dos pacientes junto a outros fatores, como o comportamento dos profissionais de saúde e o ambiente físico. A falta de privacidade física (exposição do corpo) é o elemento que mais compromete a dignidade dos enfermos (BAILLIE, 2007).

5 No original: “Hace falta un espacio para hablar con la familia cuando un paciente se encuentra mal” (Enfermera HMVP).

Portanto, a privacidade nos espaços de saúde depende fundamentalmente do ambiente físico e do comportamento dos funcionários, especialmente dos enfermeiros. É importante ressaltar que a privacidade física e auditiva pode interferir na relação paciente-profissionais.

Muitas Unidades de Emergência são equipadas com cortinas que servem como divisórias, tanto nas áreas de exame, quanto nas salas de observação, por facilitarem o deslocamento de equipamentos, funcionários e permitirem a observação do paciente. No entanto, estudos mostram que, às vezes, os pacientes rejeitam compartilhar algumas informações de sua saúde, recusam serem examinados e se sentem insatisfeitos com o atendimento quando a privacidade e a confidencialidade estão comprometidas (BARLAS, 2001; KARRO, 2005; GLIND, 2008; SADLER, 2009).

Por isso, a arquitetura deve fornecer as condições necessárias que permitam melhorar a comunicação entre o paciente e a equipe de saúde nas diferentes etapas terapêuticas, assim como propiciar o equilíbrio entre privacidade, observação e deslocamento das pessoas no ambiente.

Segundo Barlas, et. al. (2001), as cortinas dão esse equilíbrio no Pronto Atendimento, conquanto que os profissionais se assegurem de fechá-las apropriadamente, sobretudo, durante o exame físico. No entanto, a utilização de cortinas não garante privacidade

auditiva para o paciente.

Esta preocupação foi apresentada na entrevista a seguir:

“[...] a arquitetura desempenha um papel importante para que o paciente se expresse com confiança e sem medo de ser ouvido, de tal forma que ele não omita informações importantes para o seu diagnóstico [...]” **F7SM** (Tradução nossa)⁶.

“ (A unidade de Emergência) deve ser dividida por áreas e essas áreas devem garantir a privacidade necessária. Sobretudo nos casos em que estão sendo tratados assuntos pessoais que, muitas vezes são privados, os pacientes não querem que sejam do conhecimento dos outros [...]” **F5SM** (Tradução nossa)⁷.

Do ponto de vista do paciente, a divisão dos ambientes por gênero e idade é um elemento importante (BAILLIE, 2007). Isso ficou evidente na pesquisa de campo, onde participantes do Hospital Sermesa relacionaram a palavra privacidade à separação entre setores de emergência pediátrica e emergência adulta.

6 No original: “[...] la arquitectura juega un papel importante para que el paciente se exprese con toda la confianza sin temor a ser escuchado, de tal forma que no omita ciertas cosas importantes que ayudan en su diagnóstico [...]” (F7SM).

7 No original: “Debe estar dividida por áreas y esas áreas deben contar con la privacidad necesaria y más en estos casos donde estas tratando asuntos personales y muchas veces de índole privado que el paciente no quiere que sea de conocimiento de otros [...]” (F5SM).

“O que eu gosto é que ele é espaçoso e proporciona privacidade a cada paciente [...] Ao dividir a unidade em emergência pediátrica e emergência de adultos evita-se o estresse do paciente e, por conseguinte, do trabalhador” **F4SE** (Tradução nossa)⁸.

Apesar de não existir essa divisão no HMVP, foi mencionado que a falta da separação etária, às vezes, pode incomodar os pacientes:

“Atualmente, não temos uma sala de aplicação de medicamentos exclusiva para crianças, que são aqueles que mais choram. Então o paciente adulto que está na sala de observação algumas vezes compreende outras vezes não” **F9ME** (Tradução nossa)⁹.

Ambos os hospitais estudados optaram pelo uso de cortinas em alguns ambientes. No caso do Hospital Sermesa, elas são utilizadas em quase todos os espaços para separar visualmente os consultórios, as salas de tratamento e também são utilizadas na sala de observação para delimitar cada leito.

As cortinas desempenham um papel importante como provedoras de privacidade. É

8 No original: “Lo que me gusta que es espacioso y se le brinda privacidad a cada uno de los pacientes [...] al dividir emergencia pediátrica y adulta evita el estrés al paciente y por ende al trabajador” (F4SE)

9 No original: “Actualmente no tenemos un cuarto para canalización exclusiva para niños, que son los que lloran más. Entonces el paciente adulto que está en la observación algunas veces comprenden, otras veces no” (F9ME).



Figura 84. Uso de cortinas como divisórias na sala de observação do HMVP. Fonte: autora

importante que elas sempre estejam completamente fechadas para o paciente se sentir confiante durante os procedimentos. O comportamento dos profissionais pode facilmente ameaçar essa privacidade (BAILLIE, 2007). Isso foi observado nas salas de exames do Hospital Sermesa, onde o paciente constantemente perdia sua privacidade porque os enfermeiros deixavam as cortinas entreabertas.

No HMVP, as cortinas desempenham a mesma função (promover a privacidade) tanto na sala de observação quanto na sala de emergência, porém existe um nível maior de privacidade por tratar-se de ambientes de dimensões menores e fechamento sólido. Já nas salas de atendimento individual, elas são utilizadas como proteção visual extra para separação entre a área de exame do paciente e a mesa de trabalho da enfermagem.

A Joint Commission reconhece que as paredes fornecem ótima privacidade, mas podem ser pouco práticas em ambientes que abrigam muitos pacientes (BARLAS, 2001), como é o caso das salas de observação nas Unidades de Emergência. Essa comissão permite o uso de cortinas quando elas concedem privacidade e os leitos e salas de exames estão suficientemente distantes entre si para assegurar a privacidade auditiva. No entanto, na sala de observação do HMVP, acreditado pela JCI, não há o distanciamento adequado entre cada leito, observando-se o descumprimento da Normativa – 013 (NICARÁGUA, 2008) cujas camas estavam encostadas na parede. Dessa forma, ocorre a perda da

sensação de privacidade auditiva, a redução do espaço para o atendimento do paciente e o conforto do acompanhante.

No caso da sala de emergência, o distanciamento entre os leitos é apropriado. De acordo com o estudo de Olsen, et al. (2008), tanto a ampliação das salas de exames quanto a troca de divisórias de cortinas por paredes e portas de vidro resultaram na redução da escuta de conversas entre a equipe e outros pacientes.

Nos estudos de caso, observou-se que a equipe de saúde dá preferência ao uso de cortinas nos ambientes de pacientes mais graves, já que facilitam a vigilância do paciente.



Figura 85. Uso de cortinas na sala de emergência do HMVP. Fonte: <http://www.medicaltouradvisor.com>

PAREDE E PORTA DE CORRER DE VIDRO PARA SEPARAR A SALA DE EMERGÊNCIA DO CORREDOR
CORTINAS PARA SEPARAR AS MACAS, NA SALA DE EMERGÊNCIA



Figura 86. Uso de cortinas em sala de shock HMVP. Fuente: autora



Figura 87. Sala de emergência com leitos divididos por cortinas no HMVP. Fonte: Levantamento da autora



Figura 88. Uso de cortinas na sala de observação. Fonte: autora



Figura 89. Sala de observação, separação dos leitos no Hospital Sermesa. Fonte: levantamento da autora (Trabalhado pela autora)



Figura 90. Sala de exame para atendimento intermédio HMVP. Fonte: autora

“Eu acho que numa área de observação de emergência, o uso de cortinas é o mais viável porque as paredes ocultam os ruídos, não dá para ver bem e precisamos estar atentos aos pacientes numa área de emergência” **F7SM** (Tradução nossa)¹⁰.

“Numa emergência, o paciente crítico não pode estar em uma sala individual com paredes pois há a necessidade de observá-lo [...] quando você suspeita de que ele está em risco, você simplesmente corre a cortina para vigiá-lo” **F9ME** (Tradução nossa)¹¹.

10 No original: “Yo pienso que en un área de emergencia de observación, esto (las cortinas) es lo más factible porque muchas veces las paredes ocultan ruidos, no miras bien e estas pendiente del paciente en un área de emergencia” (F7SM).

11 No original: “Bueno para emergencia, el paciente crítico no podes tenerlo individualizado con paredes por la parte de la observación [...] si vos estas sospechando de que un paciente está en riesgo,



Figura 91. Layout do consultório compartilhado por dois médicos. Fonte: levantamento da autora



Figura 92. Consultório compartilhado por dois médicos. Fonte: autora

Nas salas de exames individuais do HMVP, quando o paciente estava fora de risco, a equipe de enfermagem ficava no posto central de enfermagem com a porta aberta e a cortina parcialmente fechada para que fosse possível escutar qualquer ruído do paciente. Em outros momentos, as cortinas permaneciam abertas.

Foi observado um problema na área de consultórios do hospital Sermesa, na qual haviam consultórios compartilhados por dois médicos, onde eram atendidos dois pacientes ao mesmo tempo, criando desconforto tanto aos pacientes quanto aos médicos. Esse ambiente foi inicialmente planejado para um único paciente. Isso foi notado através quantidade de pontos de gases medicinais disponíveis no local e pelo dimensionamento *corres la cortina y lo estás vigilando.” (F9ME).*

do espaço. Entretanto, o problema maior ocorreu no projeto do hospital que não estimou, previamente, a demanda adequada de pacientes

“Não há privacidade nos consultórios, são compartilhados por dois médicos, além disso, não tem porta. Não há privacidade para que o paciente se explique corretamente e realize o exame físico” **F3SM** (Tradução nossa)¹².

O item “O ambiente permite conversas privadas entre a equipe de profissionais” teve a menor pontuação na escala de Likert em ambos os hospitais, evidenciando que os trabalhadores desses hospitais sentem falta de privacidade, possivelmente por não haver espaços exclusivos para os profissionais de saúde discutirem os casos clínicos nem tratarem de assuntos pessoais. Isso foi verificado no hospital Sermesa ao observar, em algumas ocasiões, médicos reunidos no meio do corredor da sala de observação ou dentro dos consultórios discutindo assuntos clínicos. Já no caso do HMVP, o posto de enfermagem era utilizado para essa finalidade.

As questões de privacidade também foram analisadas no momento do desembarque do paciente da ambulância, que independentemente de seu estado, é aconselhável que não sejam vistos por outros pacientes e acompanhantes da urgência. Isso foi relatado

12 No original: “No hay privacidad en los consultorios, están divididos para dos médicos y no tienen puerta. No hay privacidad para que el paciente se desenvuelva correctamente y realice el examen físico” (F3SM).

por uma enfermeira durante o desembarque de um paciente grave, cuja situação foi vista por visitantes que também utilizam a porta da urgência para dirigir-se a outros serviços do hospital (Figura 93). Concomitantemente, a falta de barreira visual, o alinhamento das portas e a pequena distância entre elas desfavorecem a privacidade.



Figura 93. Entrada do Pronto Atendimento sem privacidade visual, HMVP. Fonte: levantamento da autora.



Figura 94. Relação da triagem com a sala de espera, sem privacidade visual e auditiva, Sermesa. Fonte: levantamento da autora

“O ideal seria transferir o paciente diretamente da ambulância para a cama para que ele não fosse visto por ninguém” **F9ME** (Tradução nossa)¹³.

Na área temporariamente destinada para a triagem no HMVP, identificou-se certa falta de privacidade visual e auditiva, uma vez que ela está localizada na sala de espera (Figura 94), permitindo, então, que o público escute o interrogatório do paciente que, muitas vezes, aborda assuntos confidenciais, constrangendo o paciente. A pesquisadora conseguiu escutar os motivos da visita dos pacientes ao hospital mesmo estando sentada no ponto mais distante da sala de espera.

4.3. Segurança do paciente

Como estudado na parte teórica deste trabalho, a segurança do paciente tem uma abordagem extensiva, beneficiando também à funcionários e à família. Reiling, et al. (2005), aborda alguns pontos essenciais: a visibilidade do paciente; a standardização; a automatização; a adaptabilidade; o acesso à informação; a redução de ruídos; a prevenção de infecções; o envolvimento do paciente e a família no cuidado; e a diminuição da fadiga dos profissionais.

Não obstante, quando se fala sobre segurança no Pronto Atendimento, também se refere em criar condições no ambiente que possibilitem reduzir ou ter maior controle das

¹³ No original: “Lo ideal sería que lo baje de la ambulancia directo a la cama para que nadie lo vea” (F9ME).

situações de violência contra os profissionais de saúde e outros usuários.

De acordo com um estudo realizado pela Universidade de Maastricht, 75% dos profissionais de saúde experimentam algum tipo de violência todos os anos, seja verbal, física ou ameaças. Reportou-se que quase 50% foram violência verbal e o 25% violência física (LACANNA, 2016); sendo o Serviço de Emergência o ambiente de saúde com maiores incidências de violência no local de trabalho (GILLESPIE, et al., 2013).

A importância da segurança do paciente foi um elemento destacado no discurso dos trabalhadores dos hospitais estudado, associando-a a rápida localização dos instrumentos e equipamentos no momento do atendimento, o controle dos acessos, o tratamento acústico e a limpeza do ambiente. Durante a pesquisa de campo, distinguiram-se fatores do ambiente que favoreciam a segurança, assim como outros que a ameaçavam.

Em ambos os hospitais, notou-se pouco pessoal de segurança nos acessos. Durante as primeiras visitas, a pesquisadora entrou e fez o levantamento sem ser interrogada pela equipe de segurança. Por outro lado, os enfermeiros questionaram sua presença. Reparou-se, então, que o trabalho de vigilância é focado no sistema de câmeras de segurança, que se encontra distribuído pelos corredores.

As Unidades de Emergências avaliadas como muito acessíveis ao público têm maiores riscos de casos de violência no local de trabalho (GILLESPIE, et al., 2013). Nos

Serviços de Emergência de pequeno tamanho, o layout desempenha um papel crucial na prevenção da violência, devendo-se criar condições de visibilidade nas zonas de chegada – desembarque, triagem, balcão de admissão, sala de espera, banheiros –, e nas zonas de assistência médica.

As áreas de chegada devem ter prioridade: nelas acontecem o contato inicial e, nesse momento, ninguém sabe sobre as condições mentais, o nível de intoxicação ou de conduta das pessoas que ingressam (LACANNA, 2016, p. 2). Na Unidade de Emergência do HMVP, há pouca transparência, porém, há diferentes conexões que mantem o contato entre as áreas. O posto de enfermagem é centralizado no setor: isso permite maior controle visual e proximidade com as duas portas de acessos (Figura 95).

No hospital Sermesa, a porta menos vigiada é a da urgência, possivelmente por ser visível desde a guarita de segurança. Essa circunstância presta condições para que os visitantes usem o Serviço de Emergência como uma área de passagem às internações (Figura 96). O pouco controle no acesso foi comentado por dois participantes da área pediátrica, sobretudo, por encontrar-se mais próxima da entrada:



Figura 95. Conexões entre os ambientes de chegada e as áreas de atendimento, mostrando a relação da triagem com o acesso. Fonte: HMVP (trabalhado pela autora).



Figura 96. Conexões entre os ambientes de chegada e as áreas de atendimento, mostrando os ângulos de visibilidade do acesso. Fonte: levantamento da autora.

“Nesta área (consultórios pediátricos) o espaço permite que familiares entrem em direção à hospitalização. Está exposto ao passe constante de visitantes, porque há pouco controle no acesso” **F6SE** (Tradução nossa)¹⁴.

14 No original: “En esta área (consulta pediátrica) se da el espacio que familiares entren en dirección a hospitalización. Está muy expuesto al pase constante de visitantes, porque hay poco control de acceso” (F6SE).

“Há falta de pessoal de segurança na unidade de emergência que regule a entrada dos visitantes” **F4ME** (Tradução nossa)¹⁵.

Na área de chegada há uma maior comunicação entre o balcão de admissão e a área pediátrica (Figura 96). A admissão possui uma divisória de vidro que evita o contato físico e a propagação dos ruídos para as áreas de assistência. Esta é uma tentativa de manter a segurança dos trabalhadores. No entanto, a proposta não contribui com a humanização, pois a divisória é um elemento institucionalizado que enfraquece o vínculo paciente-profissional – que é muito importante, em primeiro momento, para o paciente se sentir acolhido.

Um estudo mostra que os comportamentos agressivos podem ser prevenidos dando condições de conforto aos pacientes e a seus familiares durante a espera. É interessante a presença de um profissional na sala de espera que atualize os pacientes sobre o tempo que falta para serem atendidos, isso os acalma (GATES, et al., 2011, p. 35). No hospital Sermesa, há um profissional intermediário, cuja função é falar com os pacientes para saber se já receberam algum atendimento, conferir se os resultados de laboratório estão prontos e compartilhar informações pertinentes. Esse esquema, além de acalmar o paciente, evita situações desagradáveis ou violentas.

15 No original: “Hay falta de personal de guarda de seguridad interna en emergencia que regule la entrada de visitas” (F4ME).

Em relação ao projeto da triagem, a mudança mais significativa nos últimos anos é a instalação de divisórias de vidro, visto que deve ser usada como um espaço de avaliação rápida, mas caso precisasse de uma revisão física, seria encaminhado a uma sala adjunta – a de exames. O uso do vidro permite maior privacidade auditiva sem a perda do controle visual da entrada do que a enfermeira precisa ter visibilidade para receber o paciente (LACANNA, 2016).

“Então pra mim foi muito melhor e mais efetivo colocar a triagem na entrada [...] Porque o paciente é interceptado diretamente pela enfermeira, quem é a primeira pessoa a receber o paciente” **F9ME** (Tradução nossa)¹⁶.

Como foi mencionado na seção 4.2., a área atual da triagem do HMVP não tem os requisitos necessários para a privacidade do paciente. Sobre a futura área de triagem (Figura 95), possui um melhor posicionamento ao ter proximidade com a porta de acesso. Também dispõe no interior uma divisória de cortina que permite separar o ambiente em duas áreas: uma para entrevista e outra para examinar o paciente. No entanto, o fato de ter um fechamento de parede sólida bloqueia a visibilidade para o acesso.

O processo de classificação do paciente do hospital Sermesa é diferente. A classificação

16 No original: “Entonces para mí, fue mucho mejor y más efectivo sacar el triage a la entrada [...] porque el paciente lo capta directamente la enfermera, que es la primer persona que recibe al paciente” (F9ME).

é realizada por um médico no balcão de admissão. Portanto, as áreas de triagem são utilizadas para a verificação de sinais vitais. Ambas as triagens, se encontram próximas da admissão, mas não precisam visualizar a porta de acesso.

Outro aspecto que diminui os compartimentos de violência é dispor de salas de esperas distribuídas perto das áreas de consultórios e procedimentos. O conceito de encaminhar o paciente ao procedimento diminui o nível de ansiedade dele e do acompanhante (LACANNA, 2016).

A necessidade de mais áreas de espera foi evidenciada no hospital Sermesa, onde se apresenta uma excessiva movimentação do paciente que transita entre a sala de espera e as áreas de tratamento – ingressa na triagem, volta na sala de espera e novamente é chamado para a área de atendimento –, aumentando, assim, seu trajeto; o que incrementa o risco de quedas e ansiedade do paciente.

Identificou-se no HMVP a falta de sala de espera para os familiares na zona de atendimento que lhes permita estarem mais próximos do paciente. Também foi observado que, em todo momento, o paciente era colocado em cadeira de rodas, independentemente de sua condição clínica, para assim reduzir o risco de quedas.

Nas áreas de atendimento, destaca-se o conflito entre a necessidade de privacidade do paciente e a necessidade dos profissionais de visualizá-lo diretamente. Sadler, et al.

(2009) mencionam que as barreiras visuais e/ou auditivas podem impedir que a equipe médica intervenha no tempo certo. Tendo salas de atendimentos separadas por paredes e outras por cortinas o equilíbrio da privacidade é melhorado, bem como a segurança e visibilidade do paciente. Sobre esse tema foi mencionado:

“Em uma área onde o paciente está sendo avaliado e na qual a vigilância é vital [...] considero adequado que o leito seja separado por cortinas e próximos a unidade de atendimento (o posto de enfermagem)” **F7SM** (Tradução nossa)¹⁷.

“Algumas salas de exame são muito fechadas, sem visibilidade na hora de um imprevisto [...] Se uma emergência acontecer, você não pode ver e agir rapidamente” **F8MM** (Tradução nossa)¹⁸.

É indispensável que o Pronto Atendimento tenha, pelo menos, uma sala de isolamento que possa ser utilizada em caso de pacientes violentos ou com possível diagnóstico de doença infectocontagiosa. Em Sermesa, o consultório ginecológico é o único com fechamento sólido, porém sem condições para tratar outro tipo de paciente.

17 No original: “Un área donde el paciente todavía está en estudio y donde lo vital es la vigilancia [...] considero pues adecuado que estén separados por cortinas y próximo a la unidad de atención (estación de enfermería)” (F7SM).

18 No original: “Algunos cubículos son muy encerrados, sin visibilidad si sucede un imprevisto [...] si sucede una emergencia no se puede visualizar y actuar más rápido” (F8MM).

No HMVP existe um equilíbrio entre a privacidade e a visualização ao dispor ambientes separados por paredes e cortinas, no entanto, desde o posto de enfermagem, não é possível vigiar o paciente que está na sala de observação. Isso aumenta o percurso e deslocamento da equipe de enfermagem.

O controle de infecções também implica o estudo das circulações para evitar cruzamento indesejável de pacientes, materiais, alimentos e resíduos.



Figura 97. Planta arquitetônica com o fluxo de resíduos.
 Fonte: HMVP (Trabalhado pela autora)



Figura 98. Antiga planta arquitetônica, mostrando o corredor externo de serviço.
 Fonte: HMVP (Trabalhado pela autora)

No HMVP, identificou-se uma problemática de cruzamento de fluxos: a saída dos resíduos acontece pelo corredor principal do Serviço de Emergência, que também é utilizado pelo paciente grave (que precisa ser encaminhado às demais Áreas Críticas). Observou-se,

então, que o lixo era transportado de um serviço a outro utilizando um *container* de lixo com rodas, atravessando duas vezes o Serviço de Emergência para dirigir-se ao Bloco 3; além de prejudicar a qualidade do ar, ocasionava ruído (Figura 97). Esse fluxo inadequado possivelmente é resultado das distintas remodelações que o setor tem tido, visto que na planta exibida com a rota de evacuação, não atualizada, identificou-se que anteriormente existia um corredor de serviço fora da Unidade de Emergência (Figura 98). Apesar dessa situação, 75% dos funcionários participantes responderam que o que mais gostavam do hospital era o fato de ser limpo, fresco e ordenado.

“É limpo, ordenado, isso estimula o trabalho e me dá confiança” **F7MM**
(Tradução nossa)¹⁹.

Ambientes limpos e atrativos estão relacionados com uma maior percepção da qualidade da assistência e, inclusive, de segurança, pois um hospital sem uma manutenção adequada cria desconfiança sobre o serviço que se brinda (STICHLER, 2016). Foi destacado pelos acompanhantes este assunto:

“Aqui é limpo, bem equipado e o trato é bem profissional” **A1M** (Tradução nossa)²⁰.

19 No original: “Es limpio, ordenado, eso estimula el trabajo y me da confianza” (F7MM).

20 No original: “Aquí es limpio, bien equipado y el trato es muy profesional.” (A1M).

Na pontuação da escala de Likert, ambos os hospitais tiveram resultados positivos em relação ao conforto ambiental. No HMVP, destacou-se adequado o nível de ruído e iluminação. Aspectos tais como salas com poucos leitos ou individuais fechadas por paredes sólidas, localização das áreas mais movimentadas perto do acesso e uso de forro absorvente de som contribuem para o conforto auditivo. Com relação à iluminação, observou-se o uso de luzes tênues nos corredores durante a noite; chamando a um ambiente de silêncio.

No HMVP, alguns participantes perceberam situações que causavam ruídos, tais como a falta de controle de acesso de visitantes e a falta de separação etária:

“Deveria existir zonas e portas de controle para respeitar e diminuir as situações de ruídos. Por exemplo, um paciente com cefaleia não pode estar escutando barulho” **F9ME** (Tradução nossa)²¹.

Um estudo revela que os médicos acostumados a ler raios-X em ambientes silenciosos têm melhor desempenho em relação a ambientes ruidosos. No entanto, o médico acostumado a trabalhar em ambientes ruidosos, não sofre prejuízos em seu desempenho (PARK, et al., 1994). Durante a realização de uma entrevista no posto de enfermagem referente aos ruídos do ambiente, o participante respondeu que não lhe incomodava por

21 No original: “Debería de existir zonas o puertas de control para respetar y disminuir esa parte del ruido. Pero por ejemplo un paciente que tenga migraña, no puede estar escuchando tanto ruido” (F9ME).

serem poucos ruídos, no entanto, nesse momento, a pesquisadora percebeu diferentes fontes sonoras registradas durante a gravação: conversas dos profissionais em tom alto, ligações, portas sendo fechadas. Identificando-se que o entrevistado está acostumado a trabalhar com esse nível de barulho, possivelmente acontece o mesmo com outros funcionários, visto que na escala de Likert o ruído não foi identificado como problema.

“[...] os ruídos mais comuns são conversas ou interrogatórios, também os ruídos de alarmes, mas a equipe está acostumada, não atrapalham”
F7SM (Tradução nossa)²².

A poluição sonora aumenta a probabilidade de cometer erros de medicação e é um fator de risco que provoca fadiga e outros resultados negativos no paciente (TIJUNELIS, et al., 2005). A utilização de princípios que diminuem o estresse e fadiga dos funcionários, estudados no Capítulo 1, favorece a preservação da segurança do paciente.

Nos hospitais analisados, observaram-se algumas dessas diretrizes: a descentralização dos postos de enfermagem e a descentralização dos depósitos de materiais e de medicamentos; ambas reduzem o percurso dos profissionais ao estarem localizadas mais próximas das áreas de atendimento. No hospital Sermesa, a divisão etária também

22 No original: “[...] los ruidos que más se van a escuchar son muchas veces las conversaciones o interrogatorio, también los ruidos de las alarmas que ya están acostumbrados pues el personal a esos ruidos, no llegan a molestar.” (F7SM).

foi considerada a favor da segurança.

“O que temos na sala de emergência está baseado nas necessidades de um paciente com risco de morte, não precisamos sair para buscar alguma coisa, não perdemos tempo porque tudo está concentrado dentro dessa sala” **F9ME** (Tradução nossa)²³.

“[...] ao dividir-se a emergência em pediátrica e adulta, se evita o estresse do paciente e, portanto, do trabalhador” **F4SE** (Tradução nossa)²⁴.

Identificaram-se outros problemas como a falta de mobiliário ergonômico, pouca iluminação em áreas de atendimento e ausência de ambientes de estar dos trabalhadores.

“[...] se necessitam escrivaninhas e cadeiras adequadas para manter uma boa postura corpora [...]” **F7SM** (Tradução nossa)²⁵.

“Não são contempladas todas as necessidades básicas dos funcionários, como um espaço para comer ou descansar” **F2MM** (Tradução nossa)²⁶.

23 No original: “Lo que tenemos en trauma está de acorde a las necesidades de un paciente que está en riesgo su vida, no salimos a buscar nada, no perdemos tiempo porque todo está ahí concentrado” (F9ME).

24 No original: “[...] al dividir emergencia pediátrica y adulta evita el estrés al paciente y por ende al trabajador” (F4SE).

25 No original: “[...] se necesitan escritorios y sillas adecuados para una buena postura [...]” (F7SM).

26 No original: “No tenemos completa las necesidades básicas del personal, como un lugar donde

“Aqui (sala de atendimento) a iluminação é muito tênue para o procedimento, necessita ser mais intensa para poder visualizar a veia.”

F2SE (Tradução nossa)²⁷.

Na seção 4.4. serão abordadas as necessidades dos trabalhadores e as características do ambiente que favorecem a redução do estresse.

A segurança inclui o planejamento de rotas de evacuação para desastres e poderia incluir uma sala de segurança com painéis ou vidro blindado (LACANNA, 2016). Pelo contexto onde estão localizados os hospitais estudados – propensos a desastres naturais –, foi revisada a rota de evacuação e sinalização.

No HMVP, a rota estava exibida no corredor, apesar da planta arquitetônica estar desatualizada, todos os corredores encontravam-se sinalizados por meio de setas luminescentes, luzes de emergência e sistema de som localizado em todo hospital. Esse sistema é utilizado para dar indicações aos funcionários através de códigos para não gerar pânico aos pacientes e aos visitantes durante uma situação atípica de emergência. No posto de enfermagem são exibidos os códigos de classificação do paciente para que em casos de desastres naturais e outras situações, que demandam atendimento

comer o descansar” (F2MM).

27 No original: “Aquí (sala de tratamiento) la iluminación es muy baja para el procedimiento, necesita ser más alta para poder canalizar la vena” (F2SE).



Figura 99. Exibição de códigos e normas para casos de Desastres. Fonte: autora

para uma grande quantidade de feridos, facilite a liberação dos leitos já ocupados por pacientes para então abrigar os novos feridos (Figura 99).

Durante o último dia de pesquisa de campo no HMVP, era executada por funcionários uma revisão física sobre aspectos de segurança, visto que seriam avaliados pela JCI. Entre as intervenções estava a instalação de setas luminescentes, protetores nas tomadas não utilizadas, colocação de mais dispensadores de álcool gel e redução da quantidade de cadeiras na sala de espera.



Figura 100. Planta arquitetônica com Rota de Evacuação de Emergência do Sermesa. Fonte: levantamento da autora



Figura 101. Planta arquitetônica com a Rota de Evacuação de Emergência do HMVP. Fonte: HMVP (Trabalhado pela autora)

O hospital Sermesa, no momento da pesquisa de campo, não contava com o plano de desastres, porém todos os corredores estavam sinalizados e com luzes de emergência.

A rota de evacuação do hospital Sermesa é dividida em duas saídas de emergência (Figura 100), devido à extensa área da Unidade de Emergência para facilitar o fluxo das pessoas. No HMVP, apesar de ter duas portas de acesso, somente o acesso da emergência pode ser utilizado como saída de emergência por ter um trajeto de saída direto. Já a porta da urgência não pode exercer essa função, porque possui corredores estreitos que podem dificultar e desorientar as pessoas durante a rota de fuga (Figura 101).

Algumas modificações requisitadas pelos participantes em relação à segurança dos pacientes e dos funcionários foram: prover mobiliário ergonômico nos consultórios e nos postos de enfermagem, melhorar a iluminação nas salas de procedimentos, ter uma área para aplicação de medicamentos exclusiva para crianças, mitigar os ruídos, controlar o acesso de visitas e planejar um ambiente de estar para os funcionários.

4.4. Ambientes de estar dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham em longas cargas horárias, são expostos a sentir a mesma desorientação, estresse e ansiedade que os pacientes estão sujeitos (DALMASSO, 2005).

Estudos apontam que o estresse no Serviço de Emergência é uma questão diariamente esperada pela equipe de saúde (TIJUNELIS, et al., 2005; POTTER, 2006; HEALY, ET AL., 2011), devido à grande diversidade de casos clínicos, à falta de controle sobre quem se apresenta para ser atendido, aos plantões e ao ambiente físico (TIJUNELIS, et al, 2005). No entanto, se nada for feito em relação ao estresse do funcionário, poderão acarretar sobre ele prejuízos do bem-estar físico, psicológico e emocional (POTTER, 2006).

O estudo de Healy, et al. (2011) identificou aspectos associados ao estresse: o ambiente de trabalho (carga de trabalho, equipe com pouco treinamento, superlotação, eventos traumatizantes); a agressão e a violência por parte dos pacientes e dos familiares; a morte, a reanimação de uma criança ou um jovem; por último, o cuidado e reanimação de pacientes críticos.

Os participantes da pesquisa caracterizaram o Serviço de Emergência como um ambiente de pressão e estresse:

“[...] há momentos de pressão, na qual você precisa sair respirar quinze minutos e depois voltar ao trabalho. Então, de que maneira a arquitetura poderia ajudar com isso? Considerando essa necessidade” **F9ME** (Tradução nossa)²⁸.

“[...] como toda unidade de emergência, esta é uma área bastante dinâmica na qual o ambiente de trabalho é estressante, se trabalha sob pressão” **F7SM** (Tradução nossa)²⁹.

Durante a aplicação dos questionários, foi preciso reformular a pergunta, “Quais fatores do ambiente ajudam para a redução do estresse dos profissionais no Serviço de Emergência?”, por “Quais mudanças nos ambientes do Serviço de Emergência lhe ajudariam para a redução do estresse?”. Esta modificação foi precisa, visto que 85% dos participantes (na primeira versão) responderam que nenhum fator existente no ambiente favorecia a redução do estresse.

Certa ironia foi percebida em alguns funcionários ao serem questionados sobre a redução do estresse, possivelmente pela insatisfação de não contar com ambientes

que contemplem suas necessidades, aumentando, assim, sua noção da Unidade de

28 No original: “[...] entonces hay momentos de presión, que uno necesita salirse, respirar 15 minutos y regresas a tu trabajo. Entonces ¿la arquitectura de qué manera puede ayudar?, tomándolo en cuenta” (F9ME).

29 No original: “[...] como toda área de emergencia es un área bastante dinámica en donde el ambiente laboral es bastante estresante, se trabaja bajo presión [...]” (F7SM).

Emergência ser um ambiente estressante. Porém em perguntas posteriores comentaram em relação a lugares e fatores que os ajudava a relaxar-se.

O ambiente de estresse do Serviço de Emergência, além de causar insatisfação na equipe de saúde, pode afetar o desempenho deles, diminuindo a qualidade do atendimento e incluso pondo em risco a segurança do paciente.

A sensação de angústia e ira, causada pela fadiga e estresse, pode fazer com que a equipe de enfermagem falte ao trabalho com maior frequência (GILLESPIE; MELBY, 2003). Uma enfermeira declarou que as faltas na equipe afetam a qualidade do atendimento porque sobrecarrega o trabalho dos outros enfermeiros.

O ambiente físico pode contribuir com a prevenção do estresse tanto reduzindo os fatores que o provocam, quanto dando condições para o relaxamento dos trabalhadores. O cuidado das necessidades da equipe forma parte da humanização dos estabelecimentos, pois eles são participantes essenciais para que o atendimento do paciente seja eficiente (DALMASSO, 2005).

Em ambos os hospitais estudados, percebeu-se poucos espaços para o descanso dos profissionais, possivelmente porque o Pronto Atendimento continua sendo considerado uma área de trabalho contínuo e onde o estresse é considerado normal. No caso da equipe de enfermagem persiste a ideia de que o enfermeiro deve ficar acordado todo

o plantão. Os dois hospitais somente dispuseram de quarto de plantão para a equipe médica, no entanto, são os enfermeiros quem sofrem de maior fadiga e estresse. A decisão em ter somente quarto de descanso para os médicos pode ocasionar graves consequências como os erros de medicação porque são os enfermeiros os responsáveis pela distribuição dos medicamentos aos pacientes.

A necessidade de ter no Serviço de Emergência uma copa e um quarto de plantão com banheiro foi evidente nos diálogos dos participantes. A carência destes ambientes foi considerada por eles, entre os aspectos da humanização, que o hospital não contemplava.

“A equipe de enfermagem, das áreas críticas, necessita uma área e um espaço para relaxar-se pelo menos 15 minutos. Por quê? porque trabalhamos com vidas, com seres humanos. É diferente trabalhar com máquinas ou outras coisas” **F9ME** (Tradução nossa)³⁰.

30 No original: “El personal de enfermería, en áreas críticas, necesita un área y un espacio para relajarse por lo menos unos 15 minutos, ¿por qué?, porque trabajamos con vidas, con seres humanos, es muy distinto a trabajar con máquinas u otras cosas” (F9ME).

“No serviço de emergência não contamos com banheiro exclusivo para a equipe, não contamos com área para refeição nem para tomar café [...] as vezes não temos como baixar ao refeitório do hospital porque a emergência está lotada, sobretudo durante o plantão noturno ou nos finais de semana” **F3ME** (Tradução nossa)³¹.

“Tem um banheiro só para a equipe e este é compartilhado por quatro áreas” **F5SM** (Tradução nossa)³².

Nos horários de pouco ingresso de pacientes, foi observado alguns profissionais tentando relaxar: dois médicos assistindo vídeos no computador do posto de enfermagem e uma médica escutando música pelo telefone no consultório. Um participante indicou que as velas aromáticas ajudariam a relaxarem-se. Estas são utilizadas por alguns estabelecimentos de saúde como aromaterapia.

“Seria bom ter uma área com música de fundo e café” **F5SM** (Tradução nossa)³³.

31 No original: “En emergencia, no contamos con baño para el personal, no contamos con un área donde ingerir alimentos, ni un café [...] a veces no podemos bajar al comedor del hospital porque el servicio (la emergencia) está lleno, pasa más en los turnos de noche y fines de semana” (F3ME).

32 No original: “Es solo un baño para el personal y se comparte en cuatro áreas” (F5SM).

33 No original: “Sería bueno un área de escuchar música suave, área de café” (F5SM).

Também se revelou a necessidade de amenizar a imagem clínico-institucional:

“Falta que seja menos formal, mais acolhedor. Porque permitiria que tivesse uma imagem menos de ‘hospital” **F5MM** (Tradução nossa)³⁴.

Apesar de ambos os hospitais terem quartos de plantão para médicos, estes não têm as condições necessárias para o descanso e relaxamento. No HMVP, o ambiente possui um pequeno sofá e escrivaninha com dimensões mínimas para uma pessoa, não possuindo janelas, nem quadros de arte, nem banheiro; inclusive o banheiro disponível é compartilhado com pacientes, visitantes e demais funcionários. No entanto, está prevista uma futura remodelação na qual será incorporado um ambiente de estar para os funcionários e um quarto de descanso para a enfermagem.

No hospital Sermesa, os quartos de plantão encontram-se fora da unidade de Emergência e são compartilhados com a equipe plantonista de outros serviços. Não foi possível o acesso ao quarto, porém foi descrito por uma participante:



Figura 102. Layout do quarto de plantão para médicos, HMVP. Fonte: levantamento da autora

34 No original: “Falta hacerlo menos formal, hacerlo un poco más acogedor” porque “Permitiría que fuera menos pensado como hospital” (F5MM).

“O quarto de plantão tem duas beliches, mas os colchões são muito finos, assim que pegamos o de cima para poder dormir com dois. O banheiro é espaçoso. As únicas janelas além de estarem só no banheiro, foram projetadas muito altas. Também não há telefone para que nos informem de algum paciente” **F5SM** (Tradução nossa)³⁵.

Alguns funcionários manifestaram características do ambiente que lhes ajudariam a se relaxar e amenizar as horas de trabalho, destacando-se os aspectos sobre tratamentos acústicos, iluminação e ergonomia.

“Necessita-se um lugar isolado de ruídos e pessoas, com iluminação adequada, opções de deslocamento, mobiliário planejado para o descanso” **F7MM** (Tradução nossa)³⁶.

Além de ambientes para o descanso, a equipe requer espaços adequados para o trabalho onde possam ter privacidade física e visual para discussões de casos clínicos, espaçosos e confortáveis; melhores condições evitam o estresse laboral.

35 No original: “El cuarto de descanso es de dos literas, pero los colchones son muy finos así que bajamos el de arriba para poder dormir con dos. El baño si es espacioso. Las únicas ventanas que hay son altas y están en el baño. También no hay teléfono para llamarnos por algún paciente” (F5SM).

36 No original: “Se necesita un lugar aislado de ruido y persona, iluminación adecuada, opciones de esparcimiento, mobiliario diseñado para descansar” (F7MM).

“[...] precisamos uma área de relaxamento, uma sala de reunião, uma sala para docência. Na emergência não temos isso, tudo está fora da emergência” **F7SM** (Tradução nossa)³⁷.

“[...] uma boa iluminação, uma ventilação adequada, dispor de ambientes privados, ter escrivaninha e cadeira adequada para manter uma boa postura, que exista separação por tipo de atendimento...” **F5SM** (Tradução nossa)³⁸.

A visualização de jardins ajuda a diminuir o estresse dos usuários (COOPER, 2006, 2014; ULRICH, 2008; VERDERBER, 2010), no entanto nenhuma das unidades de Emergência estudadas considerou-a. Os jardins foram pouco mencionados pelos participantes, não obstante observaram-se no HMVP, os profissionais da Emergência saindo na área de desembarque para relaxar ou fazer ligações, visto que essa área é seu único contato com o exterior. As respostas relacionadas com o ambiente exterior foram:

“Quero que coloquem uma fonte com pedras e passarinhos” **Enfermeira HMVP** (Tradução nossa)³⁹.

37 No original: “[...] necesitamos un área de relajación, un área para reunión, para docencia. No tenemos esa parte aquí en la emergencia, todo está fuera de la emergencia” (F7SM).

38 No original: “[...] una buena iluminación, que tengan una adecuada ventilación, que sean ambientes privados, que se tenga escritorios y sillas adecuadas para una buena postura, que hayan segmentos para cada atención” (F5SM).

39 No original: “Que me pongan una fuente con piedras y pajaritos” (Enfermera HMVP).

“Precisamos no exterior opções de deslocamento” **F7MM** (Tradução nossa)⁴⁰.

Também foram mencionados outros ambientes do hospital onde conseguiam relaxar: a capela, os consultórios particulares, a lanchonete, a área de desembarque da unidade de Emergência. Quatro das cinco áreas mencionadas têm vista de ambientes externos.

“A lanchonete e o vestiário do centro cirúrgico, são os únicos lugares onde posso conversar e tomar um café” **F6MM** (Tradução nossa)⁴¹.

Alguns membros da equipe de saúde ainda se opõem à ideia de humanizar o Pronto Atendimento, considerando o descanso do enfermeiro como um ponto negativo, embora o quarto de plantão faça parte do programa arquitetônico do Serviço de Emergência; segundo a Normativa – 013 (NICARÁGUA, 2008). Não obstante, a literatura científica também evidenciava que um pequeno tempo de descanso ou de relaxamento melhora o desempenho da equipe, estimulando-os a dar um tratamento humanizado. Um entrevistado declarou:

40 No original: “Se necesita opciones de esparcimiento” (F7MM).

41 No original: “La cafetería y sala de vestidores de quirófanos, son los únicos sitios donde puedo conversar y tomar un café” (F6MM).

“O tipo de paciente que você atende aqui não dá espaço para a equipe se relaxar, ademais disso a política refere que aqui você vem a trabalhar”
F6SE (Tradução nossa)⁴².

Entre as sugestões expostas pelos participantes para a redução do estresse estão: planejar ambientes amplos que permitam a fácil circulação, amenizar a imagem clínico-institucional, projetar áreas de estar e de descanso para os médicos e os enfermeiros, colocar uma copa, pôr uma música de fundo e instalar uma fonte.

4.5. Humanização

Apesar de todas as perguntas dos questionários e das entrevistas estarem relacionadas com a Humanização, as duas primeiras a abordavam de maneira geral, obtendo-se entre as respostas dois enfoques: aspectos do ambiente físico e aspectos sociais.

A Humanização apresenta-se como uma questão positiva na maioria dos discursos, reconhecendo-a como primordial no cuidado do paciente e da família, afirmando que o hospital e os funcionários trabalham em prol da humanização. Entretanto, foram poucos os participantes que reconheceram as possibilidades da arquitetura contribuir no processo terapêutico. Destaca-se o seguinte discurso:

42 No original: “El tipo de paciente con que se trabaja aquí no da espacio a relajación, además la política refiere que aquí se viene a trabajar” (F6SE).

“[...] eu sonho em ter um hospital que ajude o paciente e a família a não se sentirem doentes, eles estão em um processo de recuperação e se tudo que está ao redor deles favorecer a recuperação, seja, cores, ambientes diferentes, sons, isso é fundamental para mim” **F8SM** (Tradução nossa)⁴³.

Ambos os acompanhantes entrevistados no HMVP reconheceram que o hospital brinda melhores condições de infraestrutura e de atendimento, no entanto, alguns comentários sugeriram melhorar a comunicação enfermeiro-paciente.

“A equipe é muito cordial” **A2M** (Tradução nossa)⁴⁴.

“O atendimento é muito profissional, mas acho que interatuam pouco com o paciente, não lhe dão segurança e confiança. Os enfermeiros não se apresentaram somente o médico” **A1M** (Tradução nossa)⁴⁵.

“Precisam melhorar a relação do enfermeiro com o paciente, eles deveriam visita-os mais” **A2M** (Tradução nossa)⁴⁶.

43 No original: “[...] sueño con tener un hospital que ayude al paciente y a los familiares a no sentirse enfermos, están en un proceso de recuperación y que si todo lo que está alrededor ayuda o favorece a esa recuperación, qué sé yo, colores, diferentes ambientes, sonidos, eso para mí es fundamental” (F8SM).

44 No original: “El personal es bien cordial” (A2M)

45 No original: “El trato es muy profesional, pero muy poco interactúan con el paciente, no le dan seguridad y confianza, no se presentaron los enfermeros, solo el médico” (A1M)

46 No original: “Necesitan mejorar la relación de enfermero con el paciente, deberían visitarlos más” (A2M).

Quanto à humanização para os funcionários, vários participantes relataram que há desigualdade na forma em que eles se tratam, falta de respeito entre eles e falta de preocupação dos gestores acerca das necessidades da equipe de saúde.

“Muitas vezes os pacientes e alguns médicos se consideram superiores em relação aos outros profissionais, provocando intimidação” **F2MM** (Tradução nossa)⁴⁷.

A falta de empatia acontece entre os médicos com menos experiência e os mais experientes, entre os acompanhantes e a equipe de saúde e entre os pacientes e a equipe de saúde. Comentários sobre a desigualdade de status apresentou-se no hospital cujos serviços são mais caros, possivelmente pelas diferenças socioeconômicas. Em algumas ocasiões, o paciente e o acompanhante se sentem superiores por estarem pagando pelo serviço, chegando a insultar funcionários.

Apesar disso, todos os funcionários reconheceram que o hospital conta com melhores condições que outros, pois têm equipamentos atualizados, materiais e medicamentos, cuidado da limpeza, bom dimensionamento dos espaços; isto lhes dá confiança e segurança para seu desempenho.

47 No original: “Muchas veces los pacientes y algunos médicos consideran estilos de superioridad sobre el otro personal que está a su cargo y provocan intimidación” (F2MM).

“O ambiente é agradável porque há condições que os outros hospitais não têm” **F9ME** (Tradução nossa)⁴⁸.

“Este tem melhor infraestrutura, é mais seguro, é limpo e ventilado” **F4ME** (Tradução nossa)⁴⁹.

Identificou-se que há uma preocupação por parte da equipe de saúde em humanizar o atendimento do paciente e do acompanhante. Em contrapartida, há um descaso **quando a Humanização** é relacionada ao cuidado das necessidades dos profissionais e das contribuições do ambiente físico. Provavelmente seja pelo pensamento enraizado de que o Serviço de Emergência é um ambiente técnico e funcional, ideia essa vigente na gestão de alguns dirigentes de saúde.

4.6. Outros aspectos identificados

Como resultado do levantamento de campo, identificou-se uma série de aspectos que interferiam no funcionamento das Unidades de Emergências dos estudos de casos, algumas dessas foram pouco identificadas pelos participantes, especialmente no caso do Hospital Sermesa, visto que, por ser uma unidade nova, seus colaboradores consideram que tem melhores condições se comparada com a antiga Emergência.

48 No original: “El ambientes es muy agradable porque hay condiciones que no hay en otros hospitales” (F9ME).

49 No original: “Este tiene mejor estructura, más seguro, es limpio y fresco” (F4ME).

4.6.1. Hospital Metropolitano Vivian Pellas

a. Cruzamento de fluxos

Identificou-se excesso de fluxo na circulação que leva as outras Áreas Críticas. O maior problema observado foi a utilização desta circulação para saída de materiais provenientes de outras áreas – caixas com papéis, materiais de construção de tamanho pequeno - e a passagem do contentor de lixo com rodas. O trajeto desses por dentro da Unidade de Emergência, além de causar ruídos, pode interferir na livre transferência dos pacientes para outras áreas.

b. Sala de observação

“[...] na sala de observação falta um posto de enfermagem e um lavabo. Por falta disso o enfermeiro se traslada à sala de emergência para poder preparar a medicação” **F9ME** (Tradução nossa)⁵⁰.

A falta de uma mesa de trabalho de enfermagem gera maior mobilidade do profissional de uma área para outra, provavelmente por isso apresentavam-se casos nos quais o paciente era levado para sala de emergência ou salas de atendimento intermédio sem ser clinicamente classificado para essa área. Assim, facilitava-se o trabalho de

50 No original: “[...] en observación ahí si falta una estación de enfermería y le falta un lavado de manos. Por eso la enfermera se traslada a la sala de traumas para poder preparar medicamentos” (F9ME).

enfermaria, já que as outras salas estavam equipadas com lavabo e mesa de preparação de medicamentos.

c. Ambientes desaproveitados

O tamanho da Emergência foi avaliado como inadequado pelos profissionais – segundo a escala de Likert – surgindo comentários de que faltam ambientes tanto de atendimento quanto para os colaboradores descansarem. Uma futura remodelação da Emergência devolverá parte desse espaço que foi ocupado por outro serviço. Apesar disso, observou-se na área da entrada um consultório médico utilizado como particular, não para o atendimento de urgências. Isto aumenta o número de usuários na sala de espera, que já conta com espaço limitado.

4.6.2. Sermesa Hospital Masaya

a. Planta de Conjunto

O fato dos serviços do hospital estarem divididos em dois terrenos implica a transferência constante de materiais, alimentos, roupas e inclusive de profissionais de saúde de um lugar para outro. Devido à Emergência estar próxima ao outro prédio, é facilitado o fornecimento dessa, no entanto, é utilizada como área de passagem dos profissionais para outros serviços. Essa situação vai contra o conceito de segurança que o hospital promove, visto que as pessoas têm que atravessar uma rua que não conta com as plataformas adequadas, e não há sinal de trânsito para pedestres.

“[...] há uma dança de trasladar as refeições daqui para o novo prédio, também é trasladada a roupa e outras coisas; as áreas de apoio continuam estando aqui no antigo hospital. Então, eu lhe chamo de dança, ainda temos que atravessar uma rua” Diretor Geral Sermesa (Tradução nossa)⁵¹.

51 No original: “[...] entonces hay una danza de trasladar comida de aquí hasta el hospital, de trasladar también la ropa y muchas cosas, áreas de servicio de apoyo están aquí todavía en el hospital viejo. Entonces, yo le digo, es una danza, todavía tenemos que atravesar una calle” (Diretor geral Sermesa).



Figura 104. Planta do conjunto com o fluxo de materiais de um edifício para o outro. Fonte: levantamento da autora

b. Salas de procedimentos de enfermagem:

O conceito de ter uma única sala de enfermagem para diversos procedimentos – colocação de gesso, injeção, reidratação, inalação, curativos e medicação –, facilita o trabalho dos profissionais, visto que todos os instrumentos e medicamentos estão próximos, tendo, assim, boa visibilidade dos pacientes. Porém, percebeu-se que o paciente perde a privacidade e confidencialidade, além de expor aos outros pacientes a visualização do tratamento do outro, podendo aumentar o estresse.

A iluminação foi considerada deficiente para alguns procedimentos de enfermagem, apesar de contar com duas janelas, pois não têm as dimensões suficientes, obrigando a todos dependerem sempre de uma iluminação artificial.

c. Consultórios de urgência

Os consultórios compartilhados por dois médicos ao mesmo tempo deixam sem privacidade tanto o paciente quanto o médico, podendo afetar o diagnóstico do paciente.

d. Banheiro

A existência de poucos sanitários causa ao profissional, em várias ocasiões, a necessidade de ir a outras áreas. Esse problema se repete em outros serviços, no Laboratório não contam com serviço sanitário. Portanto, quando o paciente necessita realizar o exame de urina, utiliza um dos sanitários da Emergência.



Figura 105. Planta arquitetônica com a matriz de descobertas do Serviço de Emergência, hospital Sermesa Masaya. Fonte: levantamento da autora

CAPÍTULO 5 – RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A arquitetura do hospital de hoje deve ser capaz de contribuir com o bem-estar de todos seus usuários. A incorporação de conceitos como *Patient and Family Centered Care*, Segurança do paciente e Humanização são desejáveis nas unidades assistências de saúde; incluindo o Serviço de Emergência. Para que isso se torne uma realidade é importante que as políticas privadas e públicas dos estabelecimentos de saúde incluam estes princípios nos projetos arquitetônicos.

Conforme visto nesta dissertação, estudos evidenciam que o ambiente construído influi positivamente nos usuários de espaços de saúde, diminuindo o nível de estresse, sensação de dor, ansiedade, a fadiga e, inclusive, favorecendo a recuperação dos pacientes.

A partir da avaliação dos estudos de casos realizados na Nicarágua, constataram-se alguns princípios da humanização e qualidade do ambiente que foram estudados na revisão bibliográfica. Para essa avaliação, optou-se pela metodologia “Caminho do Paciente” (desenvolvida pelo grupo de pesquisa Espaço Saúde do PROARQ/FAU/UFRJ) associada a outros métodos de pesquisa qualitativa: a observação participativa, a análise das plantas arquitetônicas e levantamento físico, o questionário e a entrevista.

O método “caminho do paciente” foi realizado em diversas ocasiões, fazendo o percurso de pacientes com diferentes estados de saúde, familiares e funcionários. Isto facilitou a compreensão das relações entre os usuários e os ambientes. Esse procedimento possibilitou representar em planta os distintos fluxos de pessoas, materiais e resíduos, para a análise dos cruzamentos desses.

O método de observação participativa também foi enriquecedor para o desenvolvimento da pesquisa, já que permitiu observar a apropriação dos espaços pelos usuários. Também facilitou a identificação dos conceitos estudados no embasamento teórico,

o reconhecimento de pontos críticos e favoráveis do ambiente e, posteriormente, a confirmação ou negação dos dados obtidos nas entrevistas. A única restrição para a aplicação do método ocorreu durante os momentos em que os pacientes estavam sendo atendidos.

A aplicação dos questionários permitiu reconhecer as percepções e necessidades dos distintos usuários sobre o ambiente físico. Ressalta-se que durante a aplicação dos questionários aos funcionários constatou-se que a palavra “humanização” não era muito conhecida no Pronto Atendimento, independente da idade e profissão dos participantes. Por isso foi preciso esclarecer que o termo “humanização” significa o mesmo que “bem-estar dos usuários”.

Para finalizar a etapa de análise dos dados coletados, foi necessário a criação de uma matriz de descobertas (Ver Figura 103, p.151 e Figura 105, p.155) para sintetizar as questões positivas e negativas identificadas em cada estudo de caso.

Com relação às descobertas obtidas na pesquisa de campo destacam-se:

- a. No começo da investigação, desconhecia-se a amplitude e a influência que exerce a “Segurança do paciente” no planejamento de espaços de saúde. Nos hospitais analisados manifestaram-se várias necessidades em relação a este conceito, precisando-se indagar mais sobre o tema para a análise dos levantamentos.

b. O envolvimento da família no cuidado do paciente foi outra descoberta não esperada da pesquisa de campo. Visto que o estudo foi centrado no Pronto Atendimento, esperava-se pouco incentivo por parte dos funcionários à participação da família. No entanto, evidenciou-se maior aceitação da presença do acompanhante e bem como nas entrevistas dos funcionários, houve preocupações em relação à falta de espaços adequados para a família.

5.1. Recomendações projetuais para futuros Serviços de Emergência

Com base nos conceitos apresentados neste trabalho e na construção das categorias resultantes das visitas de campo, serão apresentadas recomendações projetuais para futuras Unidades de Emergência:

Incentivar o envolvimento da família no processo terapêutico

Diversos estudos evidenciam que a participação da família no cuidado do paciente pode influir positivamente no bem-estar e segurança dos pacientes. Entre as melhoras descobertas está a redução do estresse, a diminuição de riscos de quedas e o aumento do nível de satisfação, favorecendo assim o processo de recuperação.

No entanto, a experiência do acompanhamento do familiar no Serviço de Emergência pode ser estressante e cansativa, por isso, é recomendável planejar ambientes confortáveis e

com amenidades. Além de uma sala de espera agradável sugere-se incorporar uma sala de estar para a família localizada perto das áreas de atendimento e uma pequena sala de reunião para receber informação sobre o estado do paciente.

Estes ambientes podem contar com poltronas reclináveis, obras de arte, música ambiente, wi-fi, bebedouro, café, *vending machine*, entre outras.

Descentralizar as áreas de trabalho

Sugere-se a descentralização dos ambientes de trabalho, como posto de enfermagem e depósitos de materiais e medicação, já que reduzem os percursos da equipe de saúde e facilita a rápida intervenção deles no paciente. A descentralização contribui com o bem-estar dos funcionários ao reduzir a fadiga e dos pacientes ao aumentar o tempo dedicado diretamente ao atendimento deles.

Dividir as áreas de atendimento por faixa etária

Aconselha-se a divisão das áreas de atendimento para emergências pediátricas e emergências adultas que considerem suas necessidades, desejando-se, também, planejar salas de esperas exclusivas para os dois tipos de usuários. Esta separação visa à privacidade e o aumento do nível de satisfação dos pacientes, acompanhantes e inclusive dos funcionários.

Promover a visualização de natureza

Estudos evidenciam que a visualização de natureza melhora a qualidade do ambiente e a satisfação dos usuários de espaços de saúde. O contato ativo ou passivo com a natureza pode contribuir com a redução da dor, a diminuição da ansiedade e depressão, bem como a redução do estresse dos funcionários.

Em vista disso, considera-se importante projetar jardins terapêuticos que possam ser contemplados a partir dos ambientes internos. No Pronto Atendimento recomenda-se que as salas de esperas, estar da família, estar dos funcionários e posto de enfermagem possam visualizar o exterior ou, pelo menos, tenham alguma fonte de luz natural.

Quando não existe a possibilidade de visualizar o exterior, é possível fazer uso da tecnologia para simular a través de painéis LED a natureza. Estes podem ser colocados nos tetos de salas de atendimentos e inclusive nos corredores para diminuir a sensação de enclausuramento que podem experimentar os usuários depois de várias horas sem ter contato com o exterior.



Figura 106. Painéis LED simulando a visão do céu no corredor de uma Emergência. Fonte: <https://br.pinterest.com> Acessado: 10/ 02/ 2017



Figura 107. Painéis LED simulando a visão exterior em uma sala de exame. Fonte: <https://www.inhabitat.com> Acessado: 20/ 02/ 2017

Preservar a privacidade

No Serviço de Emergência, a promoção da privacidade e confidencialidade são fatores apreciados pelos usuários, especialmente o paciente, pois o comprometimento pode resultar na omissão de informações ou o rechaço a ser examinado.

Por isso, recomenda-se o uso de salas de exames individuais com fechamento sólido em “U”, e portas de correr de vidro, ademais de cortinas para serem corridas do momento do exame físico. Esta sugestão pode ser economicamente inviável em algumas unidades, portanto a sugestão é oferecer algumas salas de atendimento privativas; no caso das salas de observações, recomenda-se a utilização de divisórias de cortinas provendo o espaço suficiente para cada leito.

Propiciar ambientes para o estar e descanso dos funcionários

Considera-se importante o planejamento de ambientes com condições que favoreçam o relaxamento e descanso da equipe de saúde, dessa maneira poder contribuir com a prevenção do estresse e fadiga ocasionada pelo trabalho. Entre esses aconselháveis, estão os quartos de plantão para a equipe médica e a de enfermagem, a sala de estar, a copa e a uma sala de reuniões.

Para o estar dos funcionários pode-se aplicar as mesmas sugestões recomendadas para o estar dos familiares, acrescentando o mobiliário propício para leituras e estudos.

Promover redução de ruídos

Pesquisas evidenciam que a poluição sonora é um dos fatores que ocasionam o estresse e a fadiga dos funcionários, podendo aumentar as possibilidades de erros de medicação, assim como causar outras sensações negativas nos pacientes.

Para a redução dos ruídos, aconselha-se o uso de materiais com absorção acústica para tetos, a instalação de carpete nos corredores, a colocação de isolamento acústico em paredes, a utilização de equipamentos com alarme visuais e o uso de luzes mais tênues nos corredores. Todas essas sugestões poderiam promover a segurança dos funcionários e, por conseguinte a dos pacientes.

5.2. Recomendações projetuais específicas para os estudos de casos

5.2.1. Hospital Metropolitano Vivian Pellas - Manágua

O HMVP é um estabelecimento de saúde reconhecido por promover a segurança do paciente e a qualidade do atendimento; esses princípios se refletem no ambiente construído. No Serviço de Emergência, destaca-se o uso de salas de exames individuais que contribuem com o controle de infecções, privacidade do paciente, redução de riscos de erros de medicação e aumento da satisfação dos pacientes e familiares. A descentralização das áreas de trabalho da enfermagem também fomenta a segurança.

É importante ressaltar que durante as visitas foram realizadas algumas remodelações, como a mudança de lugar da triagem e o planejamento para a incorporação de alguns ambientes de descanso para os funcionários. No entanto, ainda seriam necessárias mais algumas alterações para melhorar a qualidade do ambiente de forma mais ampla, incorporando outras demandas.

O tempo de espera do paciente para ser atendido (no estudo de caso em questão) é relativamente reduzido, de 5 a 20 minutos. Portanto, não seriam necessárias muitas cadeiras na sala de espera do Pronto Atendimento. Dessa maneira, para os ambientes de chegada, são sugeridas algumas modificações: 1. Sugere-se eliminar algumas cadeiras para ampliar o espaço de circulação; 2. Trocar as cadeiras por sofás confortáveis dispostos de tal forma que possa ser visualizado o exterior e o balcão de admissão; 3. Utilizar o espaço do consultório (que não faz parte do atendimento da urgência) para o estar da família do paciente já atendido, proporcionando maior conforto e privacidade para eles, podendo ter uma área de café, um bebedouro e a exposição de quadros de natureza, já que não possui janela. Sugere-se, nesse sentido, que o funcionamento do consultório seja remanejado para outro serviço do hospital.

Em relação à visualização, recomenda-se trocar o fechamento da triagem por painéis de vidro para que a equipe de enfermagem possa visualizar a chegada do paciente e assim

recebê-lo. Na sala de observação, é prioridade dispor de uma mesa de trabalho para equipe de enfermagem com lavabo, com o objetivo de reduzir o percurso dos enfermeiros. Também se aconselha eliminar um dos leitos para aumentar a área por leito, ampliando, dessa maneira, o espaço de movimentação ao redor da cama do paciente.

Nas salas de atendimento individual não há janelas para visualizar o exterior, mas poderiam ser incorporadas outras distrações positivas que diminuam a sensação de dor, tais como música ambiente que possa ser escolhida pelo paciente, quadros de arte, uso de mais uma cor no ambiente e uso de painéis LED (instalados no teto), simulando uma visão exterior com imagens do céu e copas de árvores.

Considera-se importante planejar alguns ambientes para os funcionários: 1. Uma sala de reuniões para conversas privadas sobre casos clínicos e pessoais; 2. Uma copa; 3. Um quarto de plantão para enfermagem; 4. Um banheiro exclusivo para a equipe; e 5. Uma área de estar com distrações positivas para o descanso e relaxamento.

Para a futura remodelação, sugere-se reativar o corredor localizado fora da unidade para a saída de resíduos, evitando assim o cruzamento de fluxos indesejáveis (Figura 108).



Figura 108. Planta esquemática com as mudanças sugeridas, HMVP. Fonte: autora.

5.2.2. Sermesa Hospital Masaya

Cabe ressaltar que o Serviço de Emergência do hospital Sermesa foi inaugurado recentemente, em maio de 2016. Ele foi construído para cobrir o aumento da demanda de atendimento e proporcionar melhores condições aos usuários.

Entre as melhorias que foram reconhecidas como positivas pelos profissionais está a separação das áreas de atendimento em emergência pediátrica e emergência adulta. Essa modificação contribui para a segurança do pacientes, a redução do estresse dos profissionais e o aumento do nível de satisfação dos pacientes e familiares. No entanto, considerou-se necessário indicar algumas recomendações sobre questões observadas durante a pesquisa de campo.

São recomendadas mudanças na sala de espera, sobretudo na distribuição do mobiliário, visto que esse não aproveita as janelas existentes para a visualização do exterior e a entrada da luz natural. Nesse sentido, aconselha-se ordenar as cadeiras em pequenos grupos que favoreçam as conversas entre as pessoas que estão aguardando e, ao mesmo tempo, permita contemplar os ambientes externos, que poderiam ser explorados paisagisticamente, com a inserção de espécies vegetais que possam ser apreciadas a partir do interior da edificação.

Seriam desejáveis algumas intervenções para tornar a sala de espera um espaço acolhedor: cadeiras confortáveis; bebedouro; TV; música ambiental; área recreativa

para as crianças; exposição de quadros de arte ou de fotografias; utilização de mais de uma cor nas paredes e, se possível, inserir mais uma janela na fachada leste para aproveitar a luz natural, visto que o sistema construtivo permite essa abertura.

Considera-se importante recuar a porta de emergência pediátrica em direção ao corredor de forma que possibilite a melhor visualização do balcão da admissão, a partir da porta de entrada, bem como a retirada da parede lateral do balcão onde está fixada atualmente a porta do corredor. Também é sugerida a remoção do pano de vidro que atualmente separa a equipe de atendimento da triagem dos pacientes e acompanhantes.

Na área do acesso da urgência, observou-se familiares lanchando ou aguardando notícias, por vezes sentados no chão, por falta de mobiliário adequado e a restrições para entrada no hospital, ocasionando aglomeração na área. Esse comportamento sociocultural é recorrente em várias unidades de emergência, sobretudo nas públicas. Em decorrência dessa situação, é conveniente planejar uma pequena área externa coberta com condições para a espera e possibilidade da realização de pequenas refeições pelos familiares, podendo ser utilizada também por funcionários.

O dimensionamento insuficiente da unidade não permite acrescentar novos ambientes. No entanto, considera-se importante ressaltar a necessidade de acréscimo e alguns ambientes no Pronto Atendimento, como: uma copa, um quarto de plantão para médicos e enfermeiros,

uma sala de reuniões e um quarto de isolamento. Além disso, também é recomendado o acréscimo de uma lanchonete podendo estar localizada do lado de fora da unidade, afim de ser utilizada pelos acompanhantes e funcionários do Serviço de Emergência.

A quantidade insuficiente de consultórios resulta no compartilhamento de cada consultório por dois médicos ao mesmo tempo, comprometendo a privacidade e confidencialidade dos usuários. Portanto, recomenda-se deixar só um médico por consultório, assim como colocar um biombo entre a maca e a mesa do médico, protegendo visualmente o paciente no momento do exame físico. Além disso, seria ideal trocar a cortina de fechamento do consultório por fechamento em painel opaco e porta para prover maior privacidade

O compartilhamento atual dos consultórios decorre do fato de que o hospital ainda está em construção. Esse déficit de consultórios possivelmente diminua com a conclusão das obras da área ambulatorial.

Na área de emergência pediátrica recomenda-se um projeto de ambientação incluindo cores e pequena área de brinquedoteca para amenizar a imagem clínico-institucional, visto que se trata de uma área infantil. Além disso, sugere-se a troca das cadeiras por poltronas confortáveis para os acompanhantes na sala de observação, e a separação visual da sala de inalação da área de curativos, para evitar que as crianças que somente precisem fazer nebulização vejam as crianças com ferimentos (Figura 109).



Figura 109. Planta esquemática com as mudanças sugeridas, Sermesa. Fonte: autora.

5.3. Sugestões para futuros trabalhos

O estudo contribuiu para entender o que é o Serviço de Emergência, quais são seus usuários e suas necessidades para avançar na reflexão sobre as possibilidades de humanização desses espaços. Não obstante, dado as poucas publicações e a complexidade do tema, precisa-se aprofundar ainda mais as pesquisas nessa área.

No começo desta dissertação, pretendia-se estudar a humanização do conjunto das Áreas Críticas: Serviço de Emergência, Centro Cirúrgico e UTI. Devido às dificuldades de acesso, optou-se por excluir o centro cirúrgico e a UTI, por serem áreas com maiores restrições para o desenvolvimento da pesquisa de campo, por questões como não permissão para fotografar e pouca disponibilidade de tempo da equipe de saúde para realização de entrevistas. Além disso, o recorte da pesquisa foi reduzido devido ao reconhecimento da complexidade do recorte inicial pretendido e a compatibilização do tempo disponível para a realização do trabalho.

No entanto, no Serviço de Emergência foram encontrados fatores limitantes na aplicação dos questionários e das entrevistas, conseguindo-se poucos participantes. Não foi possível entrevistar pacientes devido às condições de saúde emergenciais em que se encontravam. Logo, para as futuras pesquisas, recomenda-se a busca da transposição deste obstáculo no sentido de incluir os pacientes e familiares no grupo de entrevistados.

Nesse contexto, pacientes e familiares poderiam ser abordados nas internações que decorreram do atendimento inicial da Unidade de Emergência.

Como a Emergência é uma área bastante dinâmica, os funcionários dispõem de pouco tempo para participar das pesquisas. Em vista disso, recomenda-se ter um roteiro para entrevistas orais caso o funcionário precise conversar durante realização de outra atividade.

Em futuros estudos poderiam ser aprofundadas questões técnicas do ambiente como a descrição dos equipamentos e materiais requeridos para cada sala e o dimensionamento mínimo dos espaços já considerando as amenidades propostas pelo movimento de humanização. Também seria interessante a abordagem das outras Áreas Críticas (Centro Cirúrgico e UTI).

Finalmente, espera-se que as discussões deste trabalho contribuam tanto para futuros projetos arquitetônicos como para a remodelação de ambientes de Emergência no caminho da humanização e qualidade ambiental desses espaços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEVI A.; MARTENSSON F. Stress rehabilitation through garden therapy: The garden as a place in the recovery from stress. **Urban Forestry & Urban Greening**. v. 12, p. 230-237, 2013.

BAAS, L.S. Patient and family centered care. **Heart and Lung**. v. 41, n. 6. p. 534-535, 2012.

BAILLIE, L. **A case study of patient dignity in an acute hospital setting**. London: LSBU, 2007. p. 200-205.

_____. Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. **IJNS**. v. 46, p. 23–37, 2009.

BARLAS D.; SAMA A.E.; WARD M.F.; LESSER M.L. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. **Ann Emerg Med**. v. 38, p. 135-139, 2001.

BECKER, H. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: 1999. p.117.

BECKSTRAND R.L.; RASMUSSEN R.J.; LUTHY K.E.; HEASTON S. Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care. **J Emerg**

Nurs. v. 38, n.5, p. 27-32. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. SOMASUS: **Programação arquitetônica de unidades funcionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 1.

BRASIL, ANVISA: Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Conforto ambiental em estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 2014.

CAPOLONGO S.; BELLINI E.; NACHIERO D.; REBECCHI A.; BUFFOLI M. Soft qualities in healthcare: method and tools for soft qualities design in hospitals' built environments. **Ann Ig.** v. 26, n.4, p. 391-399. 2014.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. **Introdução à Arquitetura Hospitalar**. Salvador: UFBA/FA, 2014.

CHD: The Center for Health Design. **Clinic design staff survey**. 2011. Disponível em: <<https://www.healthdesign.org>>. Acesso em: 15 jun. 2016

_____. **Clinic design patient survey**. 2011. Disponível em: <<https://www.healthdesign.org>>. Acesso em: 15 jun. 2016

_____. **Designing for patient safety: developing methods to integrate patient safety concerns in the design process**. 2012. p. 106-117.

COOPER-MARCUS, C. Healing Gardens in Hospitals. In: Cor Wagenaar (ed.) **The Architecture of Hospitals**. 2006. p. 314-329.

COOPER-MARCUS, C.; SACHS, N.A. **Therapeutic Landscapes: An evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces**. John Wiley & Sons. Hoboken: 2014. p. 14-35.

COUTO, Renata Sousa. **Hospital Municipal Lourenço Jorge: Um estudo sobre a contribuição da arquitetura para o processo terapêutico**. Rio de Janeiro: UFRJ/ FAU/ PROARQ, 2008.

DALMASSO, Gabriela Liuzzi. **A relação entre espaço e saúde: Uma contribuição da arquitetura para a humanização da unidade de tratamento intensivo**. Rio de Janeiro: UFRJ/ FAU/ PROARQ, 2005.

FERRER, Mario. **Manual da Arquitetura das Internações Hospitalares**. Rio de Janeiro, 2012.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Humanização dos espaços de saúde: Contribuições para a arquitetura na avaliação da qualidade do atendimento**. Rio de Janeiro: UFRJ/ FAU/ PROARQ, 2007. p. 229-240.

FOURNIER, Marie-Andree. Family-Centered Care in the design of the NICU. In: Cor

Wagenaar (ed.) **The Architecture of Hospitals**. 2006. p. 295-305.

GATES, D.M.; GILLESPIE, G.L.; SMITH, C.; et al. Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. **J Emerg Nurs**. v. 37, p. 32-39, 2011.

GLIND, I. van de; DULMEN, S. van; GOOSSENSEN, A. Physician- patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. **Patient Educ Couns**. v. 73, n. 2, p. 215-219, 2008.

GILLESPIE G.L.; GATES D.M.; MENTZEL T; et al. Evaluation of the comprehensive ED violence prevention program. **J Emerg Nurs**. v. 39, p. 376-383, 2013.

GILLESPIE M.; MELBY V. Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. **JOCN**. v. 12, n. 6, p. 842-851, 2003.

HALPERN .P; GOLDBERG S.A.; KENG J;G.; KOENIG K.L. Principles of emergency department facility design for optimal management of mass-casualty incidents. **Prehosp Disaster Med**. v. 27, n. 2, p. 204-212, 2012.

HAMILTON, K. Evidence based design and the art of healing. In: Cor Wagenaar (ed.) **The Architecture of Hospitals**. 2006. p. 271-280.

_____. **Design for Critical Care: Impact of the ICU 2010 Report**. IADH. 2001.

Disponível em: <<https://www.brikbases.org/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

HEALY S., TYRRELL M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. **Emerg Nurse**. v. 19, n.4), p. 31-37, 2011.

HMVP: Hospital Metropolitano Vivian Pellas. Disponível em: <<https://www.metropolitano.com.ni>>. Acesso em: 20 out. 2016.

HOLM L.; FITZMAURICE L. Emergency department waiting room stress: can music or aromatherapy improve anxiety scores? **Pediatr Emerg Care**. v. 24, n.12, p. 836-838, 2008.

HOWARD, Jan. Humanization and dehumanization of Health care: A Conceptual Review. IN: Howard & Strauss (ed) **Humanizing Health Care**. New York. 1975. p. 57-102.

IHI: Institute for Healthcare Improvement. Disponível em: <<https://www.IHI.org>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

IPFCC: Institute For Patient and Family Centered Care. 2012. Disponível em: <<https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

JUDKINS S. Paediatric emergency department design: does it affect staff, patient and community satisfaction?. **Emerg Med**. v. 15, n.1, p. 63-67, 2003.

KARRO, J.; DENT, A.W.; FARISH, S. Patient perceptions of privacy infringements in an

emergency department. **EMA**. v. 17, p. 117–123, 2005.

LACANNA, Giuseppe. Planning emergency departments to supports aggression prevention. **Evidence space**. Fev 2016.

LEIBROCK, Cynthia A. **Design details for health: Making the most of interior design's healing potential**. New York: John Wiley & Sons Inc., 2000. p. 257-275.

LINDHEIM, Roslyn. An Architect's perspective. In: Howard & Strauss (ed) **Humanizing Health Care**. New York. 1975. p. 293-304.

MACKIE, B.R.; et al. The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. **Collegian**. 2017

MCCULLOUGH, Cynthia S. **Evidence based design for healthcare facilities**. Sigma Theta Tau International, 2010. cap. 1 e 4.

MEDICAL ADVISORY SECRETARIAT. **Air cleaning technologies: an evidence-based analysis**. Ontario Health Technology Assessment Series, 2005.

MILLER; SWENSSON. **Hospital and Healthcare Facility Design**. 2. ed. 2002. p. 105-205.

MAHMOOD A.; CHAUDHURY H.; VALENTE M. Nurses perceptions of how physical

environment affects medication errors in acute care settings. **Appl Nurs Res.** v. 24, n. 4, p. 229-237, 2011.

NICARÁGUA, Ministerio de Salud. Dirección General de Regulación Sanitaria. **Normativa – 013: Manual de Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud.** Managua, 2008.

OLSEN J.C.; CUTCLIFFE B.; O'BRIEN B.C. Emergency department design and patient perceptions of privacy and confidentiality. **J Emerg Med.** v. 35, n.3, p. 317-320, 2008.

PARK S.H.; SONG H.H.; HAN J.H. Effect of noise on the detection of rib fractures by residents. **Invest Radiol.** V. 29, n. 1, p. 54–58, 1994.

PEREIRA JÚNIOR, G. A.; et al. O ensino de urgência e emergência de acordo com as novas diretrizes curriculares nacionais e a lei do mais médicos. **Cadernos da ABEM.** Rio de Janeiro. v. 11, p. 20-47, 2015.

POTTER C. What extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout? A review of the literature. **AENJ.** v. 9, n. 2, p. 57-64, 2006.

REILING, John. Et al. Enhancing the traditional hospital design process: A focus on patient safety. **Joint Commission Journal on Quality and Safety.** 2004.

_____. Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. **Agency for Healthcare Research and Quality Rockville MD**. 2005.

RHEINGANTZ, P. A.; AZEVEDO, G. A. N.; BRASILEIRO, A; et. al. Observando a qualidade do Lugar: Procedimentos para a Avaliação Pós-Ocupação. Rio de Janeiro: PROARQ/FAU/ UFRJ, 2009. p. 91-102.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSLAND, A.M. **Sharing the care: the role of family in chronic illness**. 2009. p. 1-15.

SADLER, B.L.; JOSEPH, A.; KELLER, A.; ROSTENBERG, B. **Using evidence- based environmental design to enhance safety and quality**. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. 2009. Disponível em: <[https:// www.IHI.org](https://www.IHI.org) >.

SANTO, M.; BURSZTYN, I. O caminho do paciente: conceitos e ferramentas para a avaliação de estabelecimentos de atenção à saúde. In: Bitencourt e Costeira (ed.) **Arquitetura e Engenharia Hospitalar**. 2015. p. 143-162.

STEPLEY, M.M. Evidence Based Design and Architecture. In: Cor Wagenaar (ed.) **The Architecture of Hospitals**. 2006. p. 266-270.

STICHLER, Jaynelle F. An interview on perception of cleanliness: Strategic design can improve patient perception of cleanliness and quality. **The Center for Health Design**. 2016.

TIJUNELIS M.A; FITZSULLIVAN E.; HENDERSON S.O. Noise in the ED. **Am J Emerg Med**. v. 23, p. 332-335, 2005.

ULRICH, R.S. Evidence Healthcare Design. In: Cor Wagenaar (ed.) **The Architecture of Hospitals**. 2006. p. 281-289.

_____. Designing for calm. The New York Times. Jan 11, 2013. Disponível em: <[https:// www. nytimes.com/2013/01/13/opinion](https://www.nytimes.com/2013/01/13/opinion) >. Acesso em: 22 dez. 2016.

ULRICH, R.S.; C. ZIMRING; X. ZHU; J., et al. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. **HERD**. v.1, n. 3, p. 61–125, 2008.

VERDERBER, Stephen. **Innovation in Hospital Architecture**. New York: 2010. p. 78-82.

VIANNA, Luciana de Madeiros. **Arquitetura e privacidade em ambientes de atenção à saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ/ FAU/ PROARQ, 2010. p. 80-146.

WOOGARA J. Patients' privacy of the person and human rights. **Nurs Ethics**. v. 12, n. 3, p. 273-287, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: 2001; p. 19-35.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Tabela com artigos da bibliometria sobre o serviço de emergência

Autor	Revista	Nome do artigo	Assunto principal	País	Ano	Palavras chaves
Poulin MF; Appis A	Critical Pathways in Cardiology	Critical Pathways in Cardiology	Remodelação	EUA	2015	Setor de emergência, intervenção coronária, arquitetura hospitalar.
Goodarzi, H; Javadzadeh, H	Trauma Mon	Assessing the Physical Environment of Emergency Departments.	Qualidade do ambiente	Iran	2015	Setor de Emergência, ambiente construído, qualidade do ambiente.
Eagle, A.	Hosp Health Netw	Four Ways to Design a Better ED.	Qualidade do atendimento	EUA	2015	Setor de Emergência, ambiente construído, qualidade do atendimento.
Pati D; Harvey TE	Critical care nursing quarterly	Physical design correlates of efficiency and safety in emergency departments: a qualitative examination	Eficiência e segurança	EUA	2014	Eficiência organizacional, serviço hospitalar de emergência, arquitetura hospitalar.
Azazh A.	Ethiopian medical journal	The new emergency medicine building design at Tikur Anbessa Specialized Hospital (TASH), Addis Ababa University	Planejamento e/o construção	Etiópia	2014	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, planejamento baseado em pesquisas.
Capolongo S; Bellini E	Annali di igiene	Soft qualities in healthcare. Method and tools for soft qualities design in hospitals' built environments	Qualidade do ambiente	Itália	2014	Qualidade do ambiente, arquitetura hospitalar.
Vezyridis P; Timmons S.	BMC Emergency Medicine	National targets, process transformation and local consequences in an NHS emergency department (ED): a qualitative study	Qualidade do atendimento		2014	Setor de Emergência, ambiente construído, valor profissional.
Mumma BE; McCue JY	Academic emergency medicine	Effects of emergency department expansion on emergency department patient flow	Remodelação	EUA	2014	Setor de Emergência, serviço hospitalar de emergência, admissão do paciente.
	Health Facilities Management	Penrose hospital: emergency department renovation	Remodelação	EUA	2014	Setor de emergência, arquitetura hospitalar.

Autor	Revista	Nome do artigo	Assunto principal	País	Ano	Palavras chaves
Choy G; Novelline RA.	Canadian Association of Radiologists Journal	Past, present and future of emergency radiology	Radiologia	EUA	2013	Radiologia de emergência, radiologia aguda, departamento de radiologia de emergência.
Kobayashi L; Parchuri R	BMJ Quality and Safety - BMJ Journals	Use of in situ simulation and human factors engineering to assess and improve emergency department clinical systems for timely telemetry-based detection of life-threatening arrhythmias	Sistema de informação	EUA	2013	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, sistema de informação, cardiologia, diagnóstico.
Halpern P; Goldberg AS	Prehospital and disaster medicine	Principles of Emergency Department facility design for optimal management of mass-casualty incidents.	Desastres	Israel	2012	Setor de emergência, atendimento de feridos em massa, planejamento em desastre.
Amini A; Dindoost P	JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association	Clinical audit of emergency unit before and after establishment of the emergency medicine department.	Planejamento e/o construção	Irã	2012	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, auditoria.
Baillie J.	Health Estate Journal	A&E project was 'like completing a jigsaw'	Planejamento e/o construção	Inglaterra	2012	Setor de emergência, arquitetura hospitalar.
Beckstrand RL; Rasmussen RJ	Journal of Emergency Nursing	Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care	Privacidade	EUA	2012	Setor de emergência, enfermagem em emergência, assistência terminal, privacidade.
Nicholas J.	Hospital topics	An integrated lean-methods approach to hospital facilities redesign	Remodelação	EUA	2012	Método de arquitetura hospitalar, gestão da qualidade total, serviço de emergência.
Sprinks J.	Emergency nurse	Emergency department revamp could cut violence	Remodelação	Inglaterra	2012	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, prevenção e controle.
Castillo G; Shepard J.	Journal of Emergency Nursing	How to create a new emergency department in 21 days or less	Qualidade do atendimento	EUA	2011	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, avaliação de cuidado da saúde.
Kelley ML; Parke B.	Journal of Health Services Research & Policy	Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment.	Qualidade do atendimento	Canadá	2011	Setor de emergência, ambiente construído, idosos.

Autor	Revista	Nome do artigo	Assunto principal	País	Ano	Palavras chaves
	Health Estate Journal	Expansion to allow 'new model of care'	Remodelação	Inglaterra	2011	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, expansão.
Escombe AR; Huaroto L	International journal of tuberculosis and lung disease	Tuberculosis transmission risk and infection control in a hospital emergency department in Lima, Peru.	Epidemiologia	Peru	2010	Setor de emergência, epidemiologia, tuberculoses.
Olsen JC; Cutcliffe B	Journal of emergency medicine	Emergency department design and patient perceptions of privacy and confidentiality	Privacidade	EUA	2008	Setor de emergência, privacidade, percepção do paciente.
Blackwell T; Bosse M.	Annals of emergency medicine	Use of an innovative design mobile hospital in the medical response to Hurricane Katrina.	Desastres	EUA	2007	Atendimento de emergência, desastres, unidades móveis de saúde.
Krugman SD; Suggs A	Pediatric emergency care	Redefining the community pediatric hospitalist: the combined pediatric ED/inpatient unit	Qualidade do atendimento	EUA	2007	Setor de emergência, emergência pediátrica.
Han JH; Zhou C	Academic emergency medicine	The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding	Remodelação	EUA	2007	Setor de emergência, expansão, ocupação de leitos.
	Modern healthcare (1976)	By the numbers. An annual resource guide filled with the numbers, rankings and financial figures that shape healthcare.	Economia		2006	Setor de assistência a saúde, dados numéricos
Finefrock SC.	Journal of Emergency Nursing	Designing and building a new emergency department: the experience of one chest pain, stroke, and trauma center in Columbus, Ohio	Planejamento e/o construção	EUA	2006	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, cardiologia.
Geiderman JM; Moskop JC	Emergency medicine clinics of North America	Privacy and confidentiality in emergency medicine: obligations and challenges	Privacidade	EUA	2006	Setor de emergência, privacidade, confidencialidade, ética.
Miele V; Andreoli C	European journal of radiology	The management of emergency radiology: key facts	Radiologia	Itália	2006	Setor de emergência, radiologia de emergência.
Saba JL; Bardwell PL.	The Journal of Ambulatory Care	Universal design concepts in the emergency department.	Planejamento e/o construção	EUA	2005	Setor de emergência, arquitetura hospitalar,
Flanagan T; Haas AJ.	The Journal of Ambulatory Care	Planning a new emergency department: from design to occupancy	Planejamento e/o construção	EUA	2004	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, expansão.

Autor	Revista	Nome do artigo	Assunto principal	País	Ano	Palavras chaves
Forsythe L.	Journal of Emergency Nursing	Planning a new emergency department: one Pacific Northwest hospital's experience.	Economia	EUA	2003	Setor de emergência, economia, satisfação do paciente.
Woolard R; Lai M	Medicine and health.	Emergency department design after 9/11/2001	Eficiência e seguridade	EUA	2003	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, seguridade.
Judkins S.	Emergency medicine (Fremantle)	Paediatric emergency department design: Does it affect staff, patient and community satisfaction?	Qualidade do ambiente	Austrália	2003	Setor de emergência, emergência pediátrica, qualidade da assistência.
Fick L.	Health Facilities Management	Facility profile. Emergency department built on 'ER-7' model. Weinberg Pavilion for Emergency Medicine, Randallstown.	Planejamento e/o construção	EUA	2002	Setor de emergência, arquitetura hospitalar.
Spaite DW; Bartholomeau x F	Annals of emergency medicine	Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction	Qualidade do atendimento	EUA	2002	Setor de emergência, remodelação do sistema, qualidade do atendimento, satisfação do paciente.
Anderson JT; Hunting KL	Journal of occupational and environmental medicine	Injury and employment patterns among Hispanic construction workers	Acidente de trabalho	EUA	2000	Acidente de trabalho, dados numéricos, lesões.
	JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation	Our emergency department is structured without "walls" and we have curtains that separate many of the patient care areas	Planejamento e/o construção	EUA	2000	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, legislação.
Zilm F.	The Journal of Ambulatory Care Manage	Urgent care and the emergency department: providing the right ambulatory care settings	Ambulatório	EUA	1999	Setor de emergência, serviço ambulatório, economia.
Burns GB	The Journal of Ambulatory Care Manage	New market for ambulatory care: wellness center + physician's office building + urgent care / diagnostic center.	Economia	EUA	1999	Instituições de assistência ambulatorial, reestruturação hospitalar, renda.
		Bringing in market share and revenue growth through the front door	Economia	EUA	1999	Serviço hospitalar de emergência, economia.
Sandrick K.	Strateg Healthc Excell Journal	Sinai Hospital: reworking the emergency department for efficiency, quality, and service	Qualidade do atendimento	EUA	1999	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, assistência centrada no paciente.

Autor	Revista	Nome do artigo	Assunto principal	País	Ano	Palavras chaves
Carbajal R; Honea R.	Journal of digital imaging	Branching out with filmless radiology	Radiologia	EUA	1999	Diagnóstico por imagem, sistema de informação em radiologia, hospital pediátrico
Mlekoday J.	Nursing management	Rebuilding the ED	Remodelação		1999	Setor de emergência, remodelação, expansão.
	Hospital security and safety management	Achieving a more secure emergency department 'by design'	Eficiência e segurança	EUA	1998	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, segurança, prevenção e controle.
Allison DJ; Matthew RT	Health Facilities Management	Hot spot. Planning, design and construction is the right remedy for ED dangers.	Eficiência e segurança	EUA	1998	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, segurança.
Behrman AJ; Shofer FS.	Annals of emergency medicine	Tuberculosis exposure and control in an urban emergency department.	Epidemiologia	EUA	1998	Setor de emergência, epidemiologia, tuberculoses.
Healthc Benchmarks		ED's paradigm shift cuts costs, improves quality	Economia	EUA	1997	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, redução de custos.
		Shake-up: earthquakes and reform	Desastres	EUA	1994	Desastres, assistência ambulatoria.
Rice M.	American journal of nursing	Emergency nursing at a crossroads. Health care reform, hospital redesign, and other trends figure to transform the specialty.	Enfermagem	EUA	1994	Enfermagem em emergência, tendências.
Yaron M; Ruiz E	Journal of emergency medicine	Equipment organization in the emergency department adult resuscitation area	Planejamento e/o construção	EUA	1994	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, área de ressuscitação.
Winters JP; Cunningham FJ	Journal of Emergency Nursing	A look at our new emergency department: the Newark Beth Israel Medical Center, Newark, New Jersey	Planejamento e/o construção	EUA	1994	Setor de emergência, arquitetura hospitalar.
		Four new operating theatres and emergency department for Hutt Hospital	Planejamento e/o construção	Nova Zelândia	1994	Setor de emergência, sala de operação, arquitetura hospitalar.
Vitone J.	Journal of Emergency Nursing	A look at our new emergency department Clinton Hospital, Clinton, Massachusetts	Remodelação	EUA	1993	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, expansão.

Autor	Revista	Nome do artigo	Assunto principal	País	Ano	Palavras chaves
Ballard P.	Journal of Emergency Nursing	A look at our new emergency department: Soldiers and Sailors Memorial Hospital, Penn Yan, New York	Remodelação	EUA	1993	Setor de emergência, arquitetura hospitalar, remodelação.
Kasten BL.	MLO Medical Laboratory Observer	Bar codes, Part 6. Bar coding: the ideal system	Sistema de Informação	EUA	1993	Serviço hospitalar de emergência, sistema de informação.
Brick JE; Schreiber D	Journal of medical systems	West Virginia's mountaineer doctor television	Sistema de Informação	EUA	1993	Hospital rural, sistema de informação,
Goldberg M; Robertson J;	Journal of digital imaging	A multimedia medical communication link between a radiology department and an emergency department.	Sistema de Informação		1989	Redes de comunicação, serviço de emergência, sistema de informação em radiologia.
Dickinson G.	CMAJ	Emergency department space	Remodelação	Canadá	1987	Setor de emergência, admissão do paciente, leitos lotados.
Comstock BS		Psychiatric emergencies in the emergency department	Psiquiatria	EUA	1985	Serviço hospitalar de emergência, Serviço de emergência psiquiátrica.

Apêndice 2 – Questionário aplicado a profissionais de saúde no HMVP

Hospital Metropolitano Vivian Pellas

Fecha: _____ Hora: _____ N° cuestionario: _____

Aplicador: _____ Sector: _____

Este cuestionario es parte de un estudio para mi carrera profesional, que cuenta con la autorización del hospital, para evaluación de las condiciones del espacio físico de la Emergencia, esperando entender las necesidades de los usuarios en relación al ambiente que puedan contribuir para el diseño de futuros proyectos hospitalarios. Su colaboración, compartiendo su experiencia es muy importante para este trabajo. No es necesario identificarse y usted tendrá completa libertad a no responder alguna pregunta. Agradecemos inmensamente su participación.

1. Identificación

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: _____ Médico () Enfermero ()

Tiempo trabajando para el hospital: _____

2. Sobre el hospital

¿Qué valores de la humanización cree que este hospital considera?

¿Cuáles cree que no están considerados?

3. Sobre el ambiente

¿Qué es lo que más le gusta de este ambiente? ¿Por qué?

¿Qué es lo que menos le gusta de este ambiente? ¿Por qué?

¿Qué cambios en el ambiente ayudarían a reducir el estrés de los profesionales en la Emergencia?

¿Qué factores del ambiente demuestran preocupación con la prevención de infecciones y la seguridad del paciente?

¿En qué ambiente del hospital consigue relajarse? ¿Qué características físicas contribuyen para que se sienta así?

¿Qué cambios en el ambiente facilitarían el desempeño de su trabajo?

Responda los puntos de abajo con respecto a su opinión (Marque con un X su selección):

	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	En desacuerdo	No lo sé
El hospital está bien localizado					
El tamaño de la emergencia es el adecuado					
El ambiente favorece la comunicación con el paciente					
El ambiente permite tener conversaciones privadas con el equipo de profesionales					
Es fácil desplazarse por la emergencia					
Los corredores y espacios están bien organizados					
Es fácil de localizar los equipos, instrumentos y medicamentos					
La temperatura del ambientes es confortable					
El aire era fresco y limpio					
La iluminación es confortable					
El ruido interno es el apropiado					
El ambiente de la emergencia es tenso y estresante para el personal					
Trabajar en la emergencia me hace sentir que estoy en un ambiente de riesgo o inseguro					
En general, me siento satisfecho de trabajar en la emergencia					

¿Ha trabajado en la emergencia de otro hospital? Sí () No ()

¿Cómo los compara?

Apêndice 3 – Questionário aplicado a acompanhantes no HMVP

Hospital Metropolitano Vivian Pellas

Fecha: _____ Hora: _____ N° cuestionario: _____

Aplicador: _____ Sector: _____

Este cuestionario es parte de un estudio para mi carrera profesional, que cuenta con la autorización del hospital, para evaluación de las condiciones del espacio físico de la Emergencia, esperando entender las necesidades de los usuarios en relación al ambiente que puedan contribuir para el diseño de futuros proyectos hospitalarios y mejorar la calidad de la atención. Su colaboración, compartiendo su experiencia es muy importante. No es necesario identificarse y usted tendrá completa libertad a no responder alguna pregunta. Agradecemos inmensamente su participación.

1. Identificación

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: _____

Parentesco con el paciente: _____

2. Sobre el hospital

¿Cuál problema de salud motivó la visita? ¿Por qué escogió este hospital?

¿Ya estuvo aquí otras veces? ¿Ya estuvo en otras unidades de emergencia?

¿Es fácil llegar al hospital? Sí () No ()

¿Qué medio de transporte utilizó? Ambulancia () Vehículo particular ()

¿Qué es lo que más le gusta de este hospital?

¿Qué es lo que menos le gusta de este hospital?

3. Sobre el ambiente/espacio físico

¿Qué es lo que más le gusta de este ambiente/espacio físico? ¿Por qué?

¿Qué es lo que menos le gusta de este ambiente/espacio físico? ¿Por qué?

Responda los puntos de abajo con respecto a su opinión (Marque con un X su selección):

	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	En desacuerdo	No lo sé
El acceso es fácil de localizar					
El tamaño de la sala de espera es muy pequeña					
El área de espera es cómoda					
El ambiente favorece la comunicación con el personal de salud					
El ambiente permite tener conversaciones privadas					
Las señalizaciones son fáciles de entender					
Es fácil desplazarse por la emergencia					
Los corredores y espacios son bien organizados					
La temperatura del ambientes es confortable					
El aire era fresco y limpio					
La iluminación es confortable					
El ruido interno interfiere en la comunicación					
El ambiente de la espera ayudó a tranquilizarme					
En general, salí satisfecho del hospital					

¿Qué le gustaría cambiar del hospital?

Apêndice 4 – Questionário aplicado a profissionais de saúde no Sermesa Hospital Masaya

Hospital Sermesa Masaya

Fecha: _____ Hora: _____ N° cuestionario: _____

Aplicador: _____ Sector: _____

Este cuestionario es parte de un estudio para mi carrera profesional, que cuenta con la autorización del hospital, para evaluación de las condiciones del espacio físico de la Emergencia, esperando entender las necesidades de los usuarios en relación al ambiente que puedan contribuir para el diseño de futuros proyectos hospitalarios. Su colaboración, compartiendo su experiencia es muy importante para este trabajo. No es necesario identificarse y usted tendrá completa libertad a no responder alguna pregunta. Agradecemos inmensamente su participación.

1. Identificación

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: _____ Médico () Enfermero ()

Tiempo trabajando para el hospital: _____

2. Sobre el hospital

¿Qué aspectos para el bienestar de los usuarios (paciente, acompañante, trabajadores) cree que este hospital considera?

¿Cuáles cree que no están considerados?

3. Sobre el espacio

¿Qué es lo que más le gusta de este espacio? ¿Por qué?

¿Qué es lo que menos le gusta de este espacio? ¿Por qué?

¿Qué cambios en el ambiente ayudarían a reducir el estrés de los profesionales en la Emergencia?

¿Qué cambios en el ambiente facilitarían el desempeño de su trabajo?

Responda los puntos de abajo con respecto a su opinión (Marque con un X su selección):

	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	En desacuerdo	No lo sé
El hospital está bien localizado					
El tamaño de la emergencia es el adecuado					
El ambiente favorece la comunicación con el paciente					
El ambiente permite tener conversaciones privadas con el equipo de profesionales					
Es fácil desplazarse por la emergencia					
Los corredores y espacios están bien organizados					
Es fácil de localizar los equipos, instrumentos y medicamentos					
La temperatura del ambientes es confortable					
El aire era fresco y limpio					
La iluminación es confortable					
El ruido interno es el apropiado					
El ambiente de la emergencia es agradable para el personal					
Esta emergencia toma en cuenta la seguridad del personal					
En general, me siento satisfecho de trabajar en la emergencia					

Apêndice 5 – Roteiro da entrevista a chefes do Serviço de Emergência

Preguntas funcionales:

1. ¿Hace cuánto usted trabaja en el hospital? ¿Cómo ha sido trabajar en la Sala de Emergencia?
2. ¿Cuáles de los aspectos contribuyen para mayor seguridad en la Sala de emergencia? Y ¿cómo están contemplados en este hospital?
3. ¿Qué medidas son tomadas en la emergencia para el control de infecciones? ¿Cómo la arquitectura contempla este aspecto?
4. ¿Qué cambios en el ambiente facilitarían el desempeño del equipo de profesionales? ¿Cómo la arquitectura contempla este aspecto?
5. ¿El diseño de la emergencia le permite localizar con facilidad los equipamientos, profesionales y pacientes?
6. ¿Tienen algún plan de emergencia para ampliar la atención ante algún desastre?
7. ¿Hacia dónde está yendo la Medicina de Emergencia?

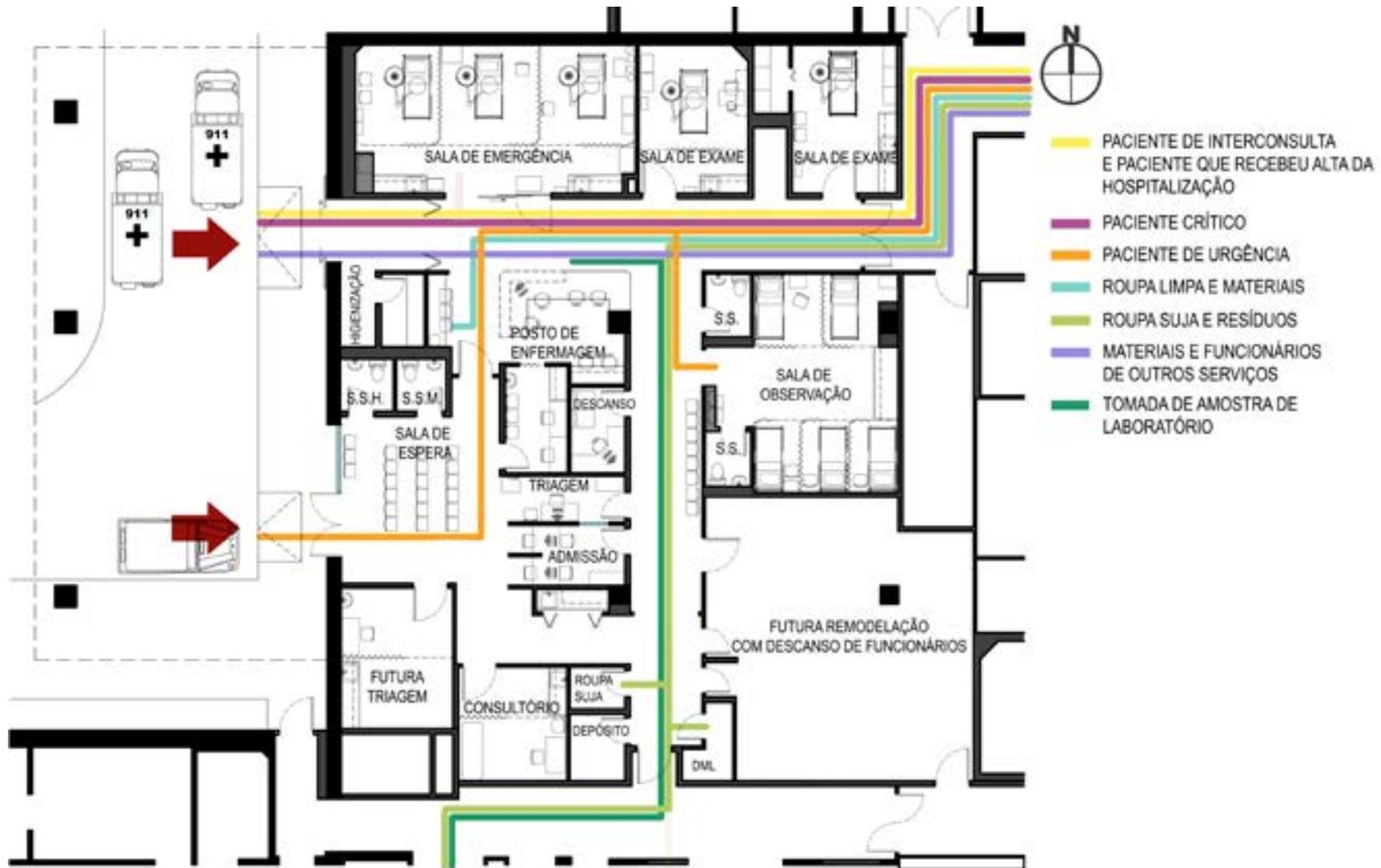
Preguntas sobre humanización:

1. ¿Qué piensa sobre la humanización de la sala de emergencia?
2. ¿Cómo la arquitectura podría colaborar con la humanización de esta?
3. ¿Cómo la arquitectura podría ayudar a reducir el estrés en los usuarios (pacientes, acompañante, profesionales)?
4. ¿Qué amenidades aliviarían las largas horas de trabajo?
5. ¿Es posible sentir privacidad en la emergencia?
6. ¿Qué opina sobre el paciente poder entrar acompañado? ¿Qué ambientes lo permiten?
7. ¿Qué opina sobre el uso de boxes individuales para la atención? (vigilancia del paciente vs privacidad)

Apêndice 6 – Roteiro da entrevista a diretores dos hospitais

1. ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital Sermesa? ¿Cómo ha sido trabajar aquí?
2. ¿Cuáles fueron los motivos para la construcción del nuevo hospital? (Aspectos políticos, funcionales, etc.)
3. ¿Qué se esperaba con respecto a la arquitectura del hospital?
4. ¿Qué aspectos que buscan el bienestar de los usuarios cree que este hospital considera? ¿Cuáles cree que no están considerados?
5. ¿Cuáles aspectos del ambiente físico del hospital considera como positivos? ¿Por qué?
6. ¿Cuáles como negativos? ¿Por qué?

Apêndice 7 - Planta do Serviço de Emergência do HMVP com fluxos de pessoas e materiais (levantamento da autora).



Apêndice 8 – Planta do Serviço de Emergência do Hospital Sermesa com fluxos de pessoas e materiais (levantamento da autora).

