



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - PROARQ



JANICE GOMES ZUMBA

**O lugar da arquitetura para a promoção da saúde: a humanização na ala
de pediatria da Santa Casa de Montes Claros - MG**

Orientadora: Prof. Dr^a. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo

Rio de Janeiro
Março/2017

JANICE GOMES ZUMBA

Orientadora: Prof. Dr^a. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo
Área de concentração: Qualidade, Ambiente e Paisagem.
Linha de Pesquisa: Cultura, Paisagem e Ambiente Construído.
Mestranda: Janice Gomes Zumba

**O lugar da arquitetura para a promoção da saúde: a humanização na ala
de pediatria da Santa Casa de Montes Claros - MG**

Rio de Janeiro
Março/2017

JANICE GOMES ZUMBA

**O lugar da arquitetura para a promoção da saúde: a humanização na ala
de pediatria da Santa Casa de Montes Claros - MG**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do grau de Mestre em Arquitetura.

Aprovada em 14 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo (Orientadora)
(PROARQ/FAU/UFRJ)

Prof. Dr. Mauro Cesar de Oliveira Santos
(PROARQ/FAU/UFRJ)

Prof. Dr. Fábio Bitencourt
(UNESA)

Rio de Janeiro
Março/2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Nossa Senhora, minha mãe e minha guia ...

À minha família, pela paciência e compreensão da minha ausência em muitos, mas muitos momentos de estudo.

À minha orientadora, professora Giselle Arteiro que prontamente me acolheu após a troca de orientador, agradeço sua competência e profissionalismo na condução deste trabalho.

Ao professor Mauro César de Oliveira Santos que iniciou minha orientação, mas em virtude de sua agenda não pôde dar continuidade à orientação, no entanto muito contribuiu para nortear esta pesquisa.

À professora Maria Ângela Dias, pelo profissional acadêmico que tornou a experiência acadêmica mais que prazerosa.

À professora Virgínia Vasconcellos, pela serenidade e apoio emocional, com o qual me senti amparada desde o início da atividade acadêmica.

À professora Ana Albano Amora, pela significativa contribuição para a minha formação acadêmica. Agradeço ainda pelos assessoramentos e orientações que foram de grande importância para este trabalho.

À professora Mônica Santos Salgado pela paciência e compreensão em todos os momentos que precisei.

Ao professor Fábio Oliveira Bitencourt, pela disponibilidade em participar da minha qualificação e da banca com importantes observações.

Às “meninas” da secretaria em especial a Maria da Guia pela disponibilidade e presteza.

A toda a equipe de pesquisadores que me acompanharam e ajudaram nas pesquisas e aplicações dos instrumentos.

Ao Hospital da Santa Casa de Montes Claros por ter permitido a pesquisa na instituição, especialmente aos funcionários da pediatria que prontamente me receberam e gentilmente colaboraram com a pesquisa.

À coordenação e aos professores do PROARQ pela oportunidade de realização desta pesquisa.

À CAPES pela bolsa recebida durante o mestrado, o que possibilitou as condições propícias à realização desta pesquisa.

RESUMO

O lugar da arquitetura para a promoção da saúde: a humanização na ala da pediatria na Santa Casa de Montes Claros - MG

Este trabalho tem origem na análise do ambiente construído da pediatria do Hospital da Santa Casa de Montes Claros-MG, Brasil, à luz dos conceitos de humanização. Visa relacionar a conceituação da arquitetura contemporânea para a saúde com as unidades pediátricas do ambiente hospitalar, a partir da investigação e percepção dos usuários (pacientes, acompanhantes e funcionários). A análise contribui para compreender como a humanização do ambiente construído pode melhorar a experiência da internação pediátrica, no que diz respeito ao bem estar físico, psíquico e emocional, tendo em vista a qualidade de vida dos usuários do ambiente pediátrico. Os pacientes pediátricos que permanecem internados por longos períodos ou que retornam frequentemente ao hospital sofrem com a influência do meio hospitalar. Assim considerar a percepção desses usuários e suas interações com o ambiente, pode contribuir decisivamente para os estudos de humanização dos ambientes hospitalares. Como abordagem metodológica, na pesquisa de campo, foi adotada uma Avaliação Pós-ocupação - APO com o propósito de diagnosticar, descrever e analisar o ambiente construído, percepção e cognição ambiental a partir do ponto de vista dos usuários, mas com incorporação da observação e análise crítica da pesquisadora. Foi desenvolvida uma estratégia multi-métodos, com a aplicação dos seguintes instrumentos: análise walkthrough, entrevistas, questionários, mapa visual, seleção visual, poema dos desejos, matriz de descobertas e recomendações; técnicas normalmente utilizadas em avaliações de desempenho do ambiente construído – APO. A partir das informações obtidas com esta pesquisa, foi possível aprofundar o conhecimento sobre o tema, propor sugestões de melhorias organizacionais para projetos semelhantes e oferecer uma estratégia arquitetônica interdisciplinar voltada para a humanização do espaço pediátrico hospitalar de maneira que o mesmo possa contribuir para o efetivo processo terapêutico dos pacientes.

Palavra chave: arquitetura hospitalar, ambiente de saúde, pediatria, humanização.

ABSTRACT

The place of architecture for health promotion: pediatrics unit humanization in Santa Casa de Montes Claros - MG

This work has its origin in the analysis of the environment of the pediatrics unit of the Santa Casa Hospital of Montes Claros-MG, Brazil, in light of humanization concepts. It aims to relate the conceptualization of contemporary architecture to health with the pediatric units of the hospital environment, based on users research and perception (patients, companions and employees). The analysis contributes to understand how the humanization concepts can improve the experience of pediatric hospitalization, with regard to physical, psychological and emotional well-being, in view of the quality of life of users of the pediatric environment. Pediatric patients who remain hospitalized for long periods or who frequently return to hospital suffer from the influence of the hospital environment. Thus considering the perception of these users and their interactions with the environment, can contribute decisively to the humanization studies of the hospital environments. As a methodological approach, in the field research, a Post-Occupancy Assessment (APO) was adopted with the purpose of diagnosing, describing and analyzing the built environment, environmental perception and cognition from the point of view of users, but incorporating observation and Critical analysis of the researcher. A multi-method strategy was developed with the application of the following instruments: walkthrough analysis, interviews, questionnaires, visual map, visual selection, poem of desires, matrix of discoveries and recommendations; Techniques commonly used in performance evaluations of the built environment - APO.

From the information obtained with this research, it was possible to deepen the knowledge on the subject, to propose suggestions of organizational improvements for similar projects and to offer an interdisciplinary architectural strategy aimed at the humanization of the pediatric hospital space so that it can contribute to the effective Process of patients.

Key words: architecture, health design, health building, pediatrics, humanization.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO: O COMPLEXO AMBIENTE DE SAÚDE	23
1.1 EVOLUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DOS AMBIENTES DE SAÚDE.....	24
1.2 UMA ABORDAGEM HISTÓRICA DOS EDIFÍCIOS DE SAÚDE	24
1.3 TIPOLOGIAS DO ESPAÇO DE SAÚDE	27
CAPÍTULO II: CAMINHOS DA HUMANIZAÇÃO	34
2.1 COMO SURGE O MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO	35
2.2 A HUMANIZAÇÃO NA ALA PEDIÁTRICA	41
CAPÍTULO III: MATERIAIS E MÉTODOS	52
3.1 Análise Walkthrough - com inventário ambiental	54
3.2 Questionário – estruturado	54
3.3 Mapa visual e seleção visual	55
3.4 Poema dos desejos.....	55
3.5 Entrevista.....	56
3.6 Matriz de descobertas.....	56
3.7 Matriz de recomendações.....	56
3.8 Projeto Piloto APO Conceitual.....	56
3.9 APO Final.....	59
CAPÍTULO IV: ESTUDO DE CASO	62
4.1 A ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	63
4.2 A ASSISTÊNCIA A SAÚDE EM MONTES CLAROS - MG.....	66
4.3 AS SANTAS CASAS NO BRASIL	69
4.4 A SANTA CASA DE MONTES CLAROS - MG.....	70
4.5 A PEDIATRIA DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS	73
4.6 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	74
4.7 PROJETO PILOTO - APO CONCEITUAL	78
4.7.1 Visita Exploratória	78
4.7.2 Walkthrough - com inventário ambiental.....	79
4.7.2.1 Características de uso/ aspectos comportamentais	80
4.7.2.2 Características técnico-construtivas	81
4.7.2.3 Características ambientais	81

4.7.2.4 Relação dos problemas encontrados.....	82
4.7.2.5 Análise do nível de satisfação do usuário	82
4.7.3 Questionário (estruturado).....	83
4.7.3.1 Adequabilidade dos ambientes em relação às funções desempenhadas.....	85
4.7.4 Seleção Visual	88
4.7.5 Mapeamento Visual.....	91
4.7.6 Poema dos Desejos.....	92
4.7.7 Matriz de Descobertas	93
4.8 APO FINAL	94
4.8.1 Visita Exploratória	94
4.8.2 Walkthrough - com inventário espacial.....	95
4.8.3 Questionário	102
4.8.4 Entrevista.....	108
4.8.5 Poema dos Desejos.....	110
4.8.6 Seleção Visual	113
4.8.7 Mapa Visual	117
4.8.8 Matriz de descobertas e Recoemndações	120
CAPÍTULO V: RECOMENDAÇÕES	124
5.1 RECOMENDAÇÕES GERAIS	125
5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
5.3 SUGESTÕES PARA CONTINUIDADE DO TRABALHO	138
REFERÊNCIAS	139
ANEXOS	143
1 PUBLICAÇÕES.....	143
2 PRIMEIRA IMPRESSÕES DOS PESQUISADORES	144
2.1 Janielly Ribeiro Cruz.....	144
2.2 Laila Zumba Milo Roedel	154
2.3 Geraldo Gomes Zumba	157
3 FICHAS DO PROJETO PILOTO APO CONCEITUAL E FINAL	161

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Imagem da enfermaria Florence Nightgale	26
Figura 2: Desenho esquemático da evolução das formas hospitalares	28
Figura 3: Vista aérea do Hospital Ospedale Maggiore de Milão	29
Figura 4: Pátio do Hospital Ospedale Maggiore de Milão	29
Figura 5: Vista externa Hotel Dieu- Paris.....	30
Figura 6: Planta Pavilhonar do Hospital Lariboisière - Paris.....	31
Figura 7: Equipe multidisciplinar APO Inicial.	58
Figura 8: Equipe multidisciplinar APO Final	60
Figura 9: Plano Mineiro de desenvolvimento integrado.....	63
Figura 10: Fachada principal da Santa Casa	68
Figura 11: Primeiro prédio onde foi instalada a Santa Casa em 1877.	71
Figura 12: Hospital da Santa Casa de Montes Claros em 1908	71
Figura 13: Modernização do Prédio, 1947.....	71
Figura 14: Foto da Santa Casa atual	71
Figura 15: Linha Cronológica evolutiva da Santa Casa de Montes Claros.....	72
Figura 16: Perfil da Pediatria	73
Figura 17: Planta de Localização.....	75
Figura 18: Planta do 2 andar do Hospital da Santa Casa Montes Claros em destaque a Pediatria	77
Figura 19: Setor da Pediatria.....	77
Figura 20: Planta da ala pediátrica com o percurso walkthrough. Projeto Piloto	80
Figura 21: Matriz de descoberta Projeto Piloto	93
Figura 22: Foto da entrada da Pediatria	96
Figura 23: Foto do fuste de ventilação.....	96
Figura 24: Planta esquemática da vizinhança da Pediatria	96
Figura 25: Foto do quarto típico	97
Figura 26: Foto do quarto da oncologia.....	97
Figura 27: Foto do posto de enfermagem interno	98
Figura 28: Foto do posto de enfermagem da entrada.....	98
Figura 29: Foto da sala multiuso- escolinha	98
Figura 30: Foto da sala multiuso- escolinha	98
Figura 31: Planejamento do NSP Santa Casa Montes Claros - Fev 2016.....	104
Figura 32: Motivos de ocorrências de eventos 1 ° quadrimestre de 2016.....	105
Figura 33: Armário para medicação no Posto de Enfermagem	109
Figura 34: Rede elétrica deficitária - com canaletas	109
Figura 35: Poema dos desejos preenchido por um paciente (6 anos)	111
Figura 36: Poema dos desejos preenchido por um paciente (8 anos)	112
Figura 37: Imagem tridimensional do quarto com dois leitos	114
Figura 38: Imagem tridimensional do quarto com três leitos	114
Figura 39: Imagem tridimensional do quarto com quatro leitos	115
Figura 40: Foto do Posto de Enfermagem da entrada.....	118
Figura 41: Simulação da implantação.....	133
Figura 42: Organograma do setor	135

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Demonstrativo de gravidade dos atendimentos triados de Jan-Mar/2015 na cidade de Montes Claros, em números relativos	16
Gráfico 2: Nível de Influência.....	17
Gráfico 3: Risco de interferência no decorrer do projeto	19
Gráfico 4: Resultados na Saúde, 2010.....	64
Gráfico 5: Mapeamento da resolubilidade	65
Gráfico 6: Abordagem dos resultados da rede nos últimos cinco anos.	65
Gráfico 7: Estimativa de dos resultados da rede nos últimos cinco anos.	66
Gráfico 8: Problemas gerais por categoria. Fonte: acervo do autor, 2016.	82
Gráfico 9: Visão geral do setor.....	84
Gráfico 10: Nível de segurança.	84
Gráfico 11: Adequação às funções	84
Gráfico 12: Aparência do setor.....	90
Gráfico 13: Aparência do quarto	90
Gráfico 14: Gráfico de importância para colaborador.....	91
Gráfico 15: Ambientes mais frequentados pelos acompanhantes	92
Gráfico 16: Demanda dos pacientes	92
Gráfico 17: Aspectos Positivos da Ala Pediátrica.....	95
Gráfico 18: Aspectos Negativos da Ala Pediátrica	95
Gráfico 19: Classificação da qualidade ambiental	100
Gráfico 20: Perfil do Paciente	101
Gráfico 21: Perfil do Acompanhante.....	101
Gráfico 22: Perfil do Colaborador.....	102
Gráfico 23: Problemas identificados	103
Gráfico 24: Nível de segurança dos colaboradores	106
Gráfico 25: Problemas identificados pelos colaboradores	106
Gráfico 26: Qualidade ambiental da Pediatria.....	107
Gráfico 27: Adequação às funções desempenhadas	110
Gráfico 28: Demanda dos pacientes	113
Gráfico 29: Aparência do setor	117
Gráfico 30: Aparência do quarto	117
Gráfico 31: Pontos Positivos e Negativos – Visão acompanhante	119
Gráfico 32: Atributos importantes para o acompanhante.....	119
Gráfico 33: Interferência da estrutura na internação	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição dos artigos analisados com contribuição para o ambiente hospitalar.	51
Tabela 2: Relação de instrumento - Projeto Piloto APO Conceitual.....	57
Tabela 3: Relação de instrumentos – APO Final	60
Tabela 4: Distribuição de leitos nos principais hospitais de Montes Claros-MG	68
Tabela 5: Resumo dos problemas levantados por categoria	87
Tabela 6: Reclamações dos acompanhantes do NSP- 1 ° Quadrimestre de 2016	113
Tabela 7: Matriz de Descobertas e Recomendações	122

ABREVIATURAS:

ACI – ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL

CME – CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

EAS – ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

HAT- HOSPITAL AROLDO TOURINHO

HU - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

HUCF - HOSPITAL

IAB – INSTITUTO DOS ARQUITETOS DO BRASIL

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

PMDI - PROGRAMA MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO

PNHAH - PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

PROSAD- PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

RSS - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

SAMU -SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SND – SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DIETÉTICA

SUDENE- SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNACON – UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

APRESENTAÇÃO

Os meus primeiros contatos com o ambiente hospitalar foram em 1998, quando acabara de retornar (após onze anos em São Paulo) e fora convidada a elaborar o Plano Diretor do Hospital Aroldo Tourinho da cidade de Montes Claros - MG. O projeto fora um desafio completo, tanto em termos projetuais, diante da pouca experiência profissional (apenas 5 anos de formada) quanto em termos de honorários, habituada a universos bem diferentes de outro Estado. No entanto, apesar de ser extremamente desafiador foi uma experiência também apaixonante. O projeto que inicialmente pretendia ser uma diretriz projetual para os próximos cinco e dez anos para a instituição, visando setorização e previsão de crescimento ordenado, passou a ser referência para as demais instituições hospitalares da cidade que nunca tinham pensado em Plano Diretor Hospitalar. Mas desde o início pude perceber na postura médica certa prevalência nas decisões, o que muito me incomodava, pois sempre consideravam a melhor opção, a partir do seu ponto de vista, desconsiderando a assistência e até mesmo o ponto de vista dos pacientes (estes poucas vezes envolvidos). Notava-se claramente a desconexão entre a qualidade do ambiente hospitalar, os métodos terapêuticos e as necessidades dos colaboradores, pacientes e acompanhantes, estes até o momento, vistos como pessoas que só atrapalhavam o processo terapêutico dos pacientes. De lá até hoje, não mais me afastei da área da saúde, e há sete anos assumi o departamento de arquitetura e engenharia do maior hospital da cidade que responde por aproximadamente 86 municípios da região Macro - norte, o Hospital Irmandade Nossa Senhora das Mercês - Santa Casa de Montes Claros- MG.

Apesar do destaque já reconhecido da contribuição da humanização para os espaços de saúde nos dias de hoje, entendo que o cenário na prática, envolve aspectos qualitativos que podem ser bem mais explorados e considerados. Desde o início, meu objetivo foi tentar aproximar o conhecimento teórico, do conhecimento prático através de minha experiência profissional. O fato de estar inserida no ambiente hospitalar há mais de 19 anos, é por mim entendido como uma contribuição para a discussão acadêmica, pois além de estreitar a relação usuário/projetista, privilegia a percepção do usuário ao experimentar o ambiente tanto em questões estruturais quanto psicocomportamentais. Esta proximidade tornou o processo da pesquisa bem mais facilitado e valorizado devido ao seu alto índice de veracidade e realidade cotidiana, pois diminuiu a lacuna e distanciamento não só físico, como a compreensão da apropriação e vivência dos usuários do serviço pediátrico de saúde. A escolha da unidade assistencial pediátrica demanda necessidades não somente médicas, como: atenção, paciência e carinho. O desejo em compreender a qualidade desses espaços projetados, principalmente

para um público tão especial que é a criança, foi o que me motivou a contribuir para a discussão acadêmica do assunto, e espero que esta contribuição, sirva de base para projetos similares no futuro.

INTRODUÇÃO

A vida humana é um bem imensurável e como tal deve ser preservada, já os espaços de saúde, são instituições destinadas a curar, amenizar o sofrimento e dar assistência de maneira a salvá-la. Algumas administrações públicas percebem a saúde como um motivo político-social e colocam a saúde como pilar de sua gestão, ressaltam que todo e qualquer esforço deve ser feito em prol de salvar a vida humana.

“... cada vida humana vale muito mais do que a elevação do índice estatístico. Preservá-la constitui, portanto, um dever que transcende a recomendação de caráter econômico, tão indeclinável como a defesa de nossas fronteiras.”
(Tancredo Neves, último discurso, proferido em 15.01.1985, ao ser eleito Presidente da República do Brasil; FIGUEIREDO, Carlos; 100 Discursos Históricos; Leitura, 2002, p. 388).

Reafirmando a importância da saúde, e que a mesma Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05.10.1988, preconiza que a saúde é direito pré-constitucional e um bem precível.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, Seção II, Da Saúde).

No entanto, na prática as políticas sociais, não têm demonstrado eficiência neste atendimento, muito pelo contrário, o que é percebido é uma superlotação de pacientes nos espaços de saúde, tanto para baixa, quanto média e alta complexidade. As estruturas físicas desgastadas pelo tempo tornaram-se obsoletas e inadequadas e também sofrem com a falta de manutenção.

A demanda do serviço de saúde é constante e crescente, o que não justifica as estruturas físicas não terem acompanhado o crescimento das demandas, tornando-se inadequadas tanto na quantidade (déficit de vagas) quanto na qualidade do atendimento.

Druker (2010) atesta que o perfil dos pacientes também foi alterado o que contribuiu para tornar a situação ainda mais agravante:

“Garanto-lhe que as posições gerenciais mais difíceis são as dos hospitais. Os hospitais não gostam de pessoas que não estejam gravemente doentes. Os hospitais apreciam situações dramáticas. Sempre estão de prontidão à espera de casos graves, existem para isso. Ao contrário da maioria das instituições, os hospitais devem realmente ser projetados e organizados para os 20% (pacientes graves). Eles não têm escolha. São a última linha de defesa para vítimas de doenças e lesões graves.”
(DRUKER, 2010, p. 42, 43).

A mudança no perfil dos usuários, que demandam atendimento não emergencial, contribuiu em muito para o aumento da demanda, superlotando os pronto socorros e emergência, pois os pacientes com casos simples, de baixa complexidade são obrigados a procurar o hospital por não terem a quem recorrer. O hospital passa a receber a demanda que deveria ser dos postos de saúde ou mesmo dos consultórios médicos, situação que agrava e compromete ainda mais a situação e a gestão dos ambientes hospitalares.

Conforme apresentado no gráfico 1 abaixo, os casos inequívocos de urgência e emergência correspondem a 13,26% da demanda total (somatório do vermelho e laranja). Acrescidos dos amarelos, esse número eleva-se a 60,99%. Consta-se, portanto, que 39% não são pertinentes a pronto-socorro.

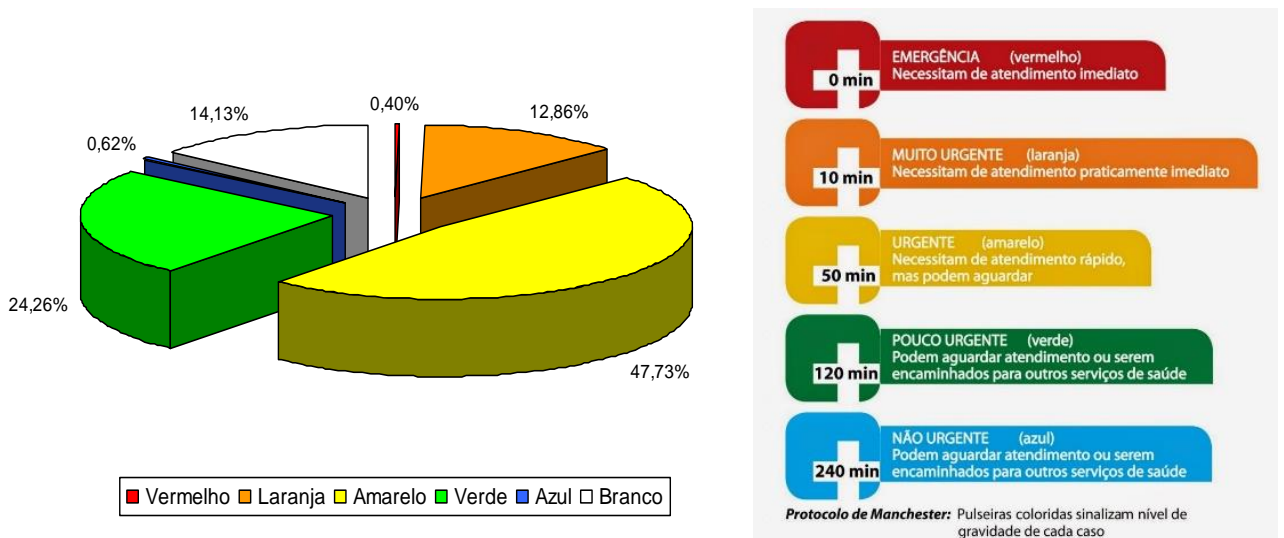


Gráfico 1: Demonstrativo de gravidade dos atendimentos triados de Jan-Mar/2015 na cidade de Montes Claros, em números relativos **Fonte:** Controladoria Santa Casa de Montes Claros – MG. 2015

Lemos (2015), diz que esta situação é grave e carece de uma gestão estratégica, pois, fatores importantes como a evolução tecnológica acelerada, o maior nível educacional das pessoas e o maior acesso à informação, contribuíram para dar maior velocidade às mudanças, resultando em modificações no perfil de exigências e expectativas dos usuários, fazendo com que o exercício projetual e de gestão seja complexo e desafiante.

No entanto, já é da rotina do profissional de arquitetura não só elaborar projetos arquitetônicos com ênfase em normas e regulamentos projetuais, mas que atentam também para particularidades administrativas de gestão e empreendedorismo, até porque, a arquitetura é entendida como corresponsável pelo sucesso de cada empreendimento frente ao mercado.

A arquitetura tem como prioridade criar e desenvolver espaços adequados às várias atividades dos seres humanos, buscando funcionalidade e conforto (ZEVI, 2002). Mas como tal, pode ter um papel importante no processo de melhoria desta situação ao incorporar o papel justo preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS carrega dentro de si o sonho de nossa geração de um País mais justo. Cabe a todos nós não deixarmos a chama se apagar. Avançar, superar os obstáculos, manter o rumo. A estrada é longa. Mas a caminhada vale a pena. “O SUS não é um problema sem solução. O SUS é uma solução com problemas”. Coerentes com o espírito de 1988, vamos lutar e trabalhar por ele. (MARQUES *et al*, 2009, p.13).

É notória a necessidade de adequação dos espaços de saúde às mudanças e às necessidades da sociedade, o que fomenta substancialmente o serviço profissional do arquiteto, mas que também implica em esforços adicionais a estes. A área de saúde é bastante emblemática para essa situação, inclui particularidade e complexidade próprias (GÓES, 2011). Elaborar projetos para edifícios de saúde é: arquitetar edifícios complexos e dinâmicos em seu uso, com foco prioritário nas necessidades do ser humano (BROSS, 2013). A arquitetura tem como prioridade criar espaços adequados, que possam ser apropriados pelos seres humanos, portanto cabe ao arquiteto conceber os projetos de maneira que abranjam a totalidade: compreenda as expectativas dos usuários, adeque-se á suas necessidades para que possa satisfazê-los.

Conforme apresentado no gráfico 2 abaixo, percebe-se que a oportunidade de influenciar o projeto vai diminuindo a partir do momento que o projeto for evoluindo, portanto, o custo das mudanças projetuais vai aumentando a partir do momento que o projeto vai se desenvolvendo, pois alterações projetuais com o projeto em estado avançado compromete o planejamento orçamentário tanto do projeto quanto da obra. Daí, a necessidade de conhecer e envolver os usuários desde o projeto conceitual.

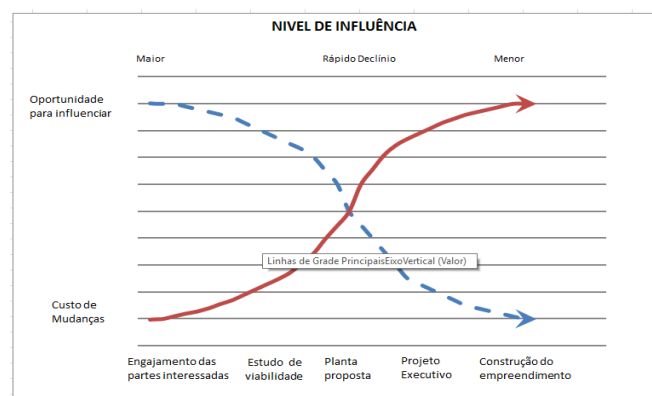


Gráfico 2: **Nível de Influência**. Fonte: **Fábio Bitencourt**. SHS, 2013.

As transformações da concepção dos ambientes de saúde aliadas às crises do cenário atual como: a difusão de tecnologias, o envelhecimento da população e outras, fazem com que o profissional de arquitetura tenha uma missão singular à sua frente, um desafio complexo, mas ao mesmo tempo estimulante. Adequar os espaços de saúde às necessidades dos usuários sem esquecer-se de questões legais, buscando sempre funcionalidade, conforto o bem estar dos pacientes e colaboradores, constitui tarefa imprescindível na concepção projetual. A singularidade dos pacientes deve ser entendida como parte integral, indissociável da arquitetura, aliada a melhores condições de trabalho para os colaboradores, e ainda, uma busca incessante de condições menos estressantes para todos os que convivem ou estejam envolvidos nos ambientes de saúde (ABDALLA *et. al.* 2010).

Mas, se projetar ambientes hospitalares é um desafio complexo, mais ainda são os projetos das áreas pediátricas, pois, estas demandam outras necessidades, não médicas, que precisam ser atendidas com a mesma ou maior importância que as médicas (OLIVEIRA, 1993). A criança que permanece longos períodos internada ou que retorna frequentemente ao hospital é a que mais sofre com a influência do meio hospitalar, mas também é a que mais contribui para os estudos de humanização, com sua percepção dos espaços e das interferências médicas sobre seu corpo. A hospitalização de uma criança pode se configurar como uma experiência potencialmente traumática, tanto para a criança quanto para o acompanhante, uma vez que têm o curso de seu desenvolvimento modificado, bem como a sua maneira de vivenciar o mundo, pois sua rotina é alterada, o que pode causar ansiedade, insegurança e sofrimento (SANTA ROSA apud MITRE *et. al.* 2004).

Assim é clara a necessidade de revisão dos métodos projetuais dos ambientes pediátricos de saúde, o que se faz necessário não só pela qualidade do ambiente hospitalar, as especificidades dos usuários, mas também para responder aos anseios, expectativas e necessidades dos pacientes e acompanhantes. E isto, deve ser incorporado ao projeto ainda no momento inicial, no projeto conceitual, pois como demonstra o gráfico abaixo, a mudança no projeto tem um custo crescente, ou seja, quanto antes as especificidades foram atendidas menores serão os impactos nos custos dos projetos. E ainda, inversamente acontece com os riscos e incertezas que têm seu percurso decrescente em relação ao desenvolvimento do projeto, o que mais uma vez confirma a necessidade de serem abordados todos os aspectos no início do projeto, para que no desenvolvimento projetual todas as incertezas já tenham sido discutidas e abordadas.

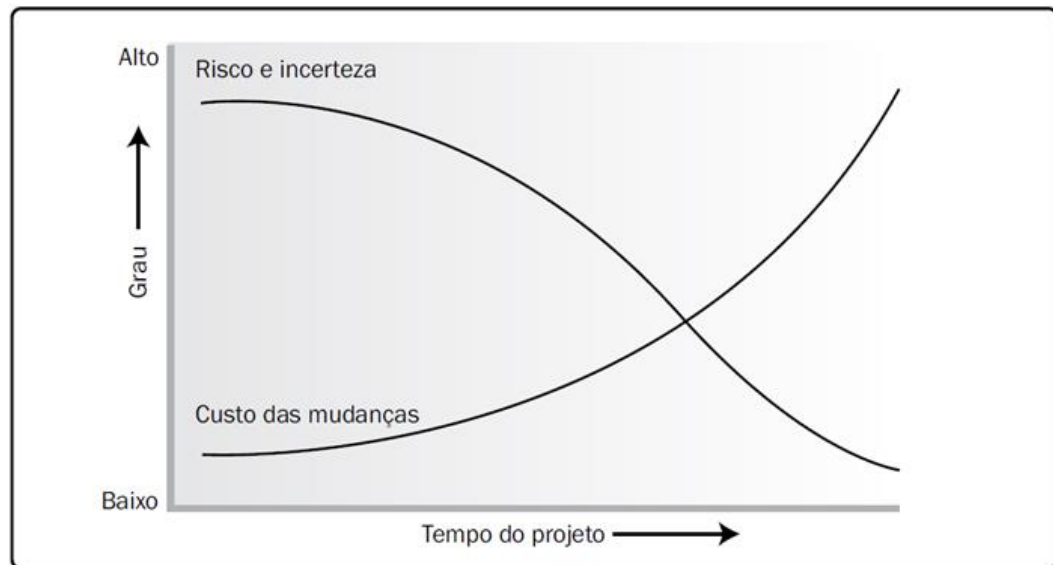


Gráfico 3: Risco de interferência no decorrer do projeto. **Fonte:** PMBOK, 2013.

Este cenário inquietante, aponta para um novo “pensar” da arquitetura dos espaços de saúde, baseado na relação mais humana com o usuário, onde todos os envolvidos passam a ser valorizados, e devem ser envolvidos e entendidos na concepção arquitetônica. Os “usuários” dos ambientes de saúde devem deixar de ser vistos apenas como usuários e passarem a contribuir para o processo projetual. Assim a arquitetura dos espaços de saúde ultrapassará a composição técnica, simples e formal dos ambientes, e a humanização passará a considerar situações não construídas, delimitadas por um espaço e tempo vivenciadas por um público eclético, interdisciplinar, com seus valores culturais e relações sociais. (OLIVEIRA apud. SOUZA W. 2008; TOLEDO, 2012).

A apropriação do espaço físico faz parte da vida do ser humano. Desde seu nascimento, ele se acostuma com as características dos ambientes que os cerca, e em alguns casos se adapta ou ajusta o local à suas necessidades. Nos ambientes de saúde, esses fatores podem ocorrer de forma semelhante, embora a possibilidade de escolha não seja uma realidade muito comumente observada. No entanto, vale também lembrar que o ambiente de saúde é também um lugar de descobertas, conflitos, frustrações e experiências, onde as particularidades devem ser no mínimo reconhecidas e respeitadas. Além das particularidades, é preciso construir ambientes hospitalares que segundo Góes (2011) levam em conta todas as vertentes da área da saúde de modo que ela possa ser acima de tudo funcional, agradável e adequada às necessidades dos usuários, atendendo aos aspectos de segurança e eficiência. Seguindo esta tendência, esta pesquisa se alinha também com o pensamento de Fuller (1993) que comprara as mudanças no ambiente construído como elemento capaz de provocar um impacto de mudança no ser humano.

Contribuindo para esta afirmação há ainda linhas de pensamento que veem na doença, na hospitalização, oportunidades de onde se devem tirar os aspectos positivos, como a visão de HERZLICH, que menciona que a doença não é necessariamente experimentada como interrupção ou perda, mas ao contrário, ela pode representar uma oportunidade de autodescoberta, com possibilidade de renovação, mudança e superação. “Ninguém pode negar que a doença, tal como qualquer outro evento marcante em uma vida, é uma experiência moral, que pode ter aspectos positivos” (SANTOS, apud HERZLICH, 2004 pag. 389).

Partindo deste pressuposto, e entendendo que a participação dos usuários tem que ser efetiva no processo projetual, o conceito de humanização, tem sido largamente divulgado nos projetos recentes sendo inclusive valorizado no planejamento em saúde pública, representando um novo enfoque em saúde. Planejamento este, que passa a explorar a arquitetura de maneira interdisciplinar, onde são envolvidos usuários e colaboradores no processo projetual com abordagem integral e humanizada, atestando que o processo projetual não deve ocorrer de maneira isolada e sim de maneira a explorar questões indiretas, para atender efetivamente as demandas dos usuários e garantir o sucesso do processo e não mais apenas adequar-se a leis e normas previamente preconizadas. (SILVA, 2010).

A partir das ideias de Kevin Lynch (1960; pag.1), que afirma que “uma boa imagem ambiental oferece a seu possuidor um importante sentimento de segurança emocional”, e sabendo que nos espaços hospitalares, o paciente está buscando recuperar sua saúde ao mesmo tempo em que, sofre as interferências do meio, a experiência de APO em ambientes de saúde, mostra que a associação entre a prestação de serviço e as relações sociais mantidas no local estão intimamente ligadas ao ambiente construído. Por isso, diante da identificação das interferências que podem ser - físicas, químicas, biológicas, ergonômicas ou psicológicas, e estando ainda sujeito a várias sensações como: expectativas, ansiedade, desconfiança, insegurança, desânimo, tristeza e medo, a APO pode identificar onde o espaço “contribui” ou “atrapalha” a qualidade de vida do internado, sinalizando zonas de mais ou menos estresse, a serem consideradas na concepção projetual.

O quadro descrito anteriormente reforça a necessidade de reflexão e reorganização em torno do ambiente de saúde e principalmente no questionamento da contribuição da arquitetura para o sucesso do processo, de modo a acompanhar as tendências tecnológicas e compreender que o exercício projetual envolve muito mais que normas, leis, e práticas tecnicistas. Além do que, os constantes processos de evolução e adaptação aos usuários podem

ser transitórios, e a estrutura física dos espaços de saúde, devem sempre permitir expansibilidade, flexibilidade e adaptabilidade, pois está em constante modernização. Os pacientes são específicos e como tal demandam necessidades não médicas que podem e devem ser compreendidas e incorporadas na arquitetura. A partir destas considerações, é apresentada então a questão principal desta pesquisa:

A humanização da infraestrutura do ambiente pediátrico é um dos aspectos capaz de contribuir para tornar a experiência da internação das crianças menos traumática?

Esta pesquisa usa como recorte a ala pediátrica do Hospital da Santa Casa de Montes Claros, MG. Tem origem na análise da infraestrutura da ala pediátrica à luz dos conceitos de humanização. Visa relacionar a conceituação da arquitetura contemporânea para saúde com as unidades pediátricas do ambiente hospitalar a partir da investigação e percepção dos usuários (pacientes, acompanhantes e colaboradores), verificando a relação do ambiente construído de saúde pediátrico e a humanização voltada para a criança hospitalizada. Envolve a percepção de espaços a partir da perspectiva dos usuários, revelando a valorização da humanização no ambiente pediátrico como um procedimento capaz de contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos usuários, proporcionando bem estar físico, mental e emocional.

Com base no cenário apresentado e nos pressupostos enunciados, o objetivo principal da pesquisa foi: analisar como a humanização do ambiente construído pode contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos usuários.

Tem ainda como objetivos específicos:

- investigar a qualidade do ambiente construído da pediatria da Santa Casa;
- analisar a relação entre o ambiente construído e os processos assistenciais;
- conhecer os programas de humanização para a criança no Brasil;
- conhecer o perfil dos pacientes, acompanhantes e colaboradores do edifício pediátrico de saúde;
- conhecimento produzido e publicado na literatura com foco na humanização dos ambientes de saúde pediátricos;
- analisar normas, leis e estatutos legais pertinentes à área, de maneira a confrontar o estabelecido com a realidade vivenciada no espaço de saúde pediátrico.

A dissertação foi estruturada em 05 capítulos. O primeiro capítulo trata de uma abordagem histórica e contextualização do ambiente de saúde, apresentando sua evolução e transformação, além de discorrer sobre as diferentes tipologias empregadas, até chegar à tipologia encontradas nos dias de hoje. É feita ainda uma reflexão sobre a complexidade projetual dos ambientes de saúde, traçando um paralelo entre o preconizado no sistema único de saúde - SUS e a realidade das instituições de saúde. Além disso, com o objetivo de compreender o contexto do estudo de caso desta pesquisa, é realizado um breve histórico da saúde em Montes Claros – MG e o alinhamento da saúde deste município com o governo do Estado de Minas Gerais, passando pelo surgimento dos Hospitais das Santas Casas no Brasil, a criação da Santa Casa em Montes Claros até chegar à ala pediátrica da Santa casa de Montes Claros – MG, objeto de estudo desta pesquisa.

No segundo capítulo, é apresentada uma descrição sobre o desenvolvimento dos caminhos da humanização hospitalar, e como surge o movimento de humanização até chegar às especificidades da humanização na ala pediátrica.

Já no terceiro capítulo, são apresentados os materiais e métodos utilizados na pesquisa. A partir de uma revisão da literatura multidisciplinar pertinente, foram analisados os conceitos básicos da promoção da saúde e o desempenho do ambiente construído, tendo como referência as técnicas e instrumentos da avaliação pós-ocupação.

No quarto capítulo é apresentado o estudo de caso em duas fases da APO. No primeiro momento, um Projeto Piloto com APO conceitual, com o intuito de identificar o perfil dos usuários e melhor compreender suas demandas, necessidades e a apropriação dos espaços, esta fase foi composta por alguns instrumentos da APO. O Projeto Piloto serviu de referência e balizamento para a realização da APO final, bem como validou os instrumentos e os questionamentos do estudo de caso. Na segunda fase foi realizada a APO final, já com os instrumentos realimentados, após a compilação dos resultados da matriz de descobertas da APO inicial. Ressalta-se que todos os instrumentos utilizados nesta pesquisa, foram baseados no livro - Observando a qualidade do lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação (RHEINGANTZ et al. 2009).

No quinto e último capítulo, são feitas as recomendações gerais e específicas, onde foram sugeridas as recomendações para projetos similares.

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO: O COMPLEXO AMBIENTE DE SAÚDE



1.1 EVOLUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DOS AMBIENTES DE SAÚDE

Projetos hospitalares têm sua concepção, condicionada a vários critérios: leis e normas em grande quantidade, complexidade dos projetos nos quesitos, expansibilidade, adaptabilidade e flexibilidade, além de uma busca incessante pela melhor qualidade de vida no ambiente hospitalar, principalmente se considerarmos o ambiente pediátrico. No entanto, assim como as demais construções antigas, os hospitais foram sendo “adaptados”, desconsiderando a premissa arquitetônica de conjunto arquitetônico equilibrado e harmônico, simplesmente evoluindo - ou involuindo, em ternos arquitetônicos, a partir das demandas necessárias e as técnicas construtivas disponíveis na época.

O ajuste às novas normas vigentes e as demandas tecnológicas aliadas às necessidades dos usuários obrigou a arquitetura a se adaptar aos estilos arquitetônicos de cada época, mas em alguns casos esses estilos foram desconsiderados. Por estas e outras particularidades é que o hospital se estabeleceu como um dos mais complexos empreendimentos, tanto do ponto de vista dos projetos arquitetônicos como também na questão da gestão administrativa.

Esses aspectos contribuem para que o exercício projetual do espaço de saúde seja ainda mais desafiante e transforma o estudo de seu espaço físico em uma necessidade, que deve levar em conta também os aspectos indiretos que estão relacionados a este contexto, como por exemplo, a contribuição da humanização nos espaços pediátricos de saúde, a apropriação dos espaços pelos usuários e o reconhecimento de critérios de eficiência a partir da edificação.

1.2 UMA ABORDAGEM HISTÓRICA DOS EDIFÍCIOS DE SAÚDE

A arquitetura é introduzida no processo de produção de saúde de maneira a incentivar uma condição colaborativa entre usuários e o ambiente construído, podendo sugerir um ambiente físico integrador que proporcione relações interpessoais entre os usuários, tanto no que diz respeito à atenção dispensada ao paciente e acompanhante, quanto na interação entre trabalhadores e gestores (OLIVEIRA apud TOLEDO, 2002).

No entanto, para se compreender o espaço hospitalar como entendemos hoje, se faz necessário compreender a transformação, o processo evolutivo pelo qual a instituição de saúde passou. Até meados do século XVII, o hospital era uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparecia. O hospital trazia consigo ainda uma responsabilidade social, era essencialmente uma instituição

de assistência aos pobres, mas também de separação e exclusão. O pobre como pobre tinha necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, era perigoso. Por estas razões, o hospital deveria estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarnava. Até o século XVIII, o personagem ideal do hospital, não era o doente que precisava curar, mas o pobre que estava morrendo. Dizia-se correntemente, que o hospital era um morredouro, um lugar para morrer, e as pessoas que trabalhavam na área hospitalar não eram fundamentalmente destinadas a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Eram pessoas caritativas – religioso ou leigo – quem estava no hospital, era para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação das pessoas que cuidavam dos pobres. O paciente era alguém que deveria ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deveria dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta era a função essencial do hospital (FOUCAULT, 2015).

Em fins do século XVIII, têm-se registros dos primeiros projetos de hospitais baseados em conceitos terapêuticos científicos. À medida que a Medicina passava a se constituir em prática baseada em preceitos científicos e no conhecimento sobre a doença, o hospital foi passando a ser comandado por um corpo de médicos, clínicos e cirurgiões (SANTOS 2015). Nesta época, surge então, a importância de se ordenar o espaço terapêutico com separação dos pacientes por patologias e/ou sintomas, como práticas rigorosas de assepsia (CELINE, 1998).

Mas, só a partir do século XVIII, o “século das luzes” e a revolução industrial, têm-se uma nova visão do homem e da natureza. E os conhecimentos da época se ampliaram muito, contribuindo para melhorar as condições sanitárias que foram intensificadas ao longo do século XIX. Mas, ainda no século XVIII, por volta de 1780, a doença passa a ser reconhecida como fato patológico e o hospital se torna um instrumento destinado a curar. No entanto, a grande mudança que revolucionou a instituição hospitalar foi o fenômeno denominado de “Medicalização do Hospital”, ou seja, a junção das séries médica e hospitalar, que ocorreu quando os hospitais passaram a ter uma função terapêutica sobre os doentes, através do comando funcional e administrativo da classe médica. E é no ajuste dos dois processos: deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está a origem do hospital médico. Esses processos foram responsáveis por permitir o aparecimento de uma disciplina hospitalar com função de assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, e ainda transformar as condições do meio em que os doentes eram colocados (FOUCAULT, 2015).

Já no século XIX, a principal temática da arquitetura hospitalar foi o receio de contaminação entre os doentes e a preocupação referente à salubridade das edificações e ao conforto ambiental, que levaram cada vez mais à descentralização dos edifícios hospitalares. Surge então o hospital-jardim, subdividido em pavilhões, distribuído em extensa área e também a enfermaria aberta. Na Inglaterra, a enfermeira Florence Nightingale, muda o conceito de enfermagem, criando a Enfermaria Nightingale (Figura 1 - abaixo). Para ela, os principais defeitos do hospital eram a ventilação e a iluminação inadequadas e insuficientes, além da superlotação, aspectos que serão solucionados na sua enfermaria. O conceito de Enfermaria Nightingale contribui muito para a humanização dos hospitais, transformando-o então, em uma instituição voltada para o enfermo e sem sombra de dúvida é o elemento mais importante da anatomia hospitalar no fim do século XIX (LUKIANCHUKI, CARAM, 2010).

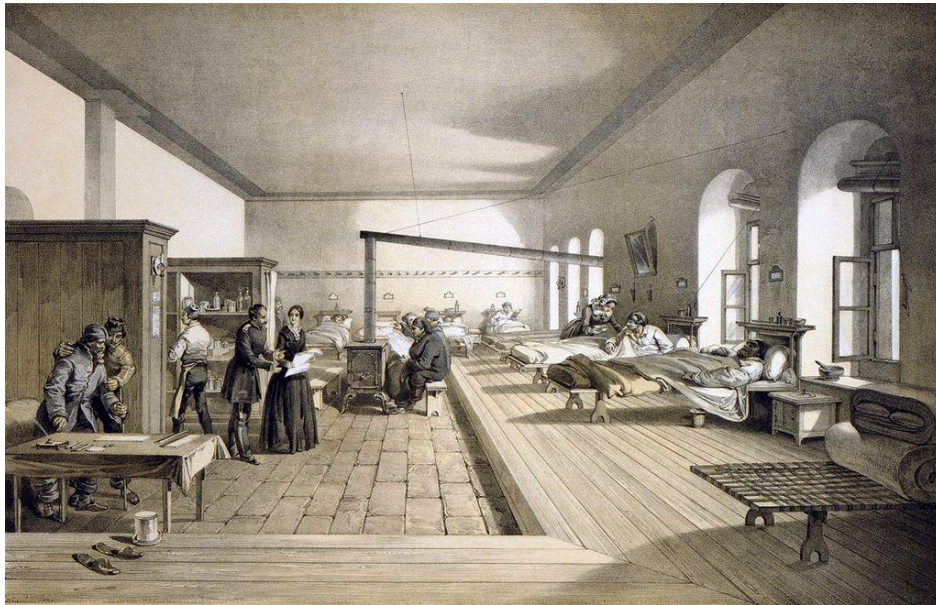


Figura 1: Imagem da enfermaria Florence Nightgale.

Fonte:

https://www.google.com.br/search?q=Enfermaria+Nightingale&rlz=1C1AVNG_enBR634BR635&espv=2&biw=1280&bih=879&tbm=isch&imgil=6rHR2OMXWHmBBM%253A%253BNJc47Vt6TyAZIM%253Bhttp%25253A%25252F%25252Fbiografiae curiosidade.blogspot.com%25252F2012%25252F08%25252Fflorence-nightingale.html&source=iu&pf=m&fir=6rHR2OMXWHmBBM%253A%252CNJc47Vt6TyAZIM%252C_&usg=__eH09yQWAS2sz6zhAAS-tJNvB_Jg%3D&dpr=1&ved=0ahUKEwiGqrnF5YbSAhWDTJAKHXFQDssQyjcILg&ei=kFueWIaiMYOZwQTxoLnYDA#imgcr=6rHR2OMXWHmBBM. (Acessado em abril, 2015).

Pode-se então dizer que o primeiro fator da transformação do espaço de saúde, não foi a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas a anulação dos efeitos negativos do hospital, preocupação que orienta a humanização e permeia os hospitais até hoje. Preocupou-se em purificar os hospitais minimizando os efeitos nocivos inerentes a ele

para depois medicalizar. E, foi a partir do século XIX, que o hospital foi se transformando de espaço de exclusão para espaço de tratamento e cura, sendo este processo conduzido pelo profissional médico (SANTOS 2015).

No entanto, as descobertas do final do século XIX transformaram as atitudes e conceitos de planejamento hospitalar, uma vez que os meios de diagnósticos e tratamento tornaram-se cada vez mais complexos (LUKANTCHUKI et.al. 2010). E já no início do século XX, notam-se claramente as mudanças, pois, além do perfil dos usuários mudarem; pessoas de poder aquisitivo mais alto passaram a recorrer a essas instituições, também mudou a reputação das instituições que passaram a ser consideradas mais capacitadas para a cura do que o médico de família, figura até o momento mais aceita pelos necessitados de assistência. Ocorre então, uma transformação no cenário da época e com isso a percepção de que o hospital é um componente integrante do processo de cura, uma constatação relativamente recente, que ainda se molda nos dias de hoje (PENNA, 2004).

1.3 TIPOLOGIAS DO ESPAÇO DE SAÚDE

À medida que a medicina foi se transformando em técnico-científica sob a questão da saúde e do cuidado, os espaços que abrigam essas relações foram também se adaptando às mudanças, principalmente no que tange à tipologia dos edifícios hospitalares. Foram se adaptando às demandas e necessidades dos envolvidos, e como a realidade e as verdades sobre sucesso terapêutico foram se modificando, conseqüentemente as estruturas físicas também se alteraram e vieram carregadas de “novas verdades” necessárias (ABDALLA, 2010).

Para Miquelin (1992), há cerca de 150 anos, as descobertas relevantes na estrutura física e os avanços da medicina, tanto em termos de equipamentos, quanto de tratamentos, têm transformado a imagem e a planta dos edifícios hospitalares, sendo que, cada vez mais há uma preocupação e vinculação da recuperação e da melhoria das condições de saúde com o espaço físico. Conforme demonstra a figura abaixo (Figura 2), na antiguidade predominavam Pórticos e Templos; (1) na idade média, as Naves; (2) na Renascença, a Cruz e o Claustro; (3) na era industrial, os Pavilhões, e (4) na Pré-Contemporânea, os Blocos.

Mas, no primeiro curso de Planejamento hospitalar, organizado pelo Instituto dos Arquitetos do Brasil – IAB, o arquiteto Rino Levi (1953) explicou que “não se admite mais a adoção de formas preestabelecidas, com plantas X em H ou em pente, como também discutir se o hospital deve ser horizontal ou vertical, em pavilhões ou monobloco. Cada projeto tem

suas próprias exigências e particularidades que podem influir decisivamente em seu planejamento” (IAB,1954 in Fernandes, 2003).

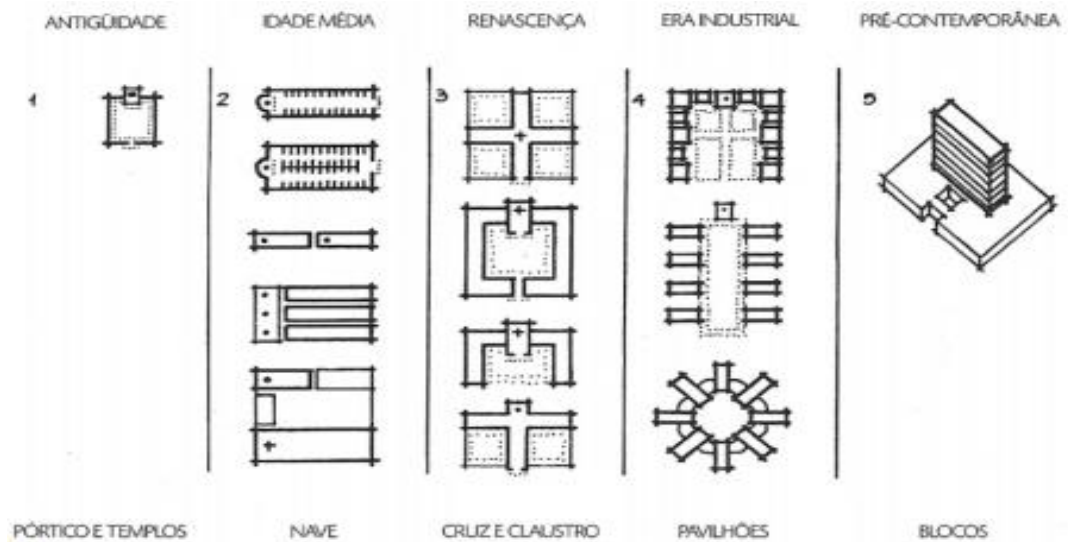


Figura 2: Desenho esquemático da evolução das formas hospitalares
Fonte: Bitencourt, 1998 apud MIQUELIN, 1992 (Acessado em Agosto de 2015).

Ainda segundo Miquelin (1992), na Grécia antiga os edifícios de saúde eram divididos em domínio público, privado e religioso. Sendo os públicos destinados ao tratamento de saúde e cuidado com idosos, além de servirem de hospedagem. Nos privados era permitido aos médicos que criassem uma casa que abrigasse seus próprios pacientes. Já no religioso, localizados distante da cidade, em bosques e próximos às correntezas de água, os pacientes passavam a noite sob os pórticos em volta do templo e pela manhã revelavam seus sonhos ao sacerdote-médico para que fosse determinado o tratamento a que seriam submetidos, e depois partiam, haja vista que os templos não funcionavam como albergues.

Para Thompson e Goldin (1975) os templos gregos eram onde religiosos e leigos buscavam sua salvação eterna, através da realização do atendimento dos pacientes. Os templos tinham a função de abrigar os doentes. Miquelin (1992) ressalta ainda que no Oriente a hospitalidade islâmica segue preceito semelhante ao cristão: dar abrigo aos peregrinos e eventualmente cuidar dos enfermos. Foi aí, que ocorreu pela primeira vez a separação de pacientes por patologias (lepra) em diferentes edifícios. Em Roma, as termas eram além de centros de relaxamento destinado aos cidadãos mais importantes, também possuía ambientes mais simples, orientados para a cura e terapia com o auxílio de fontes termais naturais. No entanto, na idade média a morfologia básica hospitalar foi marcada por uma nave, forma

polivalente que reflete o avanço das tecnologias estruturais da época. Os vãos tornaram-se cada vez maiores e as condições de ventilação e iluminação passaram por melhorias consideráveis (OLIVEIRA, 2012).

No Renascimento, ainda não havia isolamento de pacientes por barreira física, eles eram separados em decorrência da planta cruciforme, (Figura 3). Os doentes eram separados em quatro alas a partir de um pátio central, conforme figura abaixo (Figura 4), o que possibilitava a circulação, a ventilação e a iluminação. É nesta época também que surgem importantes medidas para a assepsia, como cabines sanitárias junto aos leitos, a canalização do esgoto e um sistema elevatório de água, que permitia a implantação dos hospitais em locais mais distantes dos rios (OLIVEIRA, apud. SAMPAIO, 2005).



Figura 3: Vista aérea Hospital Ospedale Maggiore
Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/ospedale_maggiore
 (Acessado em Abril de 2015)



Figura 4: Pátio Hospital Ospedale Maggiore de Milão
Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/ospedale_maggiore
 (Acessado em Abril de 2015)

No entanto, a partir do século XVIII, são valorizadas as descobertas sobre a doença o que reflete substancialmente as ações que envolvem e delimitam os espaços de saúde, incorporando alterações consideráveis na estrutura física dos hospitais, pois, é com a mudança no saber médico e a doença sendo reconhecida como fator patológico, que as edificações adotam um caráter terapêutico passando a serem pensadas como instrumentos de cura (FOUCAULT, 2015). É diante desse cenário, onde o hospital até então era um ambiente insalubre, de propagação de doenças e local de separação e exclusão, que se tem o pior incêndio no Hotel-Dieu em Paris, (o hospital passou por vários incêndios) importante representante da época, construído e ampliado com o objetivo de abrigar necessitados e indigentes. Destaca-se que o hospital caracterizava-se pela existência de enfermarias gigantescas, mistas e sem

separação de patologia, sem ventilação e iluminação suficientes e com serviços de apoio e armazenagem de suprimentos concentrados nos mesmos espaços. O acidente comprometeu grande parte de sua estrutura o que culminou na criação de um decreto para a elaboração de um projeto e a construção de um novo hospital para o local, conforme mostra abaixo (Figura 5) (THOMPSON & GOLDIN, 1975).



Figura 5: Vista externa Hotel Dieu- Paris

Fonte: http://www.wikiwand.com/fr/H%C3%B4tel-Dieu_de_Paris
(Acessado em Abril de 2015)

Vale ressaltar, que na época acreditava-se que as teorias médicas não eram suficientes para definir um programa de reforma hospitalar, nem mesmo que os planos arquitetônicos dariam a fórmula do bom hospital, mas à medida que as cidades foram se medicalizando, alguns profissionais mostraram-se comprometidos em estudar o espaço hospitalar em busca de ações para anular os efeitos nocivos do ambiente hospitalar (VIANNA apud. FOUCAULT, 2010).

Até então a estrutura morfológica predominante era a do tipo pavilhonar, conforme mostrado abaixo (Figura 6) que tem a ventilação natural e insolação representando os princípios centrais da tipologia, têm a planta composta por blocos de enfermarias dispostas no terreno com distanciamento uniforme, conectados por uma circulação de acesso aos outros pavilhões e serviços de apoio.

Mas vale ressaltar que os hospitais monobloco projetados sob as diretrizes da arquitetura moderna brasileira, foram capazes de absorver novas tecnologias ao longo do tempo, compatibilizando seus atributos tipológicos com uma abordagem pioneira de conforto ambiental e humanização. As vantagens e problemas de cada uma das morfologias hospitalares merece uma reflexão aprofundada para que as potencialidades e obstáculos se transformem em uma boa distribuição de setores no hospital (COSTEIRA, 2015).

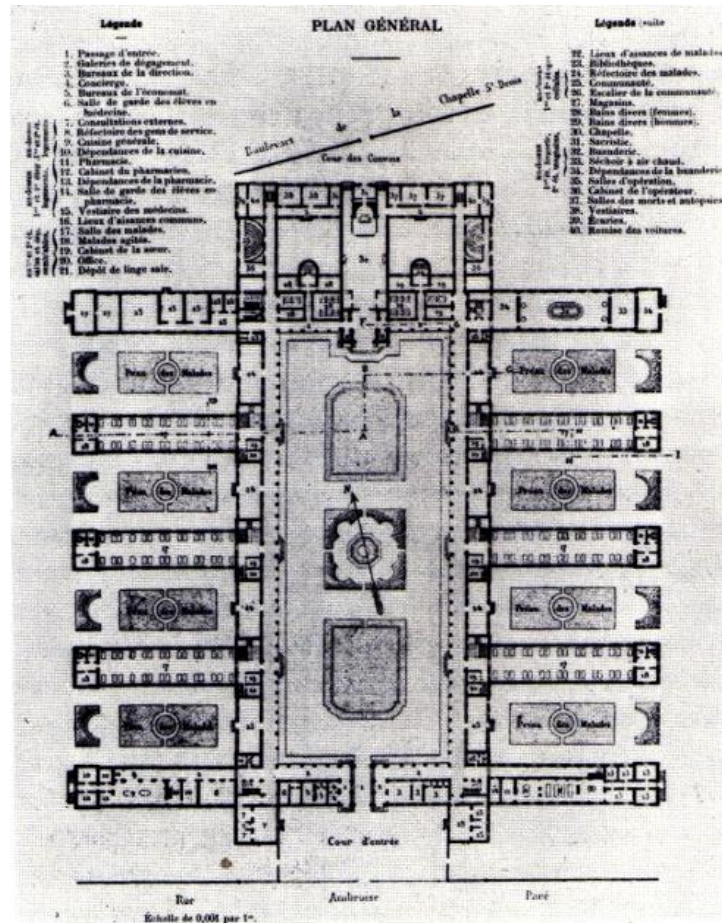


Figura 6: Planta Pavilhonar do Hospital Lariboisière - Paris
Originalmente chamado Louis-Philippe. Projeto do arquiteto Martin-Pierre Gauthier (1790-1855)
Fonte: www.arquiamigos.org.br (Acessado em Abril de 2015)

Miquelin descreve sistematicamente as funções hospitalares do monobloco:

“A anatomia típica de um monobloco vertical da década de 20 organiza as funções hospitalares em quatro setores básicos: no subsolo localizam-se os serviços de apoio ainda fragilmente organizados; no térreo localizam-se os consultórios médicos para consultas marcadas e casualidades – ancestrais das consultas de pronto atendimento – as áreas de eletromedicina ou raios X; no primeiro andar há o laboratório e serviços administrativos; nos pavimentos intermediários ficam as áreas de internação e no último o Bloco Operatório. O sótão é usualmente ocupado pelos residentes médicos e de enfermagem” (MIQUELIN, 1992 pagina 54).

Para Campos (1994), as vantagens do monobloco são:

- economia na construção e manutenção;
- facilidade dos transportes e da movimentação do pessoal e do material no hospital;
- concentração das instalações hidráulicas, térmicas, de esgoto e eletricidade;
- proximidade dos serviços de fisioterapia, diagnóstico, laboratório, dentre outros;
- facilidade de administração e de vigilância;

f) melhores condições de isolamento por pavimento em relação aos pavilhões dispersos (COSTEIRA, 2015. apud CAMPOS, 1944).

Santos (2014) também menciona que durante o século XIX, predomina a tipologia pavilhonar, que teve como mérito a preocupação de buscar um ambiente salubre que não dificultasse a recuperação do doente. Porém no século XX, o edifício hospitalar enfrenta o desafio de ter que abrigar convenientemente e incorporar de forma contínua os inesgotáveis equipamentos para a investigação diagnóstica e terapêutica. O espaço complexo do hospital agrega zonas e agrupamentos departamentais com ciclos de renovação muito acelerados. Há necessidade de planejamento funcional muito específico, sejam para atividades fins - laboratórios, imagens, internação, cirurgia, terapia intensiva, ambulatório, reabilitação e outros - ou para atividades de apoio - refeição, lavanderia, farmácia, administração e outros. Portanto, existe uma grande quantidade de estudos que analisam as transformações do espaço das práticas de cura desde a antiguidade, estabelecendo suas relações com o período histórico, os conhecimentos, e representações sobre saúde e doença, os sistemas de valores, símbolos e crenças, a organização social e outras. O que corrobora para afirmar que a preocupação com os espaços de saúde não são recentes, construções arquitetônicas com esta finalidade ocorrem historicamente desde a antiguidade até os dias de hoje, o que muda são questões temporais e conceituais. Como a humanização dos ambientes de saúde.

Para Costeira (2015), a discutida humanização dos ambientes de saúde requer uma profunda reflexão dos arquitetos na concepção de hospitais que possam oferecer mais do que apenas espaços plenos de tecnologia, agregando às suas estruturas conceitos de conforto ambiental e sustentabilidade e empregando sistemas e técnicas construtivas que possam oferecer ambientes mais legíveis e acolhedores aos usuários.

O desenvolvimento científico e tecnológico nas ciências médicas e na construção civil, além das modificações no perfil dos usuários - o pobre desafortunado que dá lugar aos mais afortunados, reforçam novas demandas e preocupações com a melhoria dos alojamentos e enfermarias, considerando maior privacidade e conforto, bem como a atenção com a humanização e o acolhimento. Estas transformações do cenário enfatizam a argumentação contra o modelo pavilhonar, dando lugar ao monobloco que consegue estabelecer conceitos que podem absorver alterações e modernizações constantes nos perfis de atendimento e configurar projetos de maior flexibilidade e adaptabilidade. A seguir, são apresentadas algumas vantagens dos hospitais monobloco:

- avaliação da estrutura física - partido adotado, setorização, contiguidade de setores interdependentes, flexibilidade para expansão, acessibilidade, conforto lumínico, conforto higrotérmico, conforto acústico;
- avaliação de deslocamento e fluxos - deslocamentos de pacientes entre os setores, deslocamento de funcionários em suas atividades, deslocamento de materiais e suprimentos, deslocamento de recursos energéticos;
- e avaliação de custos - implantação e manutenção.

Portanto, houve avanços na engenharia, como o uso de estruturas metálicas na construção de edifícios verticais a concepção de transporte vertical (os elevadores) e a ventilação mecânica, aliados aos progressos terapêuticos no campo da Medicina, contribuíram para a decadência dos hospitais pavilhonares. Assim, o surgimento das lâminas verticais, consolidou a morfologia vertical monobloco. Até porque em princípio, o modelo pavilhonar, com seus longos percursos de circulação, necessitaria de mais recursos humanos que um hospital mais compacto ou vertical para cumprir as mesmas tarefas (COSTEIRA 2015. apud. PENTEADO, 1999).

No entanto, Bross (2013) afirma, que os edifícios de saúde são organismos vivos em constante interação com o ambiente onde se inserem, necessitando permanentes ajustes para que as instituições nelas instaladas se mantenham viáveis e saudáveis, propiciando satisfação a seus usuários.

CAPÍTULO II

CAMINHOS DA HUMANIZAÇÃO



A Alegria que cura !

2.1 COMO SURGE O MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO

Para Eriksson (2001), o aumento do nível de conscientização dos pacientes como consumidores dos serviços médicos é um fator socioeconômico para uma crise nas instituições de saúde, pois, estes têm à mão informações rápidas sobre as patologias e passam a questionar mais as decisões médicas, bem como se conscientizam que é possível ter uma qualidade de vida melhor, quando usufruem da medicina preventiva. Mas, este cenário demonstra alguns movimentos de humanização para responder á crise.

Para Verderber e Fine (2002), o Movimento de Humanização dos espaços de assistência à saúde iniciou-se nos EUA na década de 50, e na década de 70 o conceito de Humanização foi discutido em um simpósio nacional denominado Humanizing Health Care (HOWARD, 1975:73-86). O Movimento defendia a necessidade de colocar o paciente no foco dos processos de tratamento e cura e dar poder a ele. Este movimento fora baseado nas seguintes premissas:

- valor inerente - (o ser humano não precisa provar seu valor);
- impossibilidade de substituição - (cada indivíduo é único e insubstituível);
- visão holística - (o cuidado deve ser entendido como um todo e não ocorrer através de diversas especialidades médicas estanques);
- liberdade de ação - (paciente deve ter liberdade de ação e escolha);
- igualdade de condições - (para pacientes e colaboradores);
- decisão e responsabilidades compartilhadas - (paciente deve participar o máximo possível das decisões em relação ao seu cuidado);
- empatia - (relação médico-paciente deve se dar através da empatia, todos os envolvidos devem procurar ver através do prisma do paciente, para saber como tratá-lo);
- envolvimento emocional - (relação médico-paciente, deve envolver compromissos sentimentais).

Na tentativa de tornar a experiência da internação menos hostil e também responder á crise, surgem a filosofia *Planetree*¹, que vêm fazendo com que a experiência da doença possa se transformar em um fator de crescimento para o paciente, podendo ser um tempo de

¹ Modelo Norte Americano de Acreditação voltado à Humanização Hospitalar.

reavaliação dos seus valores, servindo para redimensionar prioridades e redefinir potencialidades. Têm como concepção: acolher a família e os amigos dos pacientes; valorizar os seres humanos, e não a tecnologia; possibilitar aos pacientes a participação no seu tratamento; ser flexível à personalização do cuidado para cada paciente; encorajar os provedores do cuidado a serem receptivos aos pacientes; fomentar a conexão com a natureza e com a beleza. O projeto dos ambientes de saúde deve propiciar a redução de estresse e incentivar estímulos sensoriais, de maneira a inserir no seu programa, ambientes de apoio e áreas de conforto, ambientes para educação que promovam o crescimento pessoal, ambientes que permitam a participação da família e espaços sacros (Susan *et al.*,2003).

O movimento se dissipa e ganha força e em 1978 é criada na Califórnia, EUA, por Angélica Thierot, a *Planetree*, uma organização sem fins lucrativos que tem por finalidade trabalhar para a Humanização dos estabelecimentos de assistência à saúde, promovendo cuidados focados no paciente. Ela, uma ex-paciente insatisfeita com o tratamento pouco humanizado que recebeu durante a internação em um hospital de São Francisco, percebe que apesar de sua experiência ter sido traumática, pode de alguma maneira contribuir para a melhoria da situação, especialmente por externar a insatisfação no prima do paciente, o que contribui fortemente para a nova maneira de pensar a assistência (FRAMPTON, et. al. 2003).

Os princípios de assistência à saúde do *Planetree* são:

- a estrutura física do estabelecimento deve ser projetada para promover a cura e estimular a participação do paciente e da família durante a internação;
- os cuidados à saúde de alta qualidade, não podem prescindir de um ambiente confortável, ameno e acolhedor;
- as informações dadas aos pacientes devem ser claras e verdadeiras, sendo direito desses ter livre acesso à informação sobre todos os aspectos da sua saúde, incluindo o livre acesso a receitas e prescrições médicas;
- todos os atores – pacientes, família e equipe de saúde, desempenham um papel único e insubstituível para a prestação dos cuidados;
- os pacientes possuem facetas físicas, emocionais, intelectuais, espirituais e estéticas, sendo membros de famílias, comunidades e culturas, devendo ter as suas especificidades respeitadas;
- pacientes possuem direitos, responsabilidades e podem fazer escolhas em relação a sua saúde e ao estilo de vida.

Já Guelli (2015), argumenta que *The Planetree Model* tem uma missão de servir de catalisadora no desenvolvimento e implementação de novos modelos de cuidado à saúde, cultivando a cura da mente, do corpo e espírito e reconhecer a importância da incorporação da arquitetura no processo cura. Essa abordagem, segundo o autor, propõe a otimização do entorno do cuidado ao paciente, explorando cinco conceitos principais:

- suporte psicológico - elevar a moral do paciente;
- suporte social - entre paciente, família e amigos- criação de áreas de lazer, praça ou jardim;
- senso de controle - independência para o paciente;
- distração positiva - formas cores e texturas;
- distração negativa - poluição visual, ruídos, aglomerado de pessoas, mobiliário inadequado, desconforto térmico, acústico e ergonômico.

Há na *Planetree* uma série de pesquisas científicas que comprovam que a aplicação dos seus conceitos traz uma série de benefícios para os pacientes e os demais usuários do edifício de saúde: recuperação mais rápida, menores custos com medicamentos, redução da solicitação de apoio à enfermagem, elevação da moral dos profissionais da saúde, além de maior produtividade e diminuição dos custos de internação.

A filosofia *Planetree* , destaca ainda dez elementos que devem ser trabalhados nas práticas centradas no paciente ("patient-centered care"):

1. A Humanização – a atenção centrada na pessoa;
2. A interação entre o pacientes, a família e a equipe multiprofissional de saúde;
3. A necessidade do suporte emocional da família e amigos. A valorização do contato humano;
4. Acesso à informação - conhecimento do prontuário com explicação e conscientização sobre o diagnóstico, prognóstico, terapia, prevenção e reabilitação;
5. A inserção de terapias alternativas e complementares;
6. A compreensão de todos os sentidos do ser humano - a sinestesia;
7. A importância da nutrição e a boa alimentação;
8. O papel da espiritualidade na vida de cada um, sem preconceitos de religião, mas como uma compreensão da existência e seu propósito;

9. A inserção da arte e da beleza inclusive nos espaços planejados com arquitetura especializada analisando a cor, luz, forma e função, dentre vários fatores;
10. A integração com as comunidades saudáveis.

No Brasil, o movimento chegou através da área da Saúde Mental, com a Reforma Psiquiátrica. O movimento sensibilizou as instâncias públicas e o Governo Federal, ganhando o apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). No ano 2000, após ter sido identificada a importância da Humanização na qualidade do atendimento aos usuários hospitalares públicos, foi criado o Comitê Técnico de profissionais da área de Saúde Mental que elaboraram um Projeto Piloto para o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), implementado em dez hospitais distribuídos em várias regiões do Brasil, situados em diferentes realidades socioculturais, e que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão (BRASIL, 2001).

O programa fora desenvolvido com base na experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e nos resultados de pesquisas de avaliação dos serviços, que têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões talvez mais críticas do sistema de saúde. Critérios como: a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas, chegam a ser mais valorizados que a falta de médico. É reconhecido que a área da saúde não funciona sozinha é influenciada pelo fator humano e pelo relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2001).

Para compreender as demandas e os anseios do paciente, se faz necessário compreender os conceitos de Humanização na arquitetura para saúde da PNHAH, que define humanizar como:

“[...] resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde. Humanizar é aceitar essa necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.” (BRASIL, 2001 página 52).

Já Howard (1975), define o conceito de Humanização, contrapondo com o conceito de desumanização e considerando os vários contextos nos quais os termos se aplicam e sugere

ingredientes essenciais para determinar a sua presença ou ausência. Cada um com significado e relação diferente:

- Pessoas vistas como coisas/objetos (“coisificação” /objetivação);
- Pessoas vistas como máquinas: desumanização pela tecnologia;
- Pessoas vistas como cobaias: desumanização por experimentação;
- Pessoas vistas como problemas;
- Pessoas vistas como inferiores: desumanização pela degradação;
- Pessoas submetidas ao isolamento, ou ao abandono;
- Pessoas como receptoras de cuidados fora do padrão;
- Pessoas sem opções;
- Pessoas interagindo com *icebergs*;
- Pessoas em ambientes estáticos e estéreis;
- Pessoas vistas como negando a preservação da vida (HOWARD, 1975: P.60-65).

Para Santos *et. al.*(2004), as instituições de saúde estão em crise devido ao: custo da tecnologia médica sempre crescente que cria restrições de acesso, o envelhecimento da população que faz com que aumente a prevalência das doenças crônico-degenerativas, aumentando a demanda por tecnologia de média e alta complexidade e o alto grau de especialização gerado pela tecnologia que nem sempre produz o impacto desejado. Mas, menciona que um dos movimentos que surge como resposta à crise pela promoção da saúde, visa não somente a atuação sobre fatores de risco e a prevenção de doenças, mas a humanização da assistência hospitalar.

Para Ulrich (2008), é necessário neutralizar a tensão do paciente e a habitual frieza do ambiente de saúde, criar um ambiente terapêutico ou *Healing Enviroment*, onde a estrutura física participa e contribui no processo de cura, tendo como objetivo a criação de espaços para o cuidado do paciente que reduzam as fontes externas causadoras de estresse, proporcionando paz, esperança, motivação, alegria, reflexão e consolo. O espaço físico interfere positiva ou negativamente na recuperação dos pacientes, através de aspectos que podem facilitar ou dificultar a atividade, ao expor o paciente à infecção.

Já para Eriksson (2001), a arquitetura deve ser pensada para: minimizar o alto nível de ruídos proveniente da tecnologia; permitir a integração com a natureza através de janelas

que permitam a iluminação natural e a visibilidade para o exterior; promover a privacidade através da individualização dos espaços; especificar materiais de acordo com o usuário do espaço, diferenciados para espaços de trabalho e espaços de permanência e estar; prever áreas para que a família participe, dando suporte social aos pacientes; promovendo “distrações positivas”, como fontes de água, jardins, janelas voltadas para áreas verdes; e promovendo um lay out que possibilite a convivência, visibilidade do exterior e autonomia do paciente. Aponta como vantagens dos projetos humanizados: a redução de estresse para pacientes e familiares; a redução das dores e infecções e melhoria da qualidade do sono para os pacientes; benefícios para os funcionários e por fim a redução dos custos.

Bitencourt *apud* Nord (2006), mostra como resultado de sua pesquisa sobre “O ambiente e os fatores perceptivos sensoriais” que o conforto é capaz de produzir relevantes resultados para a humanização de assistência à saúde como: promover a redução do stress e da fadiga dos profissionais de saúde e melhoria da eficácia assistencial; melhoria na segurança do paciente, reduzindo o stress no paciente e ampliando a possibilidade do êxito clínico e ainda promovendo melhoria ampla da qualidade da prestação da assistência.

Guelli, Paola (2015), atestam que entre os aspectos revelados pela humanização, têm-se ainda as seguintes recomendações: iluminação natural e visibilidade para o exterior; iluminação artificial adequada; quartos privativos; neutralização da imagem clínico-intitucional; diminuição do nível de ruídos; acomodações para acompanhantes; acomodações para a equipe de saúde; cores contrastantes para diferenciação dos planos; teto trabalhado com cores, texturas, e figuras; disponibilização de entretenimento e de equipamentos para a orientação temporal; mobiliário que promova a autonomia do paciente.

Nota-se que a arquitetura hospitalar precisa incorporar esse desafio de prover espaços humanizados que dêem suporte aos pacientes e seus familiares para protagonizarem, da melhor forma, sua experiência da doença. É preciso apresentar e discutir propostas de espaços que busquem soluções para os desafios contemporâneos e sob essa ótica é possível destacar processos de concepção projetual que se descortinam, como os princípios e métodos do:

1. EBD – *Evidence Based Design* ou Projeto baseado em evidência

Campo de estudo baseado na concepção de evidências como forma de influenciar o projeto, vem se tornando popular na área da saúde para melhorar o bem estar do paciente e tem como princípio:

- Projeto para reduzir a fadiga profissional e melhorar a observação e cuidado do paciente;
- Projeto para reduzir infecção adquirida no hospital;
- Projeto para reduzir erros de medicação;
- Projeto para reduzir estresse e melhorar os resultados;
- Projetos que buscam a visão da natureza e a exposição à luz do dia.

2. AEDET Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit

Guia de boas práticas para a avaliação da qualidade do projeto, basea-se nas lições aprendidas a partir de sua utilização. Busca melhor articulação entre: critérios de funcionalidade, impacto e padrão construtivo, considera na análise a:

- a. Funcionalidade;
- b. Espaços;
- c. Impacto;
- d. Padrão construtivo.

2.2 A HUMANIZAÇÃO NA ALA PEDIÁTRICA

O projeto arquitetônico no setor de saúde apresenta um desafio complexo, envolve pacientes de longa permanência e mais ainda projetos voltados para o atendimento pediátrico. Assim, a concepção projetual destes espaços requer a investigação criteriosa das: atividades desenvolvidas, configuração ambiental e o perfil fisiológico e psicológico das usuários.

Mas, o ambiente físico também pode colaborar para que as relações entre pacientes, acompanhantes, enfermagem e equipe médica sejam facilitadas, a arquitetura deve criar espaços dedicados ao tratamento pediátrico. Conforme relata Judkins (2003) as mudanças no ambiente físico em que tratamos as nossas emergências pediátricas aumenta o nível de satisfação dos usuários, e a equipe fica mais confiante ao lidar com pacientes em uma área dedicada à pediatria.

Dougherty e Simpson (2004), atestam que embora um progresso substancial tenha sido feito no desenvolvimento de medidas de qualidade e da implementação de estratégias de

melhoria da qualidade para os cuidados de saúde das crianças, este fica ainda para trás, se comparado com as condições dos adultos. Fazer progressos significativos exigirá não só a atenção sustentada por aqueles preocupados com a melhoria da saúde infantil e cuidados de saúde, mas também atividades para construir uma ampla base de apoio entre os cuidados de saúde e os decisores do público chave. Os autores recomendam que pelo menos sejam fixadas 4 atividades bases:

- 1) construir apoio público para a medição da qualidade e melhoria nos cuidados de saúde das crianças;
- 2) criar a infraestrutura de tecnologia da informação que possa facilitar a obtenção e utilização de dados;
- 3) melhorar a confiabilidade, validade e exequibilidade das medidas existentes;
- 4) criar a base de evidências para o desenvolvimento de medidas de melhoria da qualidade.

Além dessas atividades, Hignett (2009) relata em sua pesquisa a importância do uso do projeto como elemento de orientação para arquitetos e planejadores de saúde no Reino Unido, demonstra que existe uma orientação nova, padronizada, onde apresenta dois papéis claros : (1) facilitar a participação de pacientes e médicos no processo de projeto; e (2) gerar novas evidências de pesquisa no que diz respeito aos requisitos espaciais para atividades clínicas para apoiar a normalização.

No entanto Alves, *et al.* (2009), ressalta que devem ainda ser analisadas as situações e os contextos que propiciam ou dificultam as relações de acolhimento e autonomia. Compreendendo os momentos em que o protagonismo e a corresponsabilidade são expressos na relação entre enfermagem, usuários e seus acompanhantes. Ressalta ainda que, o acolhimento foi o princípio mais observado na pesquisa, revelando-se como elemento central de discussão . Familiares lidam com forte estresse emocional por estarem com um parente doente e por terem suas rotinas alteradas. Muitas vezes o descanso noturno é comprometido em função da doença do paciente, especialmente em caso de criança. Assim o atributo acolhimento passa a ser parte integrante do processo de internação não só do paciente, mas também da família. Envolve a observação e escuta atenta, capaz de perceber as demandas e particularidades de cada usuário. Deve ser entendido como o princípio voltado para uma reflexão das práticas de saúde. Outra referência muito relevante para a internação na visão do autor, diz respeito à autonomia, entendida como a capacidade de decisão dos usuários baseado em informações,

diálogos e valorização da rede de contatos que permeiam os indivíduos no meio. Atesta que compartilhar informações necessárias permite estabelecer uma participação construtiva no processo terapêutico, possibilitando a manifestação da capacidade protagonista. Esta capacidade se baseia na troca de aprendizados, na construção de novos saberes e desenvolvimento de ações em parceria com a assistência. No entanto, os níveis de autonomia, protagonismo e a corresponsabilidade – construção de parcerias entre profissionais de saúde e usuários relacionam-se ao tempo de internação, permitindo estabelecer relação entre os profissionais e adquirir conhecimentos sobre a assistência.

Assim, promover a saúde não se restringe a ordem curativa e ao tempo de permanência, mas também é a necessidade de ajudar a criança a atravessar a situação de hospitalização. Rollins (2009) menciona que as preferências das crianças e dos adolescentes têm recebido pouca atenção. Analisou as preferências dos adolescentes para diversos projetos hospitalares e comparou-os com os dos adultos, responsáveis por seus cuidados. Os resultados indicaram alta concordância entre os grupos sobre os quais a atmosfera era preferível para as crianças e para os adultos, e também com nuances sobre a adequação da atmosfera não infantil para adolescentes. No entanto, demonstrou que diferenças importantes não foram encontradas entre as respostas dos internados e não internados. Mas as análises qualitativas revelaram diferenças significativas entre o modelo dos adolescentes e os adultos em suas classificações do ambiente hospitalar. A perspectiva dos adolescentes parecia mais sensível do que a dos adultos em relação a aspectos simbólicos e as necessidades, experiências e emoções. O trabalho dos autores revelou a necessidade de considerar a ótica dos adolescentes sobre o projeto hospitalar, demonstrando que não pode ser substituído pela ótica de seus pais ou do corpo clínico.

Paralelamente Cromack (2009), em seu estudo de representações sociais de saúde (RSS) elaborada por adolescentes, objetivou conceber caminhos para avaliar a implantação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) no Rio de Janeiro. Comparou as estruturas das RSS dos sujeitos com 12/13 e 17/18 anos identificando que têm componentes comuns do núcleo central das RSS, resultando como - importante: alimentação, médicos e hospital, - periférico: corpo e sexo. Concluiu informando que para evoluir é necessário valorizar mais os jovens nos serviços para discutir divergências, incorporar diferenças, explorar mais o seu potencial, criando fóruns que possibilitem aos adolescentes a discussão de seu papel como cidadãos na avaliação e reformulação dos serviços oferecidos. Explorar a opinião dos usuários dos

ambientes de saúde, nas concepções projetuais é fundamental, pois estas opiniões muitas vezes diferem das opiniões dos adultos.

Considerando ainda que o projeto de ambientes de saúde deve considerar as necessidades e preferências dos pacientes, e que a Enfermagem é uma arte que consiste em cuidar dos seres humanos sadios e doentes; tendo como base os princípios científicos e administrativos, Brito (2009), menciona que o enfermeiro deve saber que no ambiente hospitalar a criança perde suas referências por estar longe de casa e de tudo que lhe é comum na rotina diária, além de ser um ambiente de medo e restrições. Portanto, qualquer desestruturação é capaz de interferir na sua qualidade de vida e conseqüentemente no seu desenvolvimento. Demonstra que a inserção de atividades lúdicas pode contribuir na diminuição dos fatores estressores da hospitalização e com isso tornar a assistência mais humanizada. Atesta que o brincar reduz tensão, raiva, frustração e ansiedade, funciona como canal facilitador entre a criança e o profissional. A ludicoterapia tem valor terapêutico e necessita ser incorporada no processo de cuidar da enfermagem Pediátrica, pois, apesar de sua utilização não ser efetiva nas instituições brasileiras, os resultados e contribuições são evidenciados, pode permitir que uma situação de sofrimento e dor possa mais facilmente enfrentada contribuindo para a saúde da criança.

Corroborando com a mesma vertente de pensamento e reconhecendo a influência estressora do ambiente de saúde Ribeiro (2014), demonstra em seus estudos sobre a humanização da assistência à criança hospitalizada, que devem ser usadas estratégias que envolvam relações de troca entre o profissional de saúde, a criança hospitalizada e seus familiares, e estas podem ser vivenciadas por atividades lúdicas, pela música e pela leitura de contos infantis. Cita ainda, o uso da própria arquitetura como forma de proporcionar bem-estar à criança e sua família, além de facilitar o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde. Quando as pessoas estão hospitalizadas, a qualidade do ambiente pode afetar diretamente o processo de recuperação, portanto as intervenções devem visar à promoção de condições favoráveis á reabilitação dos efeitos de experiências adversas ao desenvolvimento das crianças. O ambiente deve incentivar à saúde, deve ser organizado de maneira a atender às necessidades dos usuários, tanto do ponto de vista psicológico, quanto pedagógico e sociológico da criança e de sua família (Brito, 2009).

Os profissionais de saúde reconhecem que a família possui necessidades, sendo parte indissociável da assistência. No entanto, Souza (2011) atesta que, também é possível

verificar que apesar de ainda haver uma forte tendência a valorizar os aspectos técnicos e mecânicos da assistência representados pelos cuidados diretos, a equipe de enfermagem realiza uma série de cuidados indiretos que visam uma abordagem integral e humanizada. A família também sente necessidade do amparo das pessoas do hospital nos momentos difíceis. Nesse contexto a enfermagem pode apoiá-los transmitindo-lhes segurança, atuando sempre positivamente no sentido de proporcionar e manter a qualidade de vida e a saúde de ambas, criança e família. Afirma que é necessário que a equipe de enfermagem que presta assistência à criança internada empreenda com dinamismo sua atenção para o provimento das necessidades do familiar, afastando-se, portanto de um modelo tecnicista, mecanicista, valorizando dessa forma o seu fazer, tornando-o mais visível e humanizado. O hospital é um ambiente estranho, que fomenta sofrimento físico e emocional, faz com que a família se sinta esgotada, pouco a vontade para cuidar da criança e com suas necessidades normalmente ignoradas, tornando a experiência da internação ainda mais estressora. Portanto, a visão mais integralizadora que compreende a família como membro indissociável do processo de saúde, favorece a humanização e conseqüentemente faz com que a experiência da internação possa ser vivenciada com mais qualidade.

Mas, ter a família, suas demandas e necessidades incorporadas ao processo terapêutico é desafiante tanto para a assistência quanto para os familiares. Xavier (2014) em seu estudo, objetivou conhecer como o familiar cuidador da criança convive com as normas e rotinas do hospital. Haja vista que em um ambiente tão complexo como o hospitalar, as regras, procedimentos e rotinas devem ser criteriosamente seguidas não só para garantir e possibilitar os procedimentos como também para evitar a ocorrência de erros. No entanto, o autor constatou que a família reconhece a necessidade e a importância das regras quando há flexibilização, sendo que algumas famílias não aceitam a rigidez destas. Claro que as flexibilizações são feitas onde há margem para tal, ou seja, quando não compromete o tratamento. É necessário possibilitar que a família conviva harmoniosamente com as normas e rotinas, a fim de possibilitar a humanização do cuidado prestado no setor.

Reconhecendo a importância da presença do familiar na internação hospitalar, Barrera *et. al.* (2007) demonstra que o melhor pediatra para a criança é a sua mãe, apesar de às vezes esta ser excluída na hospitalização. Ressalta que se tem observado efeitos benéficos com a presença da mãe na qualidade da atenção médica, mantendo a relação afetiva e o estado nutricional, diminuindo as infecções, reduzindo medicamentos e, portanto, tendo um custo menor na internação. Informa que mesmo que se apresentem dificuldades em mantê-las

próximas, estas são menores e solucionáveis, pois, podem reduzir o transtorno da lástima familiar, angústia e ansiedade materna. No entanto, alguns pacientes demandam um tempo de internação prologando o que estreita a relação entre o paciente, o familiar e os colaboradores, assim o autor ressalta, a importância de se ter um apoio psicológico para os familiares com hospitalizações prolongadas.

No campo da Pediatria geral e do atendimento de primeira linha, as novas formas de pensar o processo saúde-doença e os avanços no conhecimento sobre fatores envolvidos na gênese dos distúrbios e das doenças não se dão mais de forma isolada. Silva *et al.* (2010) atesta que o cotidiano hospitalar pode aproveitar-se do potencial do brincar como recurso terapêutico que permite à criança expressar suas emoções, ajuda a compreender os procedimentos que são realizados e pode torná-la mais próxima e cooperativa com a equipe de saúde. Ressalta que os resultados demonstram que o brinquedo terapêutico tem sido aplicado no Brasil sob diferentes formas, compreendendo desde a sala de espera de um ambulatório infantil até a assistência a crianças com câncer. Informa que a criança tira proveito de situações inesperadas para brincar e, em todos os casos houve melhora na conduta do paciente em relação aos procedimentos, maior compreensão dos familiares em relação à doença e ao tratamento. Atesta ainda que as principais dificuldades apontadas dizem respeito ao pouco tempo disponível para aplicação da técnica do brinquedo terapêutico na rotina profissional diária.

Seguindo a mesma linha de pensamento Ângelo *et al* (2010) relatam, que o atendimento a criança hospitalizada remete a uma variedade de questões a serem exploradas de caráter recreativo-educacional que devem ser oferecidos às crianças, não só porque é lei (11.104/2005), mas por saber da importância da humanização hospitalar e da relação do brincar no cotidiano infantil. Ressalta que o brincar possibilita uma intensa interação entre as crianças e o profissional responsável, o que fortalece o vínculo da criança com a instituição. A brinquedoteca desperta nas crianças sentimentos de alegria e contentamento, as vezes até esquecem que estão internadas, reforçando a contribuição deste espaço na qualidade de vida dos pacientes.

Ainda alimentando a inserção de atividades lúdicas no processo de internação, Esteves *et al* (2014) refletem o conceito de “humanização”, acerca das potencialidades de alguns programas existentes, aqueles que aliam a arte, a recreação, o lazer e o humor como meios privilegiados de comunicação e expressão. Entre estes, destaca a intervenção dos palhaços de hospital, como promotora da livre expressão da criança, da sua autonomia,

criatividade, exploração e conhecimento do mundo e consequente desenvolvimento psicossocial, valorizando a importância dos aspectos psicossociais da internação pediátrica, e procurando a criança “por detrás” do corpo doente, buscando promover ambientes acolhedores e atenuantes das experiências negativas vividas pela criança (e família) durante a internação.

Compreender as demandas dos espaços pediátricos e sua relação com o espaço físico é fundamental. Bergan (2009) investigou a interferência da arquitetura e do ambiente construído no processo de humanização do hospital pediátrico e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. O autor atesta que no núcleo central da representação aparece o elemento "atendimento", enquanto "reforma", "medicamentos", "organização" e "carinho" aparecem no sistema periférico. A humanização para estes sujeitos parece estar fortemente ligada ao direito à saúde e acesso aos serviços, porém, aspectos que modalizam a qualidade do atendimento, e que têm sido arrolados como humanização, não são negligenciados. A compreensão, o planejamento e a qualidade dos projetos dos edifícios de saúde com racionalização, adequação e humanização dos espaços, tornam-se então de fundamental importância.

Sintetizando a relevante contribuição dos autores acima descritos conclui-se que a ala pediátrica hospitalar é permeada de situações específicas, requer investigação criteriosa quanto ao perfil dos pacientes, análise do espaço físico e inserção de distrações positivas para melhoria do bem estar e do processo terapêutico dos pacientes. O perfil dos pacientes demonstra suas particularidades, necessidades e demandas que muitas vezes é diferente das dos adultos. Os espaços físicos podem aumentar o nível de satisfação dos usuários, mas para garantir esta contribuição é fundamental envolver: pacientes, acompanhantes e colaboradores no processo projetual. Algumas distrações positivas podem ser desenvolvidas no ambiente hospitalar como forma de contribuir para facilitar os processos assistenciais. A humanização aparece como elemento balizador desse processo, desde o acolhimento, a autonomia até a corresponsabilidade, criando vínculos de parceria entre o colaborador e o paciente, além de ser o canal facilitador de comunicação entre a enfermagem e a criança. Ainda considerando as distrações positivas, devem ser desenvolvidas atividades lúdicas como: arte, recreação, lazer e o humor, essenciais na colaboração do processo terapêutico. O brincar pode reduzir o estresse e contribuir na redução de fatores como: tensão, raiva, frustração e ansiedade.

A presença do familiar, durante a internação contribui para tornar a experiência da internação menos traumática. A presença da mãe é vista como o melhor “remédio” para a criança. No entanto, conviver com o familiar no ambiente hospitalar tem suas dificuldades, mas estas podem ser menores se as regras e rotinas do hospital forem flexibilizadas, o que possibilita

também uma maior contribuição dos familiares no processo terapêutico. A humanização contribui para a qualidade de vida dos usuários dos espaços de saúde, torna os ambientes mais acolhedores e contribui para o processo terapêutico. Abaixo uma tabela com os artigos relacionados neste capítulo.

Tabela 1: Artigos analisados com contribuição para o ambiente hospitalar

Título/Referência	Autor	Ano	Análise/Intervenção	Desfecho/Contribuição
Pediatric emergency department design: Does it affect staff, patient and community satisfaction?.	Judkins	2003	Ambiente físico pode colaborar para a relação entre os pacientes e assistência.	Ressalta a necessidade de espaços dedicados à internação pediátrica
Measuring the quality of children's health care: a prerequisite to action.	Dougherty e Simpson	2004	Ambiente de saúde infantil.	É necessário fazer: medição da qualidade e melhoria nos cuidados de saúde das crianças; criar a infraestrutura de tecnologia da informação; melhorar a confiabilidade, validade e exequibilidade das medidas existentes e criar a base de evidências.
Participación de la madre y la familia em la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión de futuro.	Barrera <i>et.al.</i>	2007	A importância da presença da mãe no ambiente de internação pediátrica.	A presença da mãe no ambiente hospitalar pode reduzir o transtorno da lástima familiar, a angústia e a ansiedade.

An investigation of the use of health building notes by UK healthcare building designers.	Hignett	2009	Uso do projeto como orientação para arquitetos e planejadores de saúde.	Ergonomia: participação de médicos e pacientes no processo projetual; requisitos espaciais para apoio á normalização.
A gestão do processo de trabalho da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade.	Alves <i>et. al.</i>	2009	Acolhimento, autonomia, protagonismo e corresponsabilidade.	Evidencia o acolhimento como princípio mais observado. Já autonomia, protagonismo e corresponsabilidade estão relacionados com tempo de internação.
The influence of two hospital's designs and policies on social interaction and privacy as coping factors for children with cancer and their families.	Rollins	2009	Analizou a preferência dos adolescentes para o ambiente hospitalar	Há diferenças significativas entre o modelo para adolescentes e adultos na classificação do ambiente hospitalar.
O olhar do adolescente sobre saúde:um estudo de representações sociais.	Cromack	2009	Avaliar o PROSAD	È necessário valorizar o jovem, explorar o seu potencial, para reformulação dos serviços.
As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em	Brito	2009	A contribuição da ludicoterapia no cuidar da enfermagem.	A ludcoterapia enfatiza a humanização e a integralização da assistência.

enfermagem pediátrica.				
Humanização: representações sociais do hospital pediátrico.	Bergan	2009	A contribuição da arquitetura e do ambiente construído no processo de humanização do hospital pediátrico.	O atendimento é o elemento central enquanto reforma, medicamentos, organização e carinho são elementos do sistema periférico.
Humanização em Pediatria: O brinquedo como recurso na assistência de enfermagem á criança hospitalizada.	Silva <i>et.al.</i>	2010	Análise do brincar como recurso terapêutico.	O brincar permite ás crianças expressar emoções, ajuda a compreender os procedimentos e cooperar com a equipe de saúde.
Brinquedoteca hospitalar: da teoria á prática.	Angelo <i>et.al.</i>	2010	Como ocorrem as atividades da brinquedoteca em uma instituição hospitalar.	Ressalta a importância da humanização hospitalar e do brincar no cotidiano infantil.
A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora.	Souza	2011	A relação da contribuição da presença da família no processo de internação hospitalar.	É necessário que a enfermagem presta assistência a criança internada e á família de maneira humanizada, dedique atenção especial ao provimento das necessidades do familiar.
Ambiência como estratégia de	Ribeiro	2014	Analisar a produção do conhecimento de	Identifica que a humanização envolve

humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática.			como as instituições de saúde têm implementado a humanização na assistência á criança hospitalizada	relações de troca entre o profissional de saúde, a criança hospitalizada e seus familiares, e estas relações podem ser vivenciadas por atividades lúdicas.
O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas.	Xavier	2014	Analisar como o familiar convive com as regras e rotinas do hospital.	O familiar convive bem com as regras e rotinas através da flexibilização.
Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada.	Esteves <i>et.al.</i>	2014	A contribuição da intervenção dos palhaços de hospital como promoção livre da criança hospitalizada.	A presença dos palhaços de hospital permite o desenvolvimento psicossocial e valoriza os aspectos psicossociais da internação pediátrica.

Tabela 1: Descrição dos artigos analisados com contribuição para o ambiente hospitalar.

Fonte: Acervo do autor, 2017.

CAPÍTULO III

MATERIAIS E MÉTODOS



O planejamento de uma pesquisa requer metodologia específica para a real e objetiva obtenção das respostas pretendidas. Os materiais e métodos devem estar interligados com a fundamentação teórica de maneira a justificar as escolhas e permitir os processos de investigação na intensidade que se pretende.

Esta pesquisa tem por objetivo, analisar como o ambiente construído pode contribuir para a humanização dos espaços pediátricos de saúde contribuindo para o processo terapêutico. Para tal foram considerados dois conceitos básicos como fundamentação da metodologia:

- A promoção da saúde - caracterizado pela visão integral do indivíduo e pela contextualização do conceito de saúde que se transforma em qualidade de vida integral - paradigma emergente da saúde pública.
- O desempenho do ambiente construído - resultado da interação entre indivíduo e o meio, onde nem o meio nem o indivíduo podem ser analisados isoladamente.

A pesquisa é exploratória com abordagem interdisciplinar e qualitativa, apoia-se na literatura multidisciplinar do tema e nos estudos de campo tendo como referência metodológica, as técnicas e instrumentos da Avaliação Pós-ocupação - APO. Na APO é dada ênfase aos aspectos de percepção ambiental, privilegiando o olhar dos usuários ao experienciar o ambiente, uma vez que se aponta a necessidade de serem atendidas não só as condições técnicas e de uso da edificação, mas também as expectativas psicocomportamentais dos usuários do ambiente construído, além de considerar a visão crítica da pesquisadora e sua vivência prática.

O quadro teórico utilizado serviu para consolidar conhecimento produzido e publicado na literatura com foco na humanização dos ambientes de saúde. A parte empírica do trabalho foi realizada a partir de uma pesquisa qualitativa com pacientes, acompanhantes e colaboradores, para melhor compreensão e definição do perfil dos usuários das estruturas físicas da Pediatria da Santa Casa de Montes Claros- MG e ainda, visitas técnicas em edifícios de saúde de relevância nacional à luz da humanização, com o intuito de analisar as estruturas físicas, suas dificuldades e soluções propostas.

A APO é um processo interativo, sistematizado e rigoroso de avaliação do desempenho do ambiente construído, passado algum tempo de sua construção e ocupação. Refere-se à qualidade associada às necessidades de seu propósito, levantada a partir da

experiência de seus usuários e de seus níveis de satisfação, onde a influência e as consequências das decisões projetuais são, avaliadas e relacionadas com a percepção e o uso por parte dos diferentes agentes envolvidos. Tem como objetivo diagnosticar, descrever e analisar o ambiente construído, a partir do ponto de vista dos usuários (pacientes, acompanhantes e equipe assistencial), sempre com análise crítica da pesquisadora. A APO permite ainda que o ambiente construído possa ser entendido e reconhecido pelos critérios de eficiência ou desempenho a partir do propósito da edificação e de seu programa arquitetônico, a partir da relação ambiente x usuário no ambiente em análise. As visitas foram feitas com o acompanhamento da pesquisadora, pesquisadores convidados e o gestor da área, com a intenção de reconhecimento do local. Os instrumentos adotados tomaram como referência básica a publicação “Observando a qualidade do Lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação” (RHEINGANTZ et al, 2009).

3.1 Análise Walkthrough - com inventário ambiental

Fornece uma visão geral acerca do desempenho ambiental do edifício. Pode ser definida como um percurso dialogado, complementado por fotografias, croquis, gravação de áudio, onde os aspectos físicos servem para articular as reações dos participantes em relação ao ambiente estudado. (RHEINGANTZ *et al.* 2009). Nesta pesquisa, foi feita pela pesquisadora e mais duas arquitetas. A escolha deste instrumento se deu pela possibilidade de identificação descritiva dos pontos positivos e negativos dos ambientes em análise, servindo para articular as reações dos sujeitos em relação ao ambiente, e ainda, auxiliar na preparação dos demais instrumentos, destacando aspectos a serem aprofundados. Por ser uma ferramenta analítica, combina observação e entrevista ao mesmo tempo, o que permite sua utilização tanto no ambiente construído quanto na programação arquitetônica (RHEINGANTZ *et.al.* 2009). Baseia-se no uso do ambiente físico como elemento capaz de ajudar os respondentes na articulação de suas reações e sensações em relação ao edifício ou ambiente a ser analisado, onde as experiências e emoções vivenciadas servem como instrumentos de medição da qualidade ambiental.

3.2 Questionário – estruturado

Instrumento de pesquisa que contém um conjunto de perguntas relacionadas a um determinado assunto ou problema. Permite descobrir regularidades entre grupos de pessoas por

meio da comparação de respostas relativas a um conjunto de questões. Possibilita ainda, recortes estatísticos relativos a opiniões e tendências comportamentais relacionados a grupos sociais. (RHEINGANTZ *et al.* 2009). Nesta pesquisa, foi aplicado com a equipe de assistência: médicos, enfermeiras e colaboradores. O instrumento é utilizado por possibilitar descobrir regularidades e ainda comparar as respostas relativas a um conjunto de questões.

3.3 Mapa Visual e Seleção Visual

Concebido por Ross Thorne e J A. Turnbull (1991), o mapa visual, possibilita identificar a percepção dos usuários em relação a um determinado ambiente, com foco na localização, na apropriação, na demarcação de territórios, nas inadequações a situações existentes, no mobiliário excedente ou inadequado e nas barreiras. Já a seleção visual, concebida por Henry Sanoff, possibilita fazer emergir o imaginário, os símbolos e os aspectos culturais, bem como avaliar o impacto causado por determinadas tipologias arquitetônicas, organizações espaciais, cores e texturas sobre a qualidade de vida e o bem estar das pessoas. (RHEINGANTZ *et al.* 2009). Nesta pesquisa ambos foram aplicados aos acompanhantes dos pacientes, com acompanhamento de um estagiário de psicologia, para ajudar a avaliar o impacto causado pelo ambiente nos usuários.

3.4 Poema dos desejos

Também desenvolvido por Henry Sanoff, permite que os usuários de um ambiente, se declarem por meio de desenhos, suas necessidades, sentimentos e desejos relativos ao ambiente analisado, representativos das demandas e expectativas dos usuários. (RHEINGANTZ *et al.* 2009). Nesta pesquisa foi aplicado aos pacientes e acompanhado pelo estagiário de psicologia e a pesquisadora.

3.5 Entrevista

Pode ser definida como relato verbal ou conversação “com um determinado objetivo” (Ludke; André 1986:32). É um instrumento muito usado em pesquisa de opinião de mercado, pois gera um conjunto de informações sobre o que as pessoas pensam, sentem, fazem, conhecem, acreditam e esperam (Zeizel, 1981), especialmente quando devidamente encorajadas pela manifestação de interesse do entrevistador. Seu sucesso está relacionado ao reconhecimento da importância da interação entre o pesquisador e o respondente.

3.6 Matriz de descobertas

É um meio gráfico capaz de apresentar os resultados e descobertas de uma avaliação pós-ocupação de forma resumida, de fácil leitura e compreensão. É feita a partir dos dados coletados a partir do cruzamento das informações obtidas com a aplicação dos outros instrumentos das APOs. Surgiu em virtude da dificuldade de registro do volume de informações produzidas no trabalho de campo, de como explicar os usos e procedimentos, aspectos culturais e afetivos dos ambientes de forma clara e concisa, e foi desenvolvida pela pesquisadora.

3.7 Matriz de recomendações

É um instrumento com características bastante similar à matriz de descobertas, no entanto, mediante os resultados obtidos pelas avaliações técnicas e pela avaliação do nível de satisfação dos usuários, e dos principais problemas referentes ao edifício, são organizadas e agrupadas as principais recomendações de curto e/ou médio prazo para cada situação analisada, por meio de tabela, diagrama, ou mesmo recursos gráficos, e também foi desenvolvida pela pesquisadora.

A aplicação dos instrumentos de APO foi realizada com pacientes, acompanhantes, colaboradores – enfermeiras e médicos, no intuito de entender as demandas para as internações da Pediatria, o que além de nos permitir entender o “perfil” dos usuários, possibilitou compreender a transformação que passa a “clientela” da internação pediátrica. Nas APOs, foram analisadas as estruturas físicas com anotações sobre: espaço de internação, interação com áreas verdes, iluminação, ergonomia, espaços de acolhimento do paciente, do familiar e dos funcionários, alimentação, espiritualidade, espaço para distrações positivas.

Antes da aplicação dos instrumentos, os objetivos da pesquisa foram informado pela pesquisadora, além da apresentação o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os respondentes. A pesquisa foi autorizada pela COGERPE – Comissão de Gerenciamento de Pesquisa em 20/08/2016 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Santa Casa.

3.8 Projeto Piloto - APO Conceitual

Os edifícios destinados à área da saúde assim como os demais, devem estar sujeitos à obediência de normas e padrões básicos de projeto e construção, de maneira a garantir uma oferta adequada de espaço para os pacientes e conseqüentemente para o processo terapêutico. No entanto, na prática, nem sempre podemos perceber esta adequação. Com intuito de melhor

compreender o perfil dos usuários, os problemas principais, as reais necessidades de investigação para melhor aprofundar a observação e reduzir a diferença entre a lógica de funcionamento do projetista e a lógica de utilização do usuário - paciente, acompanhante e colaborador (médicos e enfermeiros), foi elaborado um Projeto Piloto de análise e observação com uma APO conceitual de análise do ambiente construído do estudo de caso, tendo como objetivo balizar a APO final.

O desenvolvimento da APO conceitual surge a partir de uma visita exploratória, com uma equipe multidisciplinar (Figura 7), composta por: duas arquitetas, um estagiário de psicologia, um técnico em informática e uma enfermeira; gestora do setor, sob a coordenação da pesquisadora. Foram realizadas três visitas a campo, nos dias 07, 21 e 28 de janeiro de 2016. A análise foi feita com base na estrutura física; técnica construtiva e funcional, onde foi verificada a apropriação do ambiente pelos usuários. Algumas qualidades e problemas na estrutura física que poderiam colaborar ou prejudicar o bem estar dos usuários que vivenciam a edificação foram identificados.

Ao reconhecer que o espaço físico, pode incorporar significados subjetivos mediante seu uso, a pesquisa teve ainda um caráter de levantamento das expectativas psicocomportamentais dos usuários, um diagnóstico que serviu como referência para a APO final.

Instrumento	Data de aplicação	Objeto de estudo	Pesquisadoras
Visita exploratória	07/01/2016	Pediatria	Janice, Laila, Janielly, Geraldo, Leonice, Henrique
Walkthrough (com ficha de inventario ambiental)	21/01/2016	Pediatria	Janice, Laila, Janielly
Questionário	28/01/2016	Colaboradores	Janice, Janielly
Seleção e Mapa Visual	21/01/2015	Acompanhantes	Laila e Geraldo
Poema dos desejos	21/01/2015	Pacientes	Laila, Geraldo e Henrique

Tabela 2: Relação de instrumentos – Projeto Piloto.

Fonte: Acervo do autor, 2016



Figura 7: Equipe multidisciplinar da APO inicial
Fonte: acervo do autor, 2016.

Objetivo Geral do Projeto Piloto

- Diagnosticar, descrever e analisar o ambiente construído, percepção e cognição ambiental a partir do ponto de vista dos usuários, com análise crítica da pesquisadora, na pediatria da Santa Casa de Montes Claros - MG.

Objetivos Específicos do Projeto Piloto

- Levantar expectativas psicocomportamentais dos usuários do espaço da pediatria da Santa Casa de Montes Claros-MG;
- Verificar a validade da aplicação dos instrumentos;

Foram escolhidos instrumentos diferentes para cada participante, (adotou-se o critério de afinidade com o tema/usuário).

No entanto, o primeiro instrumento - visita exploratória, foi feito pelo grupo todo, guiados pela gestora da área, e orientados pela pesquisadora. Foram feitas anotações com as primeiras impressões, permitindo traçar a estratégia de aplicação dos outros instrumentos de análise. Na segunda visita, foi elaborada uma análise Walkthrough, com ficha de inventário ambiental, desenvolvida pela pesquisadora e preenchida pelas arquitetas da equipe de pesquisadores.

O grupo foi dividido em: paciente/acompanhante e colaboradores: médicos, assistentes de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, pedagoga e nutricionista. O grupo paciente/acompanhante era composto de uma arquiteta, um estagiário de psicologia e um

técnico de informática que aplicaram os instrumentos: Seleção visual, Mapa visual, Questionário e Poema dos desejos. A outra arquiteta junto com a gestora da área ficaram a cargo dos colaboradores aplicando o questionário e colhendo informações dos mesmos.

Mediante o cruzamento de dados e com a identificação de maior ocorrência dos fatos relatados, foi feita a análise dos resultados pela Matriz de Descobertas. Nas considerações finais foram discutidos os métodos empregados e verificada a validade da aplicação dos instrumentos, o que permitiu a elaboração e realimentação dos instrumentos para a APO final.

Ressalta-se que esta APO inicial foi feita com a autorização do gestor, coordenador da área, bem como do diretor assistencial e técnico, haja vista que o projeto de pesquisa, naquele momento ainda aguardava a aprovação do comitê de ética do hospital.

3.9 APO Final

È o produto final da análise do ambiente construído do estudo de caso da pesquisa. Para o desenvolvimento desta APO final, complementamos os formulários desenvolvidos para a análise do ambiente construído do estudo de caso da pesquisa – APO Conceitual e aprofundamos a pesquisa em relação aos problemas previamente identificados. Notamos claramente a necessidade de validar e aprofundar os dados revelados que afetam diretamente a qualidade de vida dos pacientes pediátricos internados.

No entanto, para não tornar o trabalho muito extenso, a pesquisa deve ser analisada na íntegra, como parte indissociável da APO Conceitual - Projeto Piloto, pois aqui apresenta-se apenas os instrumentos alterados.

Os instrumentos da APO final foram iniciados em agosto (8 meses) após a primeira coleta de dados, também seguiram uma vista exploratória, com equipe multidisciplinar, (Figura 8) composta por: duas arquitetas, um estagiário de psicologia, e uma enfermeira- gestora do setor, também sob a coordenação da pesquisadora. Foram realizadas mais três visitas a campo, nos dias 25 e 30 de agosto e 02 de setembro e seguiram o seguinte cronograma:

INSTRUMENTO	DATA APLICAÇÃO	APLICADO A:	RESPONDENTE	RESPONDIDAS	PESQUISADORES
Visita exploratória	25/08/2016	Área da pediatria			Janice
Walkthrough com Inventário Espacial	30/08/2016	Área da pediatria			Janice e Janielly
Questionário	02/09/2016	Colaboradores	Enfermeira e Aux. De enfermagem	28	Janielly
Entrevista	02/09/2016	Colaboradores	Coordenador Gerente Enfermeira, Médicos, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo	7	Janice
Seleção e Mapa Visual	02/09/2016	Acompanhantes	Familiares	25	Janice Janielly e Geraldo
Poema dos Desejos	02/09/2016	Pacientes	Pacientes	25	Janice Janielly e Geraldo

Tabela 3: Relação de Instrumentos APO Final.
Fonte: Acervo do Autor, 2016.



Figura 8: Equipe multidisciplinar da APO Final
Fonte: acervo do autor, 2016.

Objetivo Geral da APO Final

- completar o diagnóstico, a descrição e a análise do ambiente construído, percepção e cognição ambiental a partir do ponto de vista dos usuários, com análise crítica da pesquisadora, na pediatria da Santa Casa de Montes Claros - MG.

Objetivos Específicos da APO Final

- complementar o levantamento das expectativas psicocomportamentais dos usuários do espaço da pediatria da Santa Casa de Montes Claros-MG;
- contribuir como referência para a construção de diretrizes projetuais em projetos semelhantes.

Todos os instrumentos foram realimentados, com exceção do poema dos desejos por entendermos que este estava respondendo ao que fora pretendido. O primeiro instrumento reaplicado foi a Walkthrough com Inventário Espacial, que foi incrementado com informações sobre o perfil dos usuários e das atividades ali desenvolvidas (Apêndice I). Na segunda visita da APO final, foi feita a vista exploratória, desenvolvida pela pesquisadora (Apêndice II). Depois foi feito o questionário que foi entregue à equipe de enfermagem e aos auxiliares de enfermagem, com prazo de 01 semana para devolver. (Apêndice III). A pesquisadora fez ainda entrevistas com os colaboradores da Pediatria com horário pré-agendado com os respondentes. Este instrumento foi inserido na APO final, em virtude da grande necessidade de interação pesquisador/respondente identificada na APO conceitual do projeto piloto (Apêndice IV). Os outros pesquisadores aplicaram os instrumentos: Seleção Visual, Mapa Visual e Poema dos desejos (Apêndice V, VI e VII). Ressalta-se que para todos os respondentes foi explicado, os objetivos da pesquisa e fornecido o TCLE (Apêndice VIII e X).

Nesta pesquisa também foram cumpridas todas as etapas do processo de APO, teoria, conceitualização dos métodos e instrumentos, identificação de prevalência, aplicação e tabulação de dados coletados.

Após a aplicação de todos os instrumentos, foi feita a compilação dos dados com identificação da prevalência dos fatos relatados, o que permitiu a reelaboração da Matriz de Descobertas e Recomendações.

CAPÍTULO IV

ESTUDO DE CASO



4.1 A ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

A saúde da população brasileira é objeto de constante estudo e preocupação e na busca de uma solução, o governo de Minas lança em 2007 um plano para a saúde da população, “Minas : o melhor Estado para se viver” conforme demonstra a figura abaixo (Figura 9).



Figura 9: Plano Mineiro de desenvolvimento integrado – 2007/2023.

Fonte: O Choque de Gestão em Minas Gerais, 2007.

Para adequar-se ao Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, PMDI, a Secretaria de Estado da Saúde definiu seu sonho/visão, propondo-se ser “modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais fosse o Estado onde se viva mais e melhor”. Nesse encaixe, desenvolveu seu plano estratégico intitulado “O Choque de Gestão na Saúde de Minas Gerais”. No entanto, a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, o envelhecimento e a diminuição da população infantil, acarretaram em uma mudança na estrutura etária da população, além de um aumento na demanda dos hospitais por serviços de baixa e média complexidade, (Gráfico 04) o que se transformou em um dos principais motivos para a superlotação dos hospitais, que acabam atendendo pacientes para realização de procedimentos simples e consultas, o que vai na contra mão da posição gerencial dos hospitais.

Gráfico: Pacientes triados de Jan-Mar/2010 na cidade de Montes Claros segundo indicador de risco – cor

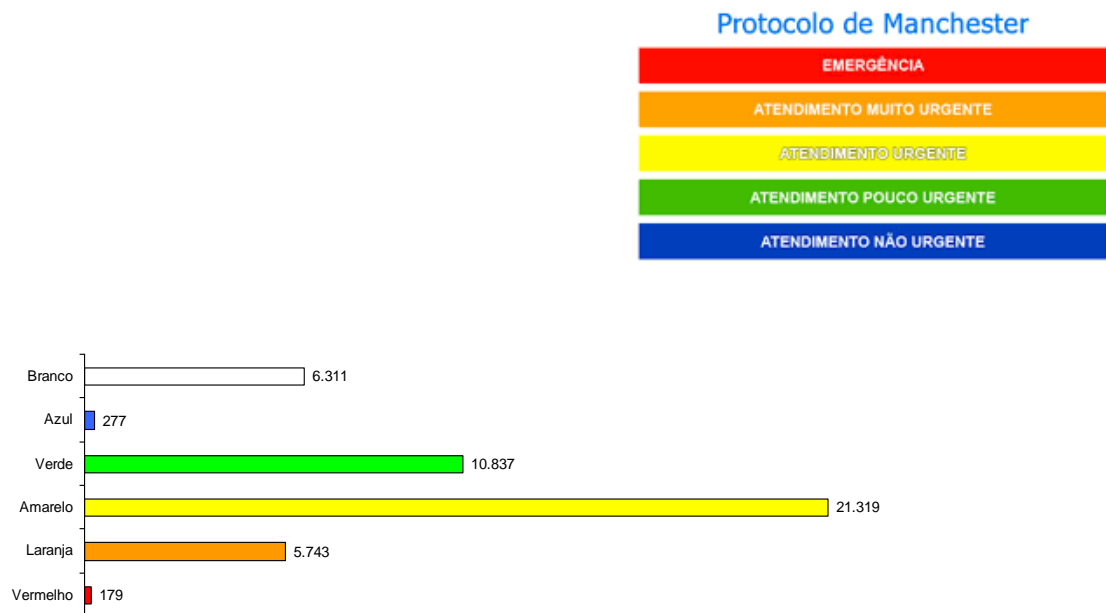


Gráfico 4: Resultados na Saúde, 2010.

Fonte: Relatório SAMU – Macro Norte/MG, 2009 *apud* O Choque de Gestão em Minas Gerais.

O governo de Minas elegeu o Norte de Minas para a implantação do projeto piloto da Rede Regional de Urgência e Emergência. Montes Claros nele se insere como polo natural, no entanto, sua consolidação ainda está em andamento. Pioneira, exemplo para outros estados brasileiros e para os diversos países que nos visitam em intensão de *benchmarking*, onde se espera também que seja um modelo a ser replicado em outras macrorregiões de Minas. A Rede local compõe-se, desde então, de cinco pontos de atendimento: Santa Casa, Hospital Universitário, Hospital Dílson de Quadros, Hospital Aroldo Tourinho, e Hospital Alpheu de Quadros, que pouco representa em termos de atendimento. Dos estudos técnicos e das verificações *in loco*, a Santa Casa veio a ser escolhida para o papel de referência na Rede Regional em trauma maior e cardiologia, no nível I. Abaixo o mapeamento da resolubilidade (Gráfico 5):

CONSOLIDADO MACRORREGIONAL DA GRADE DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS																																																						
FLUXOGRAMAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PROTOCOLO DE MANCHESTER																																																						
Hosp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50				
Aroldo Tourinho	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red		
Função de Saúde Dilson	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	
Hospital Universitário	Amel	Amel	Amel	Amel	Amel	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	Ver	
Santa Casa	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red

Gráfico 5: Mapeamento da resolubilidade

Fonte: O Choque de Gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde, 2010.

(A legenda segue o mesmo critério do Protocolo de Manchester: vermelho é mais grave que laranja; laranja mais grave que amarelo; amarelo mais grave que verde; branco: não atende.).

A Rede Regional entra em funcionamento com a estrutura disponível em Montes Claros, sem investimentos prévios na adequação da capacidade física dos hospitais locais para suportar o recrudescimento da demanda regional, embora tenham sido feitos, pelo Estado de Minas importantes investimentos nas estruturas hospitalares localizadas nos micro polos.

No entanto, é preciso ressaltar que os resultados da Rede foram positivos, mesmo com as deficiências sob foco, demonstrou resultados relevantes quanto à redução da mortalidade em sua área de abrangência, conforme demonstra o gráfico abaixo: (FIGUEIRAS, 2011).

REDUÇÃO DA MORTALIDADE GERAL NA MACRONORTE

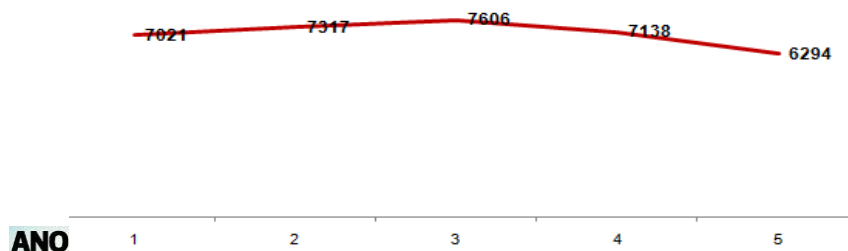


Gráfico 6: Abordagem dos resultados da rede nos últimos cinco anos.

Fonte: “O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais”, p. 133.

Nota-se, no gráfico, que a tendência da mortalidade dos três primeiros resultados era progressiva, linear e crescente, projetando-se a 8.215 mortes no último ano do período. Comparando a projeção aos números efetivos, constata-se expressivo ganho na redução da mortalidade no ano 2010. Importante observar a reorientação da tendência após o

funcionamento da Rede Regional, embora o tempo de observação ainda seja curto, indicando possibilidade de resultado ainda melhor em 2011, conforme gráfico abaixo:

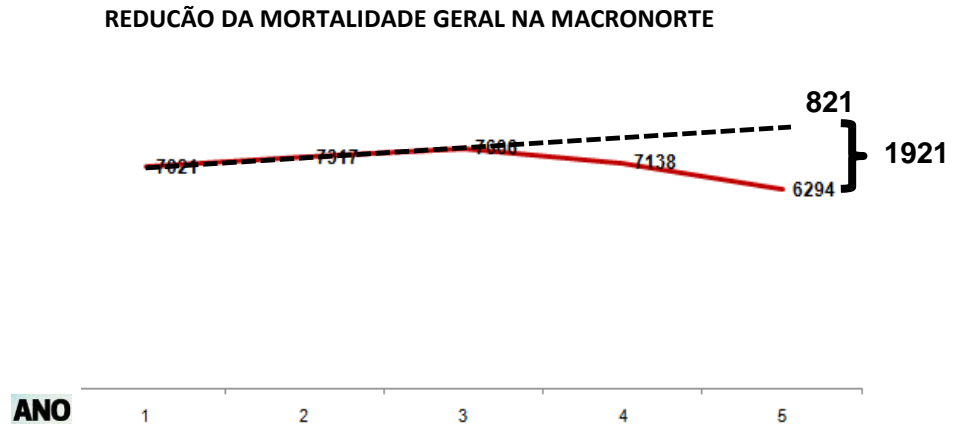


Gráfico 7: Estimativa dos resultados da rede nos últimos cinco anos.
Fonte: FIGUEIRAS, 2011. Superintendente da Santa Casa de Montes Claros na época

4.2 A ASSISTÊNCIA A SAÚDE EM MONTES CLAROS - MG

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) informam que a cidade de Montes Claros conta com população de 361.915 habitantes, o que a categoriza como cidade de médio porte. Conta ainda com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,770, considerado como alto em relação ao país, estando acima da média estadual e nacional. O que é reafirmado, por Gomes (2007), quando cita que:

Montes Claros é uma cidade média, tanto em termos populacionais como funcionais, sendo o mais importante polo da região do Norte de Minas, que é uma região que se destaca no âmbito estadual e nacional por apresentar baixos indicadores socioeconômicos. A posição central e hierarquicamente superior de Montes Claros na rede urbana do Norte de Minas se consolidou ao longo do seu processo de formação. (GOMES, 2007 p. 82).

Montes Claros teve seu desenvolvimento econômico alavancado nas últimas décadas, principalmente devido ao desenvolvimento agropecuário atribuído a cidade, e suas características de cidade polo e ainda pelo fato da região ter sido incorporada na Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – a SUDENE, no final da década de 60, o que favoreceu a chegada de indústrias no município, impulsionando assim, o desenvolvimento da cidade na região. Sobre o assunto, Gomes (2007) ressalta que:

[...] a base econômica de Montes Claros, até a década de 70, era apoiada na agropecuária e nas atividades mercantis, no entanto, após esse período, a situação se modificou. A região Norte de Minas passou a ser foco de políticas desenvolvimentistas da União, sendo incorporada, em 1965, à Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), que foi criada pelo governo federal, em 1959, com o intuito de fomentar o processo de industrialização da região Nordeste do país e, por conseguinte, reduzir as desigualdades macrorregionais do país, visto que as indústrias se concentravam nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. (GOMES, 2007 p. 82)

Nota-se que o crescimento foi rápido, caracterizando um crescimento urbano substancial que pode ser quantificado através de pesquisas realizadas pelo IBGE (2010), que atesta que o grau de urbanização do município passou de 40,66%, em 1960, para 73,10%, em 1970, e chegou a 87,60% em 1980. Conclui que esse crescimento urbano foi caracterizado principalmente pela “industrialização, a mecanização do campo, o êxodo rural e os movimentos migratórios inter-regionais”. O crescimento urbano trouxe à premência de adequações na estrutura do município, e com ele a demanda crescente de assistência à saúde. (GOMES, 2007).

A estrutura hospitalar promove constante progresso e desenvolvimento aos municípios. Em Montes Claros, não é diferente, município com característica de cidade polo e rodovias privilegiadas em termos de quantidade, percebe-se claramente que o desenvolvimento no campo da saúde na cidade, contribuiu fortemente para que a mesma se tornasse referência em atendimento assistencial de saúde e possibilitasse constante desenvolvimento ao município. De acordo com o documento divulgado pela ACI (Associação do Comercio Industrial e de Serviços de Montes Claros).

[...] O município de Montes Claros possui uma malha viária de 4.600 km de estradas cortando os seus 3.576 km² interligando os diversos distritos e comunidades com a sede do município servindo como canal de escoamento da produção rural, transporte da população e escolar para atendimento ao sistema de nucleação. Quanto às rodovias federais, o município possui um dos maiores entroncamentos rodoviário do país. (ACI Montes Claros, 2012 p.14).

Montes Claros é o macro polo da região e atende pessoas em busca da excelência do atendimento hospitalar, notadamente da Santa Casa. (Censo do IBGE 2010). Ainda de acordo com a ACI, a cidade possui população flutuante de aproximadamente 1,6 milhões de pessoas, oriundas do Vale do Jequitinhonha, do Sul do Estado da Bahia e das cidades vizinhas. “Toda esta população se constitui em mercado consumidor potencial dos bens e serviços que são diariamente disponibilizados pela assistência local” (ACI Montes Claros, 2012).

Segundo Paula (1979) a edificação hospitalar da Santa Casa foi quem deu acesso a outras instalações institucionais como: escolas, novas igrejas, comércios e mais tarde, a

fundação de novos hospitais, dando destaque para os hospitais Aroldo Tourinho, São Lucas e Hospital Universitário, que junto com a Santa Casa respondem por praticamente todo o desenvolvimento no campo hospitalar dos 86 municípios e região.

HOSPITAL	Nº DE LEITOS	% DE LEITOS NO MUNICÍPIO
Hospital Dilson Godinho	117	13,18%
Hospital Universitário	172	19,37%
Hospital Aroldo Tourinho	214	24,10%
Hospital da Santa Casa	385	43,36%
Total	888	100,00%

Tabela 4: Distribuição de leitos nos principais hospitais de Montes Claros-MG.
Fonte: Acervo do autor, 2015.



Figura 10: Fachada Principal do Hospital da Santa Casa de Montes Claros – MG.
Fonte: Site da Santa Casa, 2015.

Hospital da Santa Casa: segundo o site da instituição², a Santa Casa é o serviço de assistência à saúde de maior referência hospitalar, localizada no eixo geográfico Belo Horizonte - Salvador - Brasília. Num raio menor, a Instituição é efetivamente o centro garantidor da Rede Regional, que interliga 86 municípios, somando uma população aproximada de dois milhões de habitantes.

² Endereço Eletrônico: <http://www.santacasamontesclaros.com.br> Acessado em: Abril/2016.

4.3 AS SANTAS CASAS NO BRASIL

A preocupação com a assistência e as instituições de saúde não é recente, em 1408 a Coroa Portuguesa julgou-se no dever de amparar grupos de pessoas, até quase multidões que seguiam os velhos caminhos dos romanos, onde se instalaram albergues e junto a eles toscos hospitais para atender os que se enfermavam ou estavam exaustos. Assim, surgem as Irmandades da Misericórdia, Irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia, ou hoje conhecida como Santa Casa de Misericórdia, que nascem com o intuito de ajudar os enfermos e mais necessitados dos municípios europeus, açoitados pela fome, peste e a guerra, com o objetivo de promover amparo espiritual e material aos necessitados, principalmente diante da pobreza resultada de vários fatores como: a falta de trabalho e os problemas econômicos ligados a fatores climáticos da época (SANTOS 2005).

As irmandades começaram a existir desde meados do século XI quando iniciaram as confrarias, mas passam a ganhar destaque a partir do século XV por serem consideradas estruturas mais organizadas e por obedecerem às regras sancionadas pela Igreja, que verificava suas contas anualmente por um dignitário religioso. Expandiram-se especialmente na região de Minas Gerais, a corrida ao ouro levava inúmeros aventureiros em busca de fortuna, e em 1711 existiam já dez irmandades em Minas Gerais. No entanto, o estabelecimento das populações não foi acompanhado pela construção de igrejas ou conventos que pudessem dar assistência religiosa às populações, e as irmandades e confrarias religiosas surgiram para colmatar esta falha, o que se tornou também um fenômeno tipicamente urbano. (SANTOS; SILVA, 2014.)

Problemas de toda natureza existiam naquela época, desde falta de médicos até falta de higiene e de medicamentos eficazes, o que levava a alta incidência de verminose, esquistossomose, doença venéreas, malária, tuberculose, febre tifo, e problemas cardiológicos, e era quase absoluta a falta de laboratórios para análise. Quantos morreram nessas circunstâncias, jamais se saberá, e, as Santas Casas, foram esteio da assistência médica, desde seus primórdios (SANTOS, 2005).

Para Leme (1999), a evolução das cidades foi caracterizada principalmente devido ao urbanismo sanitário ou higienista que caracterizou em ações preventivas contra disseminação de doenças nas cidades ainda entre 1885 e 1930. Sendo assim, o hospital veio como forma de controlar o progresso dessas enfermidades, bem como contribuir para políticas de saneamento básico.

4.4 A SANTA CASA DE MONTES CLAROS - MG

Conforme descreve a Revista Tempo (2012, p.60-62), “a cidade de Montes Claros tem suas origens na Fazenda dos Montes Claros, criada em 12 de abril de 1707”, que foi elevada a Arraial das Formigas. Torna-se independente pelos esforços dos líderes políticos em 13 de outubro de 1831, o arraial foi elevado à vila, recebendo o nome de “Vila de Montes Claros de Formigas”, devido à concentração de numerosos formigueiros por todo o seu limite, “em 1857 através da Lei 802 de 3 de julho, a Vila de Formigas foi elevada à categoria de Cidade, passando a se chamar cidade de Montes Claros.” Nesse período, a vila tinha pouco mais de 2.000 habitantes, mas os políticos já pleiteavam melhoramentos para o município. Inicia-se então, a configuração política da cidade, com líderes políticos e juizes, além desses, também chegam a Vila os primeiros médicos e facultativos: Manoel Hipólito de Palma, com licença para exercer a profissão de cirurgião, e em 1847, chega à vila o primeiro médico formado: Doutor Carlos Versiani.

Devido à necessidade clara de cuidados hospitalares no município e da existência de um médico habilitado para atendimento, entendeu-se que a primeira edificação institucional que deveria compor a estrutura da nova cidade seria um hospital. E, o Governador da Província, Joaquim Pires Machado Portela, criou em 1871, catorze anos após a emancipação, o Hospital de Caridade, depois chamado “Santa Casa de Caridade de Montes Claros”.(Revista Tempo,2012p.60-62)

Santos e Silva (2014) relatam, que a Santa Casa de Montes Claros foi fundada “com aprovação da lei provincial número 2.396, de 13 de outubro de 1877 e o ato de confirmação do bispo Dom João Antônio, então bispo de Diamantina, em 19 de janeiro de 1878”. Foi fundada, com o objetivo de acolher os mais necessitados e melhorar a saúde do município, pois o tratamento dos enfermos, até o momento, era realizado em casas ou clínicas particulares.

A princípio, a estrutura física da Santa Casa era bem simples, em casa sede localizada nas imediações do que hoje é conhecido por Praça Doutor Carlos Versiani e que ficou pronta no ano de 1877 (Figura 11). A estrutura da edificação era em arquitetura pavilhonar com gabarito de um pavimento, o que atendia a necessidade do município na época. Em 1903, a sede do Hospital foi transferida para o final da atual Avenida Coronel Prates, local onde ela ainda está locada até hoje, e uma nova sede foi adaptada em 1908 (Figura 12), mas em 1947 (Figura 13) foi feita a construção da sede principal que deu origem ao complexo hospitalar que lá existe até hoje (Figura14).



Figura 11: Primeiro prédio onde foi instalada a Santa Casa em 1877. **Fonte:** Site da Santa Casa de Montes Claros, 2015.



Figura 12: Hospital da Santa Casa de Montes Claros em 1908. **Fonte:** Site da Santa Casa de Montes Claros, 2015.



Figura 13: Modernização do Prédio, 1947. **Fonte:** Site da Santa Casa de Montes Claros, 2015.



Figura 14: Foto da Santa Casa atual. **Fonte:** : pessoal, 2015.

LINHA CRONOLÓGICA DAS ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS E ARQUITETÔNICAS DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS-MG

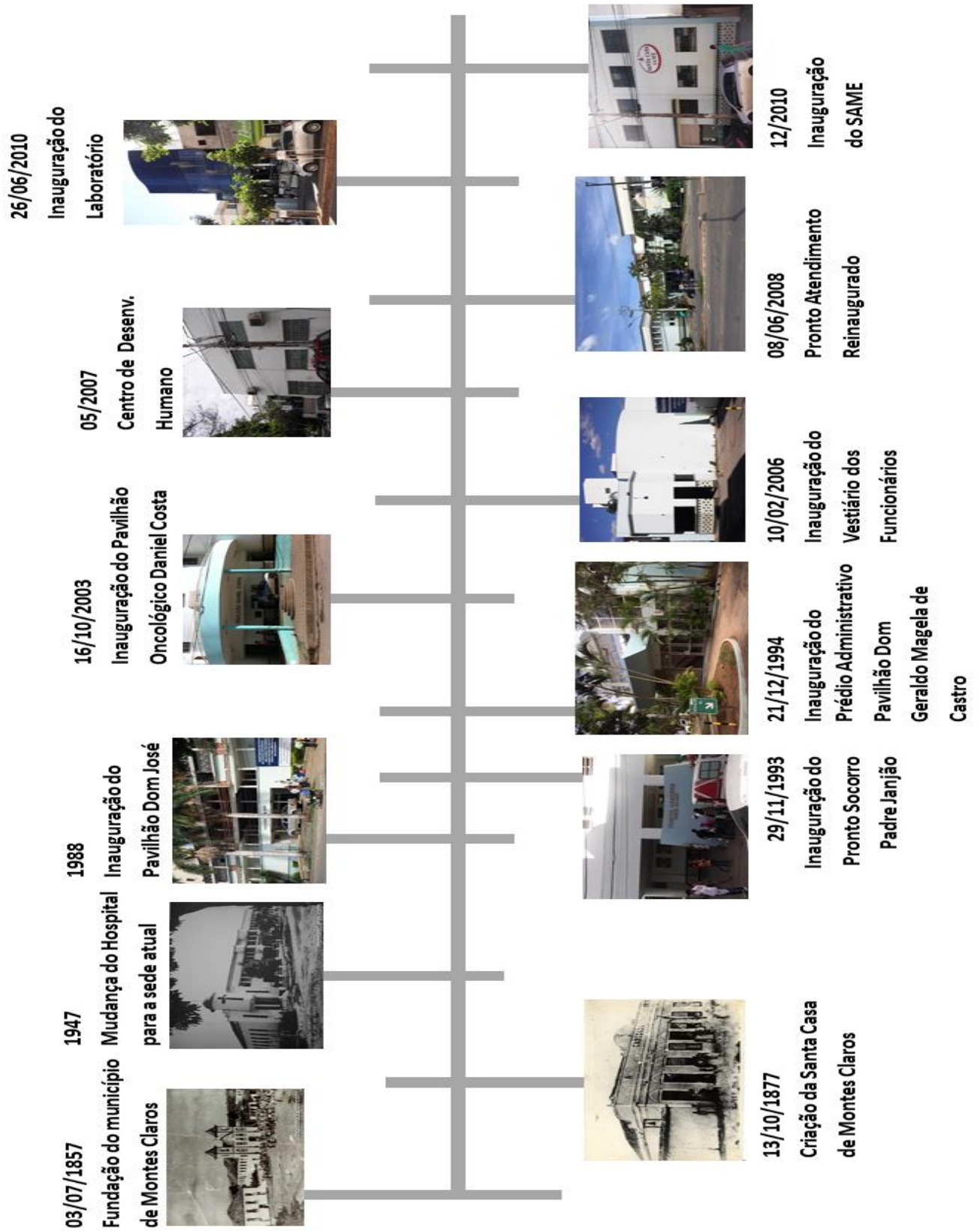


Figura 15: Linha Cronológica evolutiva da Santa Casa de Montes Claros.
Fonte: Acervo Pessoal, 2015

Segundo o endereço eletrônico da instituição³, após 144 anos de história, a Santa Casa, é referência em saúde para o município polo de Montes Claros, para o Estado de Minas Gerais e ainda, reconhecidamente referência para outros hospitais do norte de Minas e do Sul da Bahia. Seus esforços em desenvolvimento da expansão física, apesar de descaracterizados arquitetonicamente, têm ainda um valor simbólico para a população, pois a instituição sempre busca se adaptar aos anseios e atender de maneira ímpar a população que necessita de seus cuidados, fator que também contribuiu para a Santa Casa de Montes Claros receber o credenciamento de acreditada ONA Nível III de excelência em saúde. O hospital entre outras atividades típicas de hospital geral, conta com investimentos em humanização e qualidade do atendimento, por meio do incentivo ao aleitamento materno e redução da mortalidade infantil, fatores que também garantiram à Santa Casa de Montes Claros o título de Hospital Amigo da Criança.

4.5 A PEDIATRIA DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS - MG

A Pediatria da Santa Casa de Montes Claros é referência para alta e média complexidade conforme atesta o cadastro do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde). Possui 47 leitos pediátricos e taxa média de ocupação de 80,62% dos leitos (Figura 16).

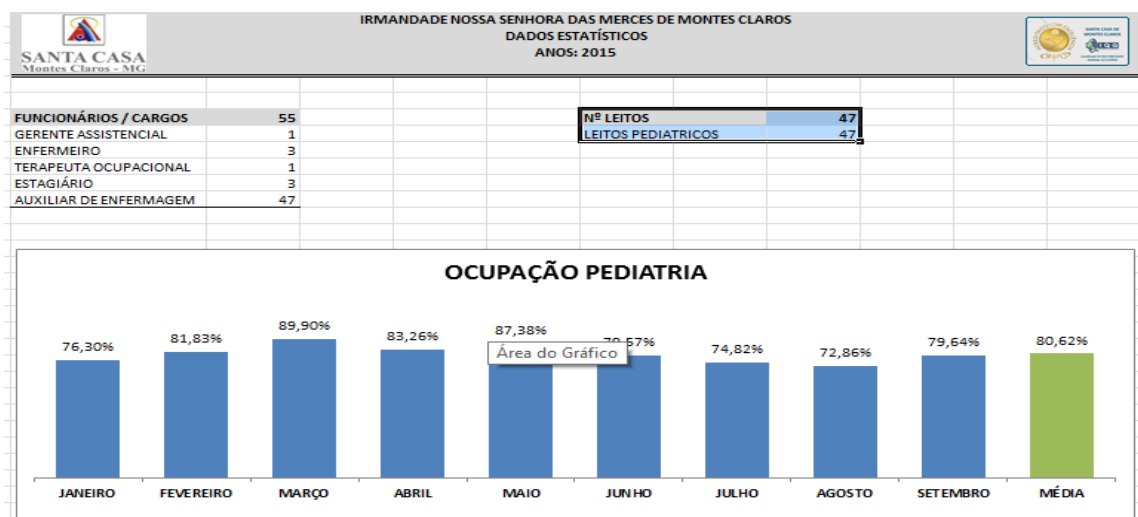


Figura 16: Perfil da Pediatria .

Fonte: Controladoria da Santa Casa, 2015.

No cotidiano profissional do arquiteto de espaços de saúde, e na vivência do ambiente de saúde, a ala pediátrica é permeada de algumas singularidades. A criança perde suas referências por estar longe de casa e de tudo que é comum á suas rotinas diárias, além do que,

³ www.santacasamontesclaros.com.br

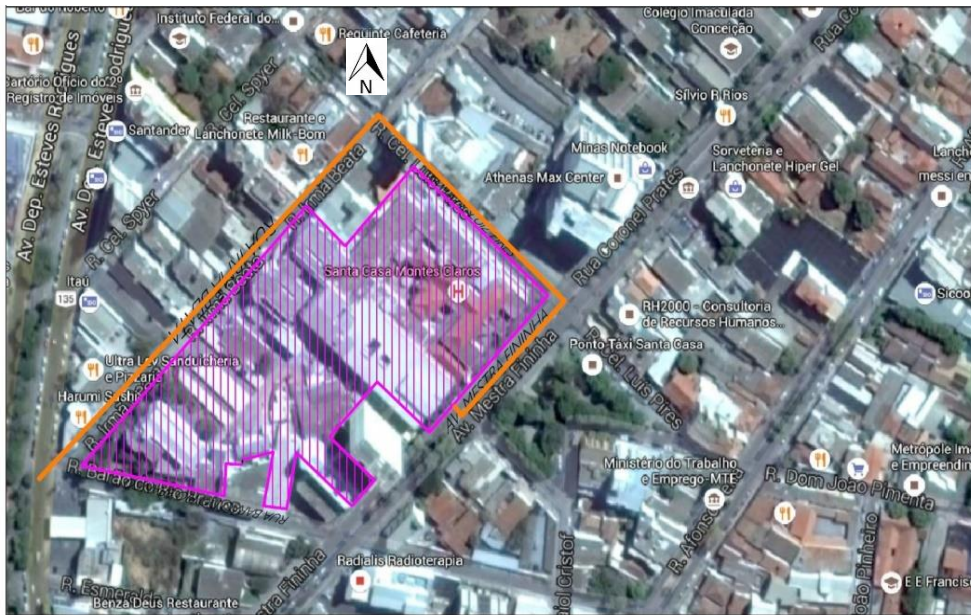
o ambiente hospitalar lhe causa medo e restrições. Ela exige maior atenção e cuidados, e qualquer desestruturação em sua faixa etária interfere na qualidade de vida e em seu pleno desenvolvimento. Portanto o cuidar da criança hospitalizada, demanda interação entre equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada, o que por um lado oferece inúmeros benefícios à recuperação do ser doente, por outro pode representar fonte geradora de conflitos. Tudo isso pode tornar a assistência um exercício complexo, em especial em virtude de possível choque cultural (Souza e Santos, 2009).

Um vez que a família encontra-se emocionalmente abalada em função da doença da criança, cuidar da família é também uma responsabilidade e compromisso moral da enfermagem e para tanto é necessário que haja um ambiente de cuidado que favoreça o relacionamento entre enfermagem e família, a fim de construir uma prática que a ajude no enfrentamento de dificuldades, em especial em situações de doença. O hospital pode ser compreendido pela criança e pela família como um ambiente estranho, que fomenta sofrimento físico e emocional, este fato, faz com que a família se sinta esgotada e pouco à vontade para cuidar da criança e, geralmente, por ser ignorada em suas necessidades, a família pode ter no hospital uma experiência traumatizante assim como a criança. (Pinto *et al.*,2010).

Os profissionais da assistência referem ainda, que a inexistência de uma estrutura física e acomodações adequadas implicam em um vazio no cuidado, não contemplando as necessidades da família na unidade pediátrica, culpam a falta de acomodações adequadas como fator potencializador do sofrimento da hospitalização (Milanesi *et al.*,2006).

4.6 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O estudo de caso, objeto desta pesquisa é a ala pediátrica da Santa Casa de Montes Claros, situada à Praça Honorato Alves, nº 22, no centro da cidade de Montes Claros – MG (Figura17).



Legenda:

- Trajetória
- EAS da Santa Casa

Figura 17: Planta de Localização. **Fonte:** Google Maps, 2015 (trabalhado pelo autor)

O Hospital da Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa de Montes Claros, Hospital Geral Nível III, tem 145 anos, é um hospital com Certificação de Acreditação Hospitalar nível III de excelência, concedida pela ONA- Organização Nacional de Acreditação e o Ministério da Saúde. É dotado de modernos equipamentos, capacitados para a monitorização invasiva e não invasiva dos pacientes, possui um dos parques tecnológicos mais modernos do país. É referência na macrorregião em várias especialidades, como cirurgia pediátrica, neurologia, hematologia, oncologia, pneumologia e cirurgia torácica, cardiologia clínica, e outras. Dentre outros setores, conta ainda com ala própria de Maternidade SUS e Convênios, credenciada para atendimento as gestantes de alto risco, com investimentos em humanização e qualidade do atendimento, por meio do incentivo ao aleitamento materno e redução da mortalidade infantil, fatores que garantiram à Santa Casa o título de HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. A Santa Casa é referência em saúde para o município polo de Montes Claros, e para o Estado de Minas Gerais e ainda reconhecidamente referência para outros hospitais do norte de Minas e do Sul da Bahia. (www.santacasamontesclaros.com.br)

No entanto, nota-se que os esforços do hospital em desenvolvimento da expansão física, apesar de descaracterizados arquitetonicamente, têm ainda um valor simbólico para a população. O centenário complexo hospitalar possui cinco andares, distribuídos da seguinte maneira:

- Subsolo I : Radiologia
- Subsolo II: Pronto Socorro, Oncologia, CME, SND, Rouparia, Almoxarifado, Administrativo, e Nefrologia- com acesso direto pela Rua Irmã Beata;
- Térreo: Pronto Atendimento, Imagem, Laboratório, Ala de Transplantes, Maternidade SUS, Administrativo, Enfermarias do SUS, **Pediatria**, CTI Neonatal- com acesso direto pela Praça Honorato Alves;
- 2º Pavimento: Bloco Cirúrgico de Queimados, Bloco Cirúrgico Geral, Farmácia central, Bloco Obstétrico, Internação, Enfermaria de Queimados, Maternidade Convênios, CTI Adulto, CTI Cardiológico, Hemodinâmica;
- 3º Pavimento: CTI Adulto.

Como recorte para a pesquisa foi analisada em profundidade a ala pediátrica, que está localizada no térreo, mas sem acesso direto pela rua, apenas acessada por rampas⁴. A ala está localizada no “coração do hospital, mas para chegar no setor se faz necessário percorrer boa parte do hospital . A Pediatria funciona há mais de quarenta anos neste local e teve poucas adequações e reformas, tanto quanto a questões estruturais quanto a investimentos em equipamentos e mobiliário. É referência de alta e média complexidade para os 86 municípios que a Santa Casa atende, portanto a maioria dos pacientes são de municípios vizinhos. O setor é também utilizado para residência pediátrica, atendendo em média 20 estudantes por dia/ por turno matutino e vespertino. A escolha desta área se deve ao fato de sua desafiante complexidade: estrutural, funcional e comportamental, o envolvimento de particularidades não médicas, diversidade de usuários e principalmente por envolver muitas emoções além das inerentes ao ambiente hospitalar.

⁴ o hospital só dispõe de elevador no setor do laboratório, todos os outros setores são acessados por rampas.



Figura 18: Planta do Térreo do Hospital da Santa Casa Montes Claros em destaque a Pediatria
Fonte: acervo do autor, 2016.



Figura 19: Setor da Pediatria. **Fonte:** acervo do autor, 2016.

01-Posto de Enfermagem 02- Copa 03- Lactário 04- Enfermaria com 05 leitos 05- I.S da enf. 06- Enfermaria Oncológica com cinco leitos 07- I.S da enf. Oncológica 08- I.S. Acompanhantes 09- Utilidades 10- DML 11- Equipamentos 12- Enfermaria com 06 leitos 13- I.S da enf. 14- Enfermaria com 08 leitos 15- I.S da enf. 16- Sala de curativos 17- Isolamento com 03 leitos 18- Enfermaria com 06 leitos 19- I.S da enf. 20- Enfermaria com 05 leitos 21- I.S da enf. 22- Descanso de enf. 23- I.S funcionários 24- Adm

A ala da pediatria inicialmente teve seu projeto aprovado pela vigilância sanitária com 32 leitos, mas, ao longo do tempo e em virtude da grande demanda e no intuito de promover ações que reduzissem a mortalidade e morbidade pediátrica e que garantissem o acesso de todos aos diferentes níveis da assistência, viu-se como essencial e emergencial a ampliação dos leitos pediátricos na Instituição, mesmo sem espaço físico para tal. Como a ala pediátrica é a única pediatria credenciada com média e alta complexidade da região, passou a atender muitos mais pacientes que comportava, chegando hoje a ter, na mesma área 47 leitos pediátricos credenciados no CNES.

Conforme descrito no capítulo anterior, a seguir será apresentada as principais considerações relacionadas á APO Conceitual – Projeto Piloto e posteriormente a APO final.

4.7 PROJETO PILOTO - APO CONCEITUAL

4.7.1 Visita Exploratória

Para ambientar os pesquisadores da equipe que ainda não tinham tido nenhum contato com um ambiente hospitalar, algumas orientações foram passadas pela pesquisadora : proteção de braços e pernas, vestimenta ideal, calçados apropriados e como se portar em caso de um acidente. Foram informados ainda de como se “comportar” em um ambiente hospitalar, principalmente em relação a fotos e cuidados com contaminação.

O reconhecimento do local foi feito com uma visita guiada pela pesquisadora e a gestora da ala pediátrica, onde foram permitidas registrar fotos e observações pessoais sobre cada ambiente, além de permitir buscar informações complementares. Dessa forma, com o primeiro instrumento aplicado foram registradas as primeiras impressões em relação ao ambiente, através da execução dos diários de campo dos pesquisadores.

A seguir são destacados alguns trechos dos comentários dos pesquisadores.

“observamos que essa área evidencia a necessidade de estratégias de ações efetivas e afetivas”.

“Ao chegar à pediatria, percebi que o corredor principal, além de mal iluminado, funciona como espécie de depósito de equipamentos antigos, de modo que não é nada convidativo”.

“Tendo em vista ser um ambiente destinado ao atendimento de crianças, poderia estar mais humanizado para melhor atendimento dos pacientes, com paredes coloridas e desenhos com temas infantis.”

“A impressão inicial foi um pouco negativa, o local era frio e sem cor, a estrutura física quase não ajudava, não transmitia nenhuma sensação de acolhimento e muito menos de bem estar. Na porta de entrada até que os funcionários tentaram improvisar algo colorido e lúdico, mas nada que realmente contribuísse para acalantar um espaço como aquele”.

“Os acompanhantes pareciam sem rumo, iam de um lado para o outro o tempo todo, sentavam na mesa de reunião do posto de enfermagem outra hora sentavam com as crianças em uma mesinha pequena(que é para crianças). Eles ficavam o tempo todo procurando o que fazer, para entreter e passar o tempo. Percebi que eles conversavam muito com os funcionários, já criaram uma amizade com eles”.

“A humanização no ambiente hospitalar, principalmente em área infantil, é fundamental, já que o ambiente ajuda a promover a cura, transmite segurança ao usuário”.

“Os quartos não possuem lugar adequado para os acompanhantes colocarem seus pertences e não há brinquedos e outras distrações para as crianças”.

“Passando pelos quartos percebi que a maioria das crianças procuram se distrair com telefones celulares, computadores, entre outros brinquedos que eles trazem de casa”.

“Na verdade algo realmente desumano para as pessoas que estão ali em busca de recuperação, o espaço realmente não ajudava em nada, era como estivesse em um quarto abandonado, que apesar dos equipamentos, medicação e serviço dos funcionários serem de boa qualidade o espaço físico ficou esquecido e sombrio”.

Após a visita exploratória foi possível perceber que essa etapa deveria ser realimentada, tendo em vista a complementação e o aprofundamento dos dados para a realização da APO final.

4.7.2 Walkthrough - com inventário ambiental

Foi realizada por três membros arquitetos do grupo que percorreram todo o setor com análise crítica das mesmas. As informações coletadas foram registradas na ficha padrão de inventário para cada ambiente, complementadas por fotos, observações e croquis, como nos

exemplos apresentados a seguir. O percurso seguido pelas arquitetas, foi o registrado na figura abaixo (Figura 20), com a ordem de visita dos ambientes indicados.



Figura 20: Planta da ala pediátrica com o percurso walkthrough na APO Conceitual.

Fonte: acervo do autor, 2016.

Alguns ambientes não puderam ser visitados, devido à gravidade de alguns pacientes. Alguns foram observados vazios, enquanto em outros, foi possível observar o ambiente em uso. A seguir, são relatadas observações gerais registradas sobre: as características de uso/aspectos comportamentais; características técnico-construtivas; e características ambientais dos espaços.

4.7.2.1 Características de uso/ aspectos comportamentais

De maneira geral, os espaços estão bastante desgastados e sem manutenção, observa-se que o mobiliário é obsoleto e em alguns casos inadequado para armazenamento de materiais. Há ainda materiais/equipamentos “deixados” na circulação principal, causando um aspecto ainda pior no setor, além de comprometer a segurança dos pacientes e colaboradores.

Há ainda um espaço, como o quarto da oncologia, que chama a atenção pela ambientação temática, tem um clima lúdico, que muda a sinergia do ambiente. Nota-se ainda problemas ergonômicos, pela inadequação do tamanho do mobiliário, o estado de conservação dos mesmos, e as alturas pouco ergonômicas das bancadas.

Há problemas com a falta de privacidade para os pacientes e acompanhantes que desfrutam dos mesmos espaços: pais e mães inclusive compartilhando o mesmo banheiro.

4.7.2.2 Características técnico-construtivas

Os revestimentos internos, em geral, estão em bom estado, porém são bem antigos, nos banheiros, percebe-se uma necessidade emergente de modernização e manutenção, a pintura é em cores claras o que melhora o ambiente, mas também o torna muito impessoal e frio, a iluminação é deficitária e a ventilação praticamente não existe, pois, apesar de ter janelas grandes, o setor está “entre” outros setores, onde sua ventilação é comprometida pelos equipamentos de ar condicionado (de outros setores) que têm as unidades condensadoras no prisma de ventilação da pediatria.

Também foram encontrados problemas em algumas salas com infiltração/ goteiras, trazendo umidade e cheiro de mofo aos ambientes.

Em relação ao dimensionamento dos espaços, chama a atenção o fato de que alguns são muito pequenos para a quantidade de pacientes e acompanhantes.

4.7.2.3 Características Ambientais

Os ambientes são quentes, principalmente os que estão voltados para o prisma de iluminação, informado anteriormente nas características técnico-construtivas. Portanto observa-se que, de maneira geral, o conforto térmico é alcançado apenas no ambiente com presença de equipamentos de ar-condicionado.

A acústica quase sempre é ruim em relação ao ruído interno, contudo, há pouca interferência de ruído externo, já que o setor está em área que serve de circulação a uma área restrita - CTI Neonatal. A situação mais crítica em relação aos problemas com o ruído é o movimento de pessoas e equipamentos como carrinhos no corredor principal e também muito ruído proveniente de conversas dos acadêmicos nas horas da evolução médica.

Em geral, as condições de iluminação variam muito entre os ambientes, com a incidência natural sendo pouco aproveitada. Há espaços muito escuros e existe a necessidade de uso de iluminação artificial durante o dia em vários ambientes.

4.7.2.4 Relação dos problemas encontrados

Os problemas encontrados entre as observações feitas para cada espaço estão relacionados nas tabelas abaixo, categorizados da seguinte forma:

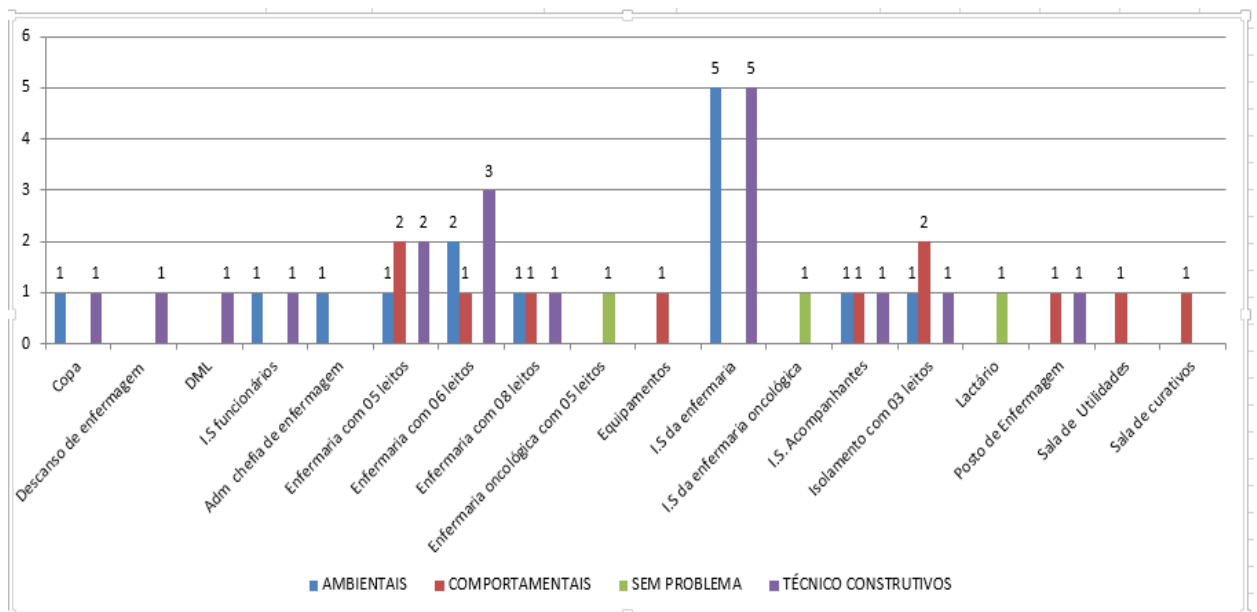
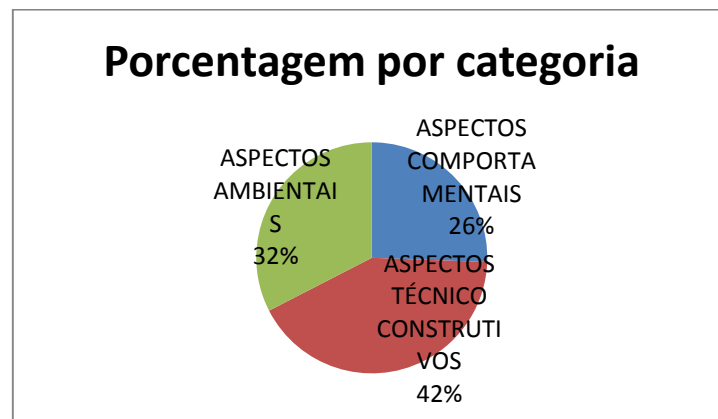


Gráfico 8: Problemas gerais por categoria.

Fonte: acervo do autor, 2016.

4.7.2.5 Análise do nível de satisfação do usuário

Além dos instrumentos de avaliação direta dos pesquisadores, foi utilizado um conjunto de instrumentos para avaliar o nível de satisfação dos usuários, aplicados em dois grupos distintos:

- **Grupo 01:** Paciente/acompanhante: Poema de desejos - pacientes, Questionário, Seleção visual e Mapa visual - acompanhantes. Ressalta-se que na APO final

entendemos que o questionário não deveria ser aplicado aos acompanhantes pois o seu preenchimento foi de difícil aceitação pelos respondentes.

- **Grupo 02:** Colaboradores assistenciais: Questionário - enfermagem e médicos.

Os propósitos da pesquisa foram apresentados informando que se tratava de uma estratégia multi-métodos de percepção ambiental e que os participantes estariam livres para responder ou não aos instrumentos. Foi informado ainda, que a identidade dos respondentes seria preservada. Ademais foi ressaltada a importância da colaboração de todos para o efetivo sucesso da pesquisa. No entanto, no dia da visita havia na ala Pediátrica o total de 14 pacientes, sendo um deles sem acompanhante, pois é tratada como moradora há 43 anos e é assistida por uma freira que vem constantemente á instituição visitá-la.

Entendemos que este instrumento deveria ser realimentado para a APO final para complementar dados.

4.7.3 Questionário (estruturado)

O questionário foi aplicado aos colaboradores assistenciais: enfermagem e médicos, conduzido por dois membros arquitetos da equipe de pesquisadores.

Para melhor entender e conhecer a opinião dos colaboradores da Ala Pediátrica da Santa Casa foi feita a aplicação do questionário, no qual deveriam ser atribuídos valores de zero a quatro para quatro aspectos relacionados a ambientes selecionados, considerando-se, nesta ordem:

- 4 – muito bom
- 3 – bom
- 2 – ruim
- 1 – muito ruim
- 0 – não se aplica

O questionamento foi dividido em três fases: primeiramente procurou identificar uma visão geral do setor, relacionando as características macro como: acessos, sinalização, aparência, conforto, infraestrutura, adequação dos espaços, autonomia, privacidade e distrações positivas; em seguida, verificou-se a segurança e a adequação do ambiente ás funções nele desempenhadas, conforme gráficos abaixo (Gráfico 09 , 10 e 11):

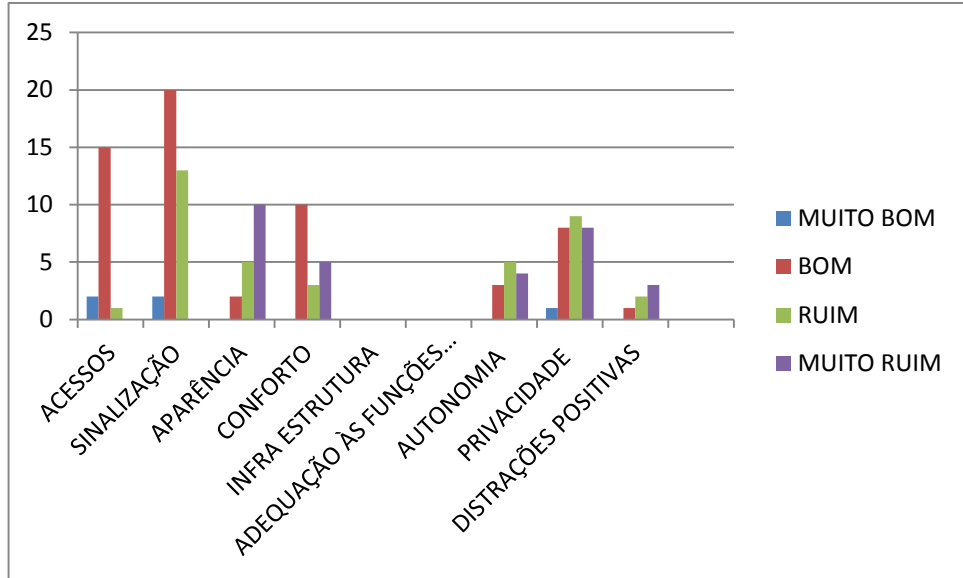


Gráfico 9: Visão geral do setor . **Fonte:** acervo do autor, 2016.

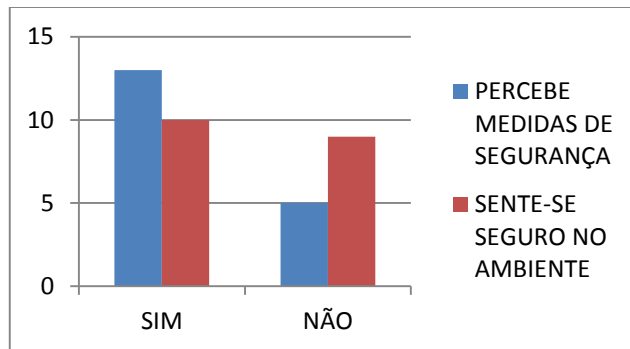


Gráfico 10: Nível de segurança. **Fonte:** acervo do autor, 2016.

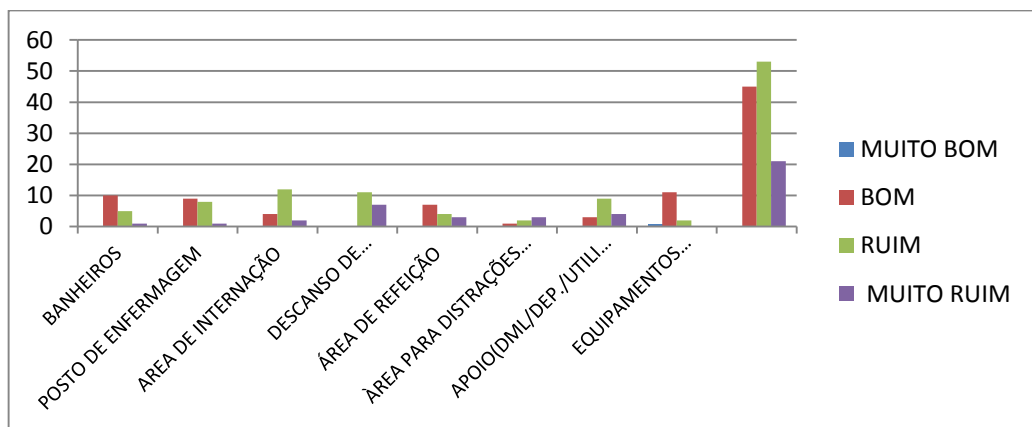


Gráfico 11: Adequação às funções. **Fonte:** acervo do autor, 2016.

A aplicação foi feita, em data e horário pré-determinados pela gestora da área. Como nem todos os colaboradores estavam presentes, e nem trabalhavam todos os dias (o turno da enfermagem é 12x36) foram deixados alguns questionários com a supervisora da área, para

que fossem preenchidos posteriormente. Dos 55 questionários dos colaboradores, 18 foram devolvidos preenchidos, configurando uma porcentagem de 32,72% de respostas. No entanto, algumas respostas vieram acompanhadas de comentários, dentre os principais podemos destacar:

- Necessidade de ventilação (9)
- Necessidade de mais equipamentos (5)
- Necessidade de mais espaço nas enfermarias (3)

O fato de ter sido agendada a visita para aplicação do questionário com os colaboradores auxiliou na quantidade de questionários respondidos, embora tenha sido observado algum desconforto inicial dos participantes, por conta da identificação, mesmo sendo garantido que seu nome não seria divulgado.

Ressalta-se que no ambiente hospitalar as tarefas são muito dinâmicas, e o cotidiano é cheio de imprevistos, aspectos que dificultaram a aplicação do instrumento. As pesquisadoras presentes tentaram deixar os respondentes mais à vontade frisando que as respostas eram totalmente voluntárias e não obrigatórias, somente com objetivo de auxiliar a pesquisa. Alguns se aproximaram para conversar, esboçar opiniões informalmente e até, pedir auxílio em algumas questões práticas sobre as atividades que já vinham desempenhando. Quanto ao gênero dos respondentes, 100% dos profissionais que responderam aos questionários são do gênero feminino. Consideramos que a porcentagem de respostas obtidas e as avaliações efetuadas foram satisfatórias, para esta fase da pesquisa. Os elementos avaliados e a percepção dos respondentes foram coerentes com a avaliação técnica das pesquisadoras sobre os ambientes, mesmo que colocadas de forma leiga pelos participantes. Notou-se que o instrumento precisava ser realimentado, de maneira a ser mais direto e com menos questões a serem respondidas, e ainda que fosse feito apenas com os colaboradores.

4.7.3.1 Adequabilidade dos ambientes em relação às funções desempenhadas

No que se refere a adequabilidade dos espaços às funções desempenhadas, a maior parte das respostas indicou um índice de percepção dos espaços entre bom, ruim e muito ruim, o que confirma que os ambientes não estão adequados às funções desempenhadas. Na compilação dos dados houve apenas um item avaliado como “muito bom”, relacionado à quantidade de equipamentos, sendo 53 itens avaliados como “ruim”, 45 itens na categoria “bom” e 21 “muito ruim”.

As áreas destinadas a distrações positivas foram consideradas as piores, pois apenas 6 respondentes a classificaram, os demais nem identificaram a presença desta área no setor. Os quartos de internação têm o segundo pior índice de adequação, pois além da falta de espaço, há ainda falta de equipamentos, aliada à falta de privacidade. No que se refere aos banheiros de uso coletivo (masculino e feminino), além dos aspectos relativos ao odor e a demanda por reformas, outros aspectos podem ser considerados pela observação técnica e por comentários obtidos nas visitas: os banheiros compartilhados comprometem o desempenho da atividade assistencial. O descanso médico é improvisado e foi relatado como existente mas com muitos comentários sobre a inadequação. Quanto aos espaços de apoio, percebe-se que estes também não são bons, e precisam de adequação. Abaixo uma tabela geral com os problemas elencados.

LEGENDA		
	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	11
	ASPECTOS TÉCNICO CONSTRUTIVOS	18
	ASPECTOS AMBIENTAIS	14

	AMBIENTE	OBSERVAÇÕES	PROBLEMA
1	Posto de Enfermagem	Bancadas precisam de manutenção.	MANUTENÇÃO
		Portas dos armários danificadas e ante ergonômicas	MOBILIÁRIO
2	Copa	Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
		Precisa de iluminação artificial durante o dia todo	ILUMINAÇÃO
3	Lactário	Ambiente adequado	
4	Enfermaria com 05 leitos	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
		Mobiliário obsoleto	MOBILIÁRIO
5	I.S da enfermaria	Presença de odores.	ODORES
		Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
6	I.S da enfermaria oncológica	Ambiente bastante confortável: claro e climatizado com ar-condicionado.	
7	Enfermaria oncológica com 05 leitos	Ambiente bastante confortável: claro e climatizado com ar-condicionado.	
		I.S. Acompanhantes	Presença de odores.
8		Não existe separação por sexo	COMPORTAMENTAL
		Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
9	Sala de Utilidades	Mobiliário bem distribuído em relação aos fluxos.	MOBILIÁRIO
10	DML	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
11	Equipamentos	Mobiliário inadequado em relação aos fluxos.	MOBILIÁRIO
12	Enfermaria com 06 leitos	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
		Mobiliário obsoleto	MOBILIÁRIO
		Ventilação comprometida	VENTILAÇÃO
13	I.S da enfermaria	Presença de odores.	ODORES
		Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
14	Enfermaria com 08 leitos	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
		Mobiliário obsoleto	MOBILIÁRIO
		Ventilação comprometida	VENTILAÇÃO
15	I.S da enfermaria	Presença de odores.	ODORES
		Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
16	Sala de curativos	Mobiliário inadequado em relação aos fluxos.	MOBILIÁRIO
17	Isolamento com 03 leitos	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
		Mobiliário obsoleto	MOBILIÁRIO
		Ventilação comprometida	VENTILAÇÃO
		Falta banheiro	COMPORTAMENTAL
18	Enfermaria com 06 leitos	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
		Mobiliário obsoleto	MOBILIÁRIO
		Ventilação comprometida	VENTILAÇÃO
19	I.S da enfermaria	Presença de odores.	ODORES
		Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
20	I.S da enfermaria	Presença de odores.	ODORES
		Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
21	Enfermaria com 05 leitos	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
		Mobiliário obsoleto	MOBILIÁRIO
		Ventilação comprometida	VENTILAÇÃO
22	Descanso de enfermagem	Ambiente subdimensionado	DIMENSÃO
23	I.S funcionários	Presença de odores.	ODORES
		Instalações precisam de manutenção	MANUTENÇÃO
24	Adm chefia de enfermagem	Mobiliário inadequado em relação aos fluxos.	MOBILIÁRIO

Tabela 05: Resumo dos problemas levantados por categoria. **Fonte:** acervo do autor, 2016.

Na APO final o instrumento foi realimentado para complementar dados e aumentar o número de respondentes.

4.7.4 Seleção Visual

Foi aplicada como parte do conjunto de instrumentos utilizados para avaliar o nível de satisfação dos usuários- acompanhantes, permitiu identificar valores e significados agregados ao conjunto de ambientes analisados. Ao todo foram aplicadas 14 fichas referentes ao instrumento, das quais foram 100% respondidos.

O instrumento permitiu verificar a avaliação dos acompanhantes em relação à adequação dos ambiente do setor de pediatria, a partir de imagens selecionadas que remetesse a diferentes situações de organização espacial e de fachada, visando identificar valores e significados que os mesmos relacionassem aos edifícios de saúde através de imagens que evocassem diferentes situações(Gráfico 12 e 13).

Dessa forma, em um primeiro momento, foram apresentadas três diferentes situações, acompanhadas pela pergunta: “Qual dos edificios abaixo seria mais adequado para a Pediatria? Por quê?”



Opção (A)



Opção (B)



Opção (C)

- A primeira opção (A) representa uma tipologia que remete a edifícios ligados a atividade pediátrica, com uma fachada de caráter mais lúdico.
- A segunda opção (B) chama a atenção pela presença da pele de vidro, denotando uma arquitetura contemporânea.
- A terceira opção (C) tem como característica a presença de uma recepção ampla e humanizada.

Logo em seguida, foram apresentadas imagens de ambientes internos, com diferentes tipologias de layout para quartos de internação, cuja pergunta que guiou a avaliação foi: “Qual das imagens abaixo mostra o quarto de internação mais adequado? Por quê?”



Opção (A)



Opção (B)



Opção (C)

- A primeira opção (A) apresenta um espaço organizado com várias camas distribuídas linearmente com pintura clara e pequenos adesivos lúdicos.
- A segunda opção (B) apresenta uma única cama com uma criança sendo abordada por um personagem, como os doutores da alegria.
- A terceira opção (C) apresenta uma única cama com disposição mais formal, impessoal e limpa, no entanto mais sofisticada.

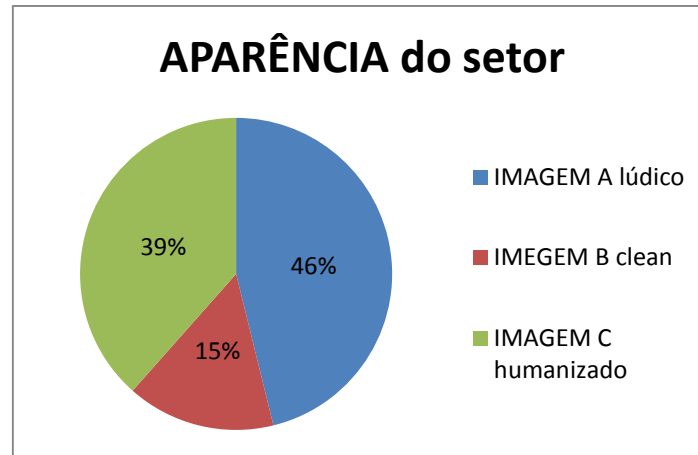


Gráfico 12: Aparência do setor. **Fonte:** do autor, 2016.

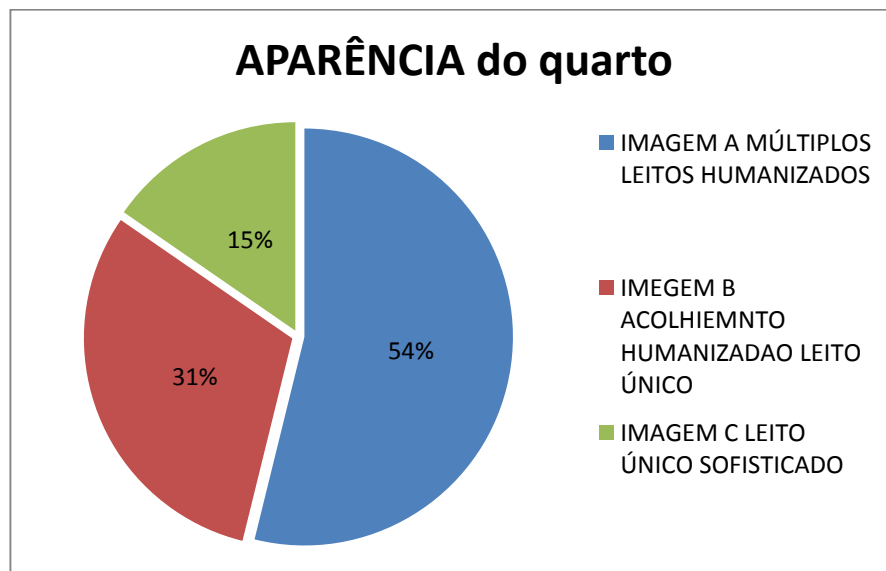


Gráfico13: Aparência do quarto. **Fonte:** do autor, 2016.

Em relação ao conjunto de imagens relativas às tipologias do setor, foram quase unânimes a preferência por setores lúdicos e humanizados enquanto que o mais minimalista e impessoal não agradou. Já considerando a aparência dos quartos, os humanizados se sobressaíram em relação aos demais, correspondendo a 53% das respostas.

Entendemos que este instrumento deveria ser realimentado para a APO final para complementar dados e termos a opinião de outros respondentes, além de aumentar o número de respondentes.

4.7.5 Mapeamento Visual

Nesta pesquisa, também foi aplicado aos acompanhantes, com análise participativa dos pesquisadores. Permitiu a identificação da opinião dos mesmos em relação ao ambiente pesquisado.

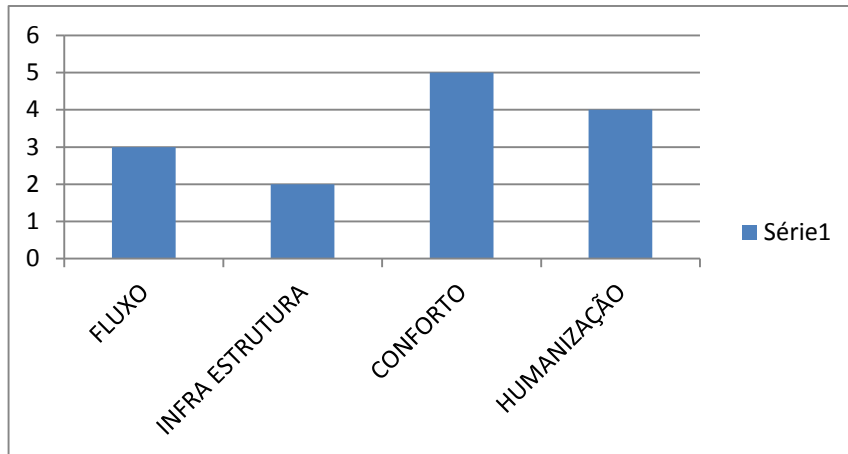


Gráfico 14: Grau de importância para colaborador. **Fonte:** do autor, 2016.

Abaixo destacamos algumas respostas dos acompanhantes, que revelam a opinião dos respondentes:

“Falta brinquedoteca porque é muito bom para as crianças se distrairporque o paciente já está doente e as pessoas precisam ser mais humanas ”.

“ É muito importante um lugar para as crianças ficarem enquanto estiverem acordados, para fazer o tratamento de oncologia, uma área de lazer para eles esperarem e o tratamento ficar menos estressante.”

“A infra estrutura do local trás mais aconchego e tranquilidade ao local.”

“O conforto em primeiro lugar, pois já estamos em situações desconfortantes.”

“ Criança é sempre criança...e criança só quer ser bem atendida, conforto é em casa.”

No intuito de identificar o grau de importância para atender as necessidades dos colaboradores foram ainda feitas mais duas perguntas:

- 1) Quais os ambientes que você mais frequenta na pediatria?
- 2) Quais os principais problemas/benefícios identificados nestes ambientes?

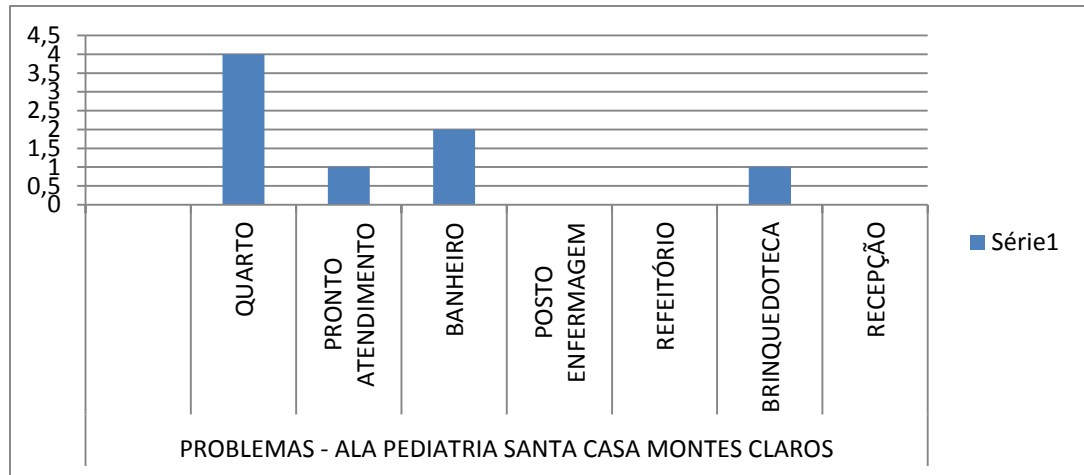


Gráfico 15: Ambientes mais frequentados pelos acompanhantes. **Fonte:** do autor, 2016.

Na APO final o instrumento foi realimentado para complementar dados e aumentar o número de respondentes.

4.7.6 Poema dos desejos

Nesta pesquisa, foi aplicado aos pacientes pediátricos acompanhado pelo estagiário de psicologia e a pesquisadora. O instrumento permitiu evidenciar com desenhos e frases as demandas das crianças muitas vezes diferente dos acompanhantes.

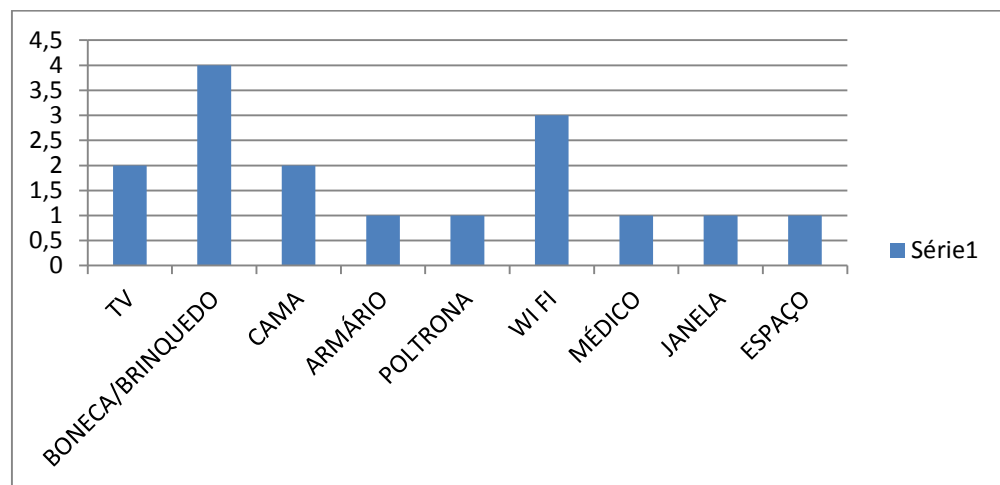


Gráfico 16: Demanda dos pacientes. **Fonte:** do autor, 2016.

Nota-se que os pacientes gostariam de ter mais atividades para se distrair enquanto estão em tratamento do processo terapêutico. Ressaltamos uma resposta de um paciente de 12 anos internado há uma semana:

“Internet wi-fi é igual resultado todo mundo alegre”.

4.7.7 Matriz de descobertas

Após a aplicação dos instrumentos, foi feita a compilação dos dados para a elaboração da Matriz de descobertas. A análise desta matriz evidencia que o ambiente tem problemas que envolvem os aspectos: **1) comportamentais**: mobiliário obsoleto e que dificulta as atividades dos colaboradores, banheiros de uso comum, bancadas sem ergonomia, quartos sem privacidade, etc; **2) técnico construtivos**: bancadas com tamanho inadequado, posto de enfermagem subdimensionados, instalações elétricas danificadas e em número insuficiente, iluminação insuficiente, quartos subdimensionados, banheiros antigos, etc; e **3) ambientais**: ambientes escuros, com cheiro ruim, sem ventilação e com aspecto de desorganização. Essas características evidenciam a inadequação da ala pediátrica do Hospital da Santa Casa de Montes Claros. Com estes resultados, foi possível elaborar a matriz de descobertas (Figura 21) para realimentar, balizar e aprofundar os instrumentos da APO final da pesquisa.

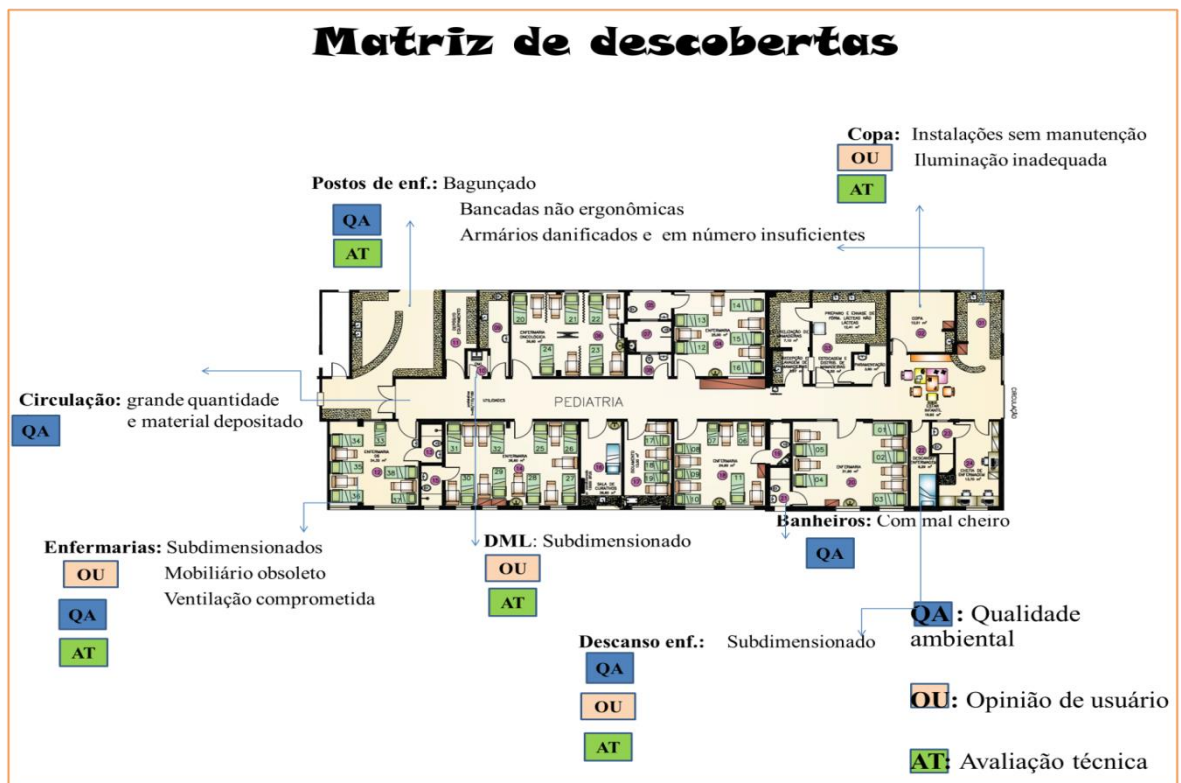


Figura 21: Matriz de descobertas- Projeto Piloto

Fonte: Acervo do autor, 2016.

4.8 APO FINAL

4.8.1 Visita Exploratória

Visando complementar o estudo realizado, a pesquisadora sem a influência de opiniões de outras pessoas, fez uma visita exploratória, onde se incentivou a interação da mesma com o ambiente, uma abordagem aberta da experiência, o que permitiu uma descrição sobre a pediatria na visão da mesma.

A ala da Pediatria do Hospital da Santa Casa de Montes Claros tem um arranjo espacial antigo, foi disposta com dois postos de enfermagem, um na entrada que serve de recepção, registro e área de lazer para as crianças, e outro internamente que atende aos pacientes mais graves e bebês menores que necessitam de cuidados intermediários. Existe uma área destinada para atividade que incentiva as distrações positivas contígua à ala pediátrica, uma área espaçosa e reformada há menos de um ano, mas o seu restrito horário de funcionamento impede que esta seja melhor explorada. Os ambientes são subdimensionados, escuros, quentes e sem ventilação. Os corredores de circulação são usados como depósito de equipamentos e materiais, pois a sala destinada a estocagem dos equipamentos é muito pequena. Em todos os ambientes é possível verificar que existem janelas grandes, mas estas não permitem desfrutar da interação com a área externa, pois estão comprometidas pela proximidade de outro prédio ou pelo calor gerado pelos equipamentos condensadores de ar condicionado. A iluminação artificial permanece ligada durante todo o dia e mesmo assim os ambientes são bastante escuros. Há o ruído constante de carrinhos pelo corredor e este é agravado pelo ruído gerado pelo grande número de acadêmicos de medicina, junto aos postos de enfermagem. A área não dispõe de nenhuma privacidade nem para os colaboradores, nem para os pacientes e acompanhantes. Estes inclusive desfrutam de um único banheiro masculino e feminino. Os revestimentos são antigos na maioria dos ambientes e o mobiliário é obsoleto e apresenta avarias, o que pode colocar em risco a segurança dos usuários, além de ser em número insuficiente, pois se percebe vários medicamentos sobre as bancadas devido à falta de espaço nos armários. As bancadas são antigas e não ergonômicas, com alturas e profundidades questionáveis. De maneira geral o ambiente não tem uma boa qualidade, mas percebe-se claramente que o clima é de muita cortesia e colaboração, um ambiente calmo. O fato de estar próximo ao CTI Neonatal também foi considerado como positivo pois, facilita o acesso dos pacientes em caso de intercorrência. Para melhor tabulação das informações montamos dois gráficos (Gráfico 17 e 18) com os pontos positivos e negativos identificados:

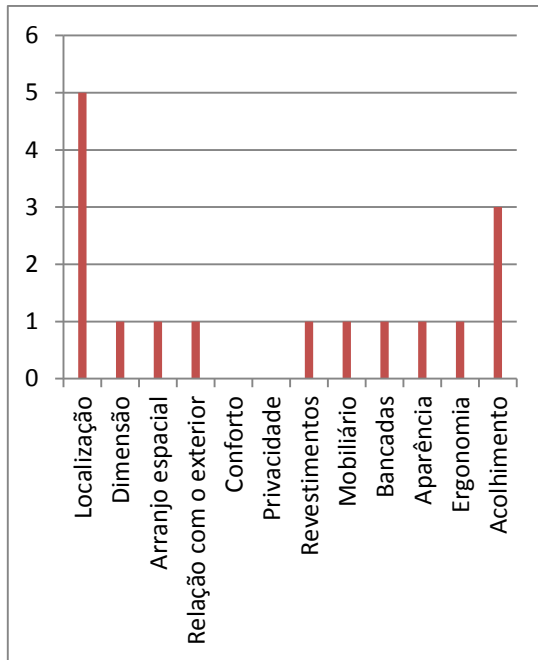


Gráfico 17: Aspectos Positivos da Ala Pediátrica.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

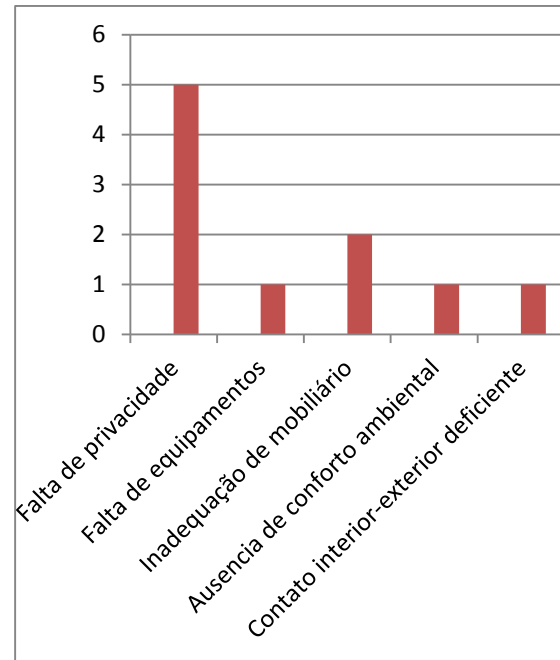


Gráfico 18: Aspectos Negativos da Ala Pediátrica.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Nota-se que a localização; próxima ao CTI Neo e a Enf. Da Maternidade; e o Acolhimento, devido ao clima organizacional, de cordialidade e cortesia dos colaboradores, foram os pontos positivos em destaque. Já nos aspectos negativos, ficaram evidenciados aspectos de ordem arquitetônica como: falta de privacidade - não existe nenhuma sala para se ter uma conversa reservada com o familiar ou para chamar atenção de um colaborador; inadequação de mobiliário, que não são suficientes e tão pouco ergonômicos.

4.8.2 Walkthrough – Inventário Espacial

Foi realizada pela pesquisadora e mais uma arquiteta, acrescentando-se indagações sobre o tipo de especialidade atendida, atividades e procedimentos realizados no setor, além do reconhecimento da sala multiuso - área destinada a distrações positivas, ou “escolinha” como é chamada pelos colaboradores; ressalta-se que no momento da realização da APO conceitual esta área não estava disponível para uso porque estava em obras. Neste segundo momento da pesquisa empírica, mais informações foram complementadas e registradas na ficha padrão de cada ambiente, ilustradas por fotos, conforme descrito a seguir.

A unidade pediátrica, apesar de estar localizada no pavimento convencionado como térreo, está no implantada no segundo andar, não tem acesso direto á rua e também não permite o acesso às áreas vazias contiguas á unidade, que são fustes de ventilação. O setor só tem acesso

pelo corredor de circulação principal do hospital (Figura 22). Os fustes têm sua ventilação comprometida em virtude do grande número de unidades condensadoras ali instalados (Figura 23).



Figura 22: Foto da entrada da pediatria.
Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 23: Foto do fuste de ventilação.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Portanto, o acesso à unidade se dá através de rampas, tanto para pedestres quanto para o deslocamento de equipamentos, alimentação e roupas. A unidade está localizada entre o CTI Neonatal e a ala de convênios e plástica, mas também está a poucos metros da Ala da Enfermaria da Maternidade. Quase em frente à porta de acesso da Pediatria, está localizada a sala multiuso, que “carinhosamente” é chamada de escolinha pelos colaboradores, conforme figura abaixo (Figura 24).

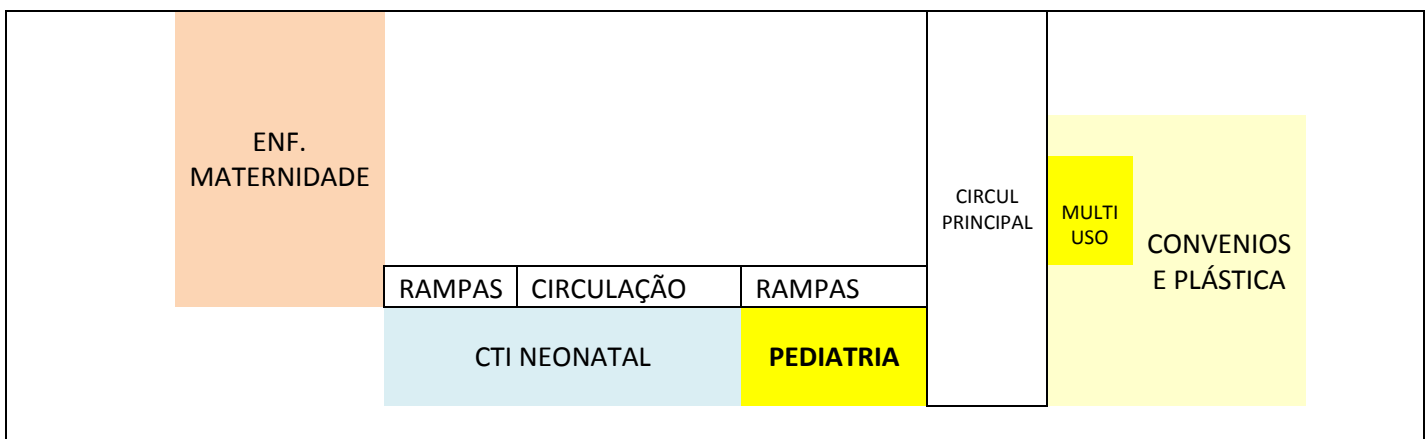


Figura 24: Planta esquemática da vizinhança da Pediatria.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

A unidade atende especialidades como: pediatria clínica, neurologia, neonatologia, nefrologia, cirurgia pediátrica, oncologia, hematologia e cardiologia. A enfermagem relata um grande aumento de pacientes oncológicos nos últimos 5 anos. Nas enfermarias são atendidos apenas pacientes do SUS (Sistema único de saúde), pois os pacientes pediátricos de convênio, ou particulares são atendidos nas alas de internação de adulto. Os pacientes são dispostos por idade e gravidade, dentro de cada quarto. Os quartos têm em média de 5 e 6 leitos, conforme figuras abaixo (Figura 25 e 26). A taxa média de ocupação da área é de 80,62%, mas no dia da pesquisa a taxa de ocupação estava em 53%, ou seja com 25 leitos ocupados e todos participaram da pesquisa.



Figura 25: Foto do quarto típico.
Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 26: Foto do quarto da Oncologia.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Os postos de enfermagem estão nas extremidades da unidade (Figura 27 e 28), um na entrada que se confunde com sala de recreação e recepção e o outro interno, mais próximo aos quartos de bebês saudáveis e bebês em tratamento intermediário. A localização dos postos dificulta a interação e o deslocamento da enfermagem, além do mais são subdimensionados para atender as demandas da unidade.



Figura 27: Foto do posto de enfermagem interno.
Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 28: Foto posto de enfermagem da entrada.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

A sala multiuso - escolinha (Figura 29 e 30) está localizada fora da unidade, mas é bem próxima. O horário de funcionamento é de segunda a quinta de 12:30 às 18:30 e sexta de 7:00 às 12:00. É usada para as distrações positivas: teatro, seção de cinema, artes, giz e artesanato. Durante as atividades na sala, as crianças são acompanhadas por uma terapeuta ocupacional, que tem um contrato de trabalho só nestes horários.



Figura 29: Foto da sala multiuso – escolinha.
Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 30: Foto da sala multiuso – escolinha.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Observou-se que a sala apesar de bem dimensionada, tem pouco uso devido a seu curto período de funcionamento. Não existe privacidade e as atividades têm que ser compartilhadas em horários pré determinados para as diversas faixas etárias. A sala é climatizada, mas é bastante escura e as luzes têm que permanecer acesa durante todo o horário de funcionamento.

A realização da análise walkthrough permitiu ainda o reconhecimento da área com um percurso dialogado por todos os ambientes considerados no estudo, conforme apresentado na planta a seguir.



01- Sala multiuso **02-** Posto de Enfermagem **03-** Copa **04-** Lactário **05-** Enfermaria com 05 leitos **06-** I.S da enf. **07-** Enfermaria Oncológica com cinco leitos **08-** I.S da enf. Oncológica **09-** Utilidades **10-** DML **11-** Equipamentos **12-** Posto de Enfermagem **13-** Berçário de intermediários. **14-** Berçário de sadios **15-** Enfermaria com 06 leitos **16-** I.S da enf. **17-** Enfermaria com 08 leitos **18-** I.S da enf. **19-** Sala de curativos **20-** Isolamento com 03 leitos **21-** Enfermaria com 06 leitos - **22-** I.S da enf. **23-** Enfermaria com 05 leitos **24-** I.S da enf. **25-**.Descanso de enf. **26-** Adm **27-** I.S. do adm.

Após o percurso foram levantados dados técnicos de todos os setores que compõem a pediatria, para uma análise da qualidade ambiental. Os dados levantados foram: sinalização, conforto, iluminação, acústica e aparência; paredes; tetos; piso, instalações elétricas, esquadrias de portas e janelas, dimensão, privacidade, mobiliário e bancadas. Todos os itens foram classificados quanto a sua adequação com conceitos: muito ruim, ruim, bom ou muito bom, conforme demonstra a ficha de análise técnica e o gráfico abaixo.

FICHA ANÁLISE TÉCNICA																
SETORES																
Atributos																
ÁREAS		QUARTOS	BANHEIROS	POSTO ENF.	RECEPÇÃO	CURATIVOS	COPA	LACTÁRIO	Q. ONCOLOGIA	I.S ONCOLOGIA	DML	UTILIDADES	DESCANSO	ADM.	MULTIUSO	
1	GERAL															
1.1	Sinalização	R	B	MR	MR	R	R	R	MB	MB	MR	MR	MR	B	MR	
1.2	Conforto térmico	MR	MR	MR	MR	MB	MR	R	MB	MB	MR	MR	MR	MR	MB	
1.3	Conforto aeróbico	R	MR	MR	MR	B	MR	R	R	R	MR	MR	MR	R	B	
1.4	Conforto visual	MR	B	MR	MR	MB	MR	MR	MB	MB	MR	MR	MR	MR	MB	
1.5	Iluminação natural	MR	B	MR	MR	B	MR	MR	R	R	MR	MR	MR	B	B	
1.6	Iluminação artificial	MR	B	MR	MR	MB	MR	MR	MB	MB	MR	MR	MR	R	MB	
1.7	Acústica	MR	MR	MR	MR	R	MR	R	R	R	MR	MR	MR	R	B	
1.8	Aparência	R	MR	MR	MR	MB	MR	MR	MB	MB	MR	MR	MR	MR	MB	
2	PAREDES															
2.1	Aparência /conservação	MR	MR	MR	MR	MB	R	MB	MB	MB	B	B	B	R	MB	
3	TETOS															
3.1	Aparência /conservação	B	B	MR	MR	MB	R	B	MB	MB	B	B	B	R	MB	
4	PISO															
4.1	Aparência /conservação	MR	MR	MR	MR	MB	B	B	MB	MB	MR	MB	MR	R	MB	
5	INSTALAÇÕES ELÉTRICAS															
5.1	1= embutido 2= aparente 3 = Mista		3	1	3	3	1	3	1	1	1	2	1	3	3	1
5.2	Aparência /conservação	MR	B	MR	MR	MB	B	B	MB	MB	MR	MB	R	MR	MB	
6	ESQUADRIAS															
6.1	Porta - aparência	MR	MR	MR	MR	MB	B	MR	MB	MB	MR	MB	MR	MR	MR	
6.2	Janela - aparência	MR	MR	MR	MR	MB	B	MR	MB	MB	MR	MB	MR	MR	MR	
7	DIMENSÃO	MR	B	MR	MR	MB	B	B	MR	MB	B	B	MR	B	B	
8	PRIVACIDADE	MR	B	MR	MR	MB	B	NS	B	MB	NS	NS	MR	MR	MR	
9	MOBILIÁRIO	MR	MR	MR	MR	MB	B	B	B	MB	B	B	MR	MR	B	
10	BANCADAS	R	MR	MR	MR	MB	MR	MR	MB	MB	MR	R	R	MR	B	
11	QUALIDADE DO AMBIENTE	MR	MR	MR	MR	MB	R	R	MB	MB	MR	MR	MR	R	B	

O ambiente da rouparia (armário na circulação) foi excluído da tabela por ter vários itens que não se aplicavam e isso poderia atrapalhar a compilação dos dados.

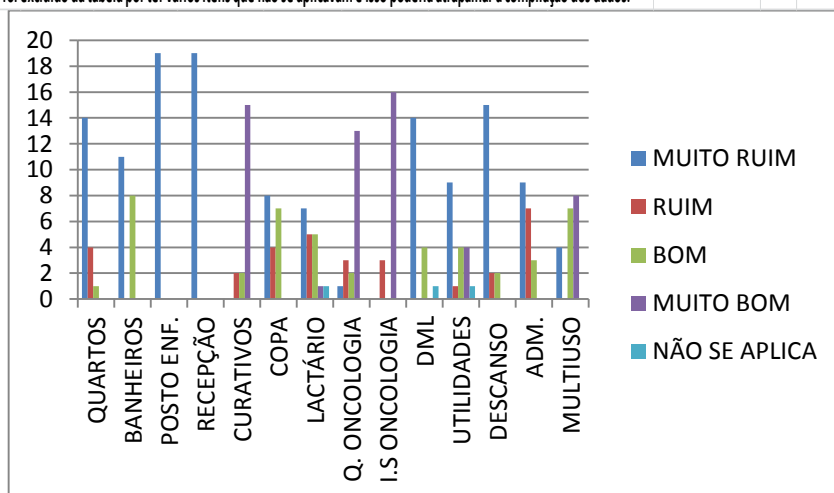


Gráfico 19: Classificação da qualidade ambiental.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

O estudo se baseia no uso do ambiente físico como elemento capaz de ajudar na articulação das reações dos usuários em relação ao ambiente construído, portanto é fundamental compreender o perfil destes usuários: paciente, acompanhante e colaborador. A seguir apresentamos o gráfico com o perfil dos pacientes (Gráfico 20), em seguida o gráfico com o perfil do acompanhante (Gráfico 21) e o gráfico com o perfil do colaborador (Gráfico 22).

Os usuários: pacientes permanecem internados por períodos variáveis conforme a patologia, mas, de maneira geral, ficam internados por longos períodos: média 30 dias.

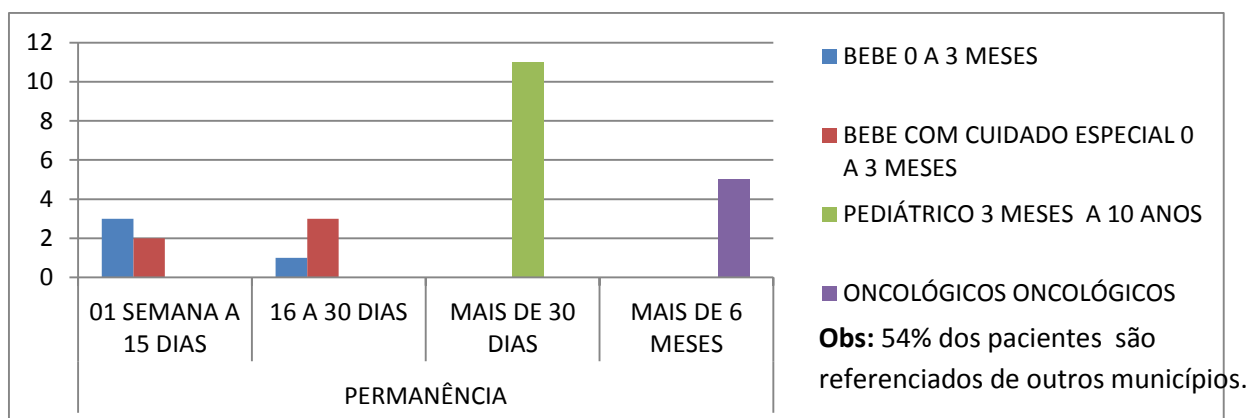


Gráfico 20: Perfil do Paciente - Tempo médio de permanência dos pacientes.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

O paciente pediátrico, em sua totalidade vem para o hospital acompanhado, com faixa etária entre três meses e dez anos de idade. Uma grande parte dos pacientes vem de outros municípios (54%) trazendo consigo uma grande quantidade de objetos pessoais que precisam ser acomodadas nos armários disponíveis na unidade.

Os usuários: acompanhantes são em sua maioria mulheres (88%), apenas 12 % são do sexo masculino. Já em relação a trabalho fora de casa, as mulheres correspondem a 68% enquanto que os homens 66% trabalham fora de casa.

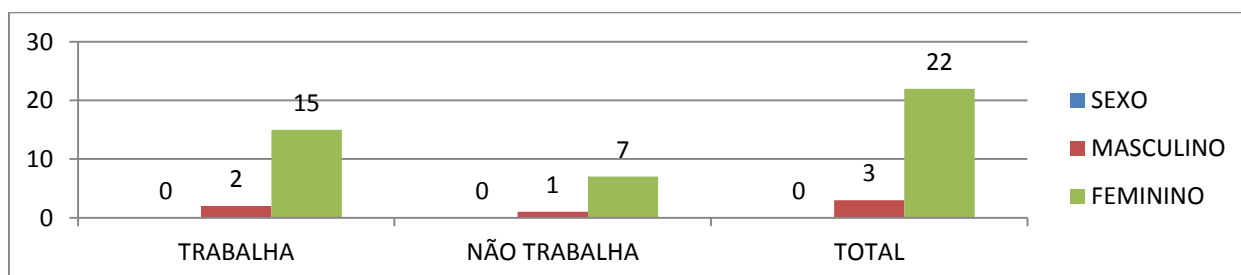


Gráfico 21: Perfil do acompanhante.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

Os usuários: colaboradores na sua grande maioria são mulheres – auxiliar de enfermagem 100% e têm muito tempo de trabalho na instituição. O tempo médio que atuam na instituição é de 15 anos.

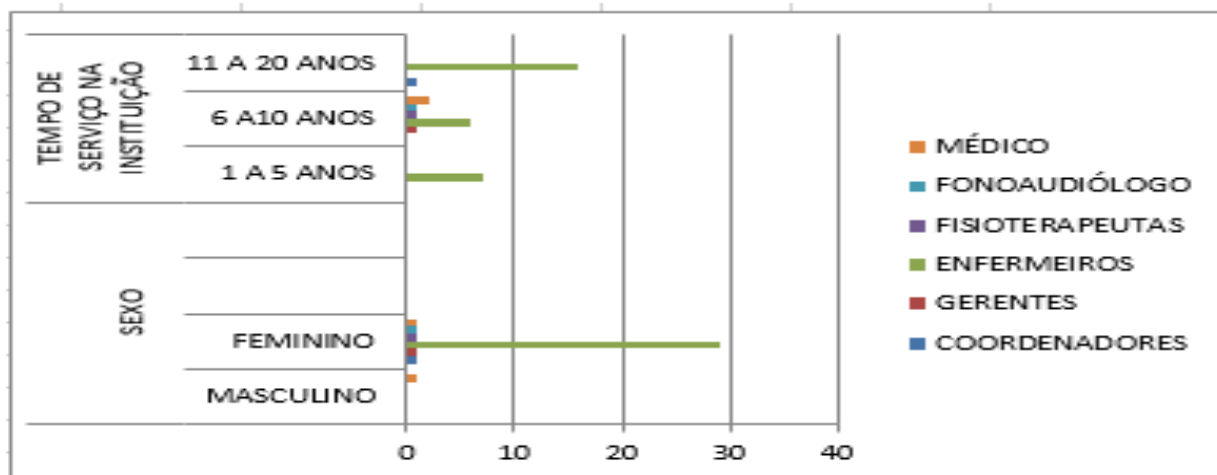


Gráfico 22: Perfil dos colaboradores.

Fonte: Acervo do autor, 2016

4.8.3 Questionário

Novamente aplicado aos colaboradores assistenciais: enfermeiras e auxiliares de enfermagem. No entanto não foi reaplicado aos colaboradores pois entendemos que estavam já respondendo outros dois instrumentos: Seleção e Mapa Visual, e poderia ficar muito extenso e cansativo. Dos 50 questionários deixados para serem respondidos, 28 foram devolvidos, atingindo a totalidade de 56% dos usuários. A todos os respondentes foi fornecido o TCLE – Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

O questionário tem os mesmos moldes da APO conceitual, a atribuição de valores de zero a cinco para três aspectos relacionados ao ambiente – no entanto, para facilitar a compreensão dos respondentes o atributo humanização foi incorporado ao atributo conforto e também foi dividido em três fases:

- 1) visão geral da ala pediátrica com características como: fluxo, infra estrutura e conforto;
- 2) sensação de segurança para desempenhar as atividades;
- 3) qualidade ambiental.

Podemos notar uma prevalência nos problemas identificados na área de conforto onde contempla também a humanização, ficando a infra estrutura em segundo lugar e por último o fluxo.

Ressaltamos que 100% dos problemas (conforto, infra estrutura e fluxo) podem e devem ser solucionados pela arquitetura, muitos deles ainda na concepção dos projetos.

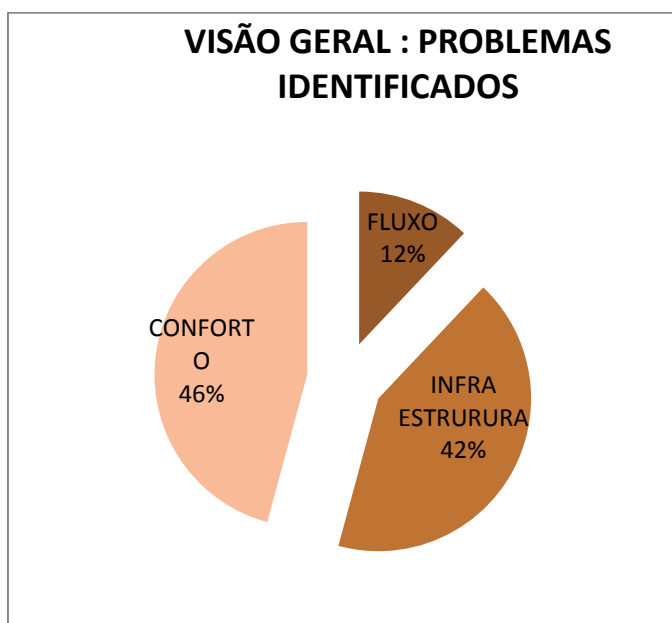
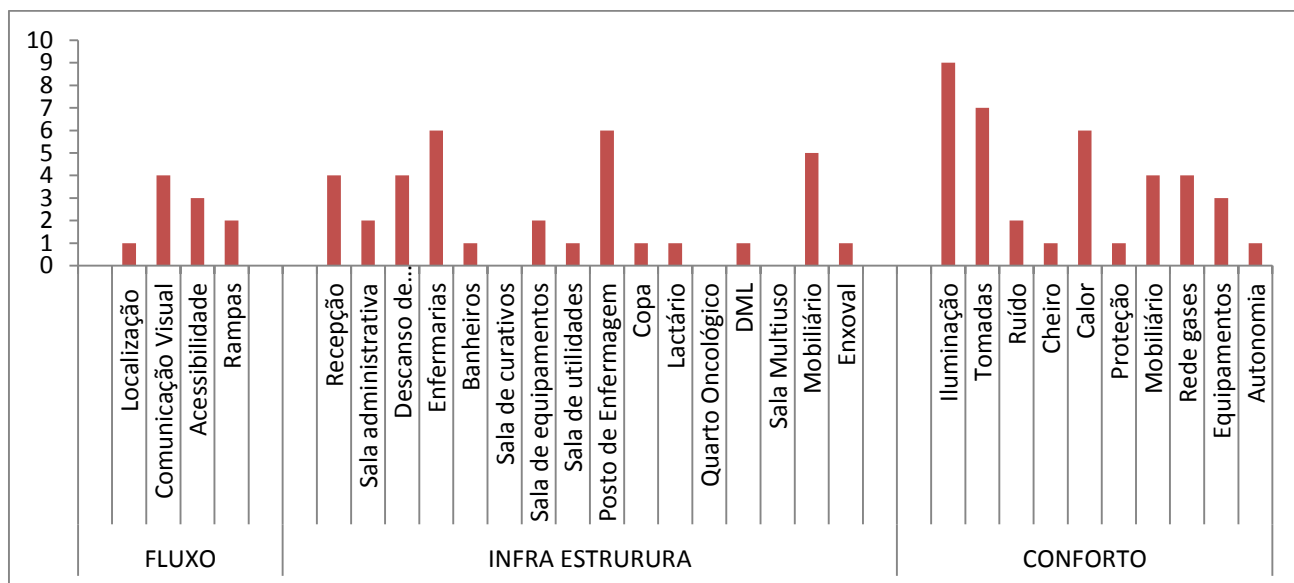


Gráfico 23: Problemas Identificados.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

A infra estrutura aliada ao conforto permite aos colaboradores que suas atividades sejam desempenhadas, com:

- ✓ menores deslocamentos - evitando desperdício de energia e cansaço,
- ✓ posturas corretas - evitando doenças osteomusculares,

Espaços bem dimensionados - permitem o manejo correto dos equipamentos e melhor acesso aos pacientes.

Infra estrutura coerente com a atividade - evita cansaço visual em áreas de grande demanda de acuidade visual.

Quando há uma integração entre o conforto, a infra estrutura e os fluxos, as atividades podem ser realizadas com mais tranquilidade e com isso os colaboradores se sentem mais tranquilos para desempenhar suas funções, evitando a ocorrência de erros. Portanto sentir-se seguro no ambiente de trabalho é fundamental para o colaborador, pois afeta diretamente a qualidade do trabalho prestado e consequentemente favorece a segurança do paciente.

O hospital da Santa Casa conta com o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, com plano de atividades (Figura31) onde os colaboradores são sistematicamente instruídos e treinados. São ainda definidos planos de ação a cada quadrimestre, mediante a análise dos motivos das ocorrências . Todas as ocorrências são apresentadas e documentadas por todos os setores do hospital inclusive o departamento de engenharia para balizar os planos de ação.

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco;

Roteiro para os profissionais estabelecerem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho.

As ações macroestratégicas devem ser decompostas até o nível operacional com um cronograma de atividades claro e com os responsáveis.



Figura 31: Planejamento do NSP Santa Casa Montes Claros – Fev 2016

Fonte: Setor de Qualidade - NSP Santa Casa Montes Claros

Ressalta-se que alguns motivos de ocorrência dos eventos têm relação direta com a infra estrutura disponível no ambiente e a qualidade ambiental, como: falha na estrutura física e dimensionamento dos espaços (Figura 32).

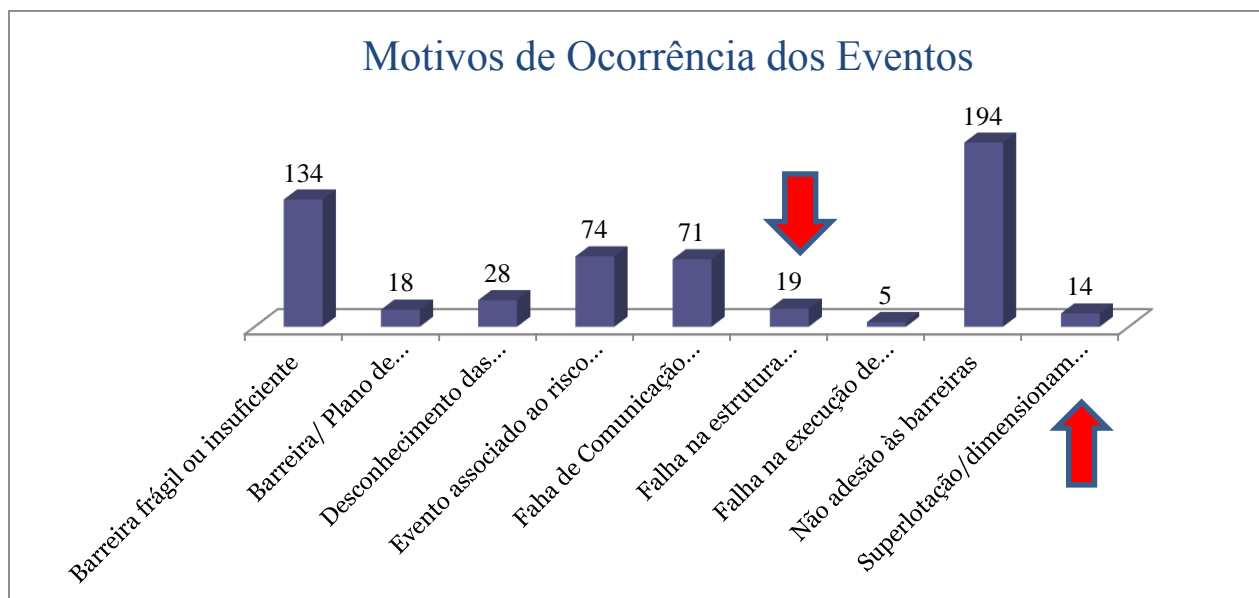


Figura 32: Motivos de Ocorrências de Eventos 1º Quadrimestre de 2016
Fonte: Setor de Qualidade - NSP Santa Casa Montes Claros

O ambiente hospitalar é repleto de situações inseguras inerentes às atividades ali desempenhadas, portanto a segurança é um fator de grande relevância tanto para os colaboradores - que estão expostos a diversas patologias, quanto para o paciente que está constantemente exposto à infecções e sujeito a erros tanto da enfermagem quanto do médico. Portanto, sentir-se seguro no ambiente de trabalho é fundamental para o colaborador, pois a tranquilidade faz com que estes possam desempenhar suas funções com mais tranquilidade e consequentemente evitar erros.

Esta pesquisa incentivou a manifestação dos colaboradores no que tange à segurança, pois em muitos casos são percebidas medidas de segurança: treinamentos técnicos, protocolos de atendimento, EPIs, rotas de fuga, etc, mas, a sensação é inerente ao ser humano e nem sempre estas medidas de segurança são capazes de fazer com que os usuários se sintam seguros. Portanto a pesquisa levantou se os colaboradores percebem medidas de segurança e se eles se sentem seguros no ambiente de trabalho (Gráfico 24).

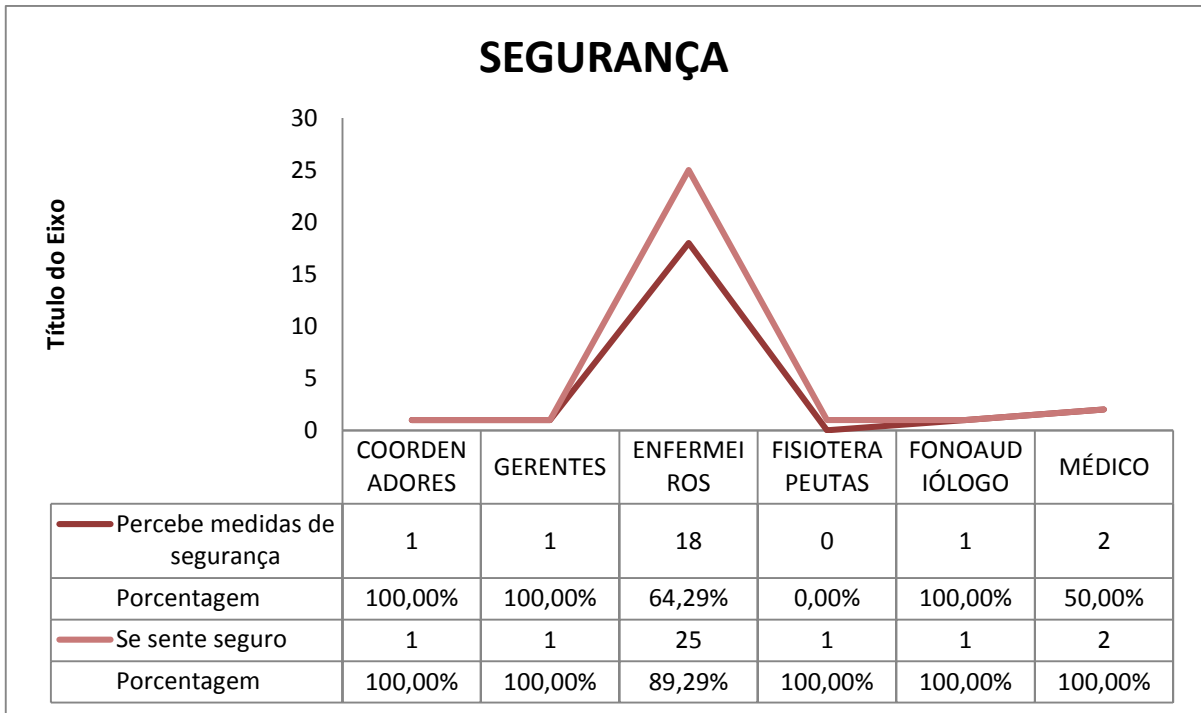


Gráfico 24: Nível de segurança dos Colaboradores.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Apesar de nem todos os profissionais perceberem as medidas de segurança, a maioria dos colaboradores se sentem seguros no ambiente de trabalho.

A pesquisa incentivou ainda os colaboradores a darem sua opinião no que diz respeito ao fluxo, a infra estrutura e o conforto da unidade (Gráfico 25).

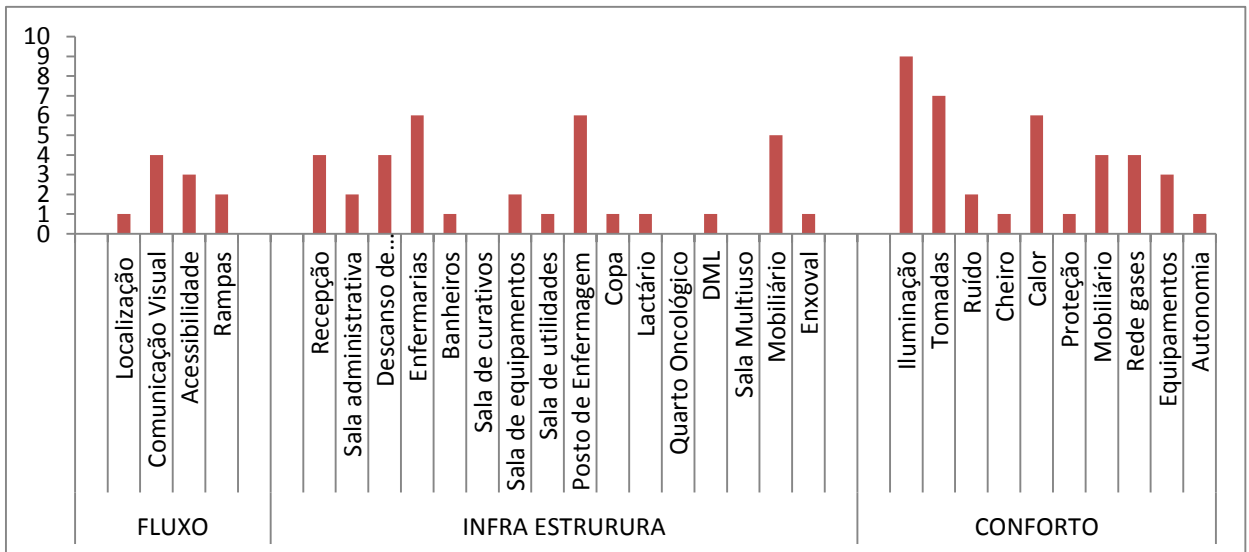


Gráfico 25: Problemas identificados pelos Colaboradores.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

A análise dos problemas levantados pelos colaboradores teve um vasto campo analisado e trouxe importantes contribuições para a compreensão do ambiente em estudo. Há uma prevalência nos relatos dos itens:

- ✓ infraestrutura: rede elétrica –iluminação, número de tomadas e pontos de gases medicinais;
- ✓ necessidade de ventilação;
- ✓ necessidade de iluminação;
- ✓ necessidade de equipamentos;
- ✓ necessidade de espaço maiores.

Com a análise dos dados e compilação destes, foi possível articular as reações e melhor compreender a apropriação feita pelos usuários. Foi possível descobrir regularidades do grupo por meio de comparação das respostas, e com isso identificar o perfil dos colaboradores, além de verificar a sua opinião acerca dos atributos analisados, estratificando a avaliação da qualidade ambiental na visão destes usuários.



Gráfico 26: Qualidade ambiental da Pediatria.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

29% dos colaboradores consideraram a qualidade do ambiente da Pediatria como adequada, enquanto 71% dos respondentes dizem que não. Em relação á validade no uso deste instrumento- questionário, verificou-se que a porcentagem de respostas obtidas e as avaliações obtidas a partir destas, foi satisfatória para o propósito da pesquisa, pois 56% dos colaboradores

foram contemplados. Observou-se ainda, que não houve desvio em relação á percepção e a análise da ficha de análise técnica feita pela walkthrough de especialistas – arquitetas.

4.8.4 Entrevista

A entrevista foi aplicada pela pesquisadora para garantir que os entrevistados fossem ouvidos com atenção e estimulados para o fluxo das informações, garantindo assim a interação com o respondente. Teve como objetivo averiguar as opiniões sobre os “fatos”, descobrir os planos de ação, conhecer a conduta atual e passada, reconhecer sentimentos e condutas, ou seja aprofundar e atestar as informações já levantadas sobre o ambiente em análise.

O tipo de entrevista escolhida foi a entrevista do tipo estruturada - com roteiro previamente programado e impresso, mas com grande flexibilização de incursão de comentários, sugestões e relato de fatos. Após o primeiro contato da pesquisadora com o coordenador, a mesma percebeu que todas as decisões importantes da Pediatria eram tomadas levando em conta a opinião de um grupo. Portanto a pesquisadora definiu que este seria o grupo de respondentes que seriam entrevistados. Como são formadores de opinião, sempre se queixam das situações rotineiras e apresentam suas visões com mais facilidade. No entanto, têm menor disponibilidade de tempo, sendo necessário uma adaptação á agenda dos respondentes. Foram entrevistadas 07 pessoas entre: coordenador, gerente, enfermeiras, médicos, fisioterapeutas e fonoaudióloga (Apêndice IV).

Os entrevistados foram incentivados a classificar as dependências da pediatria, e classificaram os ambientes como “inadequados” ás atividades realizadas, principalmente devido aos seguintes aspectos abaixo relacionados:

- ✓ infra estrutura:
 - com iluminação insuficiente- coloca em risco as atividades simples como punção de veia;
 - sem ventilação;
 - sem privacidade;
 - quente;
 - armários em número insuficiente para o posto de enfermagem;
 - armário subdimensionado para acompanhante e paciente;
 - rede elétrica deficitária, com pouca tomada;
 - subdimensionada.



Figura 33: Armários para medicação no Posto de Enf.
Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 34: Rede elétrica deficitária
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Dentre as maiores reclamações destaca-se ainda:

- ✓ falta de área para boletim e conversa com a família;
- ✓ falta de atividades para as crianças;
- ✓ falta de área para os pacientes deambularem - comprometendo a evolução terapêutica;
- ✓ falta de área para conforto dos acompanhantes;
- ✓ falta de área para descanso dos colaboradores.

A seguir são apresentados alguns relatos importantes dos respondentes:

“ demorei para a entrevista porque estava tentando puncionar uma veia de uma paciente, mas não conseguia naquele quarto devido à iluminação ...”

“ aqui é tão quente que às vezes tenho a sensação que me falta ar até para respirar...”

“ temos pacientes graves, e os escaninhos não cabem a quantidade nem de soro...”

“ veja este quarto somos obrigadas a colocar extensão porque não conseguimos ligar os equipamentos necessários para cada paciente...”

Para validar as informações, os dados foram compilados, classificando a ala pediátrica quanto a sua adequação às atividades desempenhada na visão dos colaboradores respondentes conforme gráfico abaixo (Gráfico 27):

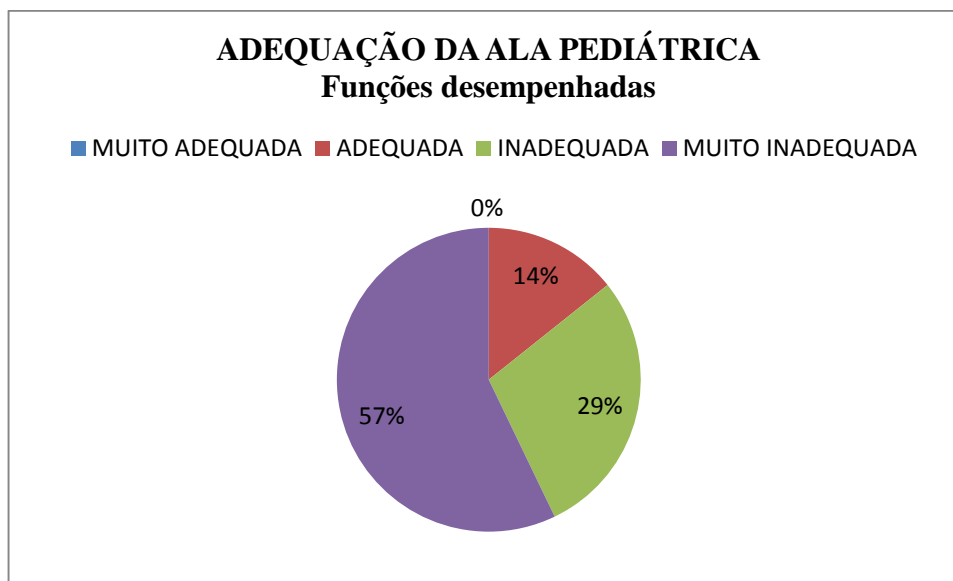


Gráfico 27: Adequação às funções desempenhadas. **Fonte:** Acervo do autor, 2016.



Nenhum dos respondentes considerou a pediatria muito adequada às funções desempenhadas, 14% consideraram como adequada, 29% como inadequada e 57% dos entrevistados apontam a pediatria como muito inadequada, demonstrando uma real e urgente necessidade de reformulação de toda a sua área.

Ressalta-se que os respondentes foram unânimes em responder que nunca foram envolvidos nos processos de elaboração do projeto arquitetônico das obras ou reformas no setor.

4.8.5 Poema dos desejos

Este instrumento não foi realimentado na APO final, pois, não foram verificadas dificuldades em sua aplicação e o instrumento cumpriu deste o projeto piloto com sua função de declarar por meio de desenho ou por escrito suas necessidades, sentimentos e desejos relativos ao ambiente analisado. Foi usada a mesma frase para ser completada “Eu gostaria que essa pediatria fosse/tivesse...” Abaixo duas fichas preenchida por pacientes.

APÊNDICE V
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

POEMA DOS DESEJOS - Pacientes

1) Informações básicas:
 Data: 03/09/16 . Hora: 10:00 Código: P 12

Hospital: Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa Montes Claros
 Usuário: Paciente
 Idade: 6 anos Sexo: () Feminino Masculino


Tempo de Internação:
 Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado de Arquitetura em Ambiente de Saúde, onde está sendo estudado o espaço físico das pediatrias e a contribuição do mesmo para o bem estar dos pacientes, a partir da percepção dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.
 Busca-se entender as necessidades dos usuários em relação ao ambiente de forma a possibilitar a sugestão de recomendações para melhorias do local e para desenvolvimentos de projetos futuros.
 Ressaltamos que sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado.
 Sua colaboração é de suma importância para o sucesso desta pesquisa.

Gostaria que descrevesse como seria o ambiente ideal na sua opinião. (Considere: conforto, privacidade, iluminação, barulho, fluxo, etc) . Esteja a vontade para escrever ou desenhar o que desejar.

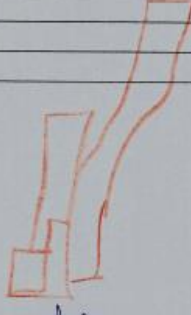
“Eu gostaria que essa pediatria fosse/ tivesse...”

PRIVACIDADE ESPAÇO BRINQUEDO


Desenhe aqui:



axião



castelo





dinossauro

Obrigada pela sua contribuição!

Figura 35: Poema dos desejos preenchido por um paciente (6 anos). **Fonte:** Acervo do autor, 2016.

O instrumento evidenciou as demandas das crianças e coincidiu com muitas observações já feitas pelos colaboradores e a pesquisadora.

APÊNDICE V
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

POEMA DOS DESEJOS - Pacientes

1) Informações básicas:
 Data: 02/09/16 Hora: 10:10 Código: P 12

Hospital: Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa Montes Claros
 Usuário: Paciente
 Idade: 8 anos Sexo: Feminino Masculino

Tempo de Internação:
 Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado de Arquitetura em Ambiente de Saúde, onde está sendo estudado o espaço físico das pediátrias e a contribuição do mesmo para o bem estar dos pacientes, a partir da percepção dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Busca-se entender as necessidades dos usuários em relação ao ambiente de forma a possibilitar a sugestão de recomendações para melhorias do local e para desenvolvimentos de projetos futuros.


Ressaltamos que sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado.

Sua colaboração é de suma importância para o sucesso desta pesquisa.


Gostaria que descrevesse como seria o ambiente ideal na sua opinião. (Considere: conforto, privacidade, iluminação, barulho, fluxo, etc) . Esteja a vontade para escrever ou desenhar o que desejar.

"Eu gostaria que essa pediatria fosse/tivesse..."


Desenhe aqui:



mesa de brinquedos



televisão



Obrigada pela sua contribuição! *sem mais*

Figura 36: Poema dos desejos preenchido por um paciente (8 anos). **Fonte:** Acervo do autor, 2016.

Ainda considerando os pacientes a pesquisa apresentou as maiores demandas na visão dos pacientes (Gráfico 28).

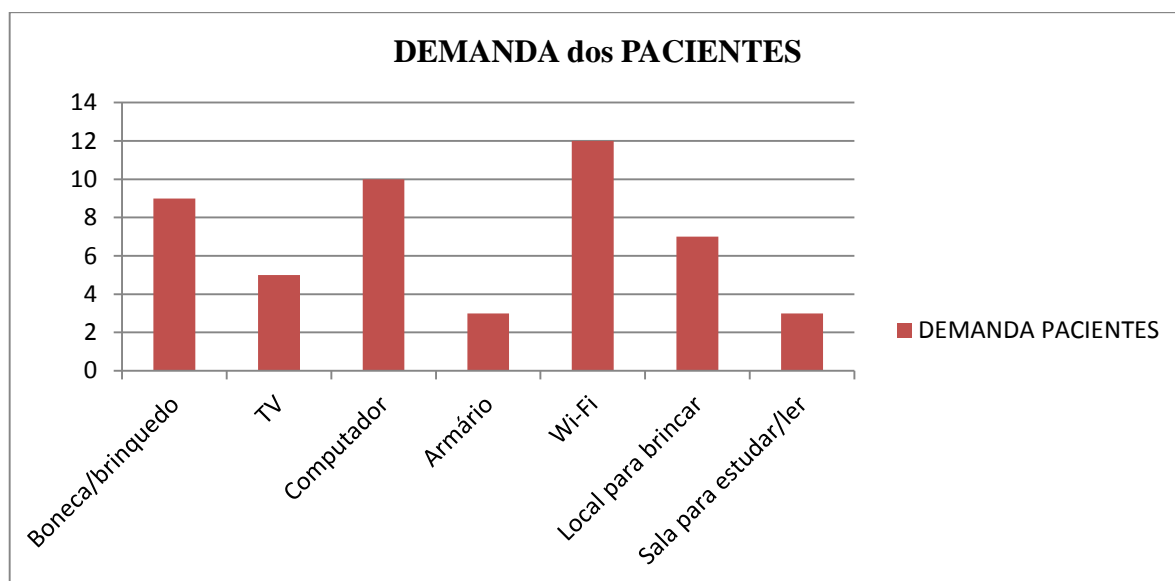


Gráfico 28: Demandas dos pacientes.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

Nota-se que os pacientes demandam por atividades, que podem ser distrações positivas durante o tratamento, demonstram sofrimento por ter sido tiradas de seu cotidiano, e gostariam de trazer para o ambiente hospitalar as mesmas atividades que praticam fora dele .

4.8.6 Seleção Visual

Evidenciando que as reclamações têm relação direta com a qualidade dos ambientes, apresentamos a tabela correspondente às reclamações dos acompanhantes, feitas ao SAC do hospital - fornecida pelo departamento de qualidade do hospital (Tabela 6).

ITEM		PONTO CRÍTICO
1	CALOR	Após liberação de verba - Conforme planejamento
2	ODOR	Correção nos setores e instalação de coifas
3	SEGURANÇA	Após liberação de verba - executar o projeto
4	RUÍDO	Instalado abafador no equipamento

Tabela 6: Reclamações dos acompanhantes - 1 Quadrimestre de 2016

Fonte: Setor de Qualidade - NSP Santa Casa Montes Claros

Foi relatado durante a aplicação do instrumento : um visitante de um paciente de 10 anos filho de sua funcionária que era a acompanhante do paciente, estava no quarto no momento da pesquisa. O visitante estivera com seu filho internado por 30 dias, na ala destinada a pacientes particulares há duas semanas atrás e relatou: “ O paciente particular devia ter um espaço como a escolinha daqui, pois assim as crianças não passam tanto tempo sem ter nada para fazer, os pais podem trocar experiências e interagir, e as crianças podem conviver com outras crianças durante a experiência de internação. ”

Outro ponto valorizado pelos acompanhantes foi o serviço de capelania disponibilizado pelo hospital, onde uma equipe coordenada por um padre, duas freiras e uma equipe de voluntários, dão apoio psicológico aos pacientes e acompanhantes todos os dias.

A Seleção Visual permitiu identificar valores e significados em relação aos ambientes analisados. Para facilitar a leitura dos respondentes, foram incluídas no instrumento imagens tridimensionais dos quartos, questionando qual deles seria o mais adequado.

A primeira imagem era um quarto com dois leitos, poltrona para acompanhante e cortina de separação entre os leitos dos pacientes (Figura 37). A segunda imagem era um quarto com três leitos, poltrona para acompanhante, mas sem cortina de separação entre os leitos dos pacientes (Figura 38).

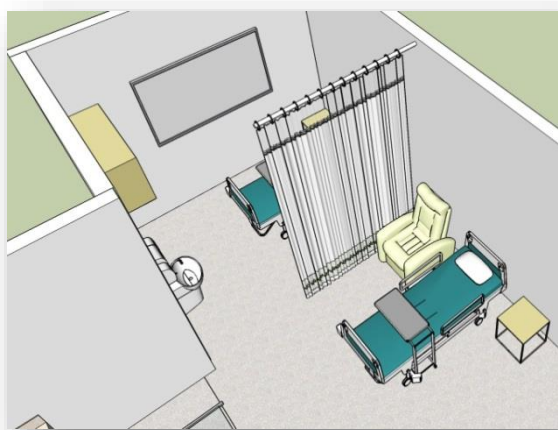


Figura 37: Imagem tridimensional quarto dois leitos

Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 38: Imagem tridimensional quarto com três leitos

Fonte: Acervo do autor, 2016.

A terceira imagem era um quarto com quatro leitos, poltrona para acompanhante, e cortina de separação entre os leitos dos pacientes (Figura 39).



Figura 39: Imagem tridimensional do quarto com quatro leitos
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Os quartos com dois leitos (60%) e quatro leitos (30%) foram os mais escolhidos, e em todos os modelos foi mencionada a cortina de separação dos leitos como fundamental na privacidade dos pacientes e acompanhantes.

O instrumento ainda incentivou a percepção dos acompanhantes quanto á aparência do setor e a aparência do quarto . A partir de imagens selecionadas, foram apresentadas duas diferentes opções de fachadas com a pergunta: “Qual dos edifícios abaixo seria mais adequado para a Pediatria? Por quê?”



Opção (A)



Opção (B)

- A primeira opção (A) representa uma tipologia que remete a edifícios ligados a atividade pediátrica, com uma fachada de caráter mais lúdico.
- A segunda opção (B) chama a atenção pela presença da pele de vidro, denotando uma arquitetura contemporânea.

Em um segundo momento, foram apresentadas imagens de ambientes internos, com duas diferentes tipologias de layout para quartos de internação, cuja pergunta que guiou a avaliação foi: “Qual das imagens abaixo mostra o quarto de internação mais adequado? Por quê?”



Opção (A)



Opção (B)

- A segunda opção (A) apresenta uma única cama com disposição mais formal, impessoal e limpa, no entanto mais sofisticada.
- A primeira opção (B) apresenta um espaço organizado com várias camas distribuídas linearmente com pintura clara e pequenos adesivos lúdicos.

O instrumento permitiu verificar a avaliação dos acompanhantes em relação à preferência da aparência do setor e do quarto (Gráfico 29 e 30), a partir de imagens selecionadas que remetessem a diferentes situações de organização espacial e de fachada. O resultado demonstra a prevalência do lúdico em todas as situações.

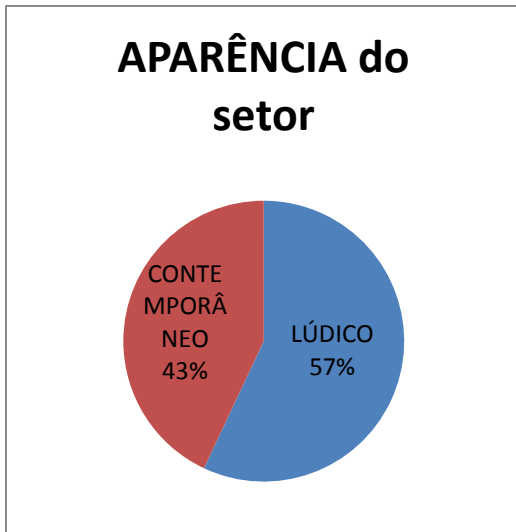


Gráfico 29: Aparência do setor.
Fonte: Acervo do autor,2016.

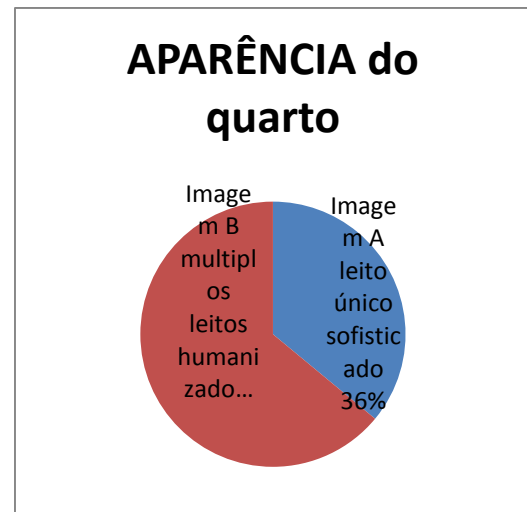


Gráfico 30: Aparência do quarto.
Fonte: Acervo do autor,2016.

Apesar de ter mais leitos no mesmo ambiente, o quarto com quatro leitos foi preferido em relação ao quarto de três leitos. Pois neste, o paciente que está localizado no “meio” dos dois leitos, vê diminuída sua privacidade - quando olha para qualquer lado vê outro paciente, enquanto que os pacientes “das pontas” têm a opção de olhar para a parede, quando não querem ser incomodados.

O projeto do quarto da enfermaria com mais de um leito permite uma integração entre os pacientes e familiares, mas manter a privacidade deles também é fundamental, por isso o projeto é complexo e requer criteriosa análise das funções que deve desempenhar.

4.8.7 Mapa Visual

Este instrumento foi complementado com algumas perguntas para melhor entendermos a qualidade do ambiente construído na visão do acompanhante. Foram inseridas questões na direção de ratificar se, e como a estrutura interfere no processo terapêutico do paciente. E ainda, foi levantado o que é mais importante para o paciente em relação ao ambiente de internação. Abaixo relatamos algumas respostas que revelam a visão dos acompanhantes e uma ficha preenchida.

“Um ambiente confortável deixa todo mundo mais calmo, tanto as enfermeiras quanto as crianças”

“Se não tem estrutura não tem remédio que resolve....”

Ainda, no intuito de identificar a percepção dos acompanhantes em relação aos ambientes: localização, apropriação, demarcação de territórios, mobiliário e espaços de interação, foram também repetidas as perguntas da APO conceitual:

- 1) Quais os ambientes que você mais frequenta na Pediatria?
- 2) Quais os principais pontos positivos / negativos identificados nestes ambientes?

Os resultados apontam que o quarto é o ambiente mais frequentado (61% das respostas) mas, diversos comentários disseram não ter onde ir com a criança e por isso acabam permanecendo no quarto. Em segundo lugar, apareceu o posto de enfermagem (23% das respostas), não porque precisam de algo, mas, porque é onde improvisam uma sala de estar para interagir com outras mães, falar ao celular com alguma privacidade, e como disse uma respondente “des estressar um pouco”.



Figura 40: Foto do Posto de Enfermagem da entrada com dois pesquisadores.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

Em terceiro lugar como área mais frequentada está o banheiro (11% das respostas), mas também com característica diferente de sua função. “Usamos o banheiro para ter um pouco de privacidade”. As demais áreas quase não apareceram como resposta (5% das respostas).

Os resultados apresentam: os quartos, os banheiros e o mobiliários, como os ambientes mais passíveis de reclamação na visão do acompanhante (Gráfico 31).

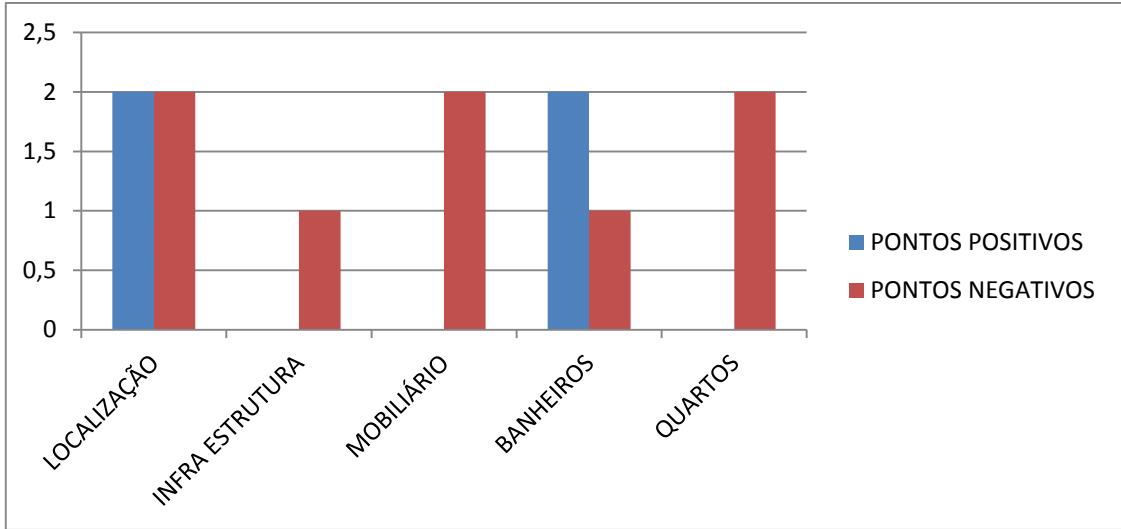


Gráfico 31: Pontos Positivos e Negativos - Visão acompanhantes
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Ainda explorando a visão dos acompanhantes lhes foi solicitado apontar o grau de importância da: infraestrutura, conforto, segurança, privacidade e medicação (Gráfico 32). E para melhor compreender a percepção dos respondentes, foi também questionado se a infraestrutura interfere na qualidade de vida na internação (Gráfico 33).

Os resultados revelaram que o conforto é o item mais importante para o paciente, seguido da medicação e privacidade. Já quanto a interferência na qualidade da internação a maioria (71%) dos respondentes, disseram que sim – a estrutura física interfere na qualidade da internação.

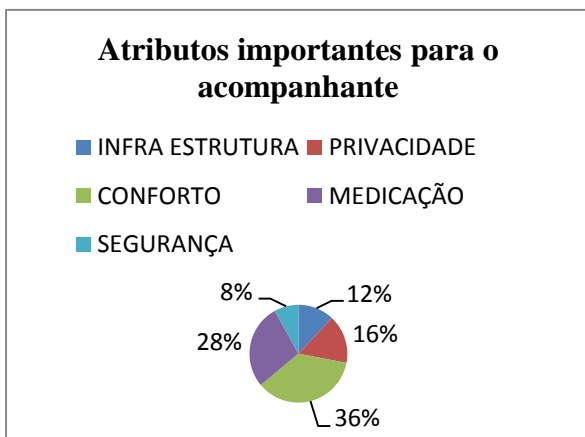


Gráfico 32: Atributos importantes para o acompanhante.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

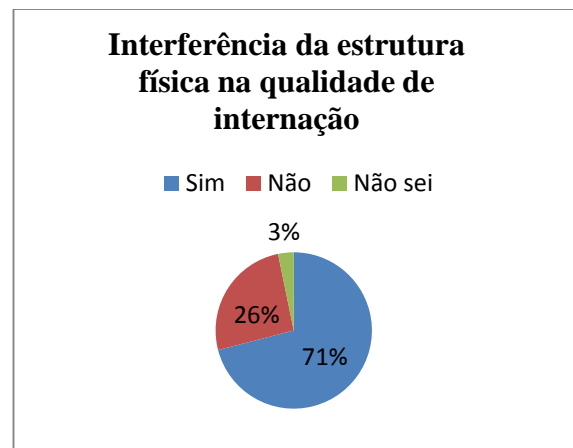


Gráfico 33: Interferência da estrutura física na qualidade de internação
Fonte: Acervo do autor, 2016.

4.8.8 Matriz de descobertas e Recomendações

Na matriz de descobertas e recomendações foram elencadas e reunidas as informações coletadas pelos instrumentos, para posterior apresentação gráfica das principais descobertas das APOs. Sua aplicação evidenciou a utilidade do instrumento como ferramenta capaz de mapear as descobertas e permitir a compreensão da opinião dos respondentes, identificando as adaptações e improvisações feitas por eles (RODRIGUES et al. , 2004). A síntese das descobertas contemplou fatores técnicos, funcionais e comportamentais, além de identificar os aspectos culturais e afetivos relacionados com os usos dos ambientes analisados. Foi possível perceber os usos e procedimentos inadequados dos ambientes, o perfil dos usuários: paciente, acompanhante e colaborador. O quadro síntese apresentado abaixo inclui as principais descobertas e respectivas recomendações, priorizando a opinião dos usuários, por entender que esta contribuição evidencia o aspecto comportamental, tão importante para a determinação da qualidade ambiental.

	ANÁLISE	DESCOBERTAS (mais relevantes)	DESCOBERTAS DA WALKTHOURGH/VISITA EXPLORATÓRIA	OPINIÃO DOS USUÁRIOS	RECOMENDAÇÕES
1	GERAL				
1.1	Sinalização	ruim, confusa, de difícil leitura	ruim, pacientes de outros setores sempre pedem informação na recepção da pediatria	a sinalização é confusa e deficitária	refazer o projeto de comunicação visual em todo o hospital
1.2	Conforto térmico	ambientes muito quentes	ambientes abafados e quentes	o calor compromete a qualidade dos trabalhos da assistência	adequar as normas de conforto térmico (temperatura mínima recomendada) para
1.3	Conforto aeróbico	odor em vários ambientes	odor em vários ambientes principalmente nos banheiros e na utilidades	há sempre muita roupa suja e resíduos para ser recolhido	reformular os banheiros, proporcionar mais horários de coleta de roupa suja e resíduos no setor
1.4	Conforto visual	janelas comprometidas com o calor externo das condensadoras de ar condicionado, janelas não permitem a visão externa	pacientes não têm visão externa, janelas permanecem fechadas ou obstruídas	janelas antigas e ineficientes	trocar as condensadoras de ar condicionado de local e reformar as janelas

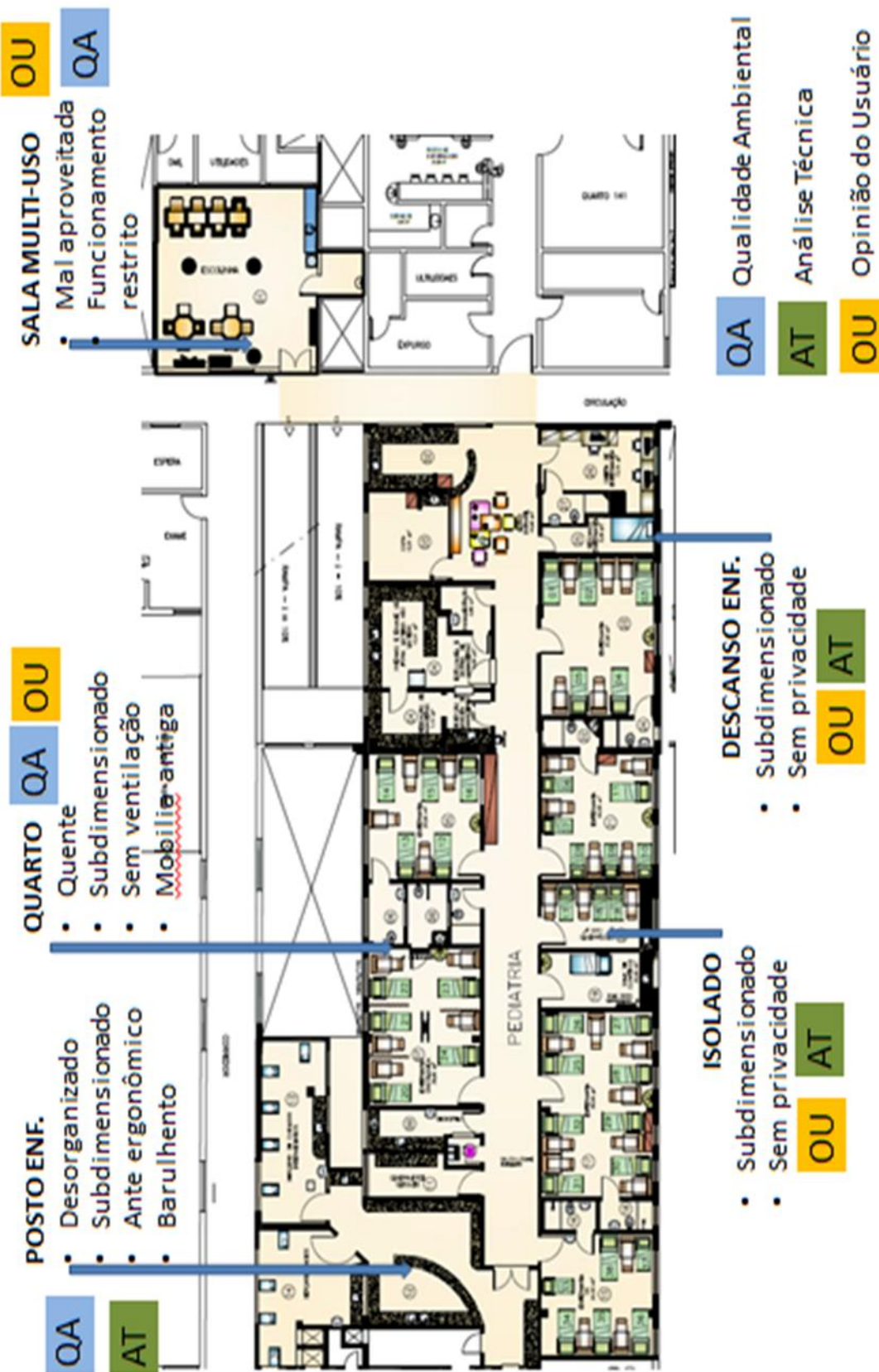
	ANÁLISE	DESCOBERTAS (mais relevantes)	DESCOBERTAS DA WALKTHOURGH/VISITA EXPLORATÓRIA	OPINIÃO DOS USUÁRIOS	RECOMENDAÇÕES
1.5	Iluminação natural	iluminação natural excessiva, no entanto comprometida pela obstrução das janelas	ambientes muito escuros	o sol quando entra nos quartos incomoda atrapalha e gera ainda mais calor	instalar dispositivos nas janelas que permitam controle de penetração de luz: brises móveis
1.6	Iluminação artificial	iluminação insuficiente para as atividades desempenhadas no setor	iluminação artificial ligada mesmo durante o dia	iluminação compromete a realização das atividades da assistência	adequar a iluminação à norma de iluminação hospitalar segundo as funções de cada
1.7	Acústica	nível de ruído elevado devido a equipamentos e pessoa	ruído excessivo dos acadêmicos de medicina	nível de ruído excessivo dos acadêmicos	aferir nível de ruído no setor e se constatada inadequação elaborar plano de ação para se
2	PAREDES				
2.1	Aparência /conservação	sem manutenção e com infiltração	em mal estado de conservação	sujas e sem manutenção	elaborar plano de preventiva de pintura no setor
3	TETOS				
3.1	Aparência /conservação	pintura boa	boa aparência	pintura boa	elaborar plano de preventiva de pintura no setor e explorar esta área para distrações positivas para os
4	PISO				
4.1	Aparência /conservação	danificado em alguns pontos e novo nas unidades reformadas	aparência muito boa nas áreas reformadas e ruim e com sujidade nas demais áreas	aparência muito boa onde foi reformado e ruim nos demais setores	trocar o piso dos setores que ainda não foram reformados
5	INSTALAÇÕES ELÉTRICAS				
5.1	Aparência /conservação - (embutido, mista)	fora de norma, embutida e com canaletas externas, tomadas em número insuficiente para as atividades desempenhadas, rede elétrica deficitária	tomadas ligadas com canaletas, em número insuficiente, com tomadas expostas	faltam tomadas para o desempenho das atividades da assistência	adequar a iluminação à norma hospitalar segundo as funções de cada espaço, analisando "in loco" as demandas atuais
6	ESQUADRIAS				
6.1	Porta - aparência	antigas e desgastadas, demandam manutenção	portas necessitam de manutenção	algumas não têm chave	reformular portas danificadas
6.2	Janela - aparência	com vidro envelhecido, demandam manutenção e adequação técnica: vidro que permita a visualização da área externa, colocação de brises móveis	obstruídas com lençol e papéis	não permitem a ventilação	reformular as janelas, trocar o vidro e instalar dispositivos que permitam controle de penetração de luz: brises móveis
7	DIMENSÃO	ambientes fora de norma, subdimensionados para o número de pacientes	ambientes com aparência de bagunça e desorganização	aparência ruim, superlotação compromete a atividade da assistência	redimensionar os ambientes e o número de leitos nos quartos
8	PRIVACIDADE	faltam espaços para desenvolver atividades de orientação, boletins médicos e feedback	corredores usados como sala de reunião	não há nenhum local para ser ter uma conversa reservada	contemplar na área uma área para conversas com privacidade

9	MOBILIÁRIO	obsoleto, danificado e em número insuficiente	estragado com péssima aparência	insuficiente e coloca em risco as atividades assistenciais	trocar o mobiliário danificado
10	BANCADAS	não ergonômicas, de material inapropriado e com altura e profundidade	antigas, super lotadas de medicamentos	sem espaço para uso devido aos medicamentos	trocar as bancadas antigas
11	QUARTOS	subdimensionados, com população superior a capacidade, com armários insuficientes para guarda de pertences	aparência de bagunça e superlotação	dificulta a atividade da assistência em virtude da quantidade de leitos	redimensionar o ambiente e o número de leitos nos quartos
12	POSTOS DE ENFERMAGEM	subdimensionado, em local inadequado, fora de norma	usado como recepção, recreação de paciente e lazer dos acompanhantes	muito distante dos leitos	instalar o posto de enfermagem em local estratégico - central- facilitando o deslocamento e interações dos colaboradores
13	QUALIDADE DO AMBIENTE	ambientes fora de norma, mal dimensionados para o número de pessoas e para as atividades desenvolvidas	qualidade ambiental comprometida: bagunça, desorganização	ambiente atende as necessidades mesmo diante de tantas dificuldades	reorganizar o espaço de maneira que as atividades possam ser melhor desempenhadas

Tabela 7: Matriz de descobertas e Recomendações

Fonte: Acervo do autor, 2016.

MATRIZ DE DESCOBERTAS



CAPÍTULO V

RECOMENDAÇÕES



5.1 RECOMENDAÇÕES GERAIS

Ao considerar que um dos propósitos da pesquisa era reduzir a diferença entre a lógica de funcionamento do projetista e a lógica de utilização do usuário, baseado no confronto entre questões apresentadas no cotidiano da unidade e o conhecimento técnico, nesta seção são apresentadas recomendações gerais para projetos de alas pediátricas dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS, contribuindo com novas discussões acadêmicas e profissionais.

As recomendações são de aspectos técnicos, construtivos e ambientais, fundamentando-se nos resultados obtidos durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Foram elaboradas no sentido de explicar os ambientes que devem compor uma ala de internação pediátrica em uma EAS, sua função e quais características são indispensáveis e devem ser consideradas na concepção projetual. A síntese dessas informações podem auxiliar projetos futuros bem como balizar um projeto de reforma da própria unidade. No entanto, como as necessidades dos usuários e dos provedores podem variar com o tempo e com as circunstâncias, as recomendações foram elaboradas conceitualmente, sem limitar-se a complexidade e a variabilidade de cada contexto de projeto. As recomendações se referem aos principais problemas constatados, bem como consideram as limitações advindas da configuração do local onde se inserem, partindo do princípio que mudar-se para outro local não seria possível. Cabe destacar ainda que a rotina da internação foi observada por quase um ano, um período satisfatório para demonstrar o perfil dos usuários: paciente, acompanhantes e colaboradores.

As recomendações apresentadas se mostram de grande relevância para os usuários, despontando como algumas de suas principais aspirações. São recomendações que influenciam o projeto arquitetônico da unidade como um todo.

A primeira descoberta da pesquisa, chama atenção para o caráter interdisciplinar da arquitetura e como tal, deve envolver ainda no início do processo os usuários da área: pacientes, acompanhantes e colaboradores e não apenas se adequar às exigências previstas em normas legais.

Implantação e Localização

Para a implantação da unidade, é importante considerar a facilidade de acesso ao transporte público e ao mesmo tempo garantir a segurança quanto a entrada e saída dos pacientes. Todos os ambientes devem ser acessíveis, atendendo a recomendação da norma de acessibilidade - NBR 9050.

A unidade deve estar inserida no hospital, o mais próximo possível da entrada para evitar que o paciente pediátrico circule por muitas áreas do edifício, antes de chegar á

internação. No entanto, se faz desejável que a ala pediátrica se localize próxima também do CTI neonatal, do bloco obstétrico e da maternidade, para facilitar a rotina dos funcionários e permitir rapidez de atendimento em caso de uma intercorrência. Recomenda-se ainda que haja uma área específica para atividades escolares, onde também podem ser desenvolvidas distrações positivas, mas esta área deve localizar-se contígua à unidade e não “dentro” dela.

Configuração e Dimensionamento dos Espaços

A pesquisa revelou que o ambiente mal dimensionado é um elemento potencializador do sofrimento na hospitalização. Mas, em termos de configuração e dimensão a unidade analisada está subdimensionada para o número de leitos, acompanhantes e quantidade de móveis e equipamentos que comportam. No entanto, a presença do pai ou da mãe ou ainda de um familiar, por um período integral, dentro do espaço de internação, é de suma importância, pois, o fato do acompanhante estar aliado ao paciente, possibilita uma das principais distrações positivas vivenciadas na internação para este perfil de paciente. Porém, a convivência familiar tem que ser planejada de maneira que se preserve ao máximo a sua privacidade. Recomenda-se priorizar soluções projetuais que utilizam isolamento visual, deem privacidade nos momentos mais sensíveis como: aplicação de medicamentos e higiene pessoal. Portanto, segundo a RDC-50/2002 a unidade deverá contemplar os ambientes: posto de enfermagem, sala de serviço, sala de exame e curativos, área para prescrição médica, cuidado e higienização de lactentes, enfermaria de lactentes, enfermaria de criança com banheiro, enfermaria de adolescente com banheiro, área de recreação/refeitório, quarto para paciente isolado com ante câmara, sala de aula, sala de utilidades, banheiro para acompanhante, sanitário para público, sanitário para funcionário, rouparia, sala de star para acompanhante, DML, área para guarda de macas e cadeira de rodas, sala administrativa, depósito de equipamentos, sala para coleta de leite humano, copa de distribuição. Entretanto, na pesquisa foi possível identificar ainda a necessidade de: copa para acompanhantes, sala para discussão acadêmica, área para descanso de colaboradores. Todos os ambientes devem ser bem dimensionados e com desenho universal, acomodando facilmente camas, poltronas de acompanhantes, armário para guarda de pertences, mesa de cabeceira, escada de acesso ao leito e suporte de soro, sem comprometer a circulação de cadeiras de rodas ou macas.

Conforto Ambiental

O conforto interfere significativamente no bem estar dos usuários e como tal deve permitir que os usuários tenham a máxima autonomia nas condições ambientais. Portanto, considerando as situação de conforto recomenda-se:

Conforto térmico – o projeto dos ambientes deve assegurar boas condições de ventilação, devem ser previstas janelas que assegurem as condições necessárias para a renovação de ar, haja vista que os pacientes necessitam que os ambientes não lhes exponham ao contato com outras patologias, pois seu sistema imunológico tende a estar deprimido. Deve ainda ser previsto sistema de ar condicionado que possa ser controlado pelos usuários.

Conforto visual – os ambientes devem ter iluminação natural e iluminação artificial, com no mínimo o número de lux recomendado pela norma, para o tipo de trabalho e nível de acuidade visual exigidos. Recomenda-se ainda o uso das cores suaves, alegres e luminosa pela sua grande capacidade de influenciar o estado emocional dos pacientes.

Conforto acústico - devem ser previstos ambientes com o máximo de silêncio possível, pois alguns ruídos já são inerentes às atividades hospitalares e se aliadas a estas inserir novas, irão contribuir para a baixa qualidade acústica do ambiente. Devem ser evitadas, conversas altas da equipe de colaboradores, para não tornar a experiência da internação ainda mais conturbada. Portanto, em alas onde são permitidas atividades médicas acadêmicas é recomendado a preparação de uma sala para discussão acadêmica.

Conforto ergonômico - todo o mobiliário não deve ter quinas nem entranhas e ser ergonômico, tanto nos postos de enfermagem - locais onde há grande atividade da enfermagem quanto nos móveis destinados ao pacientes. Os fluxos também devem ser considerados de maneira a possibilitar o menor deslocamento possível da enfermagem. As torneiras devem ser ergonômicas e ter acionamento sem necessidade de uso das mãos.

Conforto olfativo - para evitar odores indesejados, recomenda-se priorizar soluções técnicas que favoreçam a assepsia e número de coleta de roupas sujas e resíduos, compatíveis com o volume gerado.

Imagem e aspectos comportamentais

Na análise dos ambientes pelos usuários ficou claro a importância do acolhimento, tanto da família como do paciente, revelando que o ser humano deve ser valorizado e não apenas as técnicas assistenciais e medicações. Os espaços de internação devem ainda ser bem dimensionados, valorizando a interação com áreas verdes, a espiritualidade e provendo espaços para deambulação. Para os usuários, a imagem dos ambientes deve reforçar a mensagem de que a instituição preocupa-se com suas necessidades, individualidades e seu bem-estar. Assim, recomenda-se elaborar os projetos de maneira que contemplem uma imagem aconchegante, amigável e principalmente humanizada, especialmente nas áreas de maior tempo de permanência, onde deve ser valorizado a presença de um acompanhante em tempo integral, pela sua grande capacidade de gerar distrações positivas para os pacientes. Ressalta-se que a área

deve ter ainda boas condições de manutenção e conservação, tanto para os espaços físicos quanto para os mobiliários e equipamentos. Tudo isso, colabora para a segurança da equipe de assistência e conseqüentemente para a qualidade de vida dos usuários: pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Por fim, o porte da unidade deve ser avaliado para não se tornar grande demais se tornando impessoal, austero e dificultando o deslocamento da assistência. Deve ser pensada de maneira que reduza o esforço do deslocamento, favoreça a orientação, o contato e a interação entre os usuários, atributos avaliados positivamente na pesquisa.

Além destes aspectos gerais foram ainda reveladas recomendações específicas de cada área conforme descrito a seguir:

Recepção/registro: ambiente necessário para controlar o acesso e registrar a entrada e saída dos pacientes. Deve permitir a acomodação e a movimentação de usuários em cadeiras de rodas e macas. Por ser o local de primeiro contato do público com a unidade, deve ser acolhedora, humanizada, de tal maneira, que remeta acolhimento e aconchego ao paciente. Entre as principais sugestões destaca-se: escolha apropriada de acabamentos com cores suaves, presença de vasos de planta, quadros ou pinturas lúdicas e ampla iluminação natural; acesso à área externa com jardins, ou pelo menos com janelas que permitam a contemplação; mobiliário ergonômico, confortável para pacientes, acompanhantes e colaboradores, deve ainda ser garantido o conforto térmico e lumínico. Dentre as possibilidades a serem exploradas para a humanização e realização de distrações positivas, recomenda-se dispor de: televisão, que pode ser usada como fonte de informação de saúde e como meio de distração com programas infantis, mural informativo, bebedouro, material impresso lúdico para recreação, contemplação ou acesso a jardins.

Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Recomenda-se que esteja próxima à recepção, sua existência se justifica para evitar o acúmulo de equipamentos e materiais nas circulações.

Sala administrativa: deve dispor de pelo menos quatro postos ergonômicos de trabalho, com telefone, computador e impressora. Deve possibilitar a realização de atividades como consultar dados, solicitar medicação, arquivar documentos e fazer trabalhos de registro das informações do paciente.

Posto de enfermagem/prescrição: é o ambiente onde os colaboradores permanecem durante a observação dos pacientes, onde realizam algumas atividades administrativas. Deve ser provido de pia de lavagem de mãos independente da pia de preparo de medicamentos. Na unidade atual não há uma sala de serviços contígua separada para o

preparo de medicamentos, pois os medicamentos são preparados na bancada do posto de enfermagem. Esta situação contribui para a insegurança do paciente, pois além dos medicamentos ficarem expostos, podem ser facilmente trocados. A recomendação é que a sala de serviços ou preparo de medicamentos fique contígua ao posto de enfermagem, mas em local separado, integrado visualmente por pano de vidro e fechado para evitar que qualquer pessoa entre na área, quando o posto de enfermagem estiver sem ninguém. Quanto a localização do posto de enfermagem para a maioria dos colaboradores a preferência é estar localizado no “meio” da unidade para que o percurso a ser percorrido pela enfermagem até cada leito seja equidistante e possibilite uma melhor visualização e controle dos pacientes. Recomenda-se ainda que a área de prescrição - local administrativo onde os colaboradores fazem a evolução dos pacientes seja integrada ao posto de enfermagem, com bancada ergonômica, bem iluminada, com computadores telefone e impressora em número compatível com o número de usuários.

Prescrição médica/discussão acadêmica: é o ambiente onde os médicos fazem a parte administrativa, prescrevem medicação e anotam a evolução da cada paciente. Recomenda-se que esta seja bem próxima ao posto de enfermagem, com bancada ergonômica, bem iluminada, com computadores, telefone e impressora em número compatível com o número de usuários. Anexa a esta área, deve estar localizada a sala para discussão acadêmica, com computador e mesa de reunião compatível com o número de acadêmicos. Esta sala tem a finalidade de promover a discussão dos casos de cada paciente entre os profissionais médicos e ainda do predecessor e os residentes. Tem também o propósito de possibilitar atividades de estudo e pesquisa mais simples e rápidas, além de servir como área para conversas privadas com pacientes e acompanhantes, permitindo que enfermeiras e médicos possam dar apoio emocional e orientações aos pacientes relativas ao tratamento.

Sala de exames e curativos: recomenda-se que a sala de exames e curativos deva estar localizada próxima ao posto de enfermagem. Deve ser usada exclusivamente para esse fim, dispor de bancada com pia de lavagem de mãos e de preparo de medicamentos, balança para que as enfermeiras possam registrar o peso, aferir a pressão e a temperatura. Deve ainda dispor de maca centralizada para permitir que se faça curativos com espaço para o colaborador e a ajuda de um acompanhante, aplicação de medicamento e coleta de sangue no paciente. A sala assegura maior privacidade e integridade ao paciente e ao profissional de saúde na realização das atividades. Ressalta-se na pesquisa a importância das distrações positivas para os pacientes neste ambiente.

Rouparia: nesse ambiente, ficam depositados lençóis, travesseiros e fronhas limpas, que serão utilizados pelos pacientes. Pode-se usar um armário ao invés de um espaço físico, mas o tamanho do mesmo tem que ser compatível com o número de leitos, onde deseje-se que armazenem 02 conjuntos de peças /leito .

DML: no depósito de material de limpeza são armazenados os produtos de higienização do ambiente, como rodo, vassoura pano de chão e/ou o mob - carrinho próprio para a higienização de ambientes. Recomenda-se que o ambiente seja amplo para permitir que o carrinho fique dentro da área no momento que não está sendo usado. A infra estrutura física deve prever tanque com prateleira superior para colocação dos materiais de limpeza já abertos e em uso, armário para guarda de materiais de limpeza fechados, e torneira baixa com altura de 50cm para abastecimento de água dos baldes e do carrinho de limpeza.

Utilidades: é o local no qual se faz uma pré-limpeza dos instrumentais utilizados no atendimento antes de encaminhá-los para a esterilização. Além disso, é na sala de utilidades que se faz o armazenamento temporário do resíduo da unidade, quando não há um ambiente específico para este fim. Deve dispor de bancada com pia de despejo, especialmente projetada para o escoamento de resíduos de fluídos dos pacientes: sangue e outras secreções antes da lavagem. A sala de utilidades tem normalmente um pia e uma pia de despejo.

Sala para guarda de equipamentos e materiais: é o local onde ficam guardados os equipamentos que são usados na unidade como: monitor multiparâmetros, bomba de infusão, etc. Recomenda-se espaço para armazenagem de utensílios, medicamentos e insumos. Deve ser uma área fechada com acesso restrito para a enfermagem.

Copa para acompanhante: é um ambiente com bancada e pia, podendo ter micro-ondas. Além da bancada, deve dispor de mesa com cadeiras, de forma a permitir a realização de pequenas refeições, a socialização dos pais e evitar que estes se alimentem dentro dos quartos dos pacientes.

Banheiros para acompanhantes: deve ser em quantidade adequada à demanda e dividido por sexo. Deve ainda funcionar como vestiário com: chuveiro, bacia, lavatório e trocador para que os acompanhantes possam trocar de roupas com privacidade.

Sanitário para colaborador: deve ser em quantidade adequada à demanda e dividido por sexo, com bacia e lavatório.

Descanso de colaboradores: é um importante ambiente para a humanização da unidade, favorecendo o descanso e a socialização de profissionais de saúde. Pode dispor de sofás, mesa com poucos lugares e escrivaninha para utilização de computador. A sala de

descanso é uma pequena sala de estar, e pode, ou não, estar integrada à copa de uso exclusivo dos funcionários.

Sanitário para colaborador: Devem ser previstos sanitários para os funcionários, em quantidade adequada a demanda.

Sala para coleta de leite humano: é onde é feito o arquivo, registro, triagem e ordenha das mães. A área deve prever espaço para estocagem temporária do leite cru coletado, para posterior envio ao banco de leite para processamento. Este serviço pode estar na unidade pediátrica ou fora dela, mas, é desejável que esteja bem próximo. A estrutura deve obedecer a um leiaute com fluxo unidirecional de pessoas e produtos, evitando cruzamento de fluxos e facilitando a higienização, de maneira a não comprometer a qualidade do leite, seja do ponto de vista físico-químico ou microbiológico. Ressalta-se na pesquisa a importância da humanização neste ambiente.

Copa de distribuição: é um ambiente destinado ao recebimento das refeições dos pacientes, serve de apoio ao SND – serviço de nutrição dietética. Deve ser provido de bancadas com pia e deve ter acesso restrito à enfermagem, ressalta-se que esta área é de uso apenas para armazenamento e distribuição, sendo vedada a utilização como sala de refeição.

Cuidado e higienização de lactentes: é o local destinado ao banho, troca de fraldas e reanimação dos pacientes lactentes. Deve ser provido de pia de despejos e pia para lavagem de mãos. Recomenda-se que seja um ambiente humanizado e aconchegante e que esteja próximo à enfermaria de bebês saudáveis e/ou que requerem cuidados intermediários. Ressalta-se na pesquisa a importância das distrações positivas para os pacientes neste ambiente.

Quarto de isolamento: é o local onde pode ser acomodado separadamente um paciente que tenha alguma doença infectocontagiosa. Deve ter acesso restrito por ante câmara com pia de lavagem de mãos, mas provido de contato visual por vidro que integre visualmente, provendo humanização e integração do paciente com os outros setores e favorecendo a observação do paciente. No entanto, na unidade em análise devido à falta de espaço este ambiente está com três leitos. Ressalta-se na pesquisa a importância da humanização para os pacientes neste ambiente.

Quartos de internação conjunta para lactente: é a área destinada à internação dos bebês. O posicionamento dos leitos deve assegurar a fácil visualização a partir do posto de enfermagem e, deve ser previsto espaço para poltrona ao lado de cada berço. Quanto à iluminação artificial é desejável que o paciente possa ter algum controle - recomenda-se uso de arandelas individuais e instalação de dimmers que permitam regular os níveis de iluminação de acordo com as demandas de acuidade visual.

Quartos de internação conjunta para criança: é a área destinada á internação propriamente dita. O posicionamento dos leitos deve assegurar a fácil visualização a partir da porta, deve ser previsto espaço para poltrona ao lado de cada leito. A pesquisa mostrou que os leitos devem ainda permitir a visão para as aberturas para o exterior, especialmente se houver áreas verdes externas que possam ser contempladas pelos pacientes. Outra característica fundamental é a seleção de leitos ergonômicos, pois estes são determinantes do conforto dos pacientes, já que permanecem boa parte do tempo em que realizam o tratamento. Esses leitos devem ainda permitir regular sua inclinação com facilidade, seja pelos pacientes ou pelos colaboradores, favorecendo o repouso e o atendimento emergencial na posição deitada, além de atividades variadas na posição inclinada. Na unidade estudada, os leitos são antigos e de difícil manuseio, o que se mostrou muito desconfortável e não ergonômico. Os móveis também devem ser ergonômicos e compatíveis com a quantidade de pertences dos pacientes, possibilitar o armazenamento seguro de objetos pessoais, no entanto recomenda-se limitar a quantidade e o tamanho dos pertences. Ainda em relação à seleção de mobiliário, os usuários sugeriram que fossem colocados suportes fixos atrás dos leitos para as bombas de infusão e monitores multiparâmetros, e suporte de soro de teto, para desobstruir as circulações. Essa recomendação se justifica em unidades como as do estudo de caso, onde o dimensionamento atual dos quartos é considerado exíguo pelos usuários.

A configuração do quarto amplo e interativo parece ser recomendável para oportunizar várias distrações positivas, pois aumenta a capacidade de controle do paciente sobre o local, permitindo a ele realizar o ajuste das condições ambientais de acordo com o tipo de atividade que deseja desenvolver. Recomenda-se que a estrutura de rede elétrica permita além de ligar os aparelhos necessários ao tratamento, possibilite também utilizar um computador, estudar ou fazer trabalhos manuais, artísticos ou de terapia ocupacional. Quanto á iluminação artificial é desejável que o paciente possa ter algum controle, com o uso de arandelas individuais e a instalação de dimmers que permitam regular os níveis de iluminação de acordo com as demandas de acuidade visual. Além disso, foram considerados como recursos para dar suporte às distrações positivas: televisão com fones de ouvido individuais; aparelho de DVD fixo ou portátil; revisteiros, estantes ou mesmo móveis com rodízio para tornar livros, revistas e jornais visíveis e acessíveis aos pacientes.

Banheiro adaptado: todos os banheiros das enfermarias devem ser adaptados para pessoas com necessidades especiais, com espaço para circulação interna da cadeira de rodas.

Por fim, há outros ambientes que não cumprem funções relativas ao atendimento médico e de enfermagem, mas que também dão suporte à humanização e proporcionam a

realização de distrações positivas. Por sua importância, ambientes com este propósito têm sido cada vez mais incorporados aos projetos hospitalares, tanto no Brasil quanto no exterior. Tais ambientes podem estar situados dentro da unidade ou fora dela, como no caso de:

Área de recreação/ lazer/refeitório/ atividades educativas/brinquedoteca: esta área é multiuso e pode incorporar também a sala de aula. É onde os pacientes, devem sentir-se mais livres, é desejável ainda que haja integração com áreas externas como jardins, que possam ser utilizados pelos pacientes ou pelo menos serem contemplados, pois o jardim amplia muito as possibilidades de distração positiva, oportunizando a realização de diversas atividades ao ar livre e a contemplação de áreas verdes, o que por si só anula os efeitos negativos inerentes ao hospital. Recomenda-se ainda a adoção de obras de arte, vasos com plantas ou aquários que possam ser contemplados; móvel para armazenagem de jogos de mesa e passatempos (baralho, xadrez, palavras cruzadas, quebra-cabeças, videogame etc.). Ressalta-se que a pesquisa mostrou que este ambiente humanizado potencializa a ocorrência de distrações positivas. Abaixo uma distribuição de layout,(Figura 41) com ocupação de quatro e dois leitos, com posto de enfermagem central, área para distrações positivas na entrada e espaço de jardim.



Figura 41: Simulação da implantação com principais pontos identificados pelos usuários: posto de enfermagem central e brinquedoteca lateral. **Fonte:** Acervo do autor, 2016.

Visando possibilitar uma melhor qualidade ambiental, o projeto arquitetônico deve ter como diretriz em três aspectos: comportamentais (fluxos/ acessos), ambientais (conforto) e técnico construtivos (infra estrutura). A distribuição dos espaços deve enfatizar os pontos principais levantados pela pesquisa, principalmente no que diz respeito ao: posto de enfermagem e brinquedoteca. Ressalta-se ainda que se faz necessário um aprofundamento em todos os pontos acima descritos, principalmente levando em conta o conforto: térmico, visual, acústico, ergonômico e olfativo e também a configuração espacial, bem dimensionada e adequada às atividades desenvolvidas. Deve ainda ser analisadas as questões funcionais, de segurança e estéticas, sem se esquecer de aprofundar a análise nos aspectos comportamentais.

Todas estas recomendações vão ao encontro das demandas dos usuários: pacientes, acompanhantes e colaboradores, demonstra suas necessidades, aspirações e preferências. No entanto, cada ambiente de saúde é único e como tal deve ser analisado, não se pode padronizar implantações, plantas, ou mesmo tipologias. Ressalta-se ainda a necessidade de adequação á topografia, á vizinhança, á orientação solar e às normas da vigilância sanitária.

O ambiente de saúde é complexo e como tal incorpora exigências e particularidades próprios, demandando ao profissional de arquitetura esforços estratégicos na concepção espacial, pois estas influenciaram fortemente no projeto arquitetônico.

Abaixo um organograma com os ambientes desejados para facilitar a compreensão:

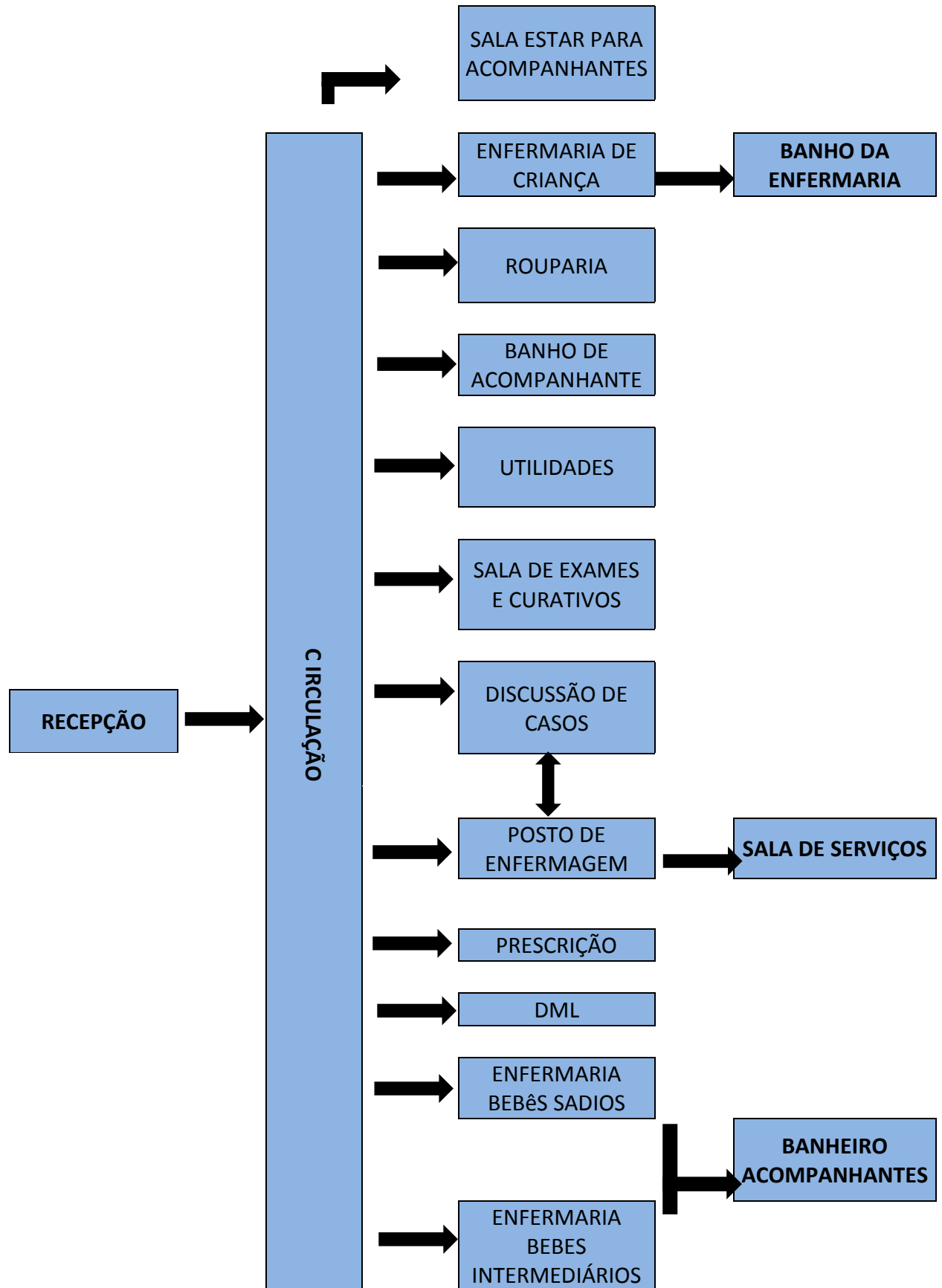


Figura 42: Organograma do setor. Fonte: Acervo do autor, 2016.

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas se sentem-se abaladas emocionalmente quando estão doentes e a falta de acolhimento do ambiente de saúde, pode contribuir para intensificar esse processo, do mesmo modo que um ambiente humanizado pode aliviá-lo.

A humanização está relacionada à qualidade da arquitetura hospitalar como um todo, favorece a apropriação do espaço, pois esta faz parte do ser humano, que se acostuma com as características do ambiente, se adapta ou se ajusta às necessidades. Portanto, uma imagem hospitalar humanizada favorece o processo de identificação do usuário e, conseqüentemente, transforma sua experiência no local em algo menos hostil e com melhor qualidade, favorecendo seu bem estar.

Com um olhar direcionado aos ambientes de saúde, mais especificamente de Pediatrias, analisou-se como a humanização do ambiente construído pode contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos usuários. Investigou-se a qualidade dos ambientes construídos, analisou-se a possibilidade dos ambientes darem suporte não apenas ao atendimento assistencial, o que é imprescindível, mas também a outras atividades que auxiliassem o paciente a se desligar um pouco do processo terapêutico, funcionando como distrações positivas no momento de dor e de desesperança. Foi analisada a interferência da estrutura física na qualidade de vida da internação. Para tal, foi necessário analisar o potencial do ambiente em possibilitar aos pacientes bem estar, de forma a favorecer a sua vivência e tornar a experiência da internação menos traumática. Sob essa ótica, investigou-se o perfil dos usuários: pacientes, acompanhantes e colaboradores, além de analisar as atividades realizadas e a configuração espacial da Pediatria da Santa Casa de Montes Claros-MG. A pesquisa enfatizou o ponto de vista dos usuários de forma a obter informações que auxiliassem no desenvolvimento de projetos mais realistas às suas demandas e necessidades. O trabalho permitiu responder à pergunta: a humanização da infra estrutura do ambiente pediátrico é um dos meios capazes de contribuir para tornar a experiência da internação das crianças menos traumática?

Os pacientes analisados foram em sua maioria de longa permanência, o que potencializa o vínculo entre eles e o lugar. Assim, o ambiente hospitalar adquire por consequência uma importância significativa para os pacientes. No entanto, a pesquisa evidenciou que estes têm condições físicas e psíquicas de desenvolver algumas atividades de

distração positiva enquanto estão internados. Os colaboradores entrevistados acreditam inclusive que o ambiente deveria, dar suporte a estas atividades, e que elas poderiam contribuir para o bem-estar dos pacientes e de seus acompanhantes. As distrações positivas mais solicitadas foram: utilizar um computador, ou simplesmente acessar a Wi-Fi, ter brinquedo ou boneca, utilizar jogos de mesa e passatempos, ler, estudar, fazer artesanato, teatro e escutar histórias de livros.

Durante a pesquisa verificou-se três aspectos categorizados de problemas: aspectos, comportamentais (fluxos/ acessos), aspectos ambientais (conforto) e aspectos técnico construtivos (infra estrutura), sendo o último o mais ressaltado. Dentre eles, o quarto da enfermaria foi identificado como o ambiente mais importante, pois, é nele que pacientes e acompanhantes permanecem por maior quantidade de tempo. A pesquisa também evidenciou a necessidade de envolver os usuários no processo projetual no início do processo, pois solicitações e adequações nesta fase são de fácil execução e de baixo custo, já as solicitações em fase adiantada do processo além de difícil execução prejudicam o processo e elevam o custo. Como exemplo pode ser destacado o dimensionamento apropriado da área para um número pré-definido de leitos, com espaço para circulação e mobiliário; caso o número de leitos aumente, o problema passa a ser de difícil solução. Daí a grande necessidade de pensar o projeto, também com facilidade de expansão e flexibilização, o que é recomendável para o planejamento dos estabelecimentos de saúde. A pesquisa também evidenciou que o dimensionamento é motivo de ocorrência de evento indesejado, como erro da assistência. Além do dimensionamento insuficiente dos ambientes, foi observada a inadequação dos espaços às funções desempenhadas, as condições insatisfatórias do conforto ambiental, a interferência da estrutura física na qualidade de internação, a falta de privacidade para pacientes e acompanhantes, a falta de controle do paciente em relação ao ambiente, a falta de local apropriado para guarda de pertences e a falta de ambientes de apoio dentro da unidade: ambientes de conforto e convívio para colaboradores e o número insuficiente de banheiros. Além desses aspectos, a pesquisa mostrou a necessidade que os usuários têm em se sentir seguros.

A adequação de boa parte dos problemas evidenciados contribui para a ocorrência de uma maior variedade de distrações positivas, escassas na unidade visitada. No entanto, para dar suporte às distrações positivas, mostraram-se especialmente importantes a existência de: atividades para pacientes e acompanhantes durante os longos momentos de ócio e a privacidade.

Os pacientes permanecem longos períodos ociosos, aguardando a hora da medicação, do banho, da visita espiritual e da refeição, e nos intervalos tendem a ficar ansiosos. Se houvesse alguma atividade para ser desenvolvida nestes longos intervalos, a tendência seria ficarem mais relaxados e menos fragilizados. O mesmo acontece com os acompanhantes que se sentem naturalmente inseguros pela incerteza do tratamento e tendem a se tornar estressados com a falta de atividade. A privacidade justifica sua importância por motivos como: pacientes podem não desejar interagir com outros pacientes já que estes também tendem a estar fragilizados emocionalmente, algumas atividades no ambiente hospitalar são individuais como por exemplo a necessidade de repouso. Ao se assegurar boas condições de privacidade, também se favorece os colaboradores para a realização das atividades da assistência, como: ter conversas reservadas com um familiar, permitir ao indivíduo escolher os momentos apropriados para a interação social, etc. No entanto, os quartos de enfermaria que têm mais de um leito, foram preferidos aos que têm leito individual, mas privilegiou-se estes, quando havia a possibilidade de separar os leitos com cortina, evidenciando a possibilidade de interação controlada pelo paciente. A pesquisa evidencia que um ambiente que favorece uma variedade de atividades para o paciente e para o acompanhante é capaz de alívio emocional.

5.3 SUGESTÕES PARA A CONTINUIDADE DO TRABALHO

Um dos méritos do trabalho foi constituir-se em uma pesquisa sobre áreas de Pediatria, tema pouco explorado no campo da Arquitetura, permitindo introduzir atributos com algumas necessidades dos usuários, aos arquitetos e planejadores destes locais. A pesquisa permite entender quem são seus usuários, suas demandas e necessidades, quais as atividades que são realizadas, qual sua configuração espacial e refletir sobre a importância da humanização para a promoção da saúde nestes ambiente. No entanto, dada a escassez de publicações, segue ainda em aberto um amplo campo para a realização de pesquisas nessa área.

REFERÊNCIAS

ACI - Associação Comercial e Industrial de Montes Claros. Moc Potencialidades. Disponível em: www.acimoc.com.br. Acessado em maio de 2012 pg 14.

ABDALA, José Gustavo Francis; BORGES, Marcos Martins; OLIVEIRA, Juliana Simili de. Arquitetura para equipamentos públicos e as redes em saúde . *In*: ENENPARQ (Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisa e Pós graduação em Arquitetura e Urbanismo) Arquitetura, Cidade, Paisagem e Território: percursos e prospectivas, 2010. Rio de Janeiro. Anais.

ALVES, Camila Aloísio; DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade.2009.

ANGELO, Thayane Silva de; VIEIRA, Maria Rita Rodrigues. Brinquedoteca hospitalar: da teoria à prática. 2010.

A ORIGEM das Santas Casas no Brasil. Disponível em: <<http://www.santacasamontesclaros.com.br/index.php/pages/historico>>, acesso em 09 abril 2015.

BARRERA Q. Francisco; MORAGA M., Francisco; ESCOBAR M., Sonia; Antilef H., Rosa. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión de futuro, 2007.

BERGAN, Carla; BURSZTYN , Ivani; SANTOS, Mauro César de Oliveira; TURA, Luiz Fernando Rangel. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. 2009.

BITENCOURT, Fabio. Conforto ambiental em estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília. Série - Tecnologia em Serviços de Saúde 2014. 1a edição. 2006.

BITENCOURT, Fabio. Hospitais saudáveis. Disponível em: www.hospitaissaudaveis.org. Acessado em julho 2015.

BITENCOURT, Fabio; COSTEIRA, Elza. Arquitetura e Engenharia Hospitalar Planejamento, projetos e perspectivas. Rio Books, 2015

BRASIL, Portal da Saúde. Entenda O SUS. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>> Acesso em: 17 fev. 2014.

BRASIL, Constituição Federal do. 1988

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

BRASIL, PNHAH -Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, Tábatta Renata Pereira de; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues; MOREIRA, Denis da Silva; MARQUES, Soraia Matilde. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. 2009.

BROSS, João Carlos. Compreendendo o Edifício de Saúde, Volume 2, Atheneu, 2013.

CAMPOS, Ernesto de Souza. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Divisão de Organização Hospitalar,1944.

CELINE, LF. Vida e obra de Semmelweis. São Paulo: Companhia das letras, 1998.

COSTEIRA, Elza. Reflexões sobre a Edificação Hospitalar: um olhar sobre a moderna arquitetura de saúde no Brasil . *IN: Arquitetura e Engenharia Hospitalar Planejamento, projetos e perspectivas*. Rio Books, 2015.

CROMACK, Luiza Maria Figueira; BURSZTYN, Ivani; TURA, Luiz Fernando Rangel. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. 2009.

DRUKER, Peter. A cabeça de Peter Druker. Rio Sextante, 2010.

ERIKSSON, H. Medical research and its impact on healthcare desing. In: Dilani, A (org). *Design and Health: the therapeutic benefits of design*. Svensksbyggjtjanst, Stockholm, 2001.

FIGUEIREDO, Carlos. 100 Discursos Históricos. *Leitura*, 2002 página 388.

FIGUEIRAS, Samuel. *Business Plan Hospital do Trauma Santa Casa de Montes Claros*, 2011.

FERNANDES, Adhemar Dizioli. As transformações arquitetônicas e técnico construtivas do edifício público de saúde na cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade De engenharia Civil. Campinas. São Paulo, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder* 2 ed. 2015. Capítulo V.

FRAMPTON, S. B.; GILPIN, L.; CHARMEL, P. A. *Putting patients first: designing and practicing patient-centered care*. San Francisco: John Wiley& Sons, 2003, 350 p.

FULLER, Buckminster. *Synergetics*, em 1975 e *Synergetics 2*, 1979 em *Domo geodésico*, 1993.

GÓES, Ronald de. *Manual Prático de arquitetura hospitalar*. 2ªedição. São Paulo: Blucher, 2011.

GOMES, Fernanda Silva. *Discursos contemporâneos sobre Montes Claros: (re) estruturação urbana e novas articulações urbano-regionais*. Dissertação de pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

GUELLI, Augusto; *O Planejamento e os projetos físicos dos edifícios de Saúde Contemporâneos*. *IN: Arquitetura e Engenharia Hospitalar Planejamento, projetos e perspectivas*. Rio Books, 2015.

HIGNETT S; Lu J. *An investigation of the use of health building notes by UK healthcare building designers*, 2009.

HOWARD, J. *Humanization and Dehumanization of Health Care*. In: HOWARD, J., STRAUSS, A. *Humanizing Health Care*. John Willey & Sons, 1975. cap. 04, p. 57-101.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Montes Claros 2010*. Infográficos Cidades@. *Montes Claros - MG*. Dados Básicos; População; Economia; Outros; Histórico; Imprimir; Descrições e Fontes dos dados. Acessado em 06/04/2015. Disponível em: www.ibge.gov.br

JUDKINS S. *Paediatric emergency department design: Does it affect staff, patient and community satisfaction?*.2003.

LEME, Maria Cristina da Silva. A formação do pensamento urbanístico no Brasil: 1895-1965. *In: LEME, Maria Cristina da Silva; FERNANDES, Ana; GOMES, Marco Aurelio Filgueiras (org.) Urbanismo no Brasil 1895-1965*. São Paulo: Studio Nobel/FAU USP/FUPAM, 1999.

LEMONS, Jonas Badermann. *Planos Diretores para Estabelecimentos Assistencias de*. *In: Arquitetura e Engenharia Hospitalar Planejamento, projetos e perspectivas*. Rio Books, 2015.

- LYNCH, Kevin. *The Image of the City*. Cambridge MA: MIT Press, 1960.
- LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- LUKIANCHUKI, Marieli Azoia ; CARAM, Rosana Maria. *Arquitetura Hospitalar e o conforto ambiental: evolução história e importância na atualidade*, 2010.
- MARQUES, Antônio Jorge de Souza. *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*, Belo Horizonte: secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.
- MILANESI K.,COLLET N.,OLIVEIRA B. Sofrimento psíquico da família das crianças hospitalizadas. *Rev. Bras. Enfermagem*, 2006.
- MIQUELIN, Lauro Carlos. *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São Paulo: CEDAS,1992.
- MITRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000100015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em: 27 de janeiro de 2016.
- OLIVEIRA, Helena de. *A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada*, cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, 1993.
- OLIVEIRA, Juliana Simili de. *Humanização em saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas*. Dissertação de Mestrado em Ambiente Construído. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Engenharia, 2012.
- PAULA, Hermes de. *Montes Claros sua história sua gente seus costume*. 1979.
- PMDI - Programa Mineiro de Desenvolvimento Integrado, 2007.
- PENNA, Ana Cláudia Meireles. *A influência do ambiente construído na promoção da saúde. O caso do centro de saúde Escola Germano Sinval Faria, Fiocruz/RJ*. Dissertação de Mestrado Rio de Janeiro UFRJ/FAU, 2004.
- PINTO J.,RIBEIRO C., PETTENGILL M., BALIEIRO M. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev. Bras. Enfermagem*. 2010.
- PMBOK. *Um guia do conhecimento em gerenciamento de projetos (guia PMBOK) 5 edição*, 2013.
- RHEINGANTZ Paulo A; AZEVEDO Giselle A; BRASILEIRO Alice; ALCANTARA Denise de; QUEIROZ Monica. *Observando a qualidade do lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação*. Rio de Janeiro. 2009.
- RIBEIRO, Juliane Portella; GOMES, Giovana Calcagno; THOFEHRN, Maira Buss. *Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática*. 2014.
- RODRIGUES, Helena S.; CASTRO, Jorge A.; RHEINGANTZ, Paulo A. *Matriz de descobertas: uma ferramenta para a Avaliação Pós-ocupação*. NUTAU'2004, São Paulo. In: *Anais...São Paulo:NUTAU/USP,2004.(CD-ROM)*.
- ROLLINS,J. A. *The influence of two hospitals' designs and policies on social interaction and privacy as coping factors for children with cancer and their families*, 2009.
- SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. *O caminho do paciente: conceitos e ferramentas para a avaliação de estabelecimentos de atenção à saúde*. In: *Arquitetura e Engenharia Hospitalar Planejamento, projetos e perspectivas*. Rio Books, 2015.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Org.). Saúde e arquitetura: Caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004.

SANTOS, Manoel Hygino dos. Santa Casa de Belo Horizonte Uma história de amor ‘a vida. Conceito. 2005.

SANTOS, Verônica Borges dos; SILVA, Franscino Oliveira. História da Criação da Santa Casa em Montes Claros. 8º Fórum FEPEG: Universidade – Saberes e Práticas Inovadoras. 2014.

SOUZA Lenice D. de, GOMES Giovana C., SILVA Mara R.S. da; SANTOS Cristiano P.dos; SILVA Bárbara T.da. A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora . Ciência e Enfermagem XVII(2) : 87-95,2011.

SILVA, Sílvia Helena da; JESUS, Izabel Cristina de; SANTOS, Rosângela Marques dos; MARTINS, Danielle Cristine. Humanização em Pediatria: O brinquedo como recurso na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. 2010.

SUSAN B. Frampton; LAURA Gilpin; PATRICK A. Charmel .Putting patients first : designing and practicing patient-centered care. 2003.

TEMPO, Revista. Especial: Montes Claros: 155 Anos. Montes Claros: Ano XI, nº 77. 178p, 2012.

THOMPSON, J & GOLDIN, G. The hospital: a social and architectural history. New Haven and London: Yale University Press, 1975.

ULRICH RS., et all. A Review of the Research Literature on Evidence - Based Healthcare Design, Health Environments Research & Design. Georgia Institute of Technology, USA, 2008.

VERDERBER, S.; FINE, DJ. Healthcare Architecture: in an era of radical transformation. New Haven and London: Yale University Press, 2002. p. 3-15.

XAVIER, Daiani Modernel; GOMES, Giovana Calcagno; SALVADOR, Marli dos Santos . O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. 2014.

ZEVI, Bruno. Saber Ver a Arquitetura, São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2002.

ANEXOS:**1) PUBLICAÇÕES**

Durante a elaboração da pesquisa tivemos uma produção bibliográfica, com artigos científicos, capítulos de livro, e apresentação em congressos internacionais e nacionais, que servem também como contribuição para a discussão e melhoria na qualidade do ambiente hospitalar.

As publicações são:

1.1 Capítulo de livro – 7th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics and the Affiliated Conferences AHFE 2016. Florida USA.

The place of health design process focus in humanization at Santa Casa's Hospital Montes Claros MG Brazil Páginas 261-270.

ISSN 2194-5357

ISSN 2194-5365(electronic)

ISBN 978-3-319-41687-8

ISBN 978-3-319-41688-5(ebook)

DOI 10.1007/978-3-319-41688-5

DOI 10.1007/978-3-319-41688-5_23

1.2 Capítulo de Livro – 7th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics and the Affiliated Conferences AHFE 2016. Florida USA.

Risk factors related to the workplace and burnout syndrome in nursing professionals. Página: 377-385

ISSN 2194-5357

ISSN 2194-5365(electronic)

ISBN 978-3-319-41651-9

ISBN 978-3-319-41652-6 (ebook)

DOI 10.1007/978-3-319-41652-6

DOI 10.1007/978-3-319-41652-6_35

1.3 Capítulo de livro – BIT's 4th Annual Global Health Conference 2016- Kaohsiung Taiwan AGHC-2016.

1.4 Anais em Congresso: VII Congresso Brasileiro para o desenvolvimento do Edifício Hospitalar. O lugar da arquitetura para a promoção da saúde: o processo projetual da pediatria Santa Casa de Montes Claros á luz da humanização. Página 89-94. ISBN 978-85-93004-00-1.

1.5 Artigo aceito para publicação: 3º Encontro Internacional de Pesquisadores. Esporte, Saúde, Psicologia e Bem-estar. A contribuição do espaço físico para o bem estar do ser humano.

1.6 Artigo aceito para publicação: 3º Encontro Internacional de Pesquisadores. Esporte, Saúde, Psicologia e Bem-estar. Gestão de conflitos na área da Saúde.

2) PRIMEIRAS IMPRESSÕES DOS PESQUISADORES

2.1 DIA 1- DIÁRIO DE VISITA SETOR PEDIÁTRICO HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS

Janielly Ribeiro Cruz (arquiteta)
21/01/2016

Data:

Como de rotina, sair de casa quinta-feira dia 21/01/2016 as 07:00 com destino a Santa Casa, estava um tempo bom, bem fresco. Desci andando até o meu trabalho como todos os dias, porém hoje com o objetivo era de realizar um trabalho diferente dos demais dias.

Cheguei na engenharia e aguardei a coordenadora e demais membros do nosso novo projeto chegarem. Após todos estarem reunidos fizemos reunião para alinharmos como seria nossa visita no setor escolhido, a coordenadora explicou sobre os objetivos da pesquisa, a permissão de fotos (sem mostrar o rosto dos pacientes) e meios práticos para abordagem dos participantes da pesquisa.



Imagem 01: Foto na Sala de Reunião com participantes do Projeto

O local escolhido foi o setor da Pediatria do Hospital Santa Casa de Montes Claros, sendo o maior hospital do Norte de Minas, com uma estrutura física de 4 pavimentos, observamos que essa área evidencia a necessidade de estratégias de ações efetivas e afetivas. Nesse sentido, desenvolvemos um estudo, na unidade pediátrica, tendo como objetivo buscar soluções que revertam em melhorias no cotidiano dessa unidade.

Ao chegar no local, nos dividimos e começamos a realização as pesquisas, eu fiquei parada na porta por alguns instantes observando o movimento dos funcionários com seus afazeres e o comportamento de alguns pacientes e acompanhantes que ali estavam. Senti-me um pouco perdida, com dificuldade em saber por onde começar, pois senti que todos ali estavam muito ocupados e que seria ruim chegar para falar das pesquisas em um momento que não fosse apropriado.

A impressão inicial foi um pouco negativa, o local era frio e sem cor, a estrutura física não ajudava, não transmitia nenhuma sensação de acolhimento e muito menos de bem estar. Na porta de entrada até que os funcionários tentaram improvisar algo colorido e lúdico, mas nada que realmente contribuísse para acalantar um espaço como aquele.

No corredor havia cadeira de rodas e macas encostada na parede, lixeiras grande com a tampa aberta, o que realmente afeta em termos visual o ambiente, uma sensação de bagunça e desordem.



Imagem 02: Entrada da pediatria coloridos



Imagem 03: Entrada da pediatria com adesivos coloridos

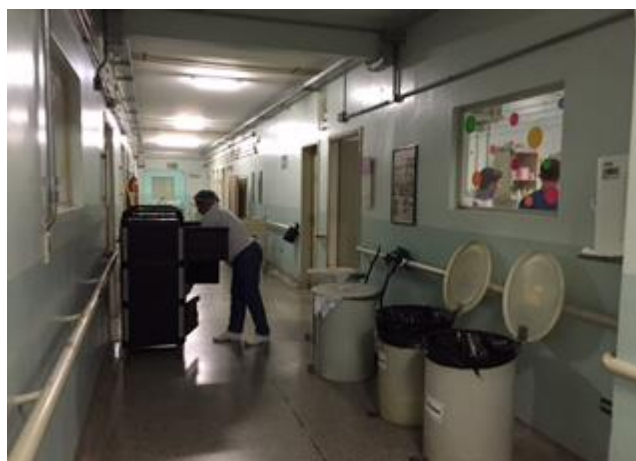


Imagem 04: Circulação da pediatria

No posto de enfermagem tinha armários quebrados, quase caindo, uma pintura sem vida. Naquele instante, me coloquei no lugar daquelas pessoas, e pensei como seria conviver naquele ambiente dia após dia, passando por cima dessas dificuldades para que independente da estrutura pudessem transmitir tranquilidade para os pacientes e um atendimento de qualidade.

Os acompanhantes pareciam sem rumo, iam de um lado para o outro o tempo todo, sentavam na mesa de reunião do posto de enfermagem, outra hora sentavam com as crianças em uma mesinha pequena (que é para crianças). Eles ficavam o tempo todo procurando o que fazer, para entreter e passar o tempo. Percebi que eles conversavam muito com os funcionários, já criaram uma amizade com eles.



Imagem 05: Posto de Enfermagem



Imagem 06: Armários de Posto de Enfermagem



Imagem 07: Recepção



Imagem 08: Reunião de Funcionários



Imagem 09: Circulação

Resolvi então começar pela sala da gerência, onde tinha apenas uma funcionária que estava usando o computador, fui até bem recebida por ela, expliquei como funciona a pesquisa e quais são os objetivos, na hora ela gostou e já apontou varias questões de melhoria para o setor.

Depois segui à “procura” de outros funcionários que pudessem participar da pesquisa, a maioria deles questionou sobre o tempo e ocupação, então comecei a sugerir que fizessem a pesquisa de acordo o tempo disponível de cada um e que depois eu voltaria para recolher. Todos os funcionários que foram abordados participaram da pesquisa, algo que ajudou muito foi a facilidade do questionário, pois todas as opções eram apenas de marcar.

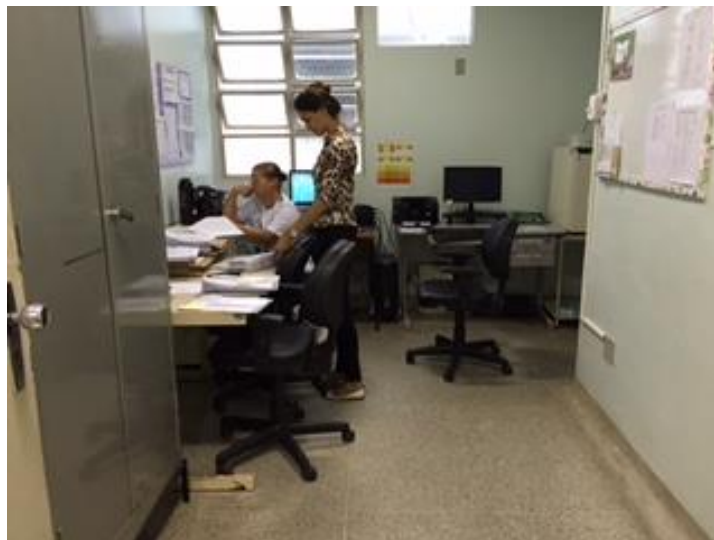


Imagem 10: Sala de Gerencia

Enquanto os questionários eram respondidos fui observar o setor funcionando, entrando pelo banheiro dos funcionários que fica dentro da sala da gerencia, e

realmente não era nada agradável, precisa de nova instalação e estrutura nova, além de ter um péssimo odor.



Imagem 11: Banheiro Funcionários



Imagem 12: Banheiro Funcionários

Os quartos eram estranhos, minha vontade era sair dali o mais rápido possível, senti como se aquela dor das crianças nunca fosse acabar, pois a cada canto que olhávamos era feio e escuro e apesar de ter janelas grandes o lugar era abafado, vários leitos em um só quarto apertado onde misturava crianças menores com maiores, acompanhantes pais e mães, não tinha sequer uma TV para distração das crianças, os equipamentos ficavam no meio do caminho dificultando a circulação, as camas velhas e tudo muito “sem vida”. Na verdade algo realmente desumano para as pessoas que estão ali em busca de recuperação, o espaço realmente não ajudava em nada, era como estivesse em um quarto abandonado, que apesar dos equipamentos, medicação e serviço dos funcionários serem de boa qualidade o espaço físico ficou esquecido e sombrio. Os banheiros eram uma tristeza só, um verdadeiro descaso, todo quebrado com estrutura velha, água empoçada e o mau cheiro saía por todo o quarto. Essa característica é usada exatamente para todos os quartos exceto um deles que vou falar em seguida.



Imagem 13: Quarto de Internação



Imagem 14: Quarto de Internação

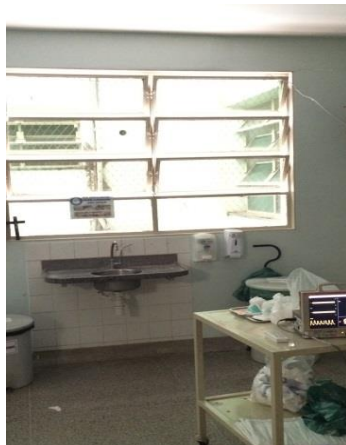


Imagem 14: Quarto de

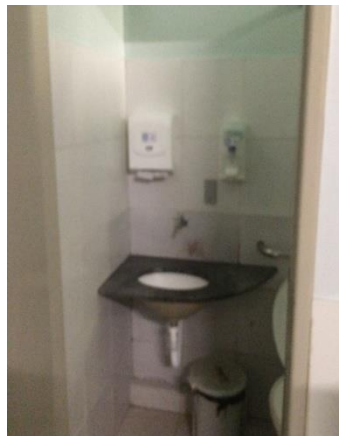


Imagem 15: Banheiro Quarto

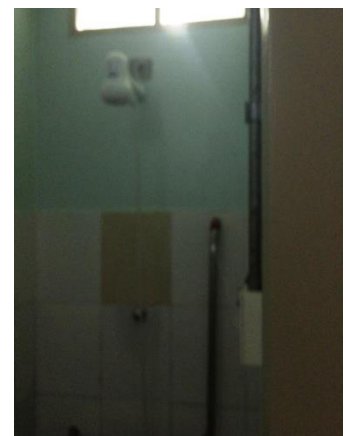


Imagem 16: Banheiro

Cheguei então em um quarto que era diferente de todos os outros, tudo ali era novo e estava muito humano, tinha cor, transmitia alegria, conforto, bem estar e dava vontade de ficar ali o tempo todo, um ambiente alegre e bem aconchegante, uma estrutura nova, tinha TV, armários, cortinas que separam um leito do outro, banheiro bem colorido e bonito, além de conforto também para os acompanhantes.

O triste é saber que apenas 5 daquelas crianças podiam contar com aquele conforto, e esse único quarto era destinado para crianças com tratamento de câncer, um quarto que foi reformado com a ajuda da Fundação Sara de Montes Claros, junto com a instituição Ronald Mc Donalds. Agora pensamos na possibilidade e no sonho de tornar toda aquela ala da pediatria em um espaço único para todas crianças, onde todas elas possam se sentir acolhidas e confortáveis.



Imagem 17: Quarto Oncológico



Imagem 18: Quarto Oncológico



Imagem 19: Quarto Oncológico
Oncológico

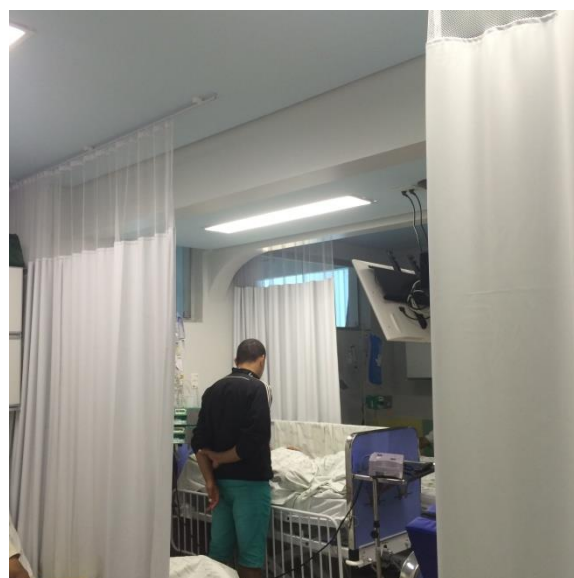


Imagem 20: Banheiro do Quarto

Passando pela sala de procedimento, tive outra visão negativa do espaço, pois ali é uma área de curativos e aplicação de medicamentos, é uma sala muito pequena e

apertada, onde tem uma maca entre outros equipamentos espalhados, o que dificulta a circulação dos funcionários.

Outro ponto que podemos observar é a falta de iluminação e ventilação, o local é escuro e abafado.



Imagem 21: Quarto de Internação

Finalizando a visita quase 12:00 foi quando percebi que algumas crianças não aguentavam mais permanecerem dentro do quarto e saiam em busca de algo para distrair e preencher o tempo que estava passando devagar.

Algo que me impressionou foi uma criança que por várias vezes caminhou no corredor de um lado para o outro enquanto estávamos fazendo a pesquisa, por fim ela foi até a sala da gerência que nesse momento já tinha vários outros funcionários lá, ela se sentou do lado de uma enfermeira e ficou conversando por um bom tempo, pude observar ainda uma troca de carinhos entre elas, achei muito bonito pois numa situação dessas sabemos o valor de um abraço e um carinho, naquele instante acredito que aquela criança se sentiu amada e importante, e que estava em boas mãos.

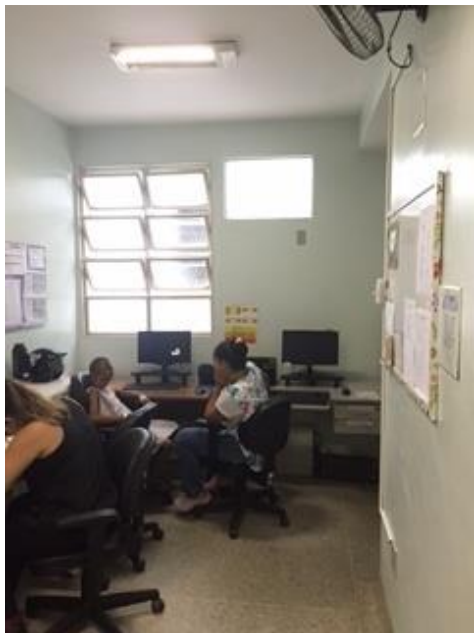


Imagem 22: Sala da gerencia



Imagem 23: Sala da gerencia

Pude perceber que envolver a percepção dos usuários acerca do espaço, revela a valorização da humanização do ambiente hospitalar como procedimento capaz de proporcionar o bem estar psíquico e físico dos usuários.

Nesse contexto procurei, com os conceitos de humanização, propor uma análise dos ambientes na ala da pediatria, objetivando uma estratégia arquitetônica voltada para a humanização do espaço que proporcione qualidade tanto para os pacientes quanto para os funcionários.

2.2 DIA 1- DIÁRIO DE VISITA SETOR PEDIÁTRICO HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS

Pesquisadora: Laila Zumba Milo Roedel (arquiteta)

DATA 21-01-16

Cheguei ao setor de Engenharia da Santa Casa de Montes Claros às 8:30 da manhã, horário marcado com os pesquisadores. Fizemos uma reunião para o alinhamento da visita. Foi explicado como seríamos divididos, o objetivo da pesquisa e entregue o material a ser usado.



Foto 01: Equipe de pesquisadores

Eu fiquei responsável por passar um questionário para os acompanhantes das crianças. Pude notar que o questionário era muito extenso, fazendo com que alguns acompanhantes não tivessem vontade de preenchê-lo.

Ao chegar à pediatria, percebi que o corredor principal, além de mal iluminado, funciona como espécie de depósito de equipamentos antigos, de modo que não é nada convidativo. Tendo em vista ser um ambiente destinado ao atendimento de crianças, poderia estar mais humanizado para melhor atendimento dos pacientes, com paredes coloridas e desenhos com temas infantis.



Foto 02: Entrada da Pediatria



Foto 03: Corredor principal da

Apesar da falta de humanização, o corredor de acesso possui 2 metros de largura, as portas são de madeira, possui corrimão em todo o percurso, o piso é de alta resistência e as paredes são pintadas com tinta acrílica. Tudo de acordo com o que preconiza a RDC 50.

Há seis quartos, cada um com aproximadamente seis leitos. Apesar de não estarem em bom estado de conservação, todos eles possuem iluminação natural. Os quartos não possuem lugar adequado para os acompanhantes colocarem seus pertences e não há brinquedos e outras distrações para as crianças. Apenas um dos quartos não possui banheiro. O piso dos banheiros é cerâmico e as paredes revestidas com azulejo branco e forro de gesso. A área de banho não possui box nem cortina. O espelho é pequeno e em altura inadequada para o público infantil.



Foto 04: Quarto 2, na foto, é possível visualizar um computador particular, levado por uma criança internada e uma toalha estendida na janela.



Foto 05: Banheiro



Foto 06: Banheiro funcionários

Há um quarto recentemente reformado destinado à oncologia, onde pude perceber a satisfação dos pacientes em estar em um ambiente com nova iluminação e mobiliário, paredes coloridas, portas com adesivos infantis, ar condicionado e aparelho de televisão que transmitem desenhos animados.



Foto 07: Quarto reformado para a Oncologia infantil

A estrutura física é antiga. A Santa Casa de Montes Claros tem 144 anos. São necessárias melhorias nos banheiros, troca de mobiliário, aumento do número de leitos e criação de espaços de lazer para as crianças.

2.3 DIA 1- DIÁRIO DE VISITA SETOR PEDIÁTRICO HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS

Pesquisador: Geraldo Zumba (estagiário psicologia)

DATA 21-01-16

Fugindo um pouco da rotina, acordei um pouco mais cedo que o habitual e sai de casa as 7:10 com destino a Santa Casa. Foi um caminho rápido pois sabia que realizaria uma atividade diferente do habitual e a expectativa era grande.

Ao chegar ao hospital, fui direto para sala de reunião onde encontrei os demais participantes, ajudei a organizar os últimos ajustes (grampear folhas, organizar pastas, etc) e então fizemos uma reunião para estabelecer os papeis de cada um no trabalho e entender melhor os objetivos propostos, o que foi esclarecido pela pesquisadora.



Imagem 01: Foto na Sala de Reunião com participantes do Projeto

O local escolhido foi o setor da Pediatria do Hospital Santa Casa de Montes Claros, sendo o maior hospital do Norte de Minas, tendo como objetivo visualizar pontos fortes e fracos do setor para considerar possíveis melhorias.

Tendo em vista ser um ambiente destinado ao atendimento de crianças, poderia estar mais humanizado para melhor atendimento dos pacientes, com paredes coloridas e desenhos com temas infantis.



Imagem 02: Circulação da pediatria

Como decidido na reunião minha tarefa foi a de entrevistar os pacientes e acompanhantes em seus respectivos quartos, tarefa à qual creio que me deu a possibilidade de me colocar no lugar de cada um e de conhecer suas dificuldades. Como o tempo era curto logo comecei as atividades.

A primeira situação a que merece destaque foi a falta de interesse dos entrevistados. Por estarem em uma situação desagradável com os filhos doentes no hospital, estes não se encontram muito dispostos a colaborar com a pesquisa, porém, depois de uma conversa explicando os objetivos do trabalho nota-se uma compreensão dos entrevistados e um maior empenho em responder as perguntas.

Os primeiros quartos por onde passei possuíam alguns problemas, percebi que a maioria das crianças procuram se distrair com telefones celulares, computadores, entre outros brinquedos que eles trazem de casa. Primeiramente a falta de cores no local, como foi falado anteriormente, onde na entrada pude observar cores que passavam uma imagem de local infantil, os primeiros quartos, pecam nesse aspecto e passam uma imagem de local frio e inóspito, sem atividades. No entanto, sabe-se que a humanização no ambiente hospitalar, principalmente em área infantil, é fundamental, já que o ambiente ajuda a promover a cura, transmite segurança ao usuário. Além disso com o desenrolar da pesquisa pude perceber que a principal reclamação das crianças a respeito da área da pediatria era sobre a falta de brinquedos (bonecas, carros e bolas) e equipamentos (televisão e internet) para proporcionar o lazer da criança.



Imagem 3: Quarto de Internação

É preciso destacar o trabalho das enfermeiras, que com seus uniformes coloridos, tenta transmitir alegria através de cores, estas fazem um papel muito importante na pediatria. Pude observar que apesar do pequeno número de funcionárias, estas conseguem de maneira ágil e eficaz cumprir suas tarefas e receber quase nenhuma reclamação.

Um pouco mais adiante no projeto me deparei com a área da oncologia. É fácil perceber que com a reforma recente, este quarto possui uma estrutura ideal. Problemas citados anteriormente como a falta de cores e de equipamentos de lazer foram solucionados através de cores nas portas e aparelhos televisivos, além de equipamentos de ar-condicionado que possibilitam um maior conforto dos usuários.



Imagem4: Quarto Ontológico

Outro ponto digno de destaque é a recepção. Notei que sofre com a falta de espaço, pois é também usada como depósito de alguns materiais o que acaba contrariando a ideia de que uma recepção precisa demonstrar organização e limpeza, portanto ao ver a recepção daquela forma tive a impressão de que tudo seria desorganizado. Porém há de se destacar que os objetos como a mesa e a escultura religiosa passam a impressão de um ambiente caseiro, que acho que tem influência direta na acomodação das crianças.



Imagem 05: Recepção

3) Fichas do Projeto Piloto – APO Conceitual e Final



APÊNDICE I
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
DESCRIÇÃO DA PESQUISADORA SOBRE A PEDIATRIA

1) Sobre a unidade e arranjo espacial

1.1 Ambientes:

1.2 Dimensões:

1.3 Layout-arranjo espacial:

1.4 Relação com o exterior:

1.5 Conforto:

Térmico muito quente quente frio muito frio
 Visual muito escuro escuro claro muito claro
 Acústica muito ruidoso ruidoso silencioso muito silencioso

1.6 Privacidade:

público privativo
 visitas em horário pré determinado visita em horário livre

1.7 Revestimentos:

Piso:

Cor:

Parede:

Cor:

Teto:

Cor:

1.8 Mobiliário:



APÊNDICE I
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ



INVENTÁRIO ESPACIAL PEDIATRIA

1) Informações básicas:

Unidade: _____

Data: _____

Hora: _____

2) Dados Técnicos:

Ambiente: _____

Pavimento: _____

Área: _____ m²

3) Ocupantes:

3.1) Leitos Padiátricos/CNES: () _____

3.2) Acompanhantes:

Sim _____ (Total)

3.3) Funcionários:

Coordenador Enf. () _____

Aux. Enf. () _____

Gerente () _____

Enfermeiro. () _____

Terapeuta ocupacional. () _____

Médico () _____

Estagiário () _____

Outros () _____

4) Principais especialidades atendidas:

5) Principais atividades/ procedimentos médicos realizados:

6) Durante a internação dos pacientes é possível desenvolver outras atividades como:

Leitura () sim () não Música () sim () não

Televisão () sim () não Visita () sim () não

Caminhadas () sim () não Terapia ocupacional () sim () não

Usar o computador () sim () não Brincar () sim () não

7) Quais os principais pontos positivos em relação ao espaço físico desta unidade?

8) Quais os principais pontos negativos em relação ao espaço físico desta unidade?

9) Como seria o espaço ideal para a Pediatria visando atender as necessidades dos pacientes?

Nome: (opcional) _____

Cargo: _____ Jornada: _____

Tempo que trabalha na instituição: _____



APÊNDICE II
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ



VISTA EXPLORATÓRIA
DESCRIÇÃO DA PESQUISADORA SOBRE A PEDIATRIA

1) Sobre a unidade e arranjo espacial

1.1 Ambientes:

1.2 Dimensões:

1.3 Layout-arranjo espacial:

1.4 Relação com o exterior:

1.5 Conforto:

Térmico muito quente quente frio muito frio
 Visual muito escuro escuro claro muito claro
 Acústica muito ruidoso ruidoso silencioso muito silencioso

1.6 Privacidade:

público privativo
 visitas em horário pré determinado visita em horário livre

1.7 Revestimentos:

Piso:

Cor:

Parede:

Cor:

Teto:

Cor:

1.8 Mobiliário:

1.9 Bancadas:



APÊNDICE III
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ



QUESTIONÁRIO -ESTRUTRADO – Colaboradores da Pediatria

1) Informações básicas:

Data: / / . **Hora:** **Código:** C ____

Hospital: Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa Montes Claros

Usuário: () Aux. de enfermagem () Médico () Outros _____

Idade: **Sexo:** () Feminino () Masculino

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado de Arquitetura em Ambiente de Saúde, onde está sendo estudado o espaço físico das pediatrias e a contribuição do mesmo para o bem estar dos pacientes, a partir da percepção dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Busca-se entender as necessidades dos usuários em relação ao ambiente de forma a possibilitar a sugestão de recomendações para melhorias do local e para desenvolvimentos de projetos futuros.

Ressaltamos que sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado.

Sua colaboração é de suma importância para o sucesso desta pesquisa.

Considerando conforto, privacidade, iluminação, barulho, fluxo, etc . Dê valor de 0 a 5 aos ambientes relacionados abaixo de acordo com a adequação de cada um às funções desempenhadas, sendo 0 para ambientes menos adequados e 5 para ambientes mais adequados:

GERAL

1) Fluxo

Localização: ()

Comunicação Visual: ()

Acessibilidades: ()

Rampas: ()

2) Infra estrutura

Recepção: ()

Sala administrativa: ()

Descanso de enfermagem: ()

Enfermarias: ()

Banheiros: ()

Sala de curativos: ()

Sala de equipamentos: ()

Sala de utilidades: ()

Posto de Enfermagem: ()



APÊNDICE IV
Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ



ENTREVISTA – Colaboradores da Pediatria

1)Local: Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa de Montes Claros

Data: / /

Hora:

Pesquisador/aplicador: _____

2)Entrevistado:

Código: C_____

Terapeuta ocupacional Enfermagem Aux. de enfermagem Gerentes

Coordenadores Médico Outros

Idade:

Sexo: Feminino Masculino

Turno:

Marque a alternativa que melhor expresse a sua opinião sobre os ambientes.

Para os pacientes pediátricos

1) O acesso à área do hospital é:

muito bom; bom; ruim; muito ruim; não se aplica.

Por quê? _____

2) A comunicação visual da entrada é:

muito bom; bom; ruim; muito ruim; não se aplica.

Por quê? _____

3) A comunicação visual dentro do hospital é:

muito bom; bom; ruim; muito ruim; não se aplica.

Por quê? _____

4) Você acha que a estrutura física contribui para a melhoria do processo terapêutico?

sim; não; não sei.

Por quê? _____

5) Você acha que o paciente pediátrico se sente seguro durante a internação?

sim; não; não sei.

Por quê? _____

6) Para projetos futuros, as enfermarias deveriam preservar a privacidade dos pacientes?

sim; não; não sei.

Por quê? _____



APÊNDICE V
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ



POEMA DOS DESEJOS - Pacientes

1) Informações básicas:

Data: / / . Hora: Código: P ____

Hospital: Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa Montes Claros

Usuário: () Paciente

Idade: Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de Internação:

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado de Arquitetura em Ambiente de Saúde, onde está sendo estudado o espaço físico das pediatrias e a contribuição do mesmo para o bem estar dos pacientes, a partir da percepção dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Busca-se entender as necessidades dos usuários em relação ao ambiente de forma a possibilitar a sugestão de recomendações para melhorias do local e para desenvolvimentos de projetos futuros.

Ressaltamos que sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado.

Sua colaboração é de suma importância para o sucesso desta pesquisa.

Gostaria que descrevesse como seria o ambiente ideal na sua opinião. (Considere: conforto, privacidade, iluminação, barulho, fluxo, etc) . Esteja a vontade para escrever ou desenhar o que desejar.

“Eu gostaria que essa pediatria fosse/ tivesse...”

Desenhe aqui:

Obrigada pela sua contribuição!



APÊNDICE VI

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ



SELEÇÃO VISUAL - Acompanhantes

1) Informações básicas:

Data: / / Hora: Código: A ____

Hospital: Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa Montes Claros

Usuário: () Paciente () Acompanhante () Aux. de enfermagem () Médico () Outros

Idade: Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de internação: Leito: ____

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado de Arquitetura em Ambiente de Saúde, onde está sendo estudado o espaço físico das pediatrias e a contribuição do mesmo para o bem estar dos pacientes, a partir da percepção dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Busca-se entender as necessidades dos usuários em relação ao ambiente de forma a possibilitar a sugestão de recomendações para melhorias do local e para desenvolvimentos de projetos futuros.

Ressaltamos que sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado.

Sua colaboração é de suma importância para o sucesso desta pesquisa.

1) Você acha que a estrutura física interfere no processo terapêutico do paciente?

() Sim () Não

Qual dos edifícios abaixo seria mais adequado para a Pediatria? Por quê?



A ()



B ()



C ()



APÊNDICE VII

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ



MAPEAMENTO - Acompanhantes

1) Informações básicas:

Data: / / Hora: Código: A ____

Hospital: Irmandade Nossa Senhora das Mercês Santa Casa Montes Claros

Usuário: () Paciente () Acompanhante () Aux. de enfermagem () Médico () Outros

Idade: Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de internação: Leito: ____

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado de Arquitetura em Ambiente de Saúde, onde está sendo estudado o espaço físico das pediatrias e a contribuição do mesmo para o bem estar dos pacientes, a partir da percepção dos pacientes, acompanhantes e colaboradores. Ressaltamos que sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado.

Sua colaboração é de suma importância para o sucesso desta pesquisa.

Identifique na planta:

- 1) Quais os ambientes você mais frequenta na PEDIATRIA?
- 2) Quais os principais pontos positivos/negativos identificados nestes ambientes?



Ambiente 1: _____ Ambiente 2: _____

Pontos Positivos: _____ Pontos Positivos: _____

Pontos Negativos: _____ Pontos Negativos: _____

Ambiente 3: _____ Ambiente 4: _____

Pontos Positivos: _____ Pontos Positivos: _____

Pontos Negativos: _____ Pontos Negativos: _____



APÊNDICE VIII TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE COLABORADOR

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **"O lugar da Arquitetura para a promoção da saúde: O processo projetual à luz da humanização na Santa Casa de Montes Claros."**

Nesta pesquisa pretendemos investigar as questões que são relevantes na infraestrutura física de pediatrias hospitalares, buscando identificar os elementos ambientais que colaboram para a qualidade de vida dos pacientes e humanização do espaço. O motivo pelo qual estamos estudando a internação da pediatria é devido ao fato de sabermos que a internação hospitalar por si só, é carregada de tensões e inseguranças e pode criar na criança uma experiência traumática, pois, além de ser afastada do seu cotidiano, da sua convivência familiar, de sua rotina, perde totalmente sua autonomia. No entanto, a humanização dos espaços, o acolhimento e a apropriação do espaço físico, podem através da arquitetura representativa do campo da saúde, mostrar de que forma os arquitetos são capazes de traduzir as ideias médicas em projetos, aproximando-se do universo da criança, naturalmente frágil e vulnerável.

Para a pesquisa serão adotados os seguintes instrumentos:

- Walkthrough – em anexo
- Ficha de Inventário – em anexo
- Entrevista – em anexo
- Mapa Visual – em anexo
- Questionário – em anexo
- Poema dos Desejos – em anexo
- Matriz de descoberta – em anexo

Esta pesquisa não terá nenhum custo para o senhor (a) participar, nem nenhuma vantagem financeira, portanto estará livre para participar ou recusar-se a participar. Sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado. Se tiver qualquer dúvida ou quiser ser informado do resultado da pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável- arquiteta Janice Gomes Zumba por meio do email: gomes.janice@gmail.com. Assinam este termo em duas vias, para que uma seja arquivada na Santa Casa e uma para o pesquisador.

Eu, _____, código _____ portador do documento de Identidade _____, e responsável por _____, fui informado (a) sobre a pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei ainda que a qualquer momento posso solicitar informações e mudar minha decisão em participar, se assim o desejar. Portanto, declaro que concordo em participar dessa pesquisa.

Montes Claros, _____ de _____ de 2015.

Nome do colaborador _____ Cargo: _____ Código: _____

Pesquisadora: Arquiteta Janice Gomes Zumba

ANEXO DO TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

1) Identificação:

Título: Arquitetura para saúde. Uma contribuição no processo de cura dos pacientes da pediatria na Santa Casa de Montes Claros.

Pesquisadora Responsável: Janice Gomes Zumba

2) Objetivos do Projeto:

Analisar como a humanização nos ambientes pediátricos pode contribuir para o processo terapêutico.

3) Metodologia/Procedimentos:

Será desenvolvida uma pesquisa bibliográfica para consolidar conhecimento produzido e publicado na literatura com foco na humanização dos ambientes pediátricos de saúde. Serão feitas entrevistas com pacientes, acompanhantes, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, gerentes, coordenadores e médicos, do setor da Pediatria da Santa Casa, no intuito de entender as demandas e perfis dos "usuários" das Internações Pediátricas, o que além de nos permitir entender o "perfil" dos usuários, nos possibilitará melhor compreensão da transformação que passa a "clientela" do edifício de saúde, seus anseios e necessidades.

Após as entrevistas, serão analisadas as estruturas físicas com anotações sobre: interação com áreas verdes, iluminação, ergonomia, espaços de acolhimento familiar e de funcionários, alimentação, espiritualidade, espaço artístico e se há outras práticas alternativas de cura.

Para que seja possível registrar a coleta de informações, serão utilizados: gravador, máquina fotográfica e formulário de pesquisa APO - avaliação pós ocupação:

3.1 Análise Walkthrough - com inventário ambiental

Fornece uma visão geral acerca do desempenho ambiental do edifício. Pode ser definida como percurso dialogado, complementado por fotografias, croquis, gravação de áudio, onde os aspectos físicos servem para articular as reações dos participantes em relação ao ambiente estudado. (RHEINGANTZ, *et al.* 2009). Nesta pesquisa, será feita pela pesquisadora e mais duas arquitetas. A escolha deste instrumento se deve ao fato da ferramenta possibilitar a identificação descritiva dos pontos positivos e negativos dos ambientes em análise, servindo para articular as reações dos sujeitos em relação ao ambiente, e ainda, auxiliar na preparação dos demais instrumentos, destacando aspectos a serem aprofundados. Por ser uma ferramenta analítica, combina observação e entrevista ao mesmo tempo, o que permite sua utilização tanto no ambiente construído quanto na programação arquitetônica (RHEINGANTZ, *et al.* 2009). Baseia-se no uso do ambiente físico como elemento capaz de ajudar os respondentes na articulação de suas reações e sensações em relação ao edifício ou ambiente a ser analisado, onde as experiências e emoções vivenciadas servem como instrumentos de medição da qualidade ambiental.



APÊNDICE X TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE ACOMPANHANTE

(Responsável pelo paciente pediátrico)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O lugar da Arquitetura para a promoção da saúde: O processo projetual à luz da humanização na Santa Casa de Montes Claros.”

Nesta pesquisa pretendemos investigar as questões que são relevantes na infra-estrutura física de pediatrias hospitalares, buscando identificar os elementos ambientais que colaboram para a qualidade de vida dos pacientes e humanização do espaço. O motivo pelo qual estamos estudando a internação da pediatria é devido ao fato de sabermos que a internação hospitalar por si só, é carregada de tensões e inseguranças e pode criar na criança uma experiência traumática, pois, além de ser afastada do seu cotidiano, da sua convivência familiar, de sua rotina, perde totalmente sua autonomia. No entanto, a humanização dos espaços, o acolhimento e a apropriação do espaço físico, podem através da arquitetura representativa do campo da saúde, mostrar de que forma os arquitetos são capazes de traduzir as ideias médicas em projetos, aproximando-se do universo da criança, naturalmente frágil e vulnerável. Para a pesquisa serão adotados os seguintes instrumentos:

- Mapa Visual - Respondido pelos acompanhantes de pacientes da pediatria, acompanhados pela pesquisadora, na companhia de outros arquitetos e/ou estagiários (para análise da apropriação da estrutura física a partir da visão do acompanhante do paciente da pediatria).
- Questionário – Respondido pelos acompanhantes, possibilita recortes estatísticos relativos a opiniões e tendências comportamentais relacionados a grupos sociais.
- Poema dos Desejos - Respondido pelos pacientes da pediatria acompanhados pela pesquisadora na companhia de outros arquitetos e/ou estagiários (para análise da estrutura física ideal na visão do paciente).
- Matriz de descoberta - Feito pela pesquisadora (para compilação dos dados).

Esta pesquisa não terá nenhum custo para o senhor (a) participar, nem nenhuma vantagem financeira, portanto estará livre para participar ou recusar-se a participar. Sua identidade será preservada e em nenhum momento seu nome será mencionado. Se tiver qualquer dúvida ou quiser ser informado do resultado da pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável - arquiteta Janice Gomes Zumba por meio do email: gomes.janice@gmail.com.

Assinam este termo em duas vias, para que uma seja arquivada na Santa Casa e uma para o pesquisador.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, e acompanhante do paciente pediátrico leito _____, fui informado (a) sobre a pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei ainda que a qualquer momento posso solicitar informações e mudar minha decisão em participar, se assim o desejar. Portanto, declaro que concordo em participar dessa pesquisa.

Montes Claros, _____ de _____ de 2015.

Nome do responsável pelo paciente pediátrico _____ A _____
Código: _____

Pesquisadora: Arquiteta Janice Gomes Zumba