

JULIANA TASCA TISSOT

**DEFINIÇÃO DE ELEMENTOS AMBIENTAIS ESSENCIAIS PARA A
HUMANIZAÇÃO EM QUARTOS DE INTERNAÇÃO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Linha de pesquisa: Métodos e Técnicas Aplicados ao Projeto em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof^ª. Vera Helena Moro Bins Ely, Dr^ª.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Tissot, Juliana Tasca

Definição de elementos ambientais essenciais para a humanização em quartos de internação / Juliana Tasca Tissot ; orientadora, Vera Helena Moro Bins Ely - Florianópolis, SC, 2016.
186 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo.

Inclui referências

1. Arquitetura e Urbanismo. 2. Humanização. 3. Arquitetura hospitalar. 4. Psicologia ambiental. I. Bins Ely, Vera Helena Moro. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

JULIANA TASCA TISSOT

**DEFINIÇÃO DE ELEMENTOS AMBIENTAIS ESSENCIAIS PARA A
HUMANIZAÇÃO EM QUARTOS DE INTERNAÇÃO**

Esta dissertação foi julgada e aprovada perante banca examinadora de trabalho final, outorgando ao aluno o título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo, área de concentração Projeto e Tecnologia do Ambiente Construído, do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo – PósARQ, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 8 de junho de 2016.

Prof. Renato Tibiriça de Saboya, Dr.
Coordenador do curso

Apresentada à Banca Examinadora integrada pelos professores:

Prof^ª. Vera Helena Moro Bins Ely, Dr^ª.
Orientadora – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^ª. Sônia Afonso, Dr^ª.
Membro Interno – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^ª. Vanessa Goulart Dorneles, Dr^ª.
Membro Interno – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^ª. Patrícia Biasi Cavalcanti, Dr^ª.
Membro Externo – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

À minha mãe, por sempre me guiar.
À meu pai, esteja onde estiver.

*“[...] Carrego seu coração comigo
Eu o carrego no meu coração.
Nunca estou sem ele
Onde eu for, você vai [...]”*

Edward Estlin Cummings

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por colocar em meu caminho pessoas que me inspiram, me ajudam e me encorajam a ser cada dia melhor.

Ao meu marido, Thiago da Silveira, pela compreensão e apoio incondicional durante todas as etapas deste mestrado. À minha família e amigos por todo o incentivo.

À minha orientadora, Prof.^ª Dr.^ª Vera Helena Moro Bins Ely, toda a minha gratidão pela oportunidade concedida, atenção, carinho e generosidade durante estes anos. És para mim um exemplo em todos os sentidos.

Ao PósARQ/ UFSC e a todos os professores que contribuíram para a realização deste sonho, especialmente à Prof.^ª Dr.^ª Patrícia Biasi Cavalcanti, Prof.^ª Dr.^ª Vanessa Goulart Dorneles, Prof.^ª Dr.^ª Sonia Afonso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por possibilitar a realização desta pesquisa através da concessão da bolsa de mestrado.

Aos meus colegas da Pós-graduação e do PET, pelas trocas de informações e pela parceria durante estes árduos anos que passamos juntos.

A todos os funcionários do Hospital Municipal de Balneário Camboriú/SC por colaborarem com esta pesquisa em especial à Leila, Tiara, Silvana e ao Dr. Alexandre Vianna.

A todos os participantes entrevistados pela disponibilidade e informações prestadas.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

TISSOT, Juliana Tasca. **Definição de elementos ambientais essenciais para a humanização em quartos de internação.** 2016. 186f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, PósARQ-UFSC, Florianópolis.

Em arquitetura, humanizar significa oferecer espaços mais qualificados aos usuários, com estímulos ambientais que propiciem bem-estar. Em estabelecimentos de saúde públicos, a humanização tem um papel ainda mais importante devido à fragilidade física e emocional dos usuários. Por saber que esses estabelecimentos raramente oferecem espaços para que os pacientes circulem, além do quarto de internação. Esta pesquisa busca investigar quais são os elementos ambientais essenciais para a humanização desses espaços. Desse modo, realizou-se uma revisão de literatura para elencar quais seriam os possíveis elementos ambientais capazes de gerar uma permanência mais satisfatória aos usuários. Para que a classificação desses elementos pudesse ser realizada, determinou-se quatro componentes para humanização: Suporte Social, Controle do Ambiente, Distração Positiva e Suporte às Atividades - baseados em diversos autores e na legislação. Além disso, aspectos relacionados à Psicologia Ambiental foram abordados para compreender o comportamento dos usuários no ambiente analisado. Essa pesquisa – de caráter investigativo - foi realizada por meio de um estudo em um hospital público, com o apoio de diversos métodos quali/quantitativos – visita exploratória, inquirição (entrevistas e seleção visual), observação do comportamento e análise dos traços. Pode-se concluir que, os elementos ambientais considerados como essenciais para o quarto de internação são em sua maioria àqueles inerentes à própria arquitetura, tais como as janelas, adequação do *layout* e jardins. Os usuários avaliaram ainda que, a importância desses elementos dar-se-á pela sua função específica no espaço a fim de que contribuam para o bem-estar. Conclui-se ainda que, os funcionários tiveram preferências por elementos que facilitem as atividades diárias, enquanto que os pacientes priorizam elementos que geram distração, socialização e privacidade. Esta pesquisa comprovou que humanizar ambientes de saúde pode não ser tão custoso quanto se imagina, desde que se tenha atenção especial por tais elementos. Ao projetar ambientes de saúde, pensar de forma

diferenciada, pode-se garantir uma maior satisfação para os usuários, uma rápida melhora do paciente, menos despesas para o sistema único de saúde, e conseqüentemente, para a sociedade.

Palavras-chave: Humanização. Arquitetura hospitalar. Psicologia Ambiental.

ABSTRACT

TISSOT, Juliana Tasca. **Definition of essential environmental elements for hospital room's humanization.** 2016. 186f. Dissertation (Master's in Architecture and Urbanism) – Graduate Program in Architecture and Urbanism, PósARQ-UFSC, Florianópolis.

In architecture, humanize means offering more qualified spaces to users, with environmental stimuli and well-being. In public healthcare, humanization has an even more important due to physical and emotional fragility of users. Knowing that these establishments rarely offer spaces for patients to remain beyond the hospital room, this research aims to investigate what are the most important environmental elements to humanize these spaces. Thus, there was a literature review to outline what would be the possible environmental elements capable of generating a more satisfying stay users. For the classification of these elements could be performed, it determined four components to humanization: Social Support, Environmental Control, Positive Distraction and Support for Activities - based on different authors and legislation. In addition, aspects related to environmental psychology were approached to understand user's behavior in the environment. This research - investigative character - was carried out through a case of study in a public hospital, with the support of various qualitative/quantitative methods - exploratory visit, examination (interviews and visual selection), behavior observation and analysis of physical traces. It can be concluded that the environmental elements considered essential to the hospital room are mostly those inherent in the architecture itself as the windows, the adequacy of layout and gardens. Users assessed although the importance of these elements will be given by its specific function within the order to contribute to the well-being. In conclusion even if the employees had their preferences elements to facilitate daily activities, while patients prioritize elements that generate distraction, socialization and privacy. This research proved that humanize healthcare environments may not be so expensive as think, since it has special attention to such elements. When designing healthcare environments, think the elements that defined differently research, can ensure greater satisfaction for users, improves faster patient, less expenses for the single health system and consequently to society.

Keywords: Humanization. Healthcare Design. Environmental Psychology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Detalhe interno dos sheds que proporcionam iluminação natural.	36
Figura 2 – Funcionalidade do shed.	36
Figura 3 - Ambientes internos com cores estimulantes para distrair os usuários.	37
Figura 4 - Integração com o exterior com possibilidade de diferentes ambientes de convívio.	37
Figura 5 - Obras de arte, iluminação natural e cores com contraste.	37
Figura 6 - Ambientes com vistas ajardinadas.	37
Figura 7 – Modelo proposto por Durand.	39
Figura 8 – Modelo pavilhonar proposto por Tollet.	40
Figura 9 - Modelo de enfermaria proposta por Nightingale – Planta Baixa e Imagem do ambiente interno.	41
Figura 10 – Espaço com cores diferenciadas estimulam a permanência de usuários.	55
Figura 11 – Área de convívio que permitam mudanças no <i>layout</i>	55
Figura 12 – Exemplos de espaços sociopetal.	56
Figura 13 – Exemplos de espaços sociofugal.	56
Figura 14 - Locais para encontro em circulações.	57
Figura 15 – Locais para encontro com maior interação social.	57
Figura 16 – Biombo móvel para controle da privacidade.	57
Figura 17 – Cortina entre leitos para controle da privacidade.	57
Figura 18 – Mobiliário flexível permite mudanças pelos usuários.	58
Figura 19 – Mobiliário voltado para vistas ajardinadas.	58
Figura 20 – Locais para encontros e relaxamento dos funcionários.	59
Figura 21 - Paineis próximos ao leito com dispositivos para controle do quarto.	61
Figura 22 - Equipamentos próximos ao leito para controle do quarto.	61
Figura 23 – Cortinas em trilhos entre leitos, controlam a privacidade dos usuários.	62
Figura 24 – Cortinas próximas as portas permitem controlar a privacidade do paciente.	62
Figura 25 - Janela possibilita uma ampla visão do exterior.	64
Figura 26 - Grandes aberturas propiciam melhor iluminação natural. Fonte: Página do <i>Healthcare Design Magazine</i>	64
Figura 27 - Sacadas nos quartos possibilitam relação com o exterior.	65

Figura 28 – Ambiente com presença de vegetação e imagens de natureza.....	65
Figura 29 – Elementos coloridos alegrem os espaços.	67
Figura 30 – Quadros dispostos nos corredores distraem o observador.	67
Figura 31 – Cadeira de rodas hospitalar permite o transporte de pacientes de forma facilitada.....	71
Figura 32 – Cadeira fixa possui os braços desenhados para facilitar o usuário levantar sem dificuldades.	71
Figura 33 – Mobiliário adequado no facilita a realização das atividades.	72
Figura 34 – Estações de trabalho encurtam o deslocamento.	72
Figura 35 – Trilhos no teto facilitam o deslocamento dos pacientes. ..	73
Figura 36 – Banheiro com barras e suportes facilitam as atividades. ..	73
Figura 37 – Espaços destinados à funcionários para realização de outras atividades.....	74
Figura 38 – Espaços destinados à funcionários para realização de outras atividades.....	74
Figura 39 - Quarto de internação individual.	92
Figura 40 - Quarto de internação coletivo.....	92
Figura 41 - Banheiro com características residenciais.....	93
Figura 42 - Banheiro adaptado para prover maior segurança aos usuários.....	93
Figura 43 - Espaço interno sem vista para o exterior.	94
Figura 44 - Espaço interno com vista para o exterior.	94
Figura 45 - Espaço exterior entre edificações com janelas.....	95
Figura 46 - Espaço exterior voltado à vegetação.....	95
Figura 47 – <i>Printscreen</i> da tela do programa MAXQDA para análise de dados dos roteiros das Entrevistas.	99
Figura 48 - Implantação geral do hospital e entorno urbano.	102
Figura 49 – Comércio localizado no entorno do Hospital.....	103
Figura 50 – Ponto de ônibus em frente à entrada principal do Hospital.	103
Figura 51 – Parque ecológico.....	103
Figura 52 – Biblioteca comunitária.	103
Figura 53 - Setorização do hospital.....	104
Figura 54 – Espaço livre entre os Blocos vista pela circulação principal.	105

Figura 55 – Relação interior/ exterior vista pela circulação principal.	105
Figura 56 – Bancos na área externa ao Hospital.	105
Figura 57 – Capela na área externa do Hospital.	105
Figura 58 – Ala de Clínica Médica	107
Figura 59 – Quarto padrão.	109
Figura 60 – Quarto de Internação padrão da Ala de Clínica Médica.	110
Figura 61 – Compartimento de chuveiro.	111
Figura 62 – Lavatório sem espelho.	111
Figura 63 – Vaso sanitário compartimentado.	111
Figura 64 – Janela do banheiro.	111
Figura 65 – Portas de acesso dos quartos ao banheiro.	111
Figura 66 – Preferência dos funcionários - quartos de internação coletivos.	130
Figura 67 – Preferência pacientes - quartos de intenação individual.	130
Figura 68 – Preferência dos usuários para banheiros hospitalares. ...	131
Figura 69 – Preferência dos usuários para ambientes de estar internos.	132
Figura 70 – Preferência dos usuários para ambientes de estar externos.	132
Figura 71 – Desgate na parede atrás do leito – Produtos do Uso.....	135
Figura 72 – Desgate na parede atrás do leito – Produtos do Uso.....	135
Figura 73 – Banheiros com atrás dos leitos – Produtos do Uso.....	136
Figura 74 – Janela com película retirada.....	137
Figura 75 – Escada como apoio para portas.	137
Figura 76 – Cadeira plástica utilizada.....	137
Figura 77 – Suporte para nome dos pacientes.	138
Figura 78 – Placas de sinalização localizadas nos ambientes com funções diferenciadas.....	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Legislações Brasileiras e suas abrangências.	43
Quadro 2 – Cartilha Ambiência.....	46
Quadro 3 – Componentes para humanização dos ambientes segundo Stokols (1992), Ulrich (1995), Heerwagen et al. (1995) e Ministério da Saúde (2010).	48
Quadro 4 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao componente Suporte Social para quartos de internação.	59
Quadro 5 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao componente Controle do Ambiente para o quarto de internação.	62
Quadro 6 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao componente Distrações Positivas para o quarto de internação.	67
Quadro 7 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao Componente Suporte às Atividades para o quarto de internação.....	74
Quadro 8 – Recorrência entre elementos ambientais x Componentes da Humanização.....	77
Quadro 9 - Métodos aplicados ao estudo X objetivos específicos.	86
Quadro 10 – Planilha utilizada para avaliação do entorno, áreas externas e área interna.	89
Quadro 11 – Métodos, dados, análise e resultados.	97
Quadro 12 – Classificação de códigos e subcódigos.	98
Quadro 13 – Dimensão dos quartos do objeto de estudo X RDC 50. .	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados das Entrevistas dos pacientes.....	118
--	-----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Elementos do Suporte Social - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).....	120
Gráfico 2 – Elementos do Suporte às Atividades - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).	123
Gráfico 3 – Elementos do Controle do Ambiente - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).	125
Gráfico 4 – Elementos da Distração Positiva - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).	127
Gráfico 5 – Resultado da Seleção Visual com pacientes e funcionários.	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

SUS – Sistema Único de Saúde.

MS – Ministério da Saúde.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada.

PNH – Política Nacional de Humanização.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	27
1.1 Apresentação	27
1.2 Justificativa e Relevância do Tema	28
1.3 Objetivo Geral e Específicos	30
1.4 Delimitação da Pesquisa	31
1.5 Estrutura da Dissertação	31
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1 Humanização nos Ambientes de Saúde.....	33
2.1.1 Evolução da Arquitetura Hospitalar X Humanização	38
2.1.2 Legislação como Mudança de Paradigma	43
2.1.3 Componentes para Humanização em Ambientes de Saúde.....	48
2.1.3.1 Suporte Social.....	54
2.1.3.2 Controle do Ambiente.....	60
2.1.3.3 Distrações Positivas.....	64
2.1.3.4 Suporte às Atividades.....	69
2.1.3.5 Conclusão	76
2.2 Contribuições da Psicologia Ambiental	78
2.2.1 Espaço pessoal	79
2.2.2 Privacidade	80
2.2.3 Territorialidade	82
2.2.4 Aglomeração	83
3. MÉTODOS E TÉCNICAS.....	85
3.1 Escolha do Objeto de Análise	85
3.2 Métodos de Pesquisa Selecionados.....	86
3.2.1 Revisão Bibliográfica	87
3.2.2 Visita Exploratória	88
3.2.3 Inquirição – Entrevistas e Seleção Visual	89
3.2.4 Observação do Comportamento.....	95
3.2.5 Análise dos Traços Físicos.....	96
3.3 Tratamento de Dados.....	97
4. RESULTADOS	101
4.1 Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir das Visitas Exploratórias – Características Físicas e Espaciais	101
4.2 Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir das Entrevistas	114
4.2.1 Amostra e Atividades	115

4.2.2	Percepção dos Usuários referente ao Espaço Físico e Elementos de Humanização.....	117
4.2.2.1	Suporte Social	120
4.2.2.2	Suporte às Atividades	122
4.2.2.3	Controle do Ambiente	124
4.2.2.4	Distração Positiva.....	127
4.3	Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir da Seleção Visual	128
4.4	Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir da Observação do Comportamento e Análise dos Traços Físicos.....	132
4.5	Discussão dos Resultados.....	138
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
5.1	Considerações sobre os métodos utilizados	149
5.2	Recomendações para futuras pesquisas	150
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	151
	APÊNDICES.....	161
A	Planilhas de Avaliação das Áreas Externas e Internas do Hospital utilizadas no método Visita Exploratória.....	161
B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	165
C	Roteiro Entrevistas Piloto.....	166
D	Roteiro final Entrevistas Finais.....	172
E	Seleção Visual.....	175
F	Ficha de Observação do Comportamento e Análise dos Traços Físicos.....	176
G	Tabela oriunda do Programa MAXQDA com as respostas dos funcionários.....	180
H	Tabela oriunda do Programa MAXQDA com as respostas dos participantes comparando gênero X idade.....	181
	ANEXOS	183
A	Autorização do Hospital Municipal para realização do Estudo de Caso.....	183
B	Parecer Consubstanciado do CEP.....	184

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Desde o surgimento dos hospitais houve significativas mudanças em seu arranjo espacial, tanto devido à transformação na forma de atendimento à saúde, evolução dos sistemas construtivos, quanto na criação de Leis e Normas. Com o passar dos anos, novas tecnologias na arquitetura hospitalar e na forma de atendimento surgiram, assim contribuíram para que a saúde do paciente fosse tratada de forma mais cuidadosa, pois antigamente as pessoas buscavam os hospitais apenas como último recurso.

Percebe-se, no entanto, que dispor de bons profissionais e tecnologia de ponta deve vir acompanhado de ambientes físicos adequados às reais necessidades dos usuários. A preocupação em afastá-los do caráter hostil e institucionalizado desses estabelecimentos ganha cada vez mais força, o que reforça a importância da humanização.

A humanização considera o bem-estar físico e psicológico dos usuários, proporcionado pelo ambiente físico. A percepção do ambiente pelo usuário tem relação direta com seu comportamento. Torna-se importante, portanto, compreender os fenômenos da Psicologia Ambiental a fim de melhor interpretar os comportamentos das pessoas nos ambientes.

Pesquisas como as de Ulrich (1984), Ulrich e Zimring (2006), Toledo (2007), Vasconcelos (2004), Cavalcanti (2011), Ciaco (2010), Medeiros (2004), Rocha (2010), Stokols (1992), Heerwagen *et al.* (1995), Antonovsky (1987), Dilani (2001), apresentam a importância e a contribuição da humanização nos estabelecimentos de saúde e ressaltam benefícios, como o bem-estar do usuário, até situações em que o tempo de recuperação é significativamente mais rápido, isto reduz os custos de internação.

A humanização, portanto, tem como objetivo e foco principal oferecer espaços mais qualificados e proporcionar aos usuários estímulos ambientais benéficos. Assim, para contribuir com o tema, esta pesquisa procura investigar na literatura e, em um estudo de caso, quais

elementos ambientais¹ são considerados como humanizadores em quartos de internação nos estabelecimentos de saúde.

1.2 Justificativa e Relevância do Tema

Na medida em que o estabelecimento de saúde começou a se tornar mais especializado, com diversos espaços para atender necessidades específicas - como diagnósticos, tratamentos, cirurgias, administração, refeição, entre outros - sua complexidade espacial cresceu exponencialmente em tamanho (VERDERBER; FINE, 2000).

A partir do século XXI, novas tipologias centradas na promoção da saúde começaram a ganhar forma e constituíram um modelo de assistência humanizado, focado na necessidade de autonomia e na qualidade de vida do paciente (ERIKSSON, 2001). Diante desse novo contexto, surgem requisitos para o planejamento de estabelecimentos de saúde, que prestam suporte psicossocial aos seus usuários. Assim, há uma necessidade por estudos empíricos que verifiquem, investiguem e identifiquem fatores capazes de promover apoio psicológico e bem-estar ao usuário, pois está comprovado que o ambiente exerce influência sobre o comportamento humano (DILANI, 2001).

O usuário, ao perceber esses estímulos de forma positiva ou negativa, reage a eles com comportamentos objetivos: fechar uma cortina, uma porta, apagar a luz, ou ainda, com comportamentos subjetivos: inquietação, irritação, estresse – os quais afetam consequentemente a saúde deste.

Os estudos pessoa-ambiente constituem um campo propício à compreensão de temas como o bem-estar em ambientes hospitalares. A produção do conhecimento tem mostrado que, uma parcela importante desse bem-estar é, na realidade, resultado das interações que os usuários estabelecem com o contexto físico e social (FELIPPE, 2015).

Estudos de Ulrich (1995) comprovam que, quando o ambiente provê estimulação sensorial moderada, alivia-se o estresse, promovem-se benefícios psicológicos e respostas significativas nos sistemas

¹ Elementos ambientais são definidos como as características do espaço físico como: cor, mobiliário, *layout*, iluminação, entre outros, apresentados ao longo desta pesquisa.

fisiológicos, contribui e acelera o processo de recuperação, bem como, a alta hospitalar. Cavalcanti (2011), corrobora com esse pensamento e destaca que cada vez mais deve-se buscar a humanização dos ambientes de saúde, eliminar o estresse decorrente de aspectos ambientais e proporcionar satisfação aos usuários por meio de condições adequadas e mais confortáveis.

Em hospitais públicos estes aspectos se tornam ainda mais importantes, pois quanto menos tempo o paciente ficar internado, além dos benefícios para a própria saúde, tais como; menos exposição à medicação, infecções e bactérias, os custos para as instituições hospitalares são reduzidos, ou seja, há menos gastos com medicamentos, menos desgaste físico e psicológico da equipe médica e enfermagem.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde implementou em 2004 através do Sistema Único de Saúde (SUS), o programa HumanizaSUS, com o objetivo de reforçar o papel do usuário no processo de promoção e recuperação de sua saúde. A revisão dos papéis dos diferentes atores sociais demanda uma avaliação nos espaços de saúde (SANTOS; BURSZTYN, 2004).

Por saber que, os hospitais públicos raramente oferecem espaços para a permanência dos pacientes, além dos quartos, esta pesquisa procura investigar quais elementos ambientais do quarto de internação são mais significativos para os usuários e venha contribuir para a humanização.

A importância desta pesquisa dá-se pela necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre o que os usuários desses estabelecimentos realmente precisam para seu bem-estar, além das necessidades básicas e funcionais que o ambiente normalmente provê. No caso dos pacientes que são usuários fragilizados fisiologicamente e emocionalmente, as necessidades vão além da infraestrutura, medicamentos, aparelhagem para exames e corpo clínico. É preciso entender como percebem e vivenciam o espaço que os cerca para então, propor recomendações para que se sintam mais acolhidos e possam realizar atividades. É importante, especialmente para os pacientes, que ocupem o seu tempo e tirem o foco da sua doença. Destaca-se ainda que, nesta pesquisa, dar-se-á prioridade para as necessidades relativas aos pacientes e, em segundo plano, às necessidades dos funcionários.

A relevância científica está em agregar conhecimento ao rol de pesquisas já existentes sobre o tema, de forma a facilitar as tomadas de decisões dos profissionais que elaboram projetos de estabelecimentos de saúde e torná-los mais responsivos aos usuários. A definição de elementos ambientais prioritários para a humanização é um primeiro passo para assegurar sua participação nos projetos.

A relevância social da pesquisa deve-se ao fato de ser possível melhorar as condições ambientais dos hospitais públicos a partir da definição desses elementos para promover qualidade e permanência satisfatória aos usuários. Evidencia-se, ainda que, hospitais particulares já contemplam projetos humanizadores há muito tempo, devido à alta competitividade para atrair clientes. Como esta pesquisa terá um estudo de caso em um Hospital Público, busca-se elencar elementos humanizadores que, além de refletir os anseios de uma população específica, estejam de acordo com a realidade financeira do Sistema Único de Saúde.

1.3 Objetivo Geral e Específicos

O objetivo geral desta pesquisa é identificar quais elementos ambientais são fundamentais para propiciar bem-estar físico e psicológico aos usuários e, contribuir para a humanização no quarto de internação. Para atingir o objetivo geral, foram definidos, ainda, os seguintes objetivos específicos:

- Buscar na literatura exemplos de boas práticas e identificar elementos ambientais que contribuam para o bem-estar dos usuários;
- Obter suporte teórico na Psicologia Ambiental para interpretação de comportamentos sócio-espaciais dos usuários;
- Avaliar as atividades realizadas pelos usuários e sua relação com o ambiente em quartos de internação;
- Elencar, sob o ponto de vista dos usuários, quais necessidades não são atendidas pelo ambiente.

1.4 Delimitação da Pesquisa

Este trabalho aborda a qualidade do ambiente físico hospitalar e sua relação com o bem-estar do paciente. Não se pretende avaliar as complexas questões que envolvem a organização dos serviços, a formação profissional da equipe médica, as relações hierárquicas ou os procedimentos médicos adotados.

A pesquisa limitou-se apenas aos quartos de uma ala de hospital SUS - a Ala de Clínica Médica - que recebe pacientes de ambos os gêneros, com diferentes faixas etárias (a partir de 18 anos) e que apresentam problemas clínicos.

1.5 Estrutura da Dissertação

Este trabalho foi estruturado em quatro capítulos. O **primeiro capítulo** é a introdução e os demais são apresentados a seguir.

O **segundo capítulo** – fundamentação teórica – apresenta os conceitos referentes à humanização dos estabelecimentos de saúde e mostra porque é importante humanizar estes espaços. Aborda ainda questões referentes à legislação e às normas. Faz-se uma compilação de dados e referências de elementos que são considerados fundamentais para projetos de estabelecimentos de saúde, além de sua relevância e impacto no bem-estar físico e psicológico dos usuários. Devido à importância da relação pessoa-ambiente para o entendimento do comportamento dos usuários, abordam-se os conceitos da psicologia ambiental, descritos na literatura.

O **terceiro capítulo** – métodos e técnicas – apresenta a escolha do objeto de análise, as considerações sobre cada instrumento a ser aplicado juntamente com sua forma de aplicação e tratamento dos dados coletados.

O **quarto capítulo** – resultados – discorre sobre os resultados obtidos pelos diferentes métodos empregados, em que se realizou uma discussão desses resultados.

O **quinto capítulo** - considerações finais - apresentam a conclusão deste trabalho, com a resposta para a pergunta de pesquisa, avaliação dos métodos e técnicas utilizados, assim como recomendações para investigações futuras.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Humanizar os ambientes significa torná-los adequados às condições humanas, torná-los apropriados e apropriáveis (BINS ELY, 2013). Para humanizar, além de pensarmos nos usuários e nas atividades, o ambiente físico deve ser considerado como parte do processo e contribuir para o bem-estar e melhor qualidade de vida desses usuários.

A busca pela humanização tem sido bastante abrangente. Engloba além das questões relacionadas à assistência de serviços e atendimento, elementos que dizem respeito à própria estrutura física do edifício, gerados a partir do projeto de arquitetura. Deve-se, portanto, por meio da concepção destes elementos, buscar a satisfação e o bem-estar dos usuários, além de tornar os espaços mais agradáveis e confortáveis, para colaborar no processo de recuperação da saúde dos pacientes (MEDEIROS, 2004).

A percepção de elementos desagradáveis pode levar a comportamentos de insatisfação, por exemplo. A finalidade de uso dos espaços, determina quais tipos de elementos podem ser promovidos para produzir atmosferas que despertem um comportamento positivo em seus ocupantes (HEIMSTRA; McFARLING, 1978).

Buscar elementos que humanizam os espaços, focados no bem-estar dos usuários, pode colaborar na otimização e qualificação dos ambientes de saúde, ambientes esses que requerem atenção devido à condição a qual seus usuários muitas vezes se encontram.

A seguir, serão apresentados a importância da humanização nos ambientes de saúde, a evolução da arquitetura hospitalar, a contribuição da legislação, os componentes da humanização, seus elementos pertencentes e, por fim, alguns conceitos-chave da Psicologia Ambiental relacionados ao tema.

2.1 Humanização nos Ambientes de Saúde

O debate sobre a humanização dos estabelecimentos de saúde tem tido cada vez mais repercussão devido à intensa busca por qualificar esses ambientes com o objetivo de atrair mais pacientes e consequentemente mais lucro. Contudo, em hospitais públicos, apesar de grande demanda por tratamentos e internações, há poucos recursos

financeiros para tornar os espaços atrativos e acolhedores para os usuários (VASCONCELOS, 2004).

Assim, para que o projeto atenda suas expectativas, torna-se necessário considerar seu ponto de vista, suas interações com o ambiente, além do estado psicológico em que se encontram. Levar em conta os elementos presentes no ambiente ao qual permanecem, pode garantir uma maior satisfação para os usuários, e dessa forma, conseguir realizar as atividades adequadamente, controlar o ambiente ao redor de si, obter distração e suporte social.

O ambiente físico é dotado de significados e estímulos e o usuário seu principal receptor. No caso dos estabelecimentos de saúde, sua função e imagem geralmente transmitem sensações negativas, pois são espaços associados à dor, sofrimento, dependência, medo, estranhamento, entre outros. É preciso que o projeto destes estabelecimentos se distancie da imagem de doença em favor de uma imagem de hospitalidade, para que assim, os usuários percebam o espaço de forma positiva e se sintam acolhidos e confortáveis (CARPMAN *ET AL.*, 1993).

O ambiente físico é dotado de significados e estímulos e o usuário seu principal receptor. No caso dos estabelecimentos de saúde, sua função e imagem geralmente transmitem sensações negativas, pois são espaços associados à dor, sofrimento, dependência, medo, estranhamento, entre outros. É preciso que o projeto destes estabelecimentos se distancie da imagem de doença em favor de uma imagem de hospitalidade, para que assim, os usuários percebam o espaço de forma positiva e se sintam acolhidos e confortáveis (CARPMAN *ET AL.*, 1993).

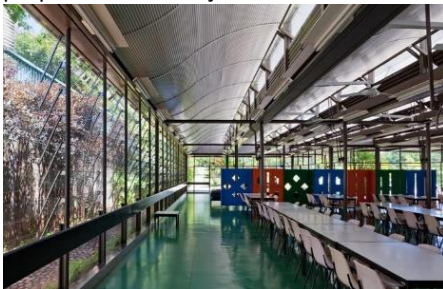
No caso de pacientes internados, deve-se levar em conta, o fato de se sentirem institucionalizados. Este conceito é definido por Goffman (2007), por estes pacientes serem inseridos em instituições fechadas, afastados da sociedade, obrigados a conviver com pessoas estranhas e como consequência reagem à estas situações com comportamento de negação, como o isolamento. O fato de estar em uma instituição, obedecer a regras, ter horários para medicação, alimentação, banho e exames, faz com que percam sua individualidade e ocorre o que o autor define como “mortificação do eu”, ou seja, o paciente perde suas referências e tem sua vida completamente controlada.

Desinstitucionalizá-los é parte do processo de humanização, entendido como de hospitalização, habilitação psico/social, inclusão social e por fim, promoção do valor social. Em resumo,, desinstitucionalizar significa resgatar o papel do paciente como verdadeiro protagonista da cura. A retomada subjetiva da pessoa implica num reposicionamento dos objetivos de cura, não mais como reabilitação ou redução do dano, mas como bem-estar dos usuários. Assim, o hospital deve acolher, cuidar, tratar, dar segurança e conforto a todos os seus usuários, principalmente aos pacientes, que estão geralmente fragilizados emocionalmente (VENTURINI, 2009).

Ao abordar o tema humanização, não se pode deixar de citar o arquiteto João da Gama Filgueiras Lima, Lelé, (1932 – 2014), o qual deixou grande contribuição principalmente no que se refere à arquitetura hospitalar, em projetos desenvolvidos junto a Rede Sarah Kubischek. Segundo relato do fundador da Rede, Aloysio Campos Paz (1934 – 2015), Lelé tinha uma abordagem humanista e sempre olhava com cuidado para as necessidades de usuários com restrições. Fez aquilo que, ao longo de gerações, a medicina tentou e quase nunca conseguiu fazer.

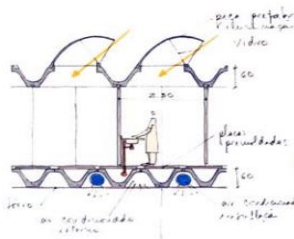
Os hospitais de Lelé, ao contrário de espaços constrangedores e de sofrimento, tornaram-se locais amenos, ricos em volumes e cores: a própria expressão e sentido da palavra Reabilitação (MARQUES, 2012). Possuem ainda, características comuns como, por exemplo, aberturas que deixam a luz solar passar - *shed's* - (Figura 1 e 2) onde mesmo em um país tropical como o Brasil, é possível compatibilizar as condições ambientais do local com as necessidades ambientais do ser humano. Tais elementos, permitem a entrada de luz natural, além de proporcionar iluminação zenital, controlam a ventilação natural por meio da ventilação cruzada, ventos dominantes e exaustores. Os projetos ainda utilizam de galerias que captam estes ventos para renovação do ar como leito de tubulações (RIBEIRO, 2007).

Figura 1- Detalhe interno dos sheds que proporcionam iluminação natural.



Fonte: Página do ArchDaily Brasil².

Figura 2 – Funcionalidade do shed.



Fonte Westphal, 2007.

Em suas obras, pode-se notar ainda um bom desempenho arquitetônico tais como: flexibilidade, racionalização, contiguidade (expansão e zoneamento), circulação horizontal e vertical, flexibilidade estrutural, humanização, tecnologia, meio ambiente e asepsia. Preocupado com a humanização, Lelé adota estratégias importantes em sua obra, por meio de formas, cores, ambientação, luz entre outros (Figura 3, 4, 5 e 6).

² Disponível em <<http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>>. Acesso em 09 out 2015.

Figura 3 - Ambientes internos com cores estimulantes para distrair os usuários.



Fonte: Página do ArchDaily Brasil³.

Figura 4 - Integração com o exterior com possibilidade de diferentes ambientes de convívio.



Fonte: Página do ArchDaily Brasil⁴.

Figura 5 - Obras de arte, iluminação natural e cores com contraste.



Fonte: Página do ArchDaily Brasil⁵.

Figura 6 - Ambientes com vistas ajardinadas.



Fonte: Página do ArchDaily Brasil⁶.

Com isso, o arquiteto consegue em suas obras, pequenas variações dentro de faixas de conforto ambiental relacionadas, por exemplo, com a temperatura, velocidade e umidade do ar. Estas podem ser benéficas e estimulantes para a manutenção dos níveis de produtividade e de conforto psicológico para todos os usuários (RIBEIRO, 2007).

Há claramente em sua obra uma constante preocupação com a escala humana, o respeito pelo homem e os espaços por ele ocupados.

³ Disponível em <<http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>>.

Acesso em 09 out 2015.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

2.1.1 Evolução da Arquitetura Hospitalar X Humanização

Ao acompanhar o processo de evolução da arquitetura hospitalar, pode-se dizer que sua origem está relacionada à imagem de um local em que as pessoas com doenças se dirigiam para morrer com um mínimo de dignidade, eram locais assistencialistas e não focados na cura (GOES, 2011).

No início do século XVIII, tinha-se a ideia de que para tratar um paciente, era preciso isolá-lo da sociedade. Assim, a principal função do hospital era servir como estrutura de separação e exclusão, para minimizar os riscos sociais e epidemiológicos (TOLEDO, 2002). As funções e atividades dos funcionários eram baseadas no autoritarismo das relações, nas quais o modelo de trabalho ocorre a partir da hierarquia de funções, sem equipe de apoio além de poucos recursos tecnológicos.

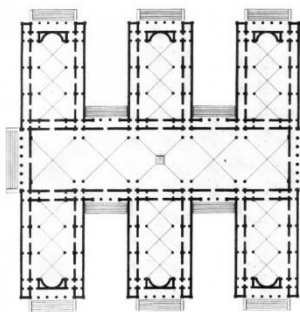
A imagem do hospital como ambiente de cura só aparece após o médico francês Jacques Tenon e uma equipe de profissionais viajarem por diversos hospitais da Europa, já no fim do século XVIII, com o objetivo de realizar uma observação sistemática. Foram avaliadas as taxas de mortalidade, a contaminação entre pacientes, os fluxos de materiais e roupas inadequadas, o que gerou um novo olhar sobre a configuração espacial hospitalar, e evidenciou situações que deveriam ser evitadas.

Apesar de Tenon ser médico, ele introduz um novo olhar para o ambiente hospitalar, e destaca a importância da ventilação e da distribuição de leitos, o que permite a atividade e visitação médica ao paciente. Assim, os hospitais passam a ser vistos como locais aliados no processo de cura, e assim, novos elementos passam a ser considerados (FOUCAULT, 1980).

Além das propostas expostas por Tenon, o edifício projetado por Nicolas-Louis Durand (1760 - 1835), publicado em 1802 em seu livro *Précis des Leçons D'Architecture* apresenta discussões sobre como deveria ser o novo hospital - higiênico - e como a modernização da arquitetura se tornava imprescindível para a produção de edificações com o objetivo de atender novas funções públicas. A proposta de Durand dispunha de seis pavilhões de cada lado de uma avenida central e um pátio construído em forma alongada.

Posteriormente, o modelo foi largamente difundido e reinterpretado nas construções hospitalares pelo mundo e introduziu a ideia de pavilhões conectados (Figura 7). Essa conformação possibilitava a criação de um hospital voltado para seu interior em que, mesmo dentro do espaço da cidade, estaria cercado por pátios e jardins, permitiria assim contínua circulação e dispersão do ar contaminado.

Figura 7 – Modelo proposto por Durand.



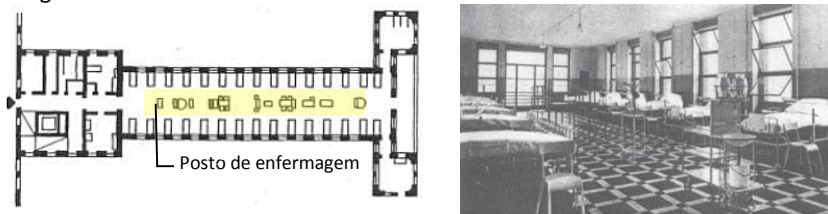
Fonte: Mahfuz, 2013.

Outra referência para esse novo modelo hospitalar é o de Casimir Tollet, o qual propôs, na França em 1872, um sistema - Sistema *Tollet* - em que as construções hospitalares deveriam ser afastadas das aglomerações urbanas e localizadas em terrenos ensolarados. A disposição da edificação deveria estender-se por todo o terreno e respeitar o paralelismo entre os edifícios. Esse conjunto caracterizava-se por construções de no máximo dois pavimentos em que imperava o princípio de isolamento, com cada doença e doente separados no interior do pavilhão. Esse sistema, também conhecido por modelo pavilhonar (Figura 8), foi amplamente difundido (TOLLET, 1894, apud AMORA, 2014).

centralizado para permitir o controle dos enfermeiros e garantir maior segurança aos pacientes.

Nightingale contribuiu para a qualidade do projeto. Na Figura 9, apresenta-se o modelo de enfermaria idealizado por ela, o qual teve um papel fundamental na difusão do próprio modelo pavilhonar e na melhoria do ambiente físico das unidades de internação.

Figura 9 - Modelo de enfermaria proposta por Nightingale – Planta Baixa e Imagem do ambiente interno.



Fonte: Miquelin, 1992.

Apesar das diversas qualidades existentes no modelo pavilhonar horizontal, ele implica em um alto custo de implantação por ocupar grandes áreas de terreno. Além disso, a solução pavilhonar impõe longos percursos, não só aos funcionários e pacientes, mas também, às redes de infraestrutura, fato que contribui para onerar tanto a construção quanto a operação da unidade (CAMPOS, 1950).

Assim, entre a primeira e a segunda guerra mundial, surgiram os hospitais de partido “monobloco vertical” que eram, de acordo com Miquelin (1992), nada mais que um empilhamento de enfermarias de Nightingale, com um elevador para conectar todos os andares.

As várias descobertas na área da saúde, o desenvolvimento da tecnologia, a crescente sofisticação da hotelaria, a necessidade de expansão de serviços de apoio à assistência e outros fatores, fizeram com que a organização hospitalar, gradualmente se tornasse mais complexa, com características e objetivos diferentes (MELLO, 2008).

Assim, diante da evolução da própria tipologia arquitetônica hospitalar, das medicações e da imagem do hospital como um ambiente de cura, a humanização surge - devido à preocupação com os usuários envolvidos no processo - no sentido de prestar atendimento de boa qualidade e passa a ser utilizada para nomear diversas iniciativas.

A palavra humanização possui diferentes sentidos. Na saúde adotou-se o significado de um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como o funcionamento institucional, aspectos estes importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade de atendimento (OLIVEIRA, 2007 apud MELLO, 2008, P.20).

Na busca por espaços mais qualificados e humanizados, pode-se citar a arquiteta Jain Malkin como uma das grandes expoentes na arquitetura hospitalar. Especializada na concepção de estabelecimentos de saúde com inúmeros artigos sobre os efeitos psicológicos destes ambientes nos usuários, Malkin (1991), sugere que diversos elementos devam ser pensados em relação ao espaço físico no qual o paciente está internado.

Segundo Malkin (1991), a privacidade, por exemplo, deve ser tratada de modo a permitir que o paciente escolha ter contato ou não, com outras pessoas. Cores e texturas devem ser levadas em conta no momento da ambientação do espaço, não só nos quartos, mas também nos ambientes de convívio, tais como; as salas, jardins internos e lanchonetes.

A autora ainda comenta que os elementos considerados terapêuticos devem estar localizados nas áreas de maior permanência dos pacientes, como quartos, corredores e salas de visita. O potencial terapêutico dos espaços remete aos elementos presentes no ambiente que são importantes para a recuperação do paciente. O ambiente possivelmente não é o principal instrumento de cura, porém, será um aliado no tratamento.

Neste sentido é importante colocar o pensamento de Kellman (1995), o qual menciona que o cuidado com o paciente é tão importante quanto sua cura, muitas vezes não alcançada. O cuidado centrado no paciente justamente atende este requisito no sentido de aproximar a relação médico – paciente, estabelecer estratégias de contato com a família. Portanto, o cuidado voltado ao paciente envolve diversos fatores e, o ambiente físico é um deles (MALKIN, 1991).

Conforme visto, a assistência à saúde mudou com o passar dos anos, porém ainda continua em evolução, pois a cada momento surgem novas tecnologias e conhecimentos, acerca das necessidades dos

usuários. É preciso estar atento a essas mudanças e os benefícios. Além de todo caráter histórico de evolução e mudança do edifício hospitalar, a legislação apresentada a seguir, também é vista como um divisor de águas, pois por meio da implementação, houve transformações na concepção e execução dos projetos de arquitetura de estabelecimentos de saúde.

2.1.2 Legislação como Mudança de Paradigma

Com o surgimento da legislação, os estabelecimentos de saúde passaram por transformações para se adequarem às novas regras. As mudanças acontecem tanto no âmbito do ambiente físico quanto do ambiente organizacional, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1- Legislações Brasileiras e suas abrangências.

LEGISLAÇÃO E NORMAS	AMBIENTE FÍSICO	AMBIENTE ORGANIZACIONAL
Portaria MS 400/ 1977	•	
Portaria MS 1884/ 1994	•	
RDC 50/ 2002	•	
HUMANIZASUS/ 2003	•	•
Cartilha Ambiência	•	•

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Diversas normativas foram implementadas nas últimas décadas, o que implicou em modificações no que se refere à melhoria das condições de higiene e salubridade desses espaços, situação que não acontecia antigamente – e que acabava por ser um dos principais motivos de disseminação de doenças e morte de pacientes.

No Brasil, a primeira normatização ocorreu na década de 1970 por meio da Portaria 400, intitulada Normas para Instalações de Hospitais Gerais até 150 leitos. Era uma norma similar à ABNT onde havia uma listagem dos ambientes com indicações de dimensionamento e observações básicas de necessidade, proximidade dos espaços e circulações de pessoas e insumos.

Na década de 90 houve um movimento chamado Reforma Sanitária, o qual culminou com a Lei Orgânica da Saúde. Esta definiu o

Sistema Único de Saúde (SUS) com suas competências a nível federal, estadual e municipal.

Em 1994 criou-se a Portaria nº 1.884 do Ministério da Saúde, com o objetivo de atualizar as normas existentes em infraestrutura física para saúde e proporcionar maior flexibilidade e liberdade na elaboração de projetos. Foram instituídos critérios para projetos e a programação funcional dos estabelecimentos de saúde, com indicações de dimensões espaciais, condições de conforto, controle da infecção hospitalar, além das próprias condições de segurança da edificação.

A Resolução RDC nº 50 (ANVISA, 2002), regulamenta o planejamento físico de todos os estabelecimentos de saúde, atualiza e complementa a Portaria nº 1.884. Esta norma é de certa forma mais completa do que a legislação anterior (CIACO, 2010).

Nesta Resolução são apresentadas regulamentações para os projetos físicos dos estabelecimentos de saúde, que objetivam orientar planejadores, arquitetos e demais profissionais sobre a configuração espacial, independentemente de ser um estabelecimento público ou privado.

Todas as orientações referem-se ao espaço físico dos estabelecimentos de saúde em termos de dimensões, equipamentos e instalações, e os dados são apresentados em formas de tabelas. Quanto aos acabamentos, a resolução não indica cor ou material, apenas recomenda que sejam laváveis, higienizáveis e resistentes aos processos de desinfecção.

Há, portanto, um benéfico reconhecimento desta resolução ao considerar os aspectos de higiene e salubridade dos ambientes – que colaboram para evitar a disseminação de doenças. Esta norma, além de centrar-se na funcionalidade dos espaços, busca assegurar condições mínimas (dimensionamento e instalações) para o desenvolvimento das atividades de atendimento à saúde.

Toda legislação tem um importante papel: o de orientar profissionais na elaboração de projetos e exigir aspectos mínimos necessários ao ambiente. Porém, seguir apenas estas normas e leis vigentes não garante que os espaços sejam qualitativos. É preciso compreender que, os usuários desses estabelecimentos possuem além das necessidades básicas de saúde, necessidades que envolvem seu bem-estar, atividades e vivência no ambiente.

Assim, o Ministério da Saúde lança o HUMANIZASUS - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2004) – no qual o usuário é o foco central dos projetos e das atividades.

O HUMANIZASUS é uma política de saúde com objetivo de oferecer um serviço de atenção mais humanizado à população a partir de ferramentas para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. A ideia é que ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Humanizar é entendido como ofertar atendimento de qualidade ao articular os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

Orientações e diretrizes são delineadas para que se possam traçar estratégias para a Política Nacional de Humanização (PNH), composta por cinco princípios norteadores, que são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, para fortalecer/estimular processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde, bem como a produção de sujeitos;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional para estimular a transdisciplinaridade;
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de protagonismo e sujeitos e coletivos.

Como visto acima, nenhum princípio refere-se ao ambiente físico. Este é abordado apenas no que tange às orientações estratégicas para a implementação da Política Nacional de Humanização:

“Propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços como salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual e outros. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004, P. 12).

Além disso, em suas diretrizes gerais – composta por nove itens – apenas um abrange a relação entre o usuário e o ambiente. Este item trata da adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeito a privacidade e busca por uma ambiência acolhedora e confortável.

Com o objetivo de disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde, o Ministério da Saúde do Brasil lançou diversas cartilhas com informações para aprimoramento da Política Nacional de Humanização. Dentre todas as cartilhas, a que nos interessa nesta pesquisa é a Cartilha Ambiência, a única que aborda os aspectos relacionados ao ambiente físico.

A Cartilha Ambiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) trata de aspectos relativos ao espaço físico, e é vista como um avanço qualitativo no debate da humanização na rede pública de saúde. Nessa cartilha, o espaço é considerado um local, vivenciado por um grupo de pessoas, com seus valores culturais e relações sociais. Três eixos são determinados e apresentados no quadro a seguir.

Quadro 2– Cartilha Ambiência.

CONFORTABILIDADE	ENCONTRO DE SUJEITOS	ESPAÇO FACILITADOR
Foco na privacidade dos usuários. Valorizar elementos do ambiente que interagem com as pessoas como as cores, cheiros, sons e iluminação, entre outros	Espaços que possibilitem a vivência entre os usuários	Espaço como facilitador do processo de trabalho

Fonte: Ministério da Saúde, 2010 – adaptado pela autora, 2015.

O eixo Confortabilidade da cartilha apresenta estratégias que atuam como modificadores e qualificadores do espaço para estimular a percepção ambiental. Quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciam contribuições significativas no processo de produção de saúde, como a morfologia do ambiente, luz, cheiro, som, sinestesia, arte, cor, tratamento de áreas externas, privacidade, individualidade e a confortabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O eixo Encontro de Sujeitos trata a ambiência enquanto espaço de encontro que deveria potencializar e facilitar a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho. Profissionais

como enfermeiros, médicos, entre outros, devem ser considerados em todo o processo na discussão e construção do projeto.

São esses usuários que podem explicar o que funciona e o que atrapalha no andamento das atividades. Muitas vezes, também, estes profissionais trazem para a discussão a opinião dos pacientes - sejam reclamações ou em qual tipo de ambiente se sentem melhores. Assim, as áreas de trabalho além de mais adequadas funcionalmente deverão proporcionar espaços vivenciais prazerosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O ambiente, portanto, deve ser pensado de forma que promova o encontro entre trabalhadores e demais usuários, dar suporte às necessidades sociais por meio da sua integração e na criação de ambiências que tornem estes espaços mais atrativos.

Ao considerar que pacientes vão aos estabelecimentos em busca de cura ou melhora, espera-se que esses espaços contribuam para uma estadia menos dolorosa. A arquitetura é vista como uma ferramenta de mudança neste processo. Os Espaços como facilitadores no processo de trabalho, devem ser pensados para garantir a segurança dos trabalhadores, dar suporte à realização das atividades e prevenir acidentes. Deve-se considerar uma grande variedade de fatores, tais como as necessidades físicas, sociais e psicológicas de seus usuários, ir além da arquitetura normativa, de forma a refletir o cuidado com o usuário e as atividades a serem realizadas.

Outro requisito da PNH é a visita aberta como um direito dos pacientes. Portanto, faz-se necessária a incorporação nos projetos de espaços que sejam capazes de acolher estes visitantes. É importante que exista um espaço de espera que não seja frio e degradado e tenha acesso fácil a sanitários adequadamente higienizados e bebedouros. Também é desejável que os pacientes e os visitantes possam ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento - como assistir a televisão ou ouvir música.

Os serviços de saúde também devem contemplar, segundo o Ministério da Saúde (2004), projetos de sinalização, placas de informação com linguagem clara e representativa, que identifiquem os espaços e funções, bem como promover o acesso para as pessoas, tanto com mobilidade reduzida quanto com deficiência, a fim de ajudar na orientação espacial. Além disso, é de suma importância, que existam áreas de apoio para o trabalhador – como sala de estar, copa e banheiros

– que estas estejam bem localizadas e, em número suficiente para todos os profissionais.

Na visão de Vilela (2004), a Cartilha Ambiência evidencia preocupação à atenção com a construção de um ambiente de saúde que não se constitua em um espaço frio e hostil, mas sim, de um espaço acolhedor e receptivo.

2.1.3 Componentes para Humanização em Ambientes de Saúde

A humanização é vista como uma importante ferramenta para promover bem-estar aos usuários. Nesse sentido, diversos autores têm suas pesquisas apoiadas em elementos geradores de bem-estar que, por consequência, reduzem o estresse⁷ dos pacientes internados e tornam os espaços mais qualificados, além de contribuir também para a alta hospitalar mais rápida.

Um dos principais autores estudiosos da humanização é Roger S. Ulrich. Arquiteto e professor norte-americano. Ele possui diversas pesquisas voltadas para o bem-estar dos usuários dos estabelecimentos de saúde, as quais apontam para a importância dos espaços terem contato com o exterior, proporcionar vistas para a natureza, além de diversos outros elementos que são considerados, por ele como redutores do estresse.

Ulrich (1995) reconhece que, o estresse é o maior obstáculo para a melhora dos pacientes e deve ser tratado com especial atenção, pois envolve a doença em si, os procedimentos médicos, os fatores físicos e sociais do ambiente - como exemplo tem-se os ruídos, a invasão de privacidade e o pouco suporte social que é oferecido. O estresse também é um problema para os visitantes, para a família do paciente internado e para a própria equipe médica, isto pode gerar insatisfação no trabalho e absenteísmo.

O autor comenta que o espaço deve ser um facilitador das relações interpessoais, estimular a criação de redes de convívio para os pacientes, a equipe médica, os visitantes, como também para os demais

⁷ Estresse ambiental é causado por ausência ou presença demasiada de estímulos nos ambientes que causam estresse psicológico. Esta situação afeta a saúde dos pacientes e demais usuários dos estabelecimentos de saúde. Moser (1992), define como uma perturbação resultante da interação pessoa-ambiente.

profissionais de saúde, além de facilitar o contato com elementos que reduzam o estresse. Ulrich (1995) elenca três componentes para facilitar esta busca por espaços promotores da saúde e bem-estar, que são: Controle do Ambiente, Suporte Social e Distrações Positivas. A escolha destes três componentes deve-se, segundo o autor, às evidências científicas de sua influência no bem-estar e nos efeitos fisiológicos relacionados à melhora da saúde.

O Controle do Ambiente é um importante fator que ajuda a regular o estresse e o bem-estar dos pacientes. As pessoas têm uma forte necessidade de controlar o ambiente e situações. Assim, para que se sintam mais confortáveis, é importante permitir o controle do espaço a sua volta, como por exemplo, regular a quantidade de luz sobre os leitos, controlar o acesso a si – privacidade -, o volume do som, a temperatura, entre outros. A ausência deste controle gera estresse e está diretamente relacionada ao aumento da pressão sanguínea, depressão, diminuição da imunidade e passividade (ULRICH, 1995).

O Suporte Social por sua vez corresponde aos benefícios do contato entre pacientes, familiares e amigos. Portanto, os espaços devem incentivar esta interação e apoiar a criação de redes de convívio entre pessoas, bem como propiciar e melhorar os níveis de estresse nos pacientes (ULRICH, 1995).

O ambiente deve facilitar esta aproximação por meio de mobiliários flexíveis e confortáveis para promover este contato, com áreas de visitas nas quais os usuários possam ter a opção de ficarem juntos ou separados, com acessos a jardins ou áreas externas, entre outros recursos. Um ponto importante é que o projeto deve sempre promover o contato entre as pessoas, mas não a ponto de invadir a privacidade. Permitir que os pacientes controlem o acesso a si também contribui para seu bem-estar. O ideal seria oferecer aos usuários opção e não os colocar diante de situações indesejadas (ULRICH, 1995).

As Distrações Positivas são estímulos presentes no ambiente que induzem as pessoas a esquecerem de seus problemas e focarem suas atenções em coisas mais prazerosas, ou seja, em elementos que contribuam para que não se tenham pensamentos negativos e que colaborem para o bem-estar e redução do estresse, tais como a natureza, animais, água, plantas e rostos amigáveis. O bem-estar do ser humano está associado ao fato do ambiente a sua volta prover de

estimulação positiva moderada, ou seja, deve-se procurar o equilíbrio na quantidade de estímulos (ULRICH, 1995).

Oposto a isto, as distrações negativas afetam as pessoas, pois são impostas no ambiente e impossibilitam que o usuário tenha controle. Por exemplo, objetos que são colocados à frente do paciente e forçam a observação contínua, causam estimulação em excesso, ao invés de distraí-los, geram comportamentos associados ao estresse. A televisão é vista por alguns pacientes como positiva, porém a impossibilidade de controle, faz com que seja associada a um elemento negativo (ULRICH, 1995).

Santos e Bursztyn (2004) corroboram com Ulrich (1995), no que diz respeito ao Suporte Social e Distrações Positivas. Os autores defendem que o uso de jardins e ambientes de estar com sofá e mesas, possibilita uma convivência descontraída e agradável. Além disso, corredores que utilizam janelas amplas possibilitam a visão para o exterior, e ambientes que estimulem a vivência e recepção das visitas, devem assemelhar-se a uma sala de estar residencial, com mobiliários confortáveis, capazes de estimular a permanência dos usuários.

No ponto de vista da arquitetura, os hospitais devem buscar individualidade e aconchego, proporcionar liberdade de movimento com a valorização dos espaços de convivência e acolhimento, promover a privacidade e o respeito à dignidade para que o usuário possa reconhecer os valores presentes no seu cotidiano. Assim, deve-se possibilitar a personalização dos espaços, reduzir a escala do edifício, integrá-lo com o exterior e com a natureza, valorizar os meios naturais de promoção do conforto ambiental.

O sociólogo Antonovsky (1987) é um estudioso das relações entre estresse, saúde e bem-estar. Desenvolveu o termo “salutogênese” (do latim: *salus* = saúde; e do grego: *genesis*= origem) para indicar que o projeto do ambiente de saúde deve ter foco no que nos mantém bem, com elementos que deem suporte ao bem-estar.

O projeto salutogênico, destaca, sobretudo, o impacto dos ambientes sobre as pessoas e que projetos bem desenvolvidos estimulam os usuários, diminuem os riscos em sua própria saúde, fadiga mental e estresse. Estímulos positivos podem contribuir para a redução desses fatores, além de diminuir também, os gastos com a saúde (DILANI, 2001).

Ainda segundo o autor, os processos de promoção à saúde envolvem, além da saúde física dos pacientes, suas necessidades psicológicas e sociais. Portanto, para que se criem ambientes saudáveis, é necessário aprender sobre os elementos da arquitetura e do *design* que colaboram para a criação de ambientes saudáveis.

Assim, para responder às questões que mantém uma pessoa saudável, Antonovsky (1996), criou o “sentido de coerência” como um recurso para a manutenção da saúde, dividido em: capacidade de compreensão - capacidade que o indivíduo tem de receber estímulos do meio externo e interno -; capacidade de gestão - forma de administrar e perceber estes estímulos - e capacidade de investimento - enfrentar situações com dignidade, dosar seu investimento de energia e estresse.

Por mais complexo que possa parecer, o sentido de coerência nada mais é do que um fator de proteção da saúde no qual o indivíduo se permite negar a desordem e recuperar a ordem e a coerência e, torna-se assim, mais resistente para lidar com os problemas de saúde. Esse conceito tem caráter cognitivo, afetivo e informacional, assim o ambiente torna-se um grande aliado na recuperação destes pacientes (ANTONOVSKY, 1996).

O senso de coerência é a compreensão global humana da vida com base em quão compreensível, gerencial e significativa a vida é. Se o indivíduo tem um bom senso de coerência é mais fácil gerenciar o estresse, o que gera um maior controle sobre sua saúde. O ambiente físico cria o quadro necessário para dar condições de suportar o sentido de coerência, explicado pela forma como o indivíduo interpreta e experimenta os estímulos do ambiente. A vida não é um simples estado de estar, mas um processo dinâmico em que o indivíduo tenta entender, gerenciar e encontrar sentido para sua existência (ANTONOVSKY, 1996).

A experiência de ser internado em um hospital é uma grande fonte de estresse psicológico, independente da razão. O isolamento da família e dos amigos, ambientes novos e desconhecidos, medo do tratamento, falta de controle e privacidade, preocupações financeiras e falta de informação, podem ser mencionados como fatores que contribuem para o estresse (DILANI, 2001).

A função básica do projeto então seria desafiar nossas mentes e iniciar um processo mental capaz de atrair a atenção humana. Isso pode reduzir a ansiedade e trazer alterações psicológicas positivas. Os ambientes deveriam criar emoção, prazer, estimulação, criatividade,

satisfação e admiração e assim, propiciar suporte psicossocial aos seus usuários (DILANI, 2001).

O referido autor comenta que, a investigação científica da última década tem provado a ligação entre ambientes físicos pobres ou psicologicamente inadequados com sintomas como ansiedade, depressão, pressão arterial elevada, insônia e uma maior necessidade de analgésicos. Uma das condições para a promoção do bem-estar em estabelecimentos de saúde é criar uma organização que ofereça os cuidados mais próximos ao paciente e a família, com um ambiente adequado. Esses processos estão cada vez mais centrais, onde o foco é o paciente, com suas necessidades físicas e sua saúde psicológica.

A fim de colaborar com os estudos de Antonovsky (1996), Stolkos (1992) traça diretrizes para projetos salutogênicos, a partir das três dimensões da saúde: social, física e mental. A saúde social permite ao indivíduo acesso a uma rede de apoio social, e também, a participação no processo de projeto desses ambientes; a saúde física é baseada em um projeto ergonômico que considera as atividades, seja seguro; a saúde mental possibilita controle pessoal de situações.

Heerwagen *et al.* (1995), também contribuem nesta busca para se obter um projeto salutogênico. Os autores utilizam os termos: coesão social, para indicar que o ambiente deve prover pontos de encontro formais ou informais; recuperação e relaxamento, com quartos silenciosos, iluminação suave, acesso à natureza e uma boa vista para o exterior; controle pessoal para permitir ao indivíduo controle de iluminação, luz, som, temperatura e ter direito a quartos privativos, que gerencie o acesso de quem entra.

Abaixo, apresenta-se um quadro síntese referente ao pensamento dos autores citados e os componentes por eles considerados importantes para a obtenção de projetos voltados à promoção da saúde e bem-estar dos usuários. São considerados também, os eixos estabelecidos pela Cartilha da Ambiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), pois os autores incluem estratégias para a busca de ambientes mais humanizados.

Quadro 3 – Componentes para humanização dos ambientes segundo Stokols (1992), Ulrich (1995), Heerwagen et al. (1995) e Ministério da Saúde (2010).

AUTORES	COMPONENTES PARA HUMANIZAÇÃO DOS AMBIENTES HOSPITALARES			
	INTERAÇÃO	DISTRAÇÃO	CONTROLE	TAREFAS
STOKOLS, 1992	Saúde social: acesso a rede de apoio social.	-	Saúde mental: controle pessoal e de situações.	Saúde física: projeto ergonômico.
ULRICH, 1995	Suporte social: ambientes que promovam rede de apoio às pessoas.	Distração positiva: elementos que distraiam o paciente e tirem o foco da doença.	Controle do ambiente: controlar o espaço a sua volta e o acesso a si.	-
HEERWAGEN ET AL., 1995	Coesão social: pontos de encontro formal ou informal.	Recuperação e relaxamento: quartos silenciosos, boa iluminação, vistas para natureza.	Controle pessoal: controle de iluminação, som, temperatura e acesso aos quartos.	-
MINISTÉRIO DA SAÚDE,	Encontro de sujeitos: Espaços que possibilitem a vivência entre usuários.	Confortabilidade: Espaços que valorizem elementos que interagem com as pessoas.	-	Espaço facilitador: Espaço como facilitador do processo de trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

No quadro acima, constata-se que há um consenso entre os autores, no qual mesmo com terminologias diferentes, concordam que para o projeto promover bem-estar aos usuários devem colaborar na redução do estresse e ajudar na recuperação dos pacientes. Ao compilar os dados acima, deve-se considerar alguns critérios que incluem: (A) *prever espaços que deem suporte para o paciente, no sentido de permitir*

encontros e estimular as relações sociais; (B) fornecer estímulos moderados para que o paciente foque sua atenção em outros elementos que não seja na sua dor; (C) controlar o ambiente e situações nas quais o paciente possa escolher em interagir ou não com outras pessoas e controlar alguns elementos do ambiente a sua volta como luzes, cortinas, equipamentos, mobiliário e outros.

Para esta pesquisa especificamente, toma-se por base os conceitos estabelecidos por Ulrich (1995) os quais comprovam que o suporte social, as distrações positivas e o controle do ambiente reduzem o estresse e promovem bem-estar à saúde dos usuários.

Porém, acrescenta-se mais um componente visto como fundamental para complementar este tripé, baseado no conceito de Stokols (1992) e no Ministério da Saúde (2010), no qual o ambiente também deve prover Suporte às Atividades (saúde física e espaço facilitador, respectivamente).

Assim, ao planejar espaços de saúde, ambientes e principalmente os quartos - que são espaços nos quais os pacientes permanecem por mais tempo e nos quais são realizadas atividades e procedimentos importantes pela equipe médica e de enfermagem - devem primar pelo conforto e segurança de todos os usuários envolvidos. Os projetos dos quartos devem colaborar para que toda e qualquer atividade seja realizada sem nenhum tipo de obstáculo e que o ambiente seja visto como um facilitador deste processo.

A seguir, são aprofundados os quatro componentes considerados nesta pesquisa essenciais para projetar espaços mais humanizados, denominados: **Suporte Social, Distração Positiva, Controle do Ambiente e Suporte às Atividades e seus elementos.**

Os elementos presentes no ambiente influenciam diretamente o comportamento dos usuários e exercem funções diferenciadas relacionadas a cada um dos componentes da humanização. Essa classificação de elementos busca facilitar seu entendimento, bem como, sua implementação nos espaços, de acordo com o objetivo que se almeja.

2.1.3.1 Suporte Social

Suporte Social, segundo Ulrich (1984), define-se como o apoio à criação de redes de convívio para que haja interação entre os diversos

usuários de um estabelecimento. A consciência sobre esse apoio e sua relação com a saúde nos levam a entender que para promover bem-estar é importante levar em consideração o ambiente físico e sua influência sobre as emoções, comportamentos e motivações das pessoas. É, portanto, essencial nos ambientes e principalmente, em estabelecimentos de saúde, que, por meio do *Design* e da Arquitetura, criem-se pontos de encontros que possam promover interações sociais espontâneas e apoio social entre seus usuários (FLEMING ET AL., 1985; CONNERS, 1983).

Em áreas destinadas ao convívio entre pacientes e visitantes é indicado que haja uma atmosfera acolhedora e atraente, com ambiência agradável, diferente dos ambientes inóspitos ao qual estão habituados a permanecer (Figura 10). Área com *layout* adequado e mobiliário solto permitem a configuração de novos arranjos espaciais melhor adaptados às necessidades dos usuários (Figura 11).

Figura 10 – Espaço com cores diferenciadas estimulam a permanência de usuários.



Fonte: Página de Hedrich Blessing⁸.

Figura 11 – Área de convívio que permitam mudanças no *layout*.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁹.

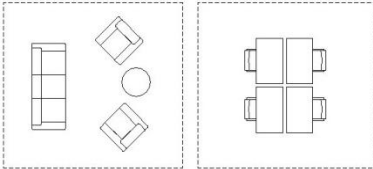
Essas configurações espaciais podem ser do tipo: sociopetal, que possibilitam o contato social entre os usuários (Figura 12); ou sociofugal, que privam os usuários deste contato (Figura 13), e influenciam

⁸ Disponível em <<http://hedrichblessing.com/amplatz-childrens-hospital/koy7nbdaa0ewifjch6ik9idbaokcmy>>. Acesso em 05 out 2015.

⁹ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 15 out 2015.

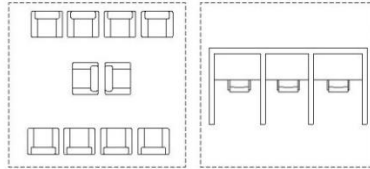
diretamente o comportamento, que, segundo Bins Ely *et al.* (2000) podem ser de proteção – regular a quantidade de estímulos - ou comunicação – a distância entre os usuários determina quais canais sensoriais serão relevantes na relação. Assim, os arranjos podem facilitar as relações e permitir que cada usuário escolha a forma de interação.

Figura 12 – Exemplos de espaços sociopetal.



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

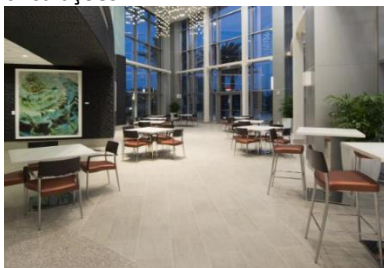
Figura 13 – Exemplos de espaços sociofugal.



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

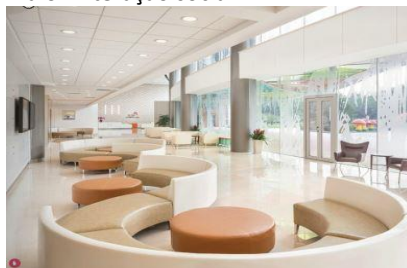
Dessa forma, o mobiliário torna-se um grande aliado na percepção que o indivíduo tem de um determinado espaço, a ponto de facilitar ou não as relações sociais e influenciar diretamente em seu comportamento. Tal elemento é visto como fundamental para oferecer suporte aos usuários e deve permitir sua movimentação, além de ser leve. Assim, as adequações do *layout* podem ser realizadas conforme a necessidade, possibilitem ajustes, e também, melhorem as condições de conforto de todos (Figura 14 e 15).

Figura 14 - Locais para encontro em circulações.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹⁰.

Figura 15 – Locais para encontro com maior interação social.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹¹.

Quando o ambiente não provê espaço físico suficiente para arranjos que permitam que os usuários escolham o nível de interação, é desejável considerar elementos para suprir esta função como, por exemplo, biombos móveis (Figura 16) ou cortinas em trilhos (Figura 17) para possibilitar o controle sobre o espaço a sua volta e consequentemente da sua privacidade.

Figura 16 – Biombo móvel para controle da privacidade.



Fonte: Página do Esquadriplast¹².

Figura 17 – Cortina entre leitos para controle da privacidade.



Fonte: Página do Global Médica¹³.

¹⁰ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 15 out 2015.

¹¹ *Ibid.*

¹² Disponível em <<http://www.esquadriplast.com.br>> Acesso em 20 mar 2016.

¹³ Disponível em <<http://www.globalmedica.com.br>> Acesso em 20 mar 2016.

Nas áreas de espera para visitantes é indicado que se tenham cadeiras e poltronas que permitam reunião em grupo (Figura 18) ou mesmo, espaços com aberturas que possibilitem vistas externas (Figura 19) e estimular assim a interação social entre pacientes e visitantes, como estratégias para promover o Suporte Social. Quando possível, tais aberturas podem possibilitar o acesso a pátios e áreas externas, a fim de criar atmosferas agradáveis (ULRICH, 1984).

Figura 18 – Mobiliário flexível permite mudanças pelos usuários.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹⁴.

Figura 19 – Mobiliário voltado para vistas ajardinadas.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹⁵.

Incentivar redes de apoio para os usuários dos estabelecimentos de saúde é uma forma de ajudá-los a superar e enfrentar os problemas que passam. Criar espaços que estimulem os usuários a se encontrar com outras pessoas, a trocar experiências, a criar uma rede em que haja conversas e distrações, colabora para reduzir o estresse, a ansiedade e outros fatores que prejudicam a saúde dos usuários (KOWALTOWSKI, 2015).

Estudos no campo da medicina comportamental e da psicologia clínica mostram, dentre uma variada gama de situações que envolvem ambientes de saúde, que indivíduos com Suporte Social apresentam menores níveis de estresse do que aqueles que não têm nenhum tipo de apoio da família, amigos ou sociedade (ULRICH, 1991).

O Suporte Social afeta ainda a saúde mental: o indivíduo que possui alto nível de apoio social tende a enfrentar mais positivamente as

¹⁴ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 15 out 2015.

¹⁵ *Ibid.*

situações estressantes se comparado a outros que não dispõem deste recurso (COSTA; LUDERMIR, 2005). Indivíduos que percebem o suporte social e familiar como satisfatório apresentam características consideradas positivas como: sociabilidade, simpatia, flexibilidade, honestidade, maturidade, facilidade ao expressar sentimentos, responsabilidade e outros (COSTA; LUDERMIR, 2005).

Para os funcionários, deve-se pensar em áreas de relaxamento, isolada das áreas dos pacientes e visitantes (Figura 20). Estes ambientes devem ser posicionados estrategicamente de forma a minimizar o seu percurso em situações de emergência, e também, atenuar a fadiga.

Figura 20 – Locais para encontros e relaxamento dos funcionários.



Fonte: Bittencourt, 2015.

O ambiente, portanto, deve promover oportunidades para que o Suporte Social aconteça (DEVLIN *et al.*, 2015). Assim, apresentam-se estratégias para a implementação deste componente, por meio de elementos ambientais que geram ou facilitam sua prática. Na primeira coluna, apresentam-se os elementos e na segunda coluna, sua função específica no espaço físico.

Quadro 4 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao componente Suporte Social para quartos de internação.

ELEMENTOS AMBIENTAIS	FUNÇÃO
<p>Layout adequado (Dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) Malkin, 1991; Ulrich, 2008; Rocha, 2010; Bertolletti, 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir mudanças no ambiente; - Propiciar conversas, atendimentos e outras situações que requerem intimidade; - Adequar conforme a necessidade do usuário.

ELEMENTOS AMBIENTAIS	FUNÇÃO
Biombos/ Cortinas com trilhos Rocha, 2010	- Criar novos espaços: - Ajudar em conversas, banhos, exames.
Aberturas (portas) Vasconcelos, 2004	- Acessar áreas externas com possibilidade de receber visitas.
Espaços específicos para outras atividades (fora do quarto) Lawson, 2005; NHS, 1995; Cavalcanti, 2011; Santos e Bursztyn, 2004.	- Receber visitas; - Funcionários: permitir reuniões e relaxamento; - Áreas para recreação.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Apesar da dimensão dos espaços muitas vezes possuírem padronização, seja pela legislação ou por condições relativas ao projeto, prover elementos que permitam arranjos diferenciados, sejam multifuncionais, permitam controlar a privacidade e a socialização, colaboram para que o usuário, além de adaptar o ambiente físico conforme a necessidade, ainda tenha maior satisfação na permanência nesses ambientes.

2.1.3.2 Controle do Ambiente

As pessoas sentem uma forte necessidade de controlar o ambiente a sua volta e esta sensação é um importante fator que influencia o nível de estresse e bem-estar em diversos grupos de usuários, principalmente nos pacientes hospitalizados fragilizados física e psicologicamente.

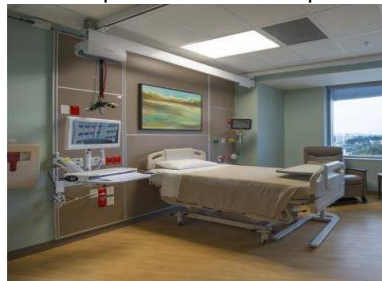
Algumas soluções podem proporcionar ao paciente a sensação de Controle do Ambiente, tais como: oferecer privacidade visual para o paciente se vestir tanto em salas de exames como nos próprios quartos – principalmente quando é coletivo -; permitir o controle do som e do canal da televisão nos quartos e nas salas de visitas; permitir o controle da iluminação natural – por meio de cortinas - e artificial – por meio de interruptores próximos ao leito, além de permitir chamar o médico ou enfermeiro quando necessitarem, através da campainha .É interessante que, os pacientes tenham fácil acesso ao controle dos equipamentos do quarto no painel de cabeceira de seus leitos (Figura 21 e 22) (MALKIN, 1991).

Figura 21 - Painel próximo ao leito com dispositivos para controle do quarto.



Fonte: GUELLI, 2015.

Figura 22 - Equipamentos próximo ao leito para controle do quarto.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹⁶.

A ausência de controle no acesso a si – privacidade - afeta em demasiado o bem-estar dos usuários. Segundo Altman (1975) a falta de privacidade é uma condição em que a esfera privada de uma pessoa é invadida. Como por exemplo, quando uma pessoa ou um grupo é exposto a mais interação social do que seria desejável. Se há excesso de contato indesejado, o indivíduo pode ter a sensação de superexposição. Por outro lado, se o indivíduo experimenta escassez de contato há o risco de se sentir solitário e isolado.

Por meio da possibilidade de mudanças no *layout*, o usuário tem a capacidade de adequá-lo conforme sua necessidade, para colaborar no controle da privacidade - principalmente em quartos de internação que são coletivos. Tal situação pode ser obtida com o posicionamento estratégico dos quartos e leitos, ou quando não for possível, com a adaptação por meio da colocação de biombo ou cortinas entre leitos (Figura 23 e 24), para permitir que cada indivíduo tenha controle sobre o espaço ao seu redor (ROCHA, 2010).

Assim, deve-se criar espaços ou possibilidades para que o indivíduo possa controlar e decidir se deseja privacidade ou interação, nos quais cada um controla o espaço da maneira que deseja (ALTMAN, 1975). Se a arquitetura e o *design* permitem a criação de espaços que

¹⁶ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

diminuem a superexposição, estes podem reduzir assim a experiência de estresse e promover interação social (FLEMING; BAUM; SINGER, 1985).

Figura 23 – Cortinas em trilhos entre leitos, controlam a privacidade dos usuários.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹⁷.

Figura 24 – Cortinas próximo as portas permitem controlar a privacidade do paciente.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹⁸.

A iluminação - seja natural ou artificial - com oportunidade de controle é percebida positivamente. Controlar a iluminação natural com persianas e a iluminação artificial por meio de interruptores próximos ao leito, evita que o paciente se desloque, aumenta sua independência no espaço e gera maior sensação de bem-estar. A saída do leito muitas vezes é vista pelos pacientes como um obstáculo, devido sua situação frágil, portanto, deve-se considerar a existência de equipamentos para facilitar este deslocamento e aumentar sua independência e segurança, para estimular a realização de atividades fora do leito.

Elementos que provêm conforto ambiental também são considerados. Como exemplo, os condicionadores de ar possibilitam ajustar a temperatura do ambiente de acordo com a necessidade de cada usuário, contanto que o equipamento possua um fácil controle, para garantir uma maior sensação de bem-estar a todos. Destaca-se ainda que em quartos coletivos este controle torna-se mais difícil (CAVALCANTI, 2011).

¹⁷ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

¹⁸ *Ibid.*

Abaixo, apresentam-se elementos ambientais relacionados ao Controle do Ambiente. Este componente é relevante, pois a quantidade de controle percebida no espaço faz com que o estresse aumente ou diminua, em consequência, pode afetar a saúde.

Quadro 5 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao componente Controle do Ambiente para o quarto de internação.

ELEMENTOS AMBIENTAIS	FUNÇÃO
<p>Layout adequado (Dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) Malkin, 1991; Ulrich, 2008; Rocha, 2010; Bertoletti, 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir mudanças no ambiente; - Permitir conversas e atendimentos; - Facilitar a movimentação do mobiliário; - Controlar o acesso a si.
<p>Biombos/ Cortinas com trilhos Rocha, 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar novos ambientes; - Permitir conversas; - Controlar o acesso a si.
<p>Persianas, cortinas e brises Rocha, 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar a iluminação natural para realizar atividades de distração ou exames; - Controlar a privacidade devido à relação interior/ exterior proporcionada pelas aberturas; - Controlar a incidência de luz solar.
<p>Iluminação artificial Ulrich, 2008; Rocha 2010; Ministério da Saúde do Brasil, 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o deslocamento dos usuários por meio da luz de vigília (noturna); - Regular níveis de iluminação de diferentes fontes.
<p>Condicionadores de ar Cavalcanti, 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar sua temperatura.
<p>Interruptores e maçanetas Malkin, 1991.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o uso destes equipamentos garante independência ao usuário.
<p>Equipamento para transferência (trilho no teto ou móvel) Ulrich, 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o conforto e a independência dos pacientes.
<p>Controles Malkin, 1991; Lawson, 2005; Aspect, 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir regular temperatura, som e televisão pelo paciente de forma independente.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Evidências científicas demonstram ainda que um hospital barulhento, confuso, sem privacidade e que não permita ao indivíduo controlar o espaço a sua volta, prejudica-o, reduz a sensação de autonomia, o que pode causar depressão, passividade, aumento da pressão arterial e reduzir a funcionalidade do sistema imunológico (ULRICH, 1991).

2.1.3.3 Distrações Positivas

A Distração Positiva é proporcionada quando elementos do ambiente provocam sentimentos positivos nos usuários e, especialmente nos pacientes, prendem sua atenção e despertam seu interesse para outras coisas, que não a própria doença, o que contribuiu para a redução e bloqueio de pensamentos ruins (ULRICH, 1991).

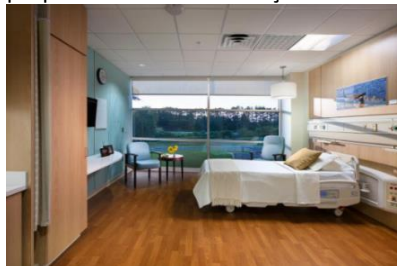
Para introduzir este componente nos ambientes, é importante tomar conhecimento das características da população que utilizará o espaço como, por exemplo: idade, nível cultural e social, e quais atividades serão desenvolvidas. Algumas sugestões, segundo Malkin (1991), para proporcionar Distrações Positivas no ambiente hospitalar são: presença de átrios, jardins internos, espaços abertos ao exterior, uso de elementos como fontes, lareiras, aquários e janelas com peitoris baixos (Figuras 25 e 26).

Figura 25 - Janela possibilita uma ampla visão do exterior.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*¹⁹.

Figura 26 - Grandes aberturas propiciam melhor iluminação natural.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*²⁰.

¹⁹ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

²⁰ *Ibid.*

Quando o clima for propício, deve-se permitir contato com o exterior por meio de aberturas, devido ao alto potencial terapêutico que têm sob os pacientes e na redução da ansiedade nos usuários em geral. Quando não houver esta possibilidade, deve-se então recorrer a plantas, imagens fotográficas ou pictóricas para ajudá-los a se distrair (Figuras 27 e 28).

Figura 27 - Sacadas nos quartos possibilitam relação com o exterior.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*²¹.

Figura 28 – Ambiente com presença de vegetação e imagens de natureza.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*²².

Deve-se sempre dispor destes recursos, não só pelo bom senso na prática da arquitetura, mas pelas evidências que a visão para o exterior contribui na recuperação dos pacientes, pois o usuário se mantém tranquilo ao contemplar vistas para o exterior, principalmente o paciente, quando está à espera de um resultado de exame ou diagnóstico. A vista para o exterior auxilia o usuário a se localizar no tempo e no espaço e favorece sua percepção do dia, da noite e do clima (VASCONCELOS, 2004).

Além disso, o contato com o exterior afeta o ciclo circadiano²³ dos indivíduos, que regula o organismo do ser humano e influencia na digestão, no estado de vigília, no sono, na renovação de células, nos hormônios e no controle da temperatura. Este ciclo é influenciado pela variação de luz, temperatura, marés e ventos entre o dia e a noite e designa o período de aproximadamente 24 horas, o qual se baseia o ciclo

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

²³ Informação extraída do Wikipédia. Acesso em 19 de jan. de 2016.

biológico onde cada órgão do corpo humano manifesta o seu pico de funcionamento, período em que é realizada a autolimpeza do corpo.

Assim, o fato de os pacientes estarem em um ambiente desconhecido, acordados diversas vezes para administração de remédios e realização de exames, a ausência da privacidade, entre outros, afetam seu organismo. Esta situação influencia o ciclo circadiano e pode causar o desequilíbrio.

Este desequilíbrio que afeta o paciente, também é agravado pelo tempo de espera da chegada de uma visita, ou mesmo de uma decisão médica importante. Ao considerar essas situações, as janelas ganham importância. Sua localização no ambiente, dimensão, mecanismo de funcionamento/abertura e a vista que proporciona, pode fazer da janela um dos meios de contato mais importantes entre o paciente e o ambiente externo (VASCONCELOS, 2004).

A cor é um elemento visual e age sobre as pessoas ao proporcionar sensações de bem-estar ou apatia, atividade ou passividade. A influência da cor nos usuários acontece por meio do efeito fisiológico, com a capacidade de alargar ou estreitar espaços e transmitir assim sensações variadas como, por exemplo, opressão ou mesmo de liberdade. Cores quentes possuem efeitos ativos, estimulantes e excitantes. Já as cores frias, têm efeitos passivos, calmantes e introspectivos (NEUFERT, 2005).

A cor oferece amplas possibilidades. Seu potencial tem, em primeiro lugar, a capacidade de liberar as reservas da imaginação criativa do homem. Ela age não só sobre quem fruirá a imagem, mas também, sobre quem a constrói. Sobre o indivíduo que recebe a comunicação visual, a cor exerce uma ação tríplice: a de impressionar, a de expressar e a de construir. A cor é vista, impressiona a retina; é sentida: provoca uma emoção; é construtiva, pois, tendo um significado próprio, tem valor de símbolo e capacidade, portanto, de construir uma linguagem própria que comunique uma ideia (FARINA *et al.*, 2006).

Fere (1960, apud, FARINA *et al.*, 2006) comenta que a luz colorida intensifica a circulação sanguínea e age sobre a musculatura no sentido de aumentar sua força segundo uma sequência que vai do azul, passando pelo verde, o amarelo e o laranja, culminando no vermelho.

As cores podem ainda ter valor simbólico e, desta forma, contribuir para a identidade ou para o significado cultural de determinado espaço. As esculturas, pinturas e aquários, além de

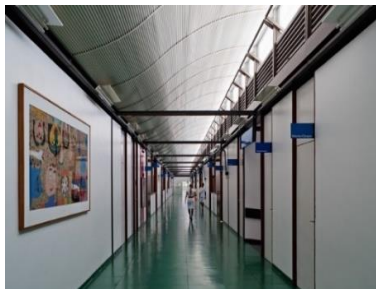
elementos de distração, também são percebidos como pontos de referência e facilitam a orientação ao auxiliar na criação de mapas cognitivos do ambiente pelos usuários (Figuras 29 e 30) (DILANI, 2001).

Figura 29 – Elementos coloridos alegram os espaços.



Fonte: Página do ArchDaily Brasil²⁴.

Figura 30 – Quadros dispostos nos corredores distraem o observador.



Fonte: Página do ArchDaily Brasil²⁵.

Os sons – com possibilidade de controle - também são vistos como distrações positivas e podem contribuir para a desaceleração do sistema nervoso, frequências respiratórias e cardíacas mais baixas e o aumento da temperatura corpórea. É um método eficaz para reduzir efeitos fisiológicos negativos quando as pessoas sofrem de ansiedade e estresse (LEE, ET AL. 2005).

O que os usuários veem ou ouvem, faz com que sua atenção seja atraída e se desliguem da situação ao qual estão inseridos, principalmente no caso dos pacientes onde esta situação geralmente está ligada à aflição, espera e dor.

Os elementos relacionados às Distrações Positivas e suas funções associadas a este componente, são apresentadas a seguir.

²⁴ Disponível em <<http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>>. Acesso em 09 out 2015.

²⁵ *Ibid.*

Quadro 6 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao componente Distrações Positivas para o quarto de internação.

ELEMENTOS AMBIENTAIS	FUNÇÃO
<p>Aberturas (portas) Vasconcelos, 2004.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir acesso as áreas externas para receber visitas; - Ambientes diferenciados para convívio e lazer.
<p>Aberturas (janelas) Malkin, 1991; Evans, 2003; Ulrich, 1984; Verderber, 1986; Lawson, 2001; Leather <i>et al.</i>, 2001; Rocha, 2010, Cavalcanti, 2011; Vasconcelos, 2004; Aspect, 2005; Santos e Bursztyn, 2004.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilitar vistas e contato com exterior.
<p>Jardins Ulrich, 1984; Malkin, 2003; Kaplan Kaplan, 1989; Vasconcelos, 2004; Herzog <i>et al.</i>, 2003; Lawson 2005; Aspect, 2008; Kaplan, 1995.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poder de restauração do bem-estar emocional; - Possibilitar vistas agradáveis; - Interagir com a natureza.
<p>Fontes, aquários, lareiras Malkin, 1991; Cavalcanti, 2011, Dilani, 2001.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contemplar formas e cores (dinâmico).
<p>Gravuras, imagens, fotos e quadros Malkin, 1991; Keith, 2001; Cavalcanti, 2011; Lawson 2005; NHS, 1995.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contemplar formas e cores.
<p>Cores (paredes e mobiliários) Janssens, 2001; Rocha, 2010; Kuller, 1995; Ali, 1972; Goldstein, 1942; Ministério da Saúde do Brasil, 2010; Neufert, 1998.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a imagem do espaço; - Fornecer estímulos positivos aos usuários; - Ajudar no reconhecimento do espaço (legibilidade); - Ajudar no senso de direção (orientabilidade).
<p>Equipamento de som/ TV Rocha, 2010; Malkin, 1991; Koonlaan, 2001; Lee, <i>et al.</i>, 2005; Nilsson, 2003; McCaffrey; Goog, 2000; Ministério da Saúde do Brasil, 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer o relaxamento e a distração de forma dinâmica.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Permitir que os usuários tenham conforto e distração, minimizam os índices de estresse e ansiedade. Tais recursos podem ser obtidos por meio dos elementos citados acima, como vistas ou contato com o exterior, fontes, aquários, lareiras, sons e televisão. Mesmo quando não há recursos financeiros suficientes, as cores das paredes, imagens e quadros podem ajudar os usuários a ter uma forma de entretenimento, e abstrair seu problema, capaz de gerar pensamentos positivos na busca pelo bem-estar, além de tornar a rotina menos desgastante e monótona.

2.1.3.4 Suporte às Atividades

O Suporte às Atividades é um componente que indica que o espaço necessita de elementos que facilitem a realização das atividades pelos usuários. Devem, portanto, ser considerados a dimensão, forma, equipamentos, mobiliários, fluxos, conforto ambiental (térmico, lumínico e acústico), entre outros elementos que atendam às necessidades dos usuários para a realização das atividades com conforto e segurança.

Torna-se ainda, fundamental neste componente, abordar os conceitos da Ergonomia. Segundo Bins Ely (2011), esta disciplina envolve o sistema humano – tarefa – ambiente, com o objetivo de melhorar o bem-estar humano e a eficácia das atividades desempenhadas, onde as características dos indivíduos são consideradas. O projeto do ambiente deve favorecer a realização das atividades para gerar resultados benéficos aos indivíduos.

Dentre os diversos problemas ergonômicos, relacionados à realização de atividades, deve-se dedicar especial atenção às posturas, aos alcances, aos equipamentos que permitam regulagens, acionamentos e movimentações de forma facilitada, a fim de evitar constrangimentos e lesões por esforço repetitivo, devido à frequência de movimentação e transporte. Em estabelecimentos de saúde, onde há diversos usuários fragilizados e com mobilidade reduzida, deve-se prover espaços para propiciar o deslocamento de forma segura, além de permitir o acesso e independência dos usuários (MORAES; MONT'ALVAO, 2003).

A Psicologia Ambiental também interfere na realização das atividades, devido ao ambiente fornecer estímulos. Os usuários por sua vez, reagem a eles através da percepção das informações, identificação

de objetos, reconhecimento de formas e demais características. Assim, a quantidade de luz emitida pela fonte luminosa é a primeira condição para tomada de informação visual e no caso dos quartos de internação este nível deve ser diferenciado. Por exemplo, a iluminação para se realizar uma tarefa médica é diferente da iluminação geral e para a realização de outras atividades como assistir a TV e ler. Além disso, deve-se considerar o posicionamento e o tipo de luminária para estes ambientes de modo que sejam compatíveis e suficientes para as atividades ali realizadas (BINS ELY, 2011).

Segundo Janssen (2001) a cor é um elemento que pode provocar sensações positivas e contribuir para o bem-estar emocional. Os espaços devem levar em conta às atividades que ali ocorrem e a atmosfera desejada em cada ambiente, principalmente nos setores de internação onde a permanência do paciente é prolongada. Assim, a cor deve ser pensada com cuidado para não proporcionar estímulo aos usuários em demorado.

A temperatura também é um elemento importante, pois define condições de conforto térmico e deve criar condições adequadas de trabalho. Os materiais de revestimento podem contribuir na redução ou retenção do calor. A ventilação pode ser utilizada como um recurso para que haja equilíbrio entre a temperatura corporal e ambiental.

Nos hospitais, existe uma norma que regulamenta a qualidade do ar²⁶ para os ambientes que demandam maior cuidado, como as áreas de internação, observação, UTI's e centros cirúrgicos. Há também, outra preocupação com pacientes de longa permanência: os odores produzidos pelos enfermos acabam por se espalhar por outros ambientes. Deve-se então, prover ventilação em condições adequadas para que a permanência dos usuários seja mais satisfatória possível (ROCHA, 2010).

A orientação solar deve ser levada em conta, durante a realização do projeto arquitetônico, pois o posicionamento dos ambientes em que os usuários permanecem por mais tempo - quartos de internação e postos de trabalho - devem ser pensados para que a incidência de sol

²⁶NBR 6401 – Instalações centrais de ar-condicionado para conforto – parâmetros básicos de projeto. E NBR 7256 - Tratamento de ar em unidades médico-assistenciais – procedimento.

não gere incômodo, principalmente se não houver controle das aberturas por meio de brises, cortinas ou persianas.

O ruído é outro elemento que afeta o bem-estar dos usuários e, em excesso gera estresse, sudorese e aumento da pressão sanguínea. Assim, espaços que possuam equipamentos que emitam ruídos constantes devem ser pensados em locais isolados, para que não afetem os usuários de longa permanência nos estabelecimentos de saúde. É desejável que materiais de acabamento favoreçam a absorção do ruído no quarto e nos corredores. Além disso, o posicionamento da Unidade de Internação dentro do conjunto do hospital deve ser estratégico para preservar o local de ruídos indesejáveis (EVANS, ET AL., 1998).

Quanto ao *layout*, o dimensionamento correto e adequado é uma das premissas para que as atividades sejam realizadas com conforto e segurança. Os mobiliários e equipamentos devem ser flexíveis, com a capacidade de se adaptar a um maior número de usuários, como cadeiras e mesas com regulagem de alturas (GOES, 2011).

Figura 31 – Cadeira de rodas hospitalar permite o transporte de pacientes de forma facilitada.



Fonte: Michael Graves²⁷.

Figura 32 – Cadeira fixa possui braços desenhados para facilitar o usuário levantar sem dificuldades.



Fonte: Michael Graves²⁸.

Ambientes com mobiliário e equipamentos adequados, facilitam as atividades e otimizam o tempo da equipe médica (Figura 33 e 34). Além disso, quando o espaço provê elementos para aumentar a autonomia e independência dos pacientes seu deslocamento é facilitado. Como exemplo, tem-se a utilização de trilhos no teto para

²⁷ Disponível em <<http://michaelgraves.com/portfolio/stryker-prime-tc-transport-chair/>>. Acesso em 20 mar de 2016.

²⁸ Disponível em <<http://michaelgraves.com/portfolio/stryker-medical-furniture/>>. Acesso em 29 mar de 2016.

transferência de pacientes na saída do leito (Figura 35) ou para ajudá-los a se deslocarem até banheiros adaptados (Figura 36), onde não há necessidade de ajuda pelos funcionários para seu uso. Tais estratégias são utilizadas para facilitar o dia a dia dos indivíduos e colaborar para sua segurança e bem-estar (ULRICH, 2008).

Biombos e cortinas entre leitos também podem ser utilizados para facilitar a realização de uma determinada atividade como, por exemplo, banho no leito, que em quartos coletivos pode gerar constrangimento. Ao dispor destes elementos, pode-se garantir maior bem-estar para o paciente (ROCHA, 2010).

Figura 33 – Mobiliário adequado no facilita a realização das atividades.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*²⁹.

Figura 34 – Estações de trabalho encurtam o deslocamento.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³⁰.

²⁹ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

³⁰ *Ibid.*

Figura 35 – Trilhos no teto facilitam o deslocamento dos pacientes.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³¹.

Figura 36 – Banheiro com barras e suportes facilitam as atividades.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³².

O modo de administrar as circunstâncias geradoras de estresse exerce grande influência sobre a saúde dos usuários. Portanto, o uso de estratégias de enfrentamento saudável do estresse aumenta a frequência e intensidade de estados emocionais positivos, como tranquilidade, esperança e bem-estar. Tais sentimentos interferem na saúde física e mental, pois facilita o bom funcionamento do sistema imunológico, favorece o engajamento em comportamentos de saúde e potencializa relações interpessoais (SALOVEY *ET AL.*, 2000).

Prover espaços destinados a outras atividades, como reuniões e treinamentos, descanso em ambientes hospitalares, pode ser uma forma de amenizar o impacto negativo da rotina (Figura 37 e 38). Esses ambientes podem ser direcionados tanto à equipe de enfermagem quanto aos pacientes e demais usuários, além dos que estão habituados a permanecer como uma opção para recuperação e distração, estes promovem encontro entre as pessoas.

Além disso, prover espaços com esta destinação é importante para que os funcionários tenham um local apropriado para estudar, assistir a palestras e treinamentos, reuniões e ainda realizar outras atividades as quais o posto de trabalho não comporta.

³¹ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

³² *Ibid.*

Figura 37 – Espaços destinados à funcionários para realização de outras atividades.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³³.

Figura 38 – Espaços destinados à funcionários para realização de outras atividades.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³⁴.

Em estabelecimentos de saúde, em que há incidência de muitas urgências, prover sinalização adequada colabora para que as atividades sejam realizadas de forma ágil e os deslocamentos ocorram nas direções corretas. A sinalização também informa aos funcionários os riscos de suas funções e alertam para atitudes de proteção e prevenção, além de reduzir os riscos de acidentes. Tais elementos chamam atenção de forma clara e rápida e devem ser universais para que haja o entendimento correto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A relação dos elementos relacionados ao Suporte às Atividades que influenciam positivamente os usuários, são apresentadas a seguir. Cabe ressaltar que este componente foi inserido na tríade já determinada por Ulrich (1995), como um complemento aos componentes Humanizadores para ambientes de saúde.

³³ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 20 nov 2015.

³⁴ *Ibid.*

Quadro 7 – Elementos ambientais essenciais relacionados ao Componente Suporte às Atividades para o quarto de internação.

ELEMENTOS AMBIENTAIS	FUNÇÃO
<p>Layout adequado (Dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) Malkin, 1991; Ulrich, 2008; Rocha, 2010; Bertoletti, 2011; Goes, 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir mudanças na configuração do ambiente pelos usuários; - Facilitar a realização das atividades; - Facilitar acesso ao paciente de forma rápida e ágil; - Aumentar a sensação de segurança; - Demarcar territórios; - Possibilitar a personalização do espaço; - Prover privacidade para conversas, atendimentos e outras situações.
<p>Biombos/ cortinas com trilho Rocha, 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demarcar territórios; - Ajudar na privacidade visual e acústica para realização de exames, banhos no leito e conversas.
<p>Espaços específicos para outras Atividades (fora do quarto) Lawson, 2005; Aspect, 2008; Cavalcanti, 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionários: permitir reuniões privadas e relaxamento; - Pacientes: recebimentos de visitas.
<p>Sinalização Ministério da Saúde do Brasil, 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar na orientação espacial; - Facilitar o deslocamento e acesso aos ambientes; - Melhorar a independência e domínio sobre o espaço.
<p>Persianas, cortinas e brises Rocha, 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regular a quantidade de luz natural durante a realização das atividades.
<p>Iluminação artificial Ulrich, 2008; Rocha, 2010; Ministério da Saúde do Brasil, 2010; Bins Ely, 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a realização de atividades de rotina que exijam acuidade visual (procedimentos nos leitos, leituras, etc.); - Facilitar o deslocamento noturno dos usuários por meio da luz de vigília.
<p>Cores (paredes e mobiliários) Janssens, 2001; Rocha, 2010; Kuller, 1995; Ali, 1972; Goldstein, 1942; Ministério da Saúde do Brasil, 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a concentração dos funcionários para beneficiar sua produtividade; - Reduzir a fadiga; - Acalmar e relaxar.

ELEMENTOS AMBIENTAIS	FUNÇÃO
Equipamento de transferência (trilhos no teto ou móvel) Ulrich, 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir risco de acidentes; - Aumentar o conforto e a independência dos pacientes; - Facilitar as atividades dos funcionários; - Aumentar a sensação de segurança.
Revestimentos Bertoletti, 2011.	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a limpeza e colaborar para a higienização do ambiente; - Facilitar a reflexão da luz.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

O objetivo da definição de tais elementos é, além de facilitar a realização das atividades, fazer com que ocorram com conforto e segurança, para que todos os usuários tenham autonomia e independência. Ao considerar ainda os conceitos abordados pela ergonomia, há uma preocupação em evitar problemas ocupacionais que prejudiquem a saúde dos funcionários (doenças laborais), bem como a insatisfação dos usuários, em geral ao permanecer nos ambientes e comprometer o desempenho e segurança (BINS ELY, 2004).

2.1.3.5 Conclusão

A partir dos dados obtidos na literatura, pôde-se constatar a repetição de alguns elementos em certos componentes da humanização. Desta forma, elaborou-se um quadro, a fim de demonstrar essas recorrências, na primeira coluna, encontram-se listados todos os elementos anteriormente expostos, e nas colunas seguintes, os componentes da humanização. Supõe-se que, os elementos que se repetem em mais de um componente, deveriam ser considerados primordiais na elaboração dos projetos.

Como exemplo, “*Layout adequado*” apresentado no Quadro 08 atende três componentes. Entende-se que ao prover este elemento no ambiente, garante-se Suporte Social, Controle do Ambiente e Suporte às Atividades, diferentemente do elemento “Jardim” que se relaciona apenas com um componente - Distrações Positivas.

É ainda reconhecido que não é o fato de alguns elementos se repetirem em mais de um componente que são considerados mais importantes que os outros. Deve-se ter cuidado nesta classificação, pois, como exemplificado acima, mesmo o elemento “Jardim” com destaque

em apenas em um único componente, é tão ou mais importante que o “*Layout adequado*” – com destaque em três componentes. É somente por meio da voz do usuário, que será confirmada ou refutada tal descoberta. Por isso, torna-se tão importante a realização da Inquirição nesta pesquisa.

Quadro 8 – Recorrência entre elementos ambientais x Componentes da Humanização.

	Componentes Humanização	Suporte Social	Controle do Ambiente	Distração Positiva	Suporte as Atividades	
ELEMENTOS	<i>Layout adequado</i>	•	•		•	
	Biombos/ cortinas	•	•		•	
	Aberturas (portas)	•			•	
	Espaços específicos para outras atividades	•			•	
	Sinalização				•	
	Aberturas (janelas)				•	
	Jardins				•	
	Persianas/ cortinas/ brises			•	•	
	Fontes/ aquários/ lareiras				•	
	Gravuras/ imagens/ fotos/ quadros				•	
	Cores				•	•
	Equipamento de som/ TV				•	
	Iluminação artificial			•		•
	Condicionador de ar			•		

	Componentes Humanização	Suporte Social	Controle do Ambiente	Distração Positiva	Suporte as Atividades
ELEMENTOS	Interruptores e maçanetes		•		
	Equipamentos de transferência		•		•
	Revestimentos				•
	Controles		•		

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Em estabelecimentos de saúde onde os investimentos são limitados, como é o caso dos Hospitais que atendem exclusivamente a Rede SUS, poderiam ser levados em conta elementos que tivessem mais de um componente, na tentativa de garantir um melhor suporte aos usuários e contribuir positivamente para sua saúde e bem-estar. É importante enfatizar que, alguns elementos, com menos recorrência, são mais fáceis de serem implementados, como por exemplo, o Jardim, que possui um enorme poder de restauração como visto nos estudos de Ulrich (1995), além de serem mais baratos e de fácil manutenção.

2.2 Contribuições da Psicologia Ambiental

A Psicologia Ambiental estuda a relação pessoa-ambiente, ou seja, investiga-se como o ambiente influencia o comportamento humano e como os usuários podem interferir no espaço, devido aos estímulos ambientais percebidos por meio dos elementos arquitetônicos (OKAMOTO, 2002).

No caso dos estabelecimentos de saúde, o espaço pode ser um aliado para tornar a estadia do paciente menos penosa, onde é importante observar as relações entre o usuário e o ambiente e quais as possíveis formas de configurá-lo para que seja mais adequado ao uso e a apropriação. Portanto, deve-se pensar o espaço para todos os usuários, além de pacientes, incluir também a equipe médica, de enfermagem, acompanhantes e visitantes, como um facilitador das atividades do dia a dia (CAVALCANTI, 2011).

Assim, neste capítulo, são estudados os fenômenos do comportamento ambiental - espaço pessoal, privacidade,

territorialidade e aglomeração - importantes para caracterizar as relações pessoa-ambiente. Devido ao espaço físico prover diversos elementos e sua percepção pelos usuários ser captada por múltiplos sentidos ao mesmo tempo, os fenômenos acima citados, auxiliam o entendimento da influência do ambiente sobre as pessoas e vice-versa

2.2.1 Espaço pessoal

Definido por Sommer (1973), o espaço pessoal é uma área de limites invisíveis que cerca o corpo de uma pessoa, no qual intrusos não são permitidos. É uma espécie de bolha imaginária ao redor das pessoas, em que estão estipulados seus limites. Gifford (1987) afirma que essa bolha deve ser entendida como um gradiente, com mudança de dimensão e de forma de acordo com as situações, pessoas ou ângulos de orientação – lado a lado ou face a face. Ainda, segundo o autor, a conformação do espaço pessoal depende de três formas de influências: culturais, situacionais e pessoais.

Nossa cultura influencia e determina as regras de aproximação e distanciamento. Para alguns, a necessidade de estar muito próximo para uma conversa confortável pode violar seriamente as fronteiras espaciais de outra cultura, cuja proximidade é interpretada como uma atitude agressiva. Controlar a distância entre nós e o próximo significa, portanto, dispor de privacidade (HALL, 1977).

As influências situacionais são embasadas por fatores sociais e de relação entre os indivíduos fica mais próxima de acordo com a atividade. Esta proximidade é momentânea como, por exemplo, em situações em que um funcionário necessita ficar junto do paciente para a realização de um exame ou procedimento, esta aproximação pode ser percebida pelo paciente como uma invasão, mas tem-se a consciência de que tal atividade é necessária e será logo finalizada (HALL, 1977).

As influências pessoais relacionam-se com o gênero, idade e personalidade. Pessoas mais tímidas têm a necessidade de maior distanciamento em uma conversa que pessoas mais expansivas (SNYDER; CATANESE, 1984). Toda atividade humana exige um determinado ambiente físico para sua realização. Ao considerarmos esta diversidade de influências no comportamento, podemos entender que as características do ambiente podem dificultar ou facilitar a realização das atividades e o uso dos espaços (BINS ELY, 2004).

Hall (1977), ainda distingue quatro tipos de distâncias interpessoais utilizadas pelos indivíduos na interação com os outros, com diferença no grau de intimidade, no volume e no tipo de informação trocada uns com os outros. As distâncias podem ser do tipo: íntima (0 a 15 cm) geralmente acontece com pessoas mais próximas, como mães e filhos, considerada indesejável em público e quando ocorrem, mecanismos de defesas entram em funcionamento como: virar a cabeça, evitar contato ocular e ficar imóvel; pessoal (45 a 75 cm – com aumento até 125 cm) em que ocorrem conversas pessoais com volume de voz moderado; social (125 a 200 cm) com conversas mais impessoais; pública (350 a 750 cm) as quais as vozes são relativamente altas como distâncias mantidas em aulas ou palestras.

Em estabelecimentos de saúde, por exemplo, torna-se importante respeitar o espaço pessoal de cada usuário, dar condições para que cada um adapte o espaço para assegurar um maior conforto físico e psicológico, permitir a demarcação do seu espaço individual e colaborar para atenuar situações de constrangimento. Em quartos coletivos, uma circulação entre leitos que permita a separação entre dois pacientes, ao definir claramente o território de cada um aumenta a distância física entre eles e favorece seu espaço pessoal.

Sawada (1995) comenta que o fato de respeitar o espaço pessoal de cada paciente ou estar atento às distâncias interpessoais e privacidade nos procedimentos realizados, demonstra um atendimento também mais humano.

2.2.2 Privacidade

Segundo Altman (1975), a privacidade pode ser definida como o controle pessoal de acesso a si e pode ser considerada como um dispositivo que cada um de nós possui para regular as fronteiras pessoais. De outro modo, a ausência de privacidade causa desconforto e tensão, que pode prejudicar a relação dos usuários em um ambiente. A falta de privacidade é um dos aspectos mais problemáticos em ambientes hospitalares. É um dos principais receios das pessoas referente à internação e uma das causas de estresse ambiental (GAINSBOROUGH; GAINSBOROUGH, 1964).

Gifford (1987) afirma que dispor de privacidade é ser capaz de gerenciar o próprio espaço social. O arranjo espacial, responsável pela

conformação do espaço físico deve ser considerado como um elemento primordial na constituição do nível de privacidade desejado e não apenas como um pano de fundo ou cenário em que a resposta para a privacidade está focada no controle seletivo. Poder administrar as informações sobre si mesmo e as interações sociais são formas de regular este controle.

A privacidade, assim como o espaço pessoal, é influenciada por aspectos culturais, situacionais e pessoais. Os culturais abrangem os valores, costumes e crenças, que, em conjunto, alteram o grau de privacidade de uma sociedade para a outra. O norte americano, por exemplo, sente-se invadido quando as conversas acontecem com muita proximidade, diferentemente dos latinos americanos que percebem esta situação como usual (GIFFORD, 1987).

As influências situacionais relacionam-se com as questões sociais, como *status* de relacionamento entre as pessoas, e com as configurações físicas (estrutura espacial). Em quartos coletivos de internação, que abrigam pacientes que geralmente não se conhecem, a dimensão do espaço e sua configuração influenciam no nível de privacidade, ao ponto que quanto menor o ambiente, menos controle os indivíduos possuem sobre seu espaço, com sua privacidade constantemente invadida (GIFFORD, 1987).

As influências pessoais variam de acordo com a personalidade das pessoas, onde indivíduos mais introspectivos exigem mais privacidade. Assim, o arranjo espacial como responsável pela configuração do ambiente físico, deve ser considerado como elemento na constituição dos níveis de privacidade desejado e não apenas como pano de fundo ou cenário (SILVA, 2007).

Além destes aspectos, a privacidade também pode ser: visual - liberdade de escolha entre ver os outros e ser visto pelos outros; auditiva - não ser incomodado por ruídos feitos por outros nem ser ouvido por outros sem querer; e social ou territorial - capacidade de exercer controle pessoal sobre contatos sociais por meio de ligações ou separações espaciais (ALTMAN, 1975).

Nos estabelecimentos de saúde, portanto, deve-se considerar a existência de situações bem particulares entre os médicos, enfermeiros e pacientes que exigem privacidade como conversas pessoais, despir-se para exame, administração de medicamentos, entre outras que podem ser constrangedoras para o paciente. Por isso, a configuração espacial

tem um importante papel: o de propiciar o grau de privacidade desejado, permitir ao usuário a opção de controlar o ambiente a sua volta para que se sinta mais confortável e seguro em determinadas situações (VOORDT; WEGEN, 2004).

2.2.3 Territorialidade

A territorialidade é o domínio, posse ou desejo de posse de uma área visível por um indivíduo ou grupo e pode se manifestar com comportamento de apropriação, ocupação, defesa, demarcação, personalização e imposição de limites sociais, como as regras de utilização em ambientes institucionais – horários determinados para utilização de espaços, para tomar banho, para alimentação, entre outros (GIFFORD, 1987).

Para Zeisel (2006), por exemplo, a personalização é uma manifestação da identidade, ou seja, é a maneira como o indivíduo se apropria do espaço com suas características pessoais inseridas no ambiente, e assim, demarcar seu território.

Segundo Tuan (1983), a apropriação tem como base o sentimento de afiliação ao lugar³⁵ e esta noção relaciona-se diretamente com o conceito de territorialidade, pois podem incluir posse de território – não em termos jurídicos -, mas em relação ao apego e identificação do indivíduo ao ambiente, com liberdade para interferir no mesmo e deixar nele sua marca pessoal.

Elali (2009) acredita que, o modo como o indivíduo ou grupo se apropria de um ambiente é reflexo direto das ligações afetivas pessoa-ambiente e das relações de poder consolidadas no local. Se tais fatores assumem um aspecto agradável para a pessoa ou grupo, a apropriação pode se refletir em atitudes de respeito com o ambiente. Por outro lado, quando tais relações são pouco prazerosas ou negativas, envolvem sensações como alienação e segregação e os esforços de apropriação podem assumir características agressivas como o descuido do local.

³⁵ Lugar é uma área que foi apropriada afetivamente, transformando um espaço indiferente em lugar, o que por sua vez implica na relação com o tempo de significação deste espaço em lugar. O que começa como espaço indiferenciado, transforma-se em lugar, à medida que, o conhecemos melhor e o dotamos de valor (TUAN, 1983).

Por meio da apropriação, o espaço pode-se transformar em lugar. O indivíduo, ao se aproximar de um determinado espaço o qual irá permanecer por longos períodos, tende a personalizá-lo e identificá-lo como seu e adquirir um sentimento de pertencimento. O fato de a apropriação ter a capacidade de transformar espaços em lugares significativos é um processo que possui dois sentidos. Um primeiro que se dirige aos outros na conquista do espaço e um segundo que se refere a si mesmo, quando se procura adaptar o espaço às necessidades (CANTER, 1978).

Assim, a apropriação traz consequências positivas para os usuários, especialmente em ambientes de saúde, pois gera sentimentos de bem-estar e facilita o uso e as relações naquele ambiente, além de colaborar em seu processo de melhora. A apropriação também pode ajudar ou prejudicar os pacientes, pois possibilita que os indivíduos sejam capazes de criar ou captar significados e incorporá-los em sua própria identidade (RAMADIER, 2003). No caso da impossibilidade de apropriação de um espaço ou de sua desapropriação, o indivíduo ou grupo tem a sensação de que o espaço não lhe pertence (VALERA; VIDAL, 1998).

2.2.4 Aglomeração

Aglomeração é a percepção do espaço disponível, ou seja, é a sensação que temos de um determinado momento ou situação em que há pessoas demais no local, mesmo que isso não possa ser comprovado numericamente (TUAN, 1983). A aglomeração é uma experiência multidimensional que pode se referir a nós mesmos ou ao ambiente. Por exemplo, uma pessoa pode se sentir aglomerada em uma sala com uma única pessoa e não se sentir assim em uma festa com inúmeras pessoas a sua volta.

A sensação de aglomeração causa nos indivíduos alterações fisiológicas e de saúde como, por exemplo, suor, aumento da pressão sanguínea e dos batimentos cardíacos, facilita assim a infecção por doenças de contágio. Além disso, percebem-se comportamentos de agressividade, inquietação, evasão, comportamento não verbal, comportamento espacial e mau humor. Ou seja, se um determinado sujeito sente que há aglomeração em um espaço, ele tomará atitudes

conforme sua necessidade, com o objetivo de mudar o espaço ou situação para que se sinta bem (GIFFORD, 1987).

A aglomeração se configura pelas influências pessoais, sociais e físicas. As pessoais variam de acordo com o gênero, personalidade e cultura, ou seja, uma pessoa extrovertida raramente terá a percepção de aglomeração, mesmo em espaços cheios (SILVA, 2004).

As influências sociais podem melhorar ou piorar a sensação de aglomeração relacionada ao comportamento das pessoas que estão ao redor. As influências da esfera física se relacionam com a escala em que o espaço é considerado, por exemplo, sala, edifício ou cidade e também de acordo com o arranjo espacial. Longos corredores não são bem vistos em situação de aglomeração devido à ausência de controle, segurança e privacidade (GIFFORD, 1987).

No caso dos estabelecimentos de saúde - principalmente nos quartos de internação coletivos - esta sensação é muito comum, principalmente pelo fato das pessoas que dividem o quarto serem estranhas umas às outras. Deve-se, portanto, evitar o surgimento de situações de aglomeração nestes ambientes, nos quais os arranjos espaciais podem colaborar nesta busca. Em horários de visitas onde os quartos ficam com sua ocupação máxima, esta sensação tende a evidenciar-se e prejudica o contato entre o paciente e seus familiares.

Ao considerar que aumentar o espaço disponível nem sempre é possível devido a restrições espaciais e financeiras, a solução seria prover elementos que possam ajudar a reduzir estas sensações negativas e facilitar o convívio. Como exemplo, poderiam dispor de móveis para que cada usuário consiga conformar o espaço a sua volta da maneira que ache mais adequado, com a possibilidade de personalização. Aumentar o controle sobre um ambiente é uma tentativa de diminuir a sensação de aglomeração (ROCHA, 2010).

O uso de biombos e cortinas com trilho também poderiam colaborar para reduzir esta sensação de aglomeração e, favorecer os fenômenos do comportamento ambiental: espaço pessoal, a privacidade e a territorialidade destes usuários.

3. MÉTODOS E TÉCNICAS

Inicia-se este capítulo com a apresentação do objeto de estudo e as razões de sua escolha para a realização da pesquisa. Em seguida, apresentam-se os métodos e técnicas aplicados.

Esta pesquisa segue a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, com projeto registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos em 05/02/2015 (ANEXO B). O acesso às informações é restrito ao pesquisador. Os procedimentos adotados que envolvem os usuários não ofereceram risco algum aos participantes, nem sequer desconforto ou estresse. Ainda assim, os participantes foram livres para interromper sua participação a qualquer momento. Também não houve despesas para os participantes e todos os gastos com a pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador.

3.1 Escolha do Objeto de Análise

Para realização do estudo de caso foi escolhido um Hospital Municipal de médio porte, térreo, do tipo pavilhonar. Devido ao tempo necessário para realizar o estudo de campo, optou-se por um hospital na cidade onde a pesquisadora reside, este é o único hospital público da cidade, exclusivamente SUS, de importância para o município e com grande fluxo de pacientes.

O estudo tem como foco a Ala de Clínica Médica – Ala disponibilizada pela direção do Hospital para a realização da pesquisa -, mais especificamente os Quartos – local onde os pacientes ficam internados por longos períodos, de ambos os gêneros e diferentes faixas etárias, com problemas exclusivamente clínicos, sem procedimentos cirúrgicos. O tempo de permanência é variado, podendo permanecer por dias, semanas ou até meses.

Pretende-se, portanto, avaliar o quarto de internação sob a ótica do pesquisador e dos usuários e verificar de que forma este espaço poderia ser mais qualificado para a experiência dos usuários. Por usuário, entende-se tanto o paciente que está totalmente imerso neste espaço, quanto aos funcionários que os atendem. Cabe ressaltar que, a maioria dos pacientes internados não estão totalmente debilitados e

podem se locomover com tranquilidade, ir a outros espaços em busca de distrações e suporte social.

3.2 Métodos de Pesquisa Selecionados

Para que os resultados esperados, inicialmente propostos na pesquisa fossem alcançados, foram selecionados diferentes métodos de pesquisa para compreender a organização espacial existente, as atividades realizadas, as preferências dos usuários, entre outras informações que fossem relevantes ao estudo.

Os métodos selecionados se complementam, a fim de garantir a validação dos dados obtidos. Elaborou-se abaixo, um quadro que sintetiza o uso de cada método e sua relação com o objetivo específico da pesquisa.

Quadro 9 - Métodos aplicados ao estudo X objetivos específicos.

MÉTODOS APLICADOS AO ESTUDO DE CASO				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS X MÉTODOS DE PESQUISA	Identificar elementos para o bem-estar dos usuários	Obter suporte teórico na Psicologia Ambiental para interpretação de comportamentos	Avaliar atividades dos usuários e sua relação com o ambiente, no quarto de internação	Compreender quais necessidades não são atendidas pelo ambiente
Revisão Bibliográfica	•	•		•
Visita Exploratória	•		•	•
Inquirição (Entrevistas e Seleção Visual)	•		•	•
Observação do Comportamento	•	•	•	•
Análise dos Traços Físicos	•	•	•	•

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

A aplicação dos métodos seguiu uma sequência programada para que os dados extraídos de cada etapa pudessem, em seguida, ser verificados e comprovar assim sua realidade.

A Revisão Bibliográfica foi o primeiro método utilizado na pesquisa para obter informações e subsídios necessários em relação à humanização, ampliar o conhecimento sobre o tema e compreender quais elementos ambientais supõem-se gerar comportamentos benéficos aos usuários.

A Visita Exploratória colaborou para que a pesquisadora tivesse um contato mais próximo com o ambiente estudado e propiciar uma percepção própria do espaço. A partir das informações obtidas, elaborou-se um roteiro para a Inquirição, com aplicação de Entrevistas, e uso da Seleção Visual como complemento, pois no piloto realizado, houve dificuldades em identificar as preferências dos entrevistados.

A Observação do Comportamento (SOMMER; SOMMER, 1997), e Análise dos Traços Físicos (ZEISEL, 2006) foram aplicados logo após a realização das Entrevistas, visto a impossibilidade de permanecer por muito tempo no quarto de internação. Objetivou-se com esses métodos, compreender o comportamento dos usuários e vestígios de atividades deixados no ambiente.

3.2.1 Revisão Bibliográfica

A Revisão Bibliográfica foi realizada para identificar na literatura elementos ambientais considerados positivos que venham contribuir para o bem-estar dos usuários. Foram consultados artigos, dissertações, teses, publicações em revistas, bem como Leis, Normas e Resoluções e todas as demais bibliografias relacionadas ao tema de estudo (MARCONI; LAKATOS, 2003) para um melhor embasamento técnico e científico.

As consultas em dissertações, teses e publicações, seguiram uma busca baseada nas seguintes palavras-chave: humanização, arquitetura hospitalar, ambiente hospitalar, ambiência e Avaliação Pós-Ocupação. A prioridade foi por publicações recentes, dos últimos 10 anos; porém, cabe ressaltar que, pesquisas importantes realizadas a mais tempo, de autores consagrados, não puderam ser ignoradas devido à relevância científica.

A Revisão Bibliográfica foi realizada em três etapas: a primeira para identificar na história o processo de evolução da arquitetura hospitalar, acompanhada também de sua legislação. Em seguida, foram pesquisados elementos ambientais que favoreçam o bem-estar dos usuários, além de boas práticas na arquitetura hospitalar, a fim de identificar e classificar tais elementos junto aos componentes da humanização determinados na pesquisa: Suporte Social, Distração Positiva, Controle do Ambiente e Suporte às Atividades. Por fim, buscaram-se bases teóricas na Psicologia Ambiental para compreender o comportamento no ambiente avaliado.

3.2.2 Visita Exploratória

A Visita Exploratória é um método comumente utilizado para se ter um primeiro contato com o objeto de estudo e assim, obter impressões próprias e familiarizar-se com o espaço. O objetivo de sua utilização deve-se também, a possibilidade de observar o funcionamento do estabelecimento, registrar dados referentes às atividades, usuários e fluxos.

Esta visita propiciou a verificação de aspectos positivos e negativos do espaço (ORSTEIN, 1992), realizada de modo sistemático pela pesquisadora, em vários dias para que nenhuma informação fosse registrada de forma equivocada. Fez-se necessária, a utilização de três planilhas: (1) Planilha de Avaliação do Entorno, (2) Planilha de Avaliação das Áreas Externas do hospital e (3) Planilha de Avaliação da Área Interna – focada na Ala de Clínica Médica e Quarto de Internação - ambiente onde os pacientes permanecem por mais tempo e onde atividades importantes são realizadas pela equipe de enfermagem.

A primeira planilha - Avaliação do Entorno – tem por objetivo identificar diferentes elementos relacionados à inserção do hospital na malha urbana da cidade, tais como: transporte público, áreas de lazer, de serviço e de comércio em geral, bem como, mobiliário urbano presente no entorno. Assim, espera-se obter conclusões sobre a implantação da edificação, os benefícios da tipologia arquitetônica, além de identificar que tipo de infraestrutura o entorno oferece aos usuários.

A segunda planilha - Avaliação das Áreas Externas - contém elementos presentes no terreno classificados em: área de lazer, área de espera externa, capela, estacionamento e paisagismo. Seu objetivo é

fornecer dados para compreender a configuração externa da edificação e verificar a capacidade de oferta de suporte social e de distrações positivas para os usuários.

A terceira planilha - Avaliação da Área Interna - foca especificamente na Ala de Clínica Médica e no Quarto de Internação. Esta avaliação permite verificar no espaço físico as características ambientais, como: esquadrias, mobiliário, equipamentos, revestimentos, segurança, conforto acústico, térmico e lumínico, além de elementos que proporcionam suporte social, controle do ambiente, distrações positivas e suporte às atividades. O entendimento destes elementos é fundamental para compreender os estímulos que o ambiente provê a seus usuários.

As planilhas utilizadas (APÊNDICE A) seguem os mesmos padrões de Bertolletti (2011), com quatro colunas. Na primeira são descritos os elementos avaliados, em seguida, caracterizam-se sua avaliação como positiva ou negativa. Na terceira coluna, tem-se sua descrição e por fim, na quarta coluna, a foto.

Quadro 10 – Planilha utilizada para avaliação do entorno, áreas externas e área interna.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO ENTORNO			
ELEMENTOS	AV. + /-	DESCRIÇÃO	ILUSTRAÇÃO

Fonte: Bertolletti, 2011.

3.2.3 Inquirição – Entrevistas e Seleção Visual

A Inquirição é um relato verbal ou conversação com um determinado objetivo (SOMMER; SOMMER, 1997) a qual gera um conjunto de informações sobre o que as pessoas sentem, pensam, fazem, acreditam e esperam (ZEISEL, 2006). Sua utilização como método de pesquisa se torna importante devido a possibilidade de contato direto com o usuário, além de perceber e identificar suas emoções e reações durante as respostas.

As Entrevistas realizadas nesta pesquisa foram do tipo semiestruturada com roteiro pré-estabelecido, em quais as perguntas não são necessariamente aplicadas em ordem sequencial e, caso seja

necessário, novos questionamentos podem ser acrescentados para um melhor entendimento sobre o assunto.

As Entrevistas ocorreram entre os meses de outubro/2015 a fevereiro/2016. Os dados obtidos foram inicialmente tratados por meio de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009), o que possibilitou, posteriormente, uma análise da frequência dos resultados mediante programa específico (MAXQDA) apresentado posteriormente no item 3.3 Tratamento de Dados.

Solicitou-se aos entrevistados assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que apresenta informações referentes à pesquisa, assim como a condição voluntária de sua participação. As entrevistas foram gravadas para facilitar o diálogo entre entrevistado e pesquisador.

No caso dos funcionários - técnicos de enfermagem e chefe de enfermagem -, buscou-se verificar como são suas rotinas e atividades realizadas, além de suas percepções referentes ao ambiente físico. Pretendeu-se ainda, identificar se há uma faixa etária mais recorrente entre os pacientes e quais os critérios de alocação nos quartos. Com os pacientes as perguntas visaram compreender, além de sua percepção do espaço físico, as atividades que realizam enquanto internados, e àquelas que gostariam de realizar.

Os dados de cada entrevistado foram anotados nos roteiros das entrevistas, de forma a poder considerar as respostas por gênero e idade com o objetivo de identificar as possíveis diferenças nas respostas, bem como a localização dos quartos e leitos.

O tempo de permanência do pesquisador nos quartos, os dias, horários e pacientes a serem entrevistados, foram determinados pela equipe de enfermagem e direção do hospital, a fim de evitar constrangimentos e situações de estresse aos entrevistados, bem como verificar quais pacientes estavam aptos a participar da pesquisa.

Inicialmente foram realizadas entrevistas-piloto (APÊNDICE C) com três pacientes e três técnicos de enfermagem com objetivo de averiguar se as perguntas selecionadas eram pertinentes, quanto a necessidade de abordar outras questões relevantes, comentadas pelos entrevistados. O piloto também foi importante para adequar o tempo destinado às entrevistas, já que os funcionários têm uma rotina muito atarefada e os pacientes estão sujeitos a situações de irritabilidade.

O piloto realizado com os chefes de enfermagem possuía 49 perguntas, com os técnicos de enfermagem 38 e com os pacientes 36. O tempo médio de duração era de 20 a 30 minutos. Após sua realização, foram observadas que algumas perguntas não forneciam informações relevantes, nem mesmo o Poema dos Desejos (SANOFF, 1991) – utilizado em muitas pesquisas para descobrir anseios e desejos dos usuários –, foram retirados para a aplicação do roteiro final.

Assim, totalizou 24 perguntas para o grupo dos técnicos de Enfermagem e 19 para os pacientes. Ressalta-se que, por serem apenas dois chefes de enfermagem participantes da pesquisa, não foram realizadas Entrevistas posteriores ao piloto. O tempo médio de duração do roteiro final foi de aproximadamente 10 minutos para ambos os formulários (APÊNDICE D).

Após a realização do piloto, percebeu-se também a necessidade da utilização de imagens como complemento às Entrevistas, visto a dificuldade em obter dados referentes as preferências dos usuários. Assim, utilizou-se o método de Seleção Visual (APÊNDICE E), criado por Henry Sanoff (1991) para melhor compreensão do imaginário dos usuários, além de identificar os valores que atribuem ao ambiente estudado (RHEINGANTZ *et al.*, 2009). Este método é aplicado com o auxílio de imagens referenciais, previamente escolhidas, que podem estar relacionadas entre si, ao contexto do ambiente a ser estudado, a aspectos econômicos ou aspectos socioculturais (RHEINGANTZ *et al.*, 2009).

As imagens apresentadas aos entrevistados referem-se a ambientes hospitalares - quarto de internação, banheiro, salas de estar internas e ambientes externos – com duas opções para cada ambiente. Foram escolhidas imagens que continham elementos com características diferentes para possibilitar aos entrevistados selecionarem a imagem de sua preferência.

A amostra de imagens inicia-se com fotos de quartos de internação, por ser esse o espaço no qual o paciente se encontra e está mais habituado a permanecer. Nas Figuras 39 e 40 observa-se dois quartos de internação com diferenças. A primeira imagem apresenta um quarto para um único paciente, onde grandes esquadrias possibilitam visão para um exterior ajardinado. Além disso, o fato de estar sozinho em um ambiente, este propicia ter controle sobre todos os elementos, com mais facilidade para adaptá-lo e personalizá-lo. O quarto possui

cores que sugerem a sensação de conforto e acolhimento. Possui cadeira para acompanhante e uma poltrona para descanso do paciente, caso deseje sair do leito. A mobília e os equipamentos, de forma geral, não remetem a um ambiente hospitalar e possuem características semelhantes a um ambiente residencial.

A segunda imagem apresenta um quarto coletivo, que se assemelha mais ao ambiente hospitalar pelas cores e mobiliário. Entre os leitos há uma cortina que propicia o controle da privacidade. Por possuir apenas uma janela no quarto, o paciente que estiver alocado no leito próximo a porta, fica privado do contato visual com o exterior. Os mobiliários e os equipamentos são comuns às características institucionais de vários hospitais.

Figura 39 - Quarto de internação individual.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³⁶.

Figura 40 - Quarto de internação coletivo.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³⁷.

As imagens referentes ao banheiro são apresentadas a seguir (Figura 41 e 42). A primeira possui um espaço semelhante ao de uma residência com tons amadeirados, com caráter acolhedor. Já a segunda imagem propõe um ambiente seguro ao usuário com barras de segurança em todos os equipamentos como no vaso sanitário e chuveiro.

³⁶ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

³⁷ *Ibid.*

Figura 41 - Banheiro com características residenciais.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³⁸.

Figura 42 - Banheiro adaptado para prover maior segurança aos usuários.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*³⁹.

Posteriormente, imagens de ambientes internos (Figura 43 e 44) foram apresentadas aos usuários para identificar sua preferência relacionada a possíveis ambientes de estar, presentes em hospitais ou alas de internação. A primeira imagem, mostra um ambiente próximo à circulação, em tons neutros, com móveis soltos, com possibilidade de movimentação, porém sem contato visual com o exterior.

Já a segunda imagem apresenta um ambiente localizado em um espaço reservado, com mobília solta, que permite novos arranjos, porém percebem-se cores mais estimulantes, além do contato com o exterior por meio de uma grande abertura e a presença de vegetação.

³⁸ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

³⁹ *Ibid.*

Figura 43 - Espaço interno sem vista para o exterior.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁴⁰.

Figura 44 - Espaço interno com vista para o exterior.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁴¹.

Por fim, as últimas imagens relacionam-se com espaços externos à edificação, aos quais os usuários poderiam ter acesso (Figuras 45 e 46). Na primeira imagem, observa-se um espaço externo de convívio, entre edifícios. Isto porque devido à grande parte dos Hospitais estão situados em regiões centrais das cidades, a criação de espaços externos se torna cada vez mais difícil. Quando há possibilidade, os mesmos são cercados de edificação em sua volta, onde apesar da vegetação presente, o ambiente não é acolhedor e traz sensação de aprisionamento. Esta foi a sensação que se pretendeu passar com esta imagem em que, além da edificação à volta, os usuários são constantemente observados por outras pessoas, devidos às janelas presentes.

A segunda imagem possui bastante vegetação, com opção de espaço coberto e descoberto para os usuários. As árvores propiciam recantos com bancos e sombras para que as pessoas possam desfrutar, com sensação de tranquilidade e maior privacidade, pois não estão aos olhos da rua⁴².

⁴⁰ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Olhos da rua é um termo cunhado por Jane Jacobs (2000) para se referir as pessoas que, consciente ou inconscientemente, utilizam o espaço público e costumam contemplá-los de suas casas e exercem uma vigilância natural sobre o que ali acontece.

Figura 45 - Espaço exterior entre edificações com janelas.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁴³.

Figura 46 - Espaço exterior voltado à vegetação.



Fonte: Página do *ArchDaily Brasil*⁴⁴.

Após a apresentação das imagens, as escolhas de cada entrevistado e suas razões, foram anotadas nos roteiros das entrevistas, para posterior análise. Ao final de cada escolha, os participantes eram indagados sobre o porquê de suas opções⁴⁵.

3.2.4 Observação do Comportamento

O método Observação do Comportamento foi realizado com o objetivo de analisar o comportamento dos usuários e suas atividades e fornecer dados sobre o comportamento real em um ambiente natural. O registro é feito mediante anotação, em ficha específica, já utilizada por Bertolotti (2001) (APÊNDICE F) e permite conhecer o comportamento público das pessoas (SOMMER; SOMMER, 1997).

A observação é feita nos quartos dos pacientes entrevistados e devido à condição em que se encontram – acamados, com curativos ou soro – é constrangedor o registro fotográfico, além de não ser permitido pela direção da instituição. No caso dos banheiros, destaca-se que

⁴³ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

⁴⁴ Disponível em <<http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>>. Acesso em 09 out 2015.

⁴⁵ As duas chefes de enfermagem participaram do piloto e da Seleção Visual. Por serem apenas duas – uma por turno – não se fez necessário a realização do roteiro final das Entrevistas.

devido à impossibilidade de observação será considerada a análise do ambiente sem ocupação.

Os fenômenos da psicologia ambiental como territorialidade, privacidade, aglomeração e espaço pessoal também são registrados nesta ficha, bem como a Análise dos Traços Físicos, explicada a seguir.

3.2.5 Análise dos Traços Físicos

A Análise dos Traços Físicos (ZEISEL, 2006), tem por objetivo procurar no ambiente físico, vestígios de atividades anteriores deixadas pelos usuários de forma consciente – um objeto utilizado para separar o espaço de uma sala, por exemplo - ou inconsciente - improvisação de um caminho em um gramado. O uso deste método irá colaborar para identificar como os usuários se comportam nos espaços, compreender quais são as necessidades - não mencionados em outros métodos aplicados -, bem como dificuldade impostas pelo ambiente. Os Traços Físicos são divididos em quatro categorias:

- **Produtos de uso:** mostra como as pessoas utilizam os ambientes para realizar alguma atividade e podem ser representados por: erosão, restos e traços ausentes. Como exemplo, têm-se pisos e paredes desgastados ou sua inexistência, o que se supõe que o espaço é muito ou pouco utilizado;
- **Adaptações para uso:** são mudanças que os usuários realizam para melhor adequar o ambiente às suas necessidades, como colocação de papéis ou panos em janelas na falta de cortinas, duas cadeiras que foram aproximadas para favorecer uma conversa íntima, entre outros;
- **Manifestações de identidade:** consiste na apropriação, a partir da marcação do espaço, de tal modo a refletir a identidade do usuário. Por exemplo, colocação de fotos de pessoas da família e outros objetos pessoais à mostra;
- **Mensagens públicas:** são avisos que os indivíduos deixam nos ambientes para se comunicar com um grande número de pessoas. Podem ser consideradas: oficiais, informais ou mensagens ilegítimas, como o nome do paciente sobre o leito ou mesmo placas informativas temporárias ou definitivas.

O preenchimento dos dados advindos deste método foi realizado na mesma ficha da Observação do Comportamento, em um espaço específico (APÊNDICE F).

3.3 Tratamento de Dados

Os dados obtidos nesta pesquisa, por meio dos métodos selecionados, foram analisados conforme o Quadro 11, apresentado abaixo.

Quadro 11 – Métodos, dados, análise e resultados.

Método	Dado obtido	Forma de análise
Revisão Bibliográfica	Textual	Análise de conteúdo
Visita Exploratória	Textual e fotográfico	Análise de conteúdo
Inquirição - Entrevista semiestruturada e Roteiro	Textual qualitativo/quantitativo	Análise de conteúdo e programa MAXQDA
Inquirição - Seleção Visual	Imagens e quantitativo	Análise por escolha
Observação do Comportamento	Textual	Análise de conteúdo
Análise dos Traços Físicos	Textual e fotográfico	Análise segundo Zeisel (2006).

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Os métodos utilizados na pesquisa forneceram dados que possibilitaram análises com resultados textuais, fotográficos, quantitativos e qualitativos para compreender de forma mais aprofundada as informações coletadas.

No caso específico do tratamento de dados dos roteiros, aplicados nas Entrevistas, utilizou-se o programa MAXQDA, para assim, analisar o conteúdo de forma quali/quantitativa, com frequência e classificação das respostas dos entrevistados de acordo com os componentes da humanização estabelecidos. Verificou-se a possibilidade de sua utilização nesta pesquisa, após a leitura do artigo *Qualities of Inpatient Hospital Rooms: Patient's Perspectives* (DEVLIN; ANDRADE, 2015). Seu uso foi considerado como um diferencial, por ser ferramenta prática e facilitadora.

O programa MAXQDA possui um sistema de análise por meio de códigos e subcódigos onde os quatro componentes da humanização foram inseridos como códigos principais e os 28 elementos como subcódigos. O Quadro 12 abaixo apresenta a classificação.

Quadro 12 – Classificação de códigos e subcódigos.

CÓDIGOS	Suporte Social	Controle do Ambiente
SUBCÓDIGOS	-Layout adequado; -Biombos e cortinas; -Aberturas (portas); -Espaços para outras atividades.	-Layout adequado; -Biombos e cortinas; -Persianas, cortinas e brises; -Iluminação artificial; -Condicionador de Ar; -Interruptores e maçanetas; -Equipamento para transferência de pacientes -Controles.
CÓDIGOS	Distração Positiva	Suporte às Atividades
SUBCÓDIGOS	-Aberturas (portas); -Aberturas (janelas); -Jardins; -Fontes, aquários e lareiras; -Gravuras, imagens, fotos e aquários; -Cores; -Equipamento de som/TV.	-Layout adequado; -Biombos e cortinas; -Espaços para outras atividades; -Sinalização; -Persianas, cortinas e brises; -Iluminação artificial; -Cores; -Equipamento para transferência de pacientes; - Revestimentos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Mesmo que haja repetição de subcódigos em mais de um código, sua função é diferenciada. Assim, a partir desta codificação, é possível cruzar e identificar as respostas, obter dados e frequências de forma facilitada fornecidas pelos entrevistados, nos quais os componentes e seus elementos são integralmente considerados.

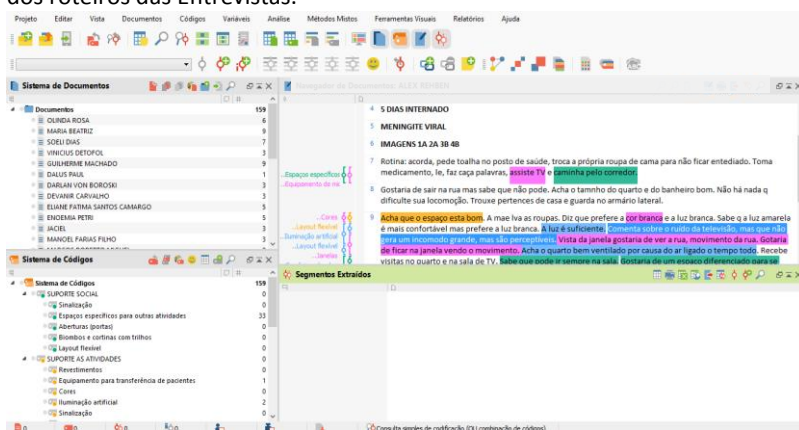
O programa foi adquirido por meio da Internet, com uma licença educacional eletrônica válida por seis meses – custeada pela pesquisadora – onde foi disponibilizado um *link* para *download* além de vídeos tutoriais que ensinavam a utilizá-lo.

O nome dos participantes se localiza no canto superior esquerdo, conforme apresentado na Figura 47 e logo abaixo, estão localizados os

códigos - quatro componentes da humanização - e subcódigos - definidos por 28 elementos associados aos componentes.

Após a transcrição, das gravações, realizadas na própria tela do programa – canto superior direito – as mesmas eram analisadas e interpretadas pela pesquisadora. Durante a análise, o conteúdo era classificado de acordo com os subcódigos ao selecionar as partes do texto que se associavam a tal elemento. Assim, ao final, obteve-se um quantitativo de códigos e subcódigos citados

Figura 47– *Printscreen* da tela do programa MAXQDA para análise de dados dos roteiros das Entrevistas.



Fonte: MAXQDA, 2016.

Após a classificação dos subcódigos, possibilitou-se também o cruzamento de dados por gênero e idade dos pacientes, além de identificar a quantidade e frequência de elementos citados nas entrevistas. Foram realizadas duas análises, uma para pacientes e outra para funcionários.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados procedentes da metodologia aplicada, com a identificação das atividades realizadas pelos diferentes tipos de usuários, além das características atuais do ambiente. Além disso, os dados obtidos foram avaliados em relação à legislação e referências bibliográficas. As informações foram tratadas de forma qualitativa com exceção do formulário utilizado na Inquirição, que através do programa MAXQDA forneceram também dados quantitativos e frequências.

4.1 Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir das Visitas Exploratórias – Características Físicas e Espaciais

O hospital, objeto de estudo, localiza-se em uma cidade litorânea ao norte do Estado de Santa Catarina, com população de aproximadamente 125.000 mil habitantes⁴⁶. Teve sua inauguração no ano de 2011, com o objetivo inicial de atender exclusivamente a população da cidade. Porém, por possuir diversas especialidades, setor de emergência e equipamentos para realização de exames, o hospital passou a atender também um maior número de pessoas de outras cidades próximas. Os atendimentos são realizados exclusivamente pelo SUS – outro fator que atrai muitos pacientes.

Na Figura 48, apresenta-se a implantação geral do hospital, em bairro residencial, próximo a uma Universidade e a um parque ecológico público e suas principais vias de acesso, inclusive a BR 101.

⁴⁶ Dado obtido pelo IBGE.

Figura 48 - Implantação geral do hospital e entorno urbano.

Fonte: Google Earth – adaptado pela autora, 2015.

Durante as Visitas Exploratórias, foram aplicadas três planilhas de avaliação. Inicialmente, por meio da Planilha de Avaliação do Entorno (APÊNDICE A), pôde-se constatar como positivo: a presença de comércio, incluindo farmácias e pequenos mercados (Figura 49). O ponto de ônibus existente em frente ao acesso do hospital facilita o deslocamento dos funcionários, visitantes e acompanhantes (Figura 50).

A presença de parque público ecológico nas proximidades da edificação e uma biblioteca comunitária também são fatores positivos (Figura 51 e 52). Apesar da restrição de uso desses espaços pelos pacientes, os demais usuários do hospital têm acesso a áreas que possibilitam distração e suporte, caso sintam necessidade.

Figura 49 – Comércio localizado no entorno do Hospital.



Fonte: Autora, 2014.

Figura 50 – Ponto de ônibus em frente à entrada principal do Hospital.



Fonte: Autora, 2014.

Figura 51 – Parque ecológico.



Fonte: Autora, 2014.

Figura 52 – Biblioteca comunitária.



Fonte: Autora, 2014.

Apesar do hospital não estar localizado em uma região central, o comércio em volta é suficiente para atender os usuários. Além disso, áreas mais afastadas do centro da cidade, geralmente possuem terrenos maiores disponíveis por um custo menor e possibilita a construção em tipologia horizontal térrea, o que favorece assim a relação interior/ exterior e a disponibilidade de áreas livres para estacionamento e jardins.









A edificação possui configuração espacial do tipo pavilhonar - térreo, com seis blocos paralelos, interligados por uma circulação principal coberta (Figura 53).

Figura 53 - Setorização do hospital.



Fonte: Google Earth – adaptado pela autora, 2015.

Legenda:

- | | |
|---|--|
|  Emergência |  Ortopedia |
|  Administrativo/ Farmácia e Refeitório |  UTI e Centro Cirúrgico |
|  Maternidade |  Ponto de ônibus |
|  Clínica Médica |  Acesso principal |

Há apenas uma entrada para carros, ambulâncias e pedestres. Para acessar a Ala de Clínica Médica é necessário dirigir-se à entrada, conforme exemplifica a seta na Figura 53 – Acesso à ala. Cada bloco possui uma função específica, desde Alas de Internação à Administração. Entre os blocos há uma área livre de aproximadamente 6,00 metros de largura com gramado e mesmo com a presença de portas, permanecem trancadas onde não é permitido o acesso pelos pacientes, funcionários ou demais usuários (Figura 54 e 55).

Figura 54 – Espaço livre entre os Blocos vista pela circulação principal.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 55 – Relação interior/ exterior vista pela circulação principal.



Fonte: Autora, 2016.

Quanto a Área Externa do Hospital, pôde-se constatar como elementos positivos, recantos e bancos que atendem aos funcionários, visitantes e acompanhantes. No entanto, esse espaço livre é pouco utilizado devido à grande incidência de sol e ausência de sombra (Figura 56).

Outro elemento importante na área externa é a capela (Figura 57), sabe-se que muitos pacientes, acompanhantes e visitantes recorrem à religião em momentos de fragilidade, porém a mesma não possui mobiliário e equipamentos em seu interior, o que dificulta seu uso.

Figura 56 – Bancos na área externa ao Hospital.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 57 – Capela na área externa do Hospital.



Fonte: Autora, 2016.

O quarto de internação localizado na Ala de Clínica Médica é o foco principal desta pesquisa. A Ala possui 16 demi-suítes, com dois leitos em cada quarto, somados ainda a um quarto de isolamento. Desta

forma, totalizam-se 33 leitos disponíveis. Por serem demi-suítes, existe a cada dois quartos um banheiro, exceto o isolamento que possui banheiro próprio (Figura 58).

A Ala possui outros espaços de apoio, divididos entre ambientes para serviço e socialização. Dentre os ambientes de serviço, encontram-se:

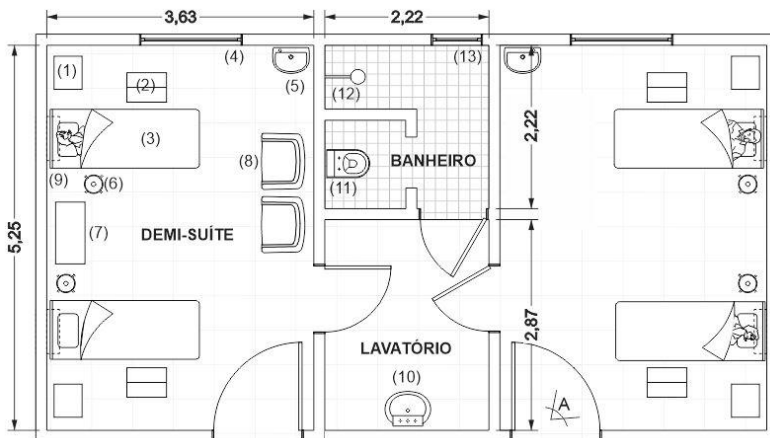
- Sistemas: ambiente onde se concentram os servidores que alimentam os computadores utilizados;
- Utilidades: depósito de materiais de limpeza;
- Rouparia: local para armazenamento de roupa de cama, toalhas para pacientes;
- Posto de enfermagem: área de trabalho dos médicos, chefe e técnicos de enfermagem;
- Copa: espaço destinado aos funcionários, porém se encontra desativado;
- Guarda-material: ambiente onde estão guardados biombos, cadeiras de banho, porta soro, escadas e outros equipamentos necessários aos pacientes;
- Procedimentos: sala onde são realizadas fisioterapias;
- Banheiros masculino e feminino.

Para socialização, há um espaço aberto destinado ao uso de pacientes e acompanhantes que faz limite com a circulação principal do hospital. Neste ambiente há dois sofás e uma televisão e situa-se próximo aos banheiros utilizados por funcionários e acompanhantes.

Todos os ambientes do hospital possuem as mesmas cores e materiais de revestimento. O piso é vinílico na cor bege clara, paredes em gesso acartonado com pintura acrílica também na cor bege clara, tetos em placas de PVC com luminárias embutidas. As portas são de madeira, sem revestimento, apenas com uma faixa em metal para proteção dos leitos ao adentrar os ambientes. As janelas dos quartos possuem esquadria em PVC com duas folhas de vidro fixas e duas folhas superiores basculantes com película fosca – uma delas ocupada pelo condicionador de ar. O mobiliário tem revestimento laminado em bege claro. Essas características padronizadas enfatizam o caráter institucional da edificação. Não há quadros ou gravuras nas paredes, tampouco há presença de vegetação em seu interior.

Na Figura 59, apresenta-se a planta-baixa padrão do Quarto de Internação da Ala de Clínica Médica.

Figura 59 – Quarto padrão.



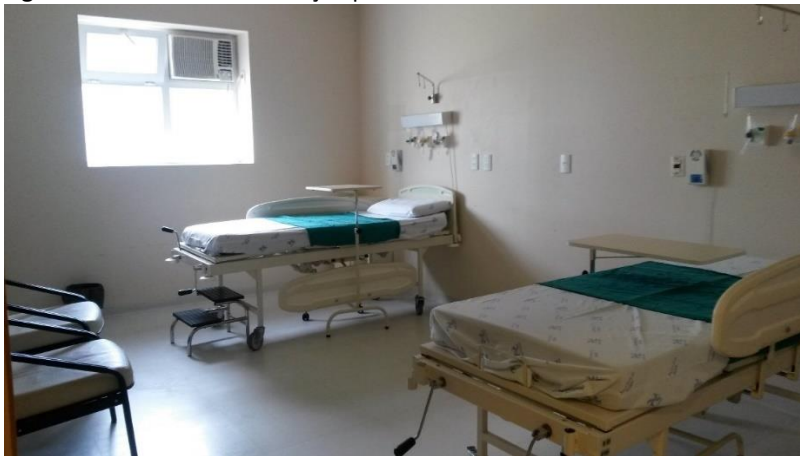
Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Os equipamentos e mobiliários que compõem o quarto são: criado-mudo para pertences pessoais do paciente e do eventual acompanhante (1), escada móvel (2), leito com rodízios e regulagem manual (3), janela com folhas de vidro fixas e película fosca com dimensão padrão de $A= 1,16/ L= 1,40/ P=1,24m$ (4), lavatório para higienização dos médicos e enfermeiros (5), suporte para soro com rodízio (6), mesa com rodízios e regulagem de altura para refeições do paciente em leito (7), poltrona fixa para acompanhante, utilizada também pelo paciente (8), cabeceira de leito com instalação de vácuo, ar comprimido, oxigênio medicinal, campainha para emergência, tomadas e luz individual (9). O ambiente do banheiro possui: lavatório fixado na parede com coluna (10) e vaso sanitário compartimentado (11) com chuveiro (12). A janela do banheiro possui dois vidros, o inferior fixo e o superior basculante, com o mesmo padrão dos quartos, película fosca e dimensão de $A=1,15/ L=0,70/ P=1,18m$ (13).

Os equipamentos e mobiliários variam em quantidade de acordo com cada quarto e com a necessidade do paciente. Todos os móveis e equipamentos são soltos e podem ser deslocados, exceto o ar

condicionado e as instalações de gases medicinais, pois fazem parte da infraestrutura da edificação.

Figura 60 – Quarto de Internação padrão da Ala de Clínica Médica.

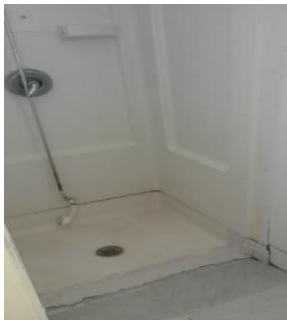


Fonte: Autora, 2016.

Nos banheiros, a área do lavatório possui piso vinílico e somente a área do sanitário e box possui piso cerâmico, com uma cabine em PVC, sem portas (Figura 61). Por ser compartimentado, não há privacidade, devido à área do chuveiro e do vaso sanitário não serem isoladas uma da outra. Os banheiros não possuem barras de apoio ou suportes para acomodar itens de higiene pessoal durante seu uso.

Quanto à acessibilidade, o lavatório (Figura 62) permite o deslocamento de usuário com cadeira de rodas, porém sua área compartimentada (Figura 63) não possui dimensão suficiente para acesso com cadeira de banho, o que impede seu uso. As janelas possuem o mesmo padrão do quarto, porém com uma folha fixa e uma basculante (Figura 64). As portas (Figuras 65) possuem dimensões adequadas para acesso ao banheiro.

Figura 61 – Compartimento de chuveiro.



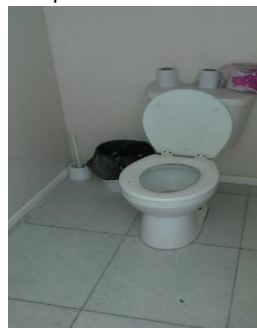
Fonte: Autora, 2016.

Figura 62 – Lavatório sem espelho.



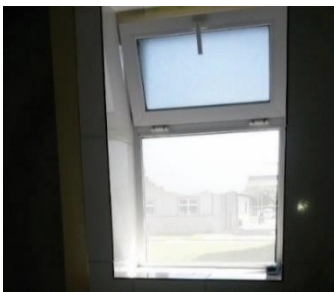
Fonte: Autora, 2016.

Figura 63 – Vaso sanitário compartimentado.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 64 – Janela do banheiro.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 65 – Portas de acesso dos quartos ao banheiro.







Fonte: Autora, 2016.




As janelas dos quartos e banheiros possuem película fosca que dificultam a visualização do exterior. Esta situação pode ser positiva para o banheiro devido à necessidade de privacidade, porém nos quartos, esta película apesar de também favorecer a privacidade devido ao hospital ser térreo, não é suficiente para inibir a incidência de sol e, de acordo com a posição do leito, gera incômodo ao paciente, pois não há controle por meio de brises externos ou cortinas.


O Quadro 13 apresenta um comparativo entre as dimensões do quarto e banheiro da Ala em estudo com as normas da RDC 50 (ANVISA, 2002), com a verificação se estão de acordo ou não com esta resolução. Além das dimensões, listam-se também as instalações, revestimentos,

iluminação e demais ambientes que compreendem áreas para abrigar quartos de internação.

Quadro 13 – Dimensão dos quartos do objeto de estudo X RDC 50.

Itens	Objeto de Estudo	RDC 50 (ANVISA, 2002)	Conclusão
Dimensão do quarto	Área total: 19,05m ² / Distância entre leitos paralelos: 1,6 m/ Distância entre pé do leito e parede: 1,5 m / Leito e parede lateral: 0,80m	Para 2 quartos: 7m ² por leito: 14m ² / Distância entre leitos paralelos: 1m / Distância entre pé do leito e paredes: 1,2 m/ Leito e parede lateral: 0,5m	Em acordo com a RDC 50. 
Dimensão do banheiro do quarto	Área total = 11,29m ² / Lavatório = 6,37m ² / Box e Sanitário: 4,92m ² / Dimensão mínima: 2,2m	Dimensão mínima: 1,7 m/ Box chuveiro com dimensões mínimas: 0,8m x 1,0 m	Em acordo 
Instalações para quarto	Água fria/ quente, Oxigênio, Vácuo, Ar comprimido, Ar condicionado, elétrica de emergência e elétrica diferenciada.	Água fria/ quente, Oxigênio, Vácuo, Ar comprimido, Ar condicionado, Elétrica de emergência e elétrica diferenciada.	Em acordo 
Instalações para banheiros	Água quente e água fria.	Água quente, fria. Apresentação do <i>layout</i> caso houver equipamentos diferenciados.	Em acordo 

Itens	Objeto de Estudo	RDC 50 (ANVISA, 2002)	Conclusão
Ambientes de serviço	Sistemas, utilidades, rouparia, posto de enfermagem, copa, guarda-material, procedimentos, banheiros para público e funcionário masculino e feminino.	Sala de utilidades, banheiro para acompanhantes, área para guarda de macas e cadeira de rodas, banheiros para público e funcionário (masculino e feminino), sala administrativa, rouparia, depósito de material de limpeza, depósito de equipamentos e materiais, e copa de distribuição.	Em acordo 
Ambientes de socialização	Sala de TV para acompanhantes, pacientes e visitantes.	Sala de estar para acompanhantes, pacientes e visitantes.	Em acordo 
Iluminação	Duas luminárias de teto com iluminação direta sobre cada leito, embutidas no forro de placas de PVC / Uma arandela para cada leito na parede junto as saídas de gases medicinais.	Iluminação geral em posição que não incomode o paciente deitado/ Iluminação de cabeceira de leito na parede (arandela) / Iluminação de exame no leito com lâmpada fluorescente/ Iluminação de vigília na parede (a 50 cm do piso).	Em desacordo com a RDC 50. 

Itens	Objeto de Estudo	RDC 50 (ANVISA, 2002)	Conclusão
Materiais de revestimento	Piso vinílico, paredes em gesso acartonado com tinta acrílica, teto em placas de PVC, móveis em madeira com revestimento laminado e portas em madeira sem revestimento. Área molhada do banheiro com piso cerâmico.	Materiais de paredes, pisos e tetos de ambientes de áreas críticas e semicríticas devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes	Em desacordo 

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Ainda segundo a RDC 50 (ANVISA, 2002) cada unidade de internação geral deve possuir pelo menos 30% de banheiros para deficientes. Neste caso, a Ala encontra-se em desacordo com a RDC 50 visto que não há nenhum banheiro com padrões determinados pela NBR 9050 (ABNT, 2004).

A dimensão dos quartos é considerada suficiente para o número de leitos, porém, mesmo o banheiro em acordo com a resolução no que se refere as dimensões, seu *layout* não é favorável ao uso dos pacientes, principalmente com mobilidade reduzida, além de não garantir privacidade.

Ao considerar ainda, aspectos relacionados ao conforto ambiental, a orientação solar da Ala é leste/oeste, portanto alguns quartos recebem o sol da manhã e outros o sol da tarde, o que gera incômodo para muitos pacientes pelo fato das janelas não terem cortinas, apenas película, o que causa ofuscamento. A temperatura dos quartos é considerada agradável devido ao condicionador de ar estar ligado constantemente e os usuários o regulam conforme a temperatura.

4.2 Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir das Entrevistas

O principal objetivo da realização das entrevistas foi ter um contato mais próximo com os usuários, identificar suas emoções e

reações durante a aplicação do método. Foram cinco meses em contato com pacientes e funcionários do Hospital, o que poderia supor uma amostra grande, não fossem as dificuldades encontradas, como o tempo requerido para autorização na entrada do hospital e para a seleção de pacientes aptos a serem entrevistados. Caso houvesse um acesso mais facilitado e os pacientes estivessem em condições moderadas de saúde a amostra poderia ter sido maior.

As visitas eram realizadas duas vezes por semana. Após o acesso - tempo de espera entre 20 a 30 minutos - a Assistente Social acompanhava a pesquisadora até a Ala de Clínica Médica e juntamente com a Chefe de Enfermagem, analisavam quais pacientes estavam em condições de serem entrevistados. A média eram dois por visita. Mesmo com o tempo das entrevistas relativamente pequeno, houve dificuldades em encontrar pacientes que se dispusessem a participar da pesquisa, por não estarem se sentindo bem, ou mesmo por recusa.

Inicialmente as entrevistas eram realizadas no período da tarde, após o horário do almoço, porém percebeu-se que muitos pacientes dormiam após a refeição. Mudou-se para o final da tarde, após o horário de visita, pois os pacientes encontravam-se sempre acordados e mais dispostos.

Para as entrevistas realizadas no período da manhã, foi orientado pela Assistente Social, o comparecimento antes das 11h00, pois após este horário davam-se banho e almoço aos pacientes.

Desde a chegada ao hospital, ao considerar o tempo para seleção dos pacientes e aplicação dos métodos - Inquirição (Entrevistas e Seleção Visual), Observação do Comportamento e Análise dos Traços Físicos - o tempo médio de permanência da pesquisadora no estabelecimento era de 01h20min aproximadamente. No período noturno não foi possível a realização das entrevistas, pois a Assistente Social deveria estar presente e a mesma não trabalhava neste turno.

4.2.1 Amostra e Atividades

Após a realização das entrevistas e coleta de dados dos usuários, obteve-se três amostras diferentes: chefes de enfermagem (N=2), técnicos de enfermagem (N=5) e pacientes (N=30). Os médicos não participaram da pesquisa, pois o tempo de permanência na Ala era curto e possuíam muitas atividades. Os acompanhantes também não foram

entrevistados já que eram poucos e estavam ocupados com os pacientes. Optou-se por não abordar os visitantes, pois o tempo de visita era curto e seu interesse era visitar familiares e amigos.

Em relação aos chefes de enfermagem, a amostra foi composta por duas profissionais – uma do turno da manhã e outra do turno da tarde. A chefe de enfermagem do turno da manhã havia sido contratada há pouco tempo e a do turno da tarde trabalhava no estabelecimento há vários anos. As atividades realizadas por elas são as mesmas, independente do turno. São responsáveis por organizar e fiscalizar o trabalho dos técnicos de enfermagem registrar as evoluções dos pacientes no computador, ao qual o médico possui acesso.

O grupo de cinco técnicos de enfermagem está distribuído em dois profissionais do turno da manhã e três do turno da tarde. Seu tempo de trabalho no hospital varia, tem-se metade dos funcionários há um ano ou mais e a outra metade há menos de seis meses. Suas rotinas dividem-se em atividades com e sem os pacientes. Com os pacientes, ao iniciar o turno, verificam os sinais vitais, ocupam-se com a medicação, banho e troca de roupa de cama. A limpeza dos quartos e banheiros são realizados por outros funcionários – que não participaram da pesquisa.

As atividades dos técnicos sem os pacientes são: anotar a evolução nos prontuários, preparar a medicação, buscar medicamento na farmácia, além de manter o posto de trabalho organizado. A amostra compreendida pelos funcionários possui 85,7% dos participantes do gênero feminino e 14,3% do gênero masculino, todos adultos.

Também fazem parte da amostra desta pesquisa, 30 pacientes internados. O tempo médio de internação é de 6,7 dias (moda⁴⁷=2). Em relação a faixa etária tem-se 76,6% adultos, 13,3% idosos, e 10% jovens; 66,7% do gênero masculino e 33,3% do gênero feminino.

A maioria dos pacientes internados possuem problemas de infecções e inflamações e ficam geralmente em repouso, mas sem grandes restrições motoras. Os pacientes com problemas pulmonares e de coração permanecem sempre deitados ou sentados, pois utilizam máscaras de oxigênio ou oxímetro. Os menos recorrentes são pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral e possuem maiores restrições motoras, geralmente com acompanhantes.

⁴⁷ Moda relaciona-se com o tempo de permanência mais recorrente pelos pacientes.

As atividades de rotina, realizadas pelos pacientes são: tomar café da manhã, receber medicação, medição dos sinais vitais, visita médica e almoço às 11h30. À tarde, ficam geralmente em repouso em seus leitos e os que possuem condições, se deslocam para assistir TV na Sala localizada próxima ao corredor geral. Alguns perambulam pelo corredor, mas a maioria tem preferência por ficar no leito. Na parte da tarde, recebem lanche por volta das 15h00 e jantam em torno das 18h00. As visitas ocorrem duas vezes ao dia, às 16h00 e às 21h00 com duração de uma hora.

4.2.2 Percepção dos Usuários referente ao Espaço Físico e Elementos de Humanização

O roteiro aplicado como parte da Inquirição com os participantes, tinha perguntas relacionadas tanto a percepção do espaço físico, quanto aos elementos da humanização. Os dados obtidos foram tratados por meio de Análise de Conteúdo e do programa MAXQDA (Tabela 1). Assim, foi possível a classificação das respostas de acordo com os componentes da humanização e seus elementos correspondentes.

Abaixo, apresenta-se Tabela 1 concebida automaticamente pelo programa MAXQDA, após a classificação das respostas fornecidas pelos pacientes. As respostas dos funcionários encontram-se no Apêndice G.

No Apêndice H, encontram-se as respostas fornecidas por todos os entrevistados, separados por gênero e idade.

A configuração padrão da tabela se divide em: primeira coluna, com códigos – definidos pelos quatro componentes da humanização - e abaixo de cada código, os subcódigos – definidos pelos elementos pertencentes a cada componente. As colunas subsequentes mostram a resposta de cada participante, marcadas com um ponto azul - quando o elemento é citado. Quando há muita frequência em um determinado elemento, o ponto fica vermelho e seu tamanho pode variar – como pode ser observado na tabela das respostas dos funcionários.

Na última coluna, tem-se à quantidade total de vezes que determinado elemento foi mencionado. Destaca-se que durante a interpretação e classificação das respostas, as frases e palavras são associadas sempre aos subcódigos.

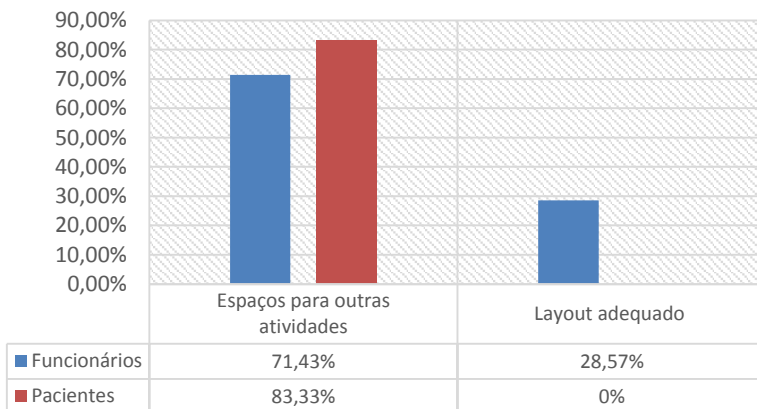
De acordo com a tabela apresentada, os pontos em azul, indicam a frequência de citação de um elemento. Por exemplo, no subcódigo *Layout* adequado do componente Suporte às Atividades, tem-se um total de seis citações. Cada ponto marcado na tabela, indica que o participante citou determinado elemento.

Além das frequências, o programa MAXQDA também faz uma análise estatística das respostas e gera porcentagens para cada elemento. Mediante estas considerações, os capítulos a seguir apresentam as análises obtidas ao considerar as respostas fornecidas pelos funcionários e pelos pacientes, classificadas de acordo com os componentes da humanização.

4.2.2.1 Suporte Social

O componente da humanização Suporte Social é obtido a partir de características ambientais que favoreçam o convívio entre os usuários, com o objetivo de gerar comportamentos positivos, colaborar para o bem-estar e minimizar o estresse.

Gráfico 1 – Elementos do Suporte Social - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Espaço específico para outras atividades possui a maioria das citações, tanto pelos funcionários, quanto pelos pacientes. Atribui-se esse fato a hipótese da necessidade de outros espaços para a realização

de atividades no que se refere a distração para os pacientes e de um espaço de apoio e estar para os funcionários. Na leitura das respostas, fica evidenciado que o Hospital não oferece nenhum tipo de ambiente que favoreça o Suporte Social, salvo a Sala de TV, pouco mencionada, localizada na circulação principal, totalmente desprovida de privacidade e conforto. Além disso, em horários de visita os quartos ficam cheios, o que impossibilita conversas privadas e uma permanência confortável de todos os usuários. Essa falta de privacidade se dá justamente por não haver espaços apropriados para visitação e faz com que o relacionamento paciente-visitante ocorra ao redor de seu leito, testemunhado por outras pessoas.

Esta situa o   pouco favorável a conversas francas ou confidenciais, ainda mais em quartos coletivos. Prover espaços diferenciados além do quarto, poderá aumentar o custo da edifica o, porém ignorar as necessidades dos pacientes, negar-lhes a oportunidade de se aproximar de outras pessoas e realizar atividades diferenciadas, poderá agravar seu estado de saúde e resultar na necessidade de maiores cuidados e tempo de internac o (HEIMSTRA; McFARLING, 1978).

Por estarem acamados e não terem outra op o de espaço para se recuperar, a estadia dos pacientes torna-se angustiante e estressante. Mesmo que alguns pacientes tenham conhecimento sobre a possibilidade de utilizar a Sala de TV, não há estímulo para irem até lá devido   ausência de privacidade e por ser desconfortável, com apenas dois sofás (com capacidade para três pessoas cada um) em péssimo estado de conserva o.

A intera o entre pacientes que não estão tão debilitados poderia ser uma forma de ajudar em sua recupera o, pois o contato com outras pessoas   positivo e, esta vivência faz com que não se sintam tão isolados e institucionalizados.

Para os funcionários, que permanecem por longos períodos, seria conveniente haver um espaço próprio para descanso, conversas privadas, pausas e assim, minimizar os efeitos psicológicos negativos advindos da exaustiva jornada de trabalho. Além disso, este espaço poderia ser usado para reuniões, palestras e treinamentos.

O *Layout* adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível), não teve menções por parte dos pacientes. Já os funcionários consideram que a falta de acomodação para os acompanhantes – que permanecem no mesmo ambiente que os pacientes – é resultado de um *layout* que não favorece a adequação para gerar privacidade e conseqüentemente mais conforto aos usuários.

Um ambiente com dimensões generosas e mobiliários de fácil movimentação poderia propiciar a formação de territórios, evitar comportamentos de estresse e colaborar para o bem-estar de todos os usuários do quarto.

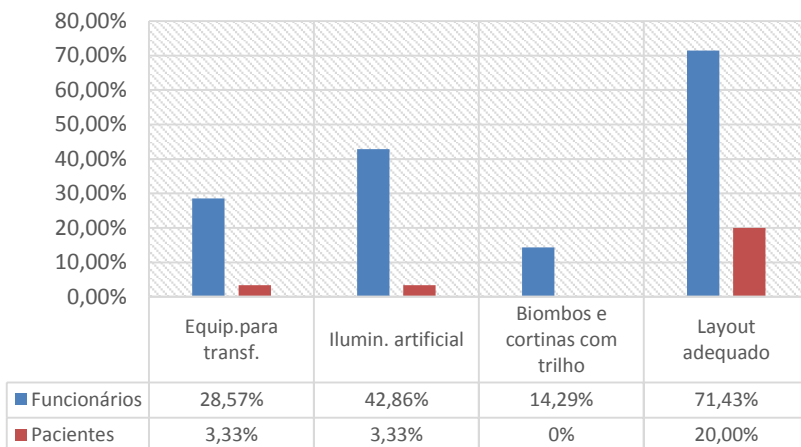
Os elementos pertencentes ao Suporte Social que não foram citados durante as entrevistas foram: abertura (portas), biombos e cortinas com trilhos. Acredita-se que a ausência de menções destes elementos refere-se ao fato de não estarem associados ao Suporte Social.

Assim, o programa de necessidades de um hospital humanizado deve atender outras necessidades dos usuários e, não exclusivamente, ser focado apenas no atendimento médico. Excluir as necessidades sociais resultará certamente em projetos de baixa qualidade e insatisfação na permanência dos usuários.

4.2.2.2 Suporte às Atividades

O componente Suporte às Atividades sugere características que favoreçam a realização das atividades tanto para os funcionários, quanto para os pacientes, com o objetivo de facilitar a rotina, aumentar sua autonomia, independência, segurança e conforto.

Gráfico 2 – Elementos do Suporte às Atividades - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Layout adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) foi citado pelos funcionários devido às dimensões inadequadas e péssimas condições de acessibilidade do banheiro. Ficou evidenciada a dificuldade em higienizar pacientes cadeirantes, pois o ambiente impossibilita o giro da cadeira, mencionado também pelos pacientes, que reforçaram ainda o fato de não haver barras de apoio. Esta situação pode aumentar a sensação de insegurança na utilização desse espaço.

A possibilidade de flexibilidade do mobiliário permite que os funcionários os adequem de acordo com cada atividade realizada para facilitar seu trabalho e transmitir ao paciente a sensação de segurança. Como consequência há uma melhor qualidade na estadia.

O item iluminação artificial dos quartos foi mencionada pelos funcionários por não ser suficiente. Assim, torna-se necessária a utilização de outra fonte de luz - neste caso, a utilização de um abajur que fica na sala de guarda de materiais. Devido a Ala possuir orientação leste/oeste, no início da manhã alguns quartos são mais claros, porém, no final da tarde, as luzes são insuficientes. Portanto, são necessárias fontes extras de iluminação para realização das atividades importantes,

como por exemplo, a administração de remédios, medição de sinais vitais e curativos.

Os pacientes afirmaram também que, pelo fato da iluminação artificial no teto ser direta, se torna incômoda quando utilizada. Se a arandela posicionada na cabeceira do leito possuísse uma haste flexível o uso de outra fonte poderia ser dispensável e esta luminária poderia se adequar tanto ao uso pelos funcionários, quanto pelos pacientes para leituras, trabalhos manuais e outras atividades que fossem realizar.

Os equipamentos utilizados para transferência do paciente foram citados por grande parte dos funcionários. Fica evidenciada a dificuldade em retirar o paciente do leito e deslocá-lo para o banheiro, onde é necessário, em alguns casos, ajuda de outra pessoa. Um equipamento, mesmo que móvel, facilitaria a atividade e tornaria este deslocamento mais ágil, rápido e seguro. Os pacientes corroboram com tal afirmação, visto a dificuldade que tem para sair do leito, mesmo no caso de troca da roupa de cama.

Biombos e cortinas com trilho foram mencionados pelos funcionários, pois sua utilização poderia facilitar o banho de leito ou mesmo a troca de algum paciente para assim, evitar situações de constrangimento e garantir maior privacidade. Já no caso dos pacientes, não houve citação durante as entrevistas.

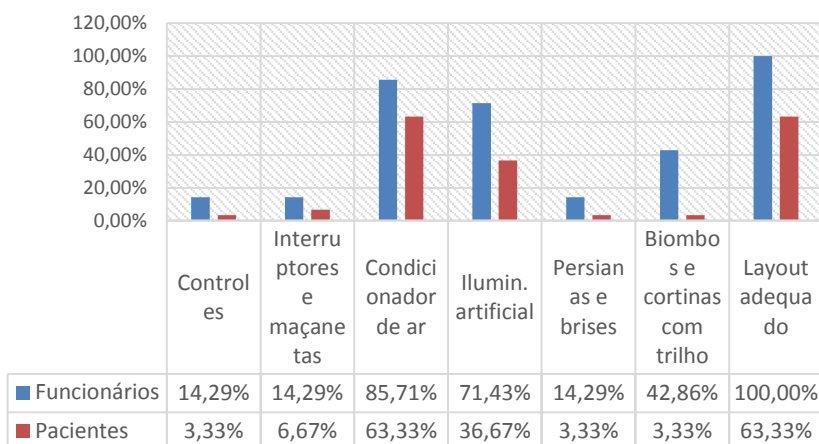
Neste componente, ficou demonstrada a importância que os funcionários dão a elementos que facilitem às atividades. Além disso, pelo fato de estarem diariamente no hospital, cumprindo sua jornada de trabalho diária, conseguem ter uma percepção maior em relação aos elementos que facilitam ou dificultam as atividades de rotina.

Elementos como: revestimentos, cores, sinalização, persianas, brises e espaços específicos para outras atividades não foram citados pelos participantes visto que priorizam outros elementos para a realização das atividades. Apesar de citados na Revisão de Literatura, as Entrevistas refutaram sua importância para as atividades.

4.2.2.3 Controle do Ambiente

O Controle do Ambiente possui elementos relacionados ao controle do espaço a nossa volta, para aumentar a privacidade dos usuários e evitar comportamentos que geram estresse.

Gráfico 3 – Elementos do Controle do Ambiente - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

O Controle do Ambiente possui elementos relacionados ao controle do espaço a nossa volta, para aumentar a privacidade dos usuários e evitar comportamentos que geram estresse.

Layout adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) é citado por todos os usuários, pois associam a adequação do *layout* ao controle da privacidade, e pelos quartos serem demi-suítes, ouvem-se muitos ruídos e gemidos de outros pacientes. Por estarem os quartos dispostos ao longo de um único corredor, a circulação de pessoas gera incômodo, conseqüentemente tem-se comportamentos associados ao estresse e ansiedade nos pacientes.

Devido às portas dos quartos estarem sempre abertas para um maior controle dos pacientes pelos funcionários, todos que circulam olham para dentro dos quartos e minimiza-se ainda mais a sensação de controle do espaço e, conseqüentemente, da privacidade. Neste sentido, a porta – Aberturas (portas) - deve ser considerada como um novo elemento a ser acrescentado ao componente Suporte Social, que

até então, não havia sido citada na pesquisa e durante as entrevistas foi mencionada pelos pacientes.

Condicionador de ar foi citado pelos funcionários e pelos pacientes, de forma positiva, pois todos os quartos possuem esse equipamento. Porém, pelos quartos serem coletivos, a temperatura nunca satisfaz os usuários da mesma forma e o fato de as portas estarem sempre abertas, dificulta a regulação da temperatura e gera insatisfação dos pacientes.

No período noturno, os funcionários precisam acender a luz individual do leito para atender aos pacientes e muitas vezes esta não é suficiente. Como a iluminação do quarto é de teto e direta, gera incômodo aos demais; assim evitam acendê-la, o que prejudica a atividade a ser realizada. O controle da iluminação artificial é positivo na visão dos funcionários, porém, por haver apenas interruptor próximo à porta, os pacientes que estão debilitados não conseguem acesso e muitas vezes dormem com a luz acesa.

Biombos e cortinas com trilhos, bastante mencionados pelos funcionários, demonstram a necessidade de privacidade que os pacientes necessitam, principalmente no caso de procedimentos realizados no leito. Interruptores e maçanetas foram citados devido à dificuldade de manuseio por alguns, pois não foram considerados universais.

Controles foram poucos mencionados mesmo na ausência da campainha para os pacientes chamarem os funcionários. Acredita-se que devido às portas dos quartos estarem sempre abertas, a comunicação entre pacientes e funcionários muitas vezes se dá pelo deslocamento do próprio paciente apto para tal até o posto de enfermagem. Em outros casos, quando o paciente está debilitado e impossibilitado de se deslocar, é necessário que alguém passe no corredor – seja funcionário, ou não – para solicitar ajuda ao enfermeiro, situação esta, confirmada durante as Observações.

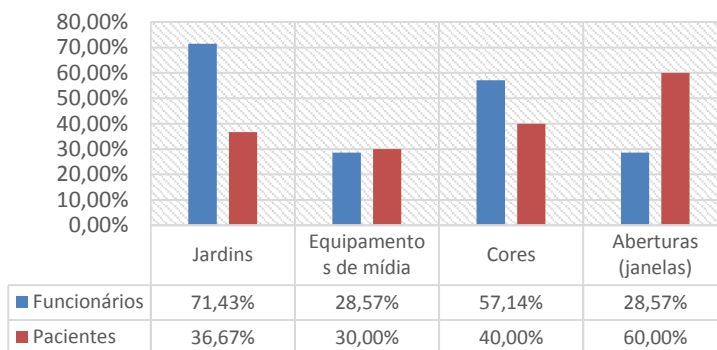
Persianas e brises foram citadas pela ausência de cortinas nos quartos, o que gera incômodo aos pacientes, principalmente pela orientação leste/oeste da Ala. As janelas possuem película fosca o que não inibe a luz do sol e gera ofuscamento tanto para o paciente como para o funcionário ao realizar alguma atividade. O leito localizado próximo a porta não é tão exposto pelo ofuscamento quanto o leito próximo a janela.

O componente Controle do Ambiente obteve a maioria de seus elementos citados pelos entrevistados, exceto o equipamento para transferência do paciente, pois o mesmo é relacionado pelos usuários ao Suporte às Atividades.

4.2.2.4 Distração Positiva

Os elementos correspondentes às Distrações Positivas estão relacionados a características do ambiente que fazem com que os usuários foquem suas atenções em outras situações que não estejam relacionadas a sua doença ou, no caso dos funcionários, que favoreçam o relaxamento.

Gráfico 4 – Elementos da Distração Positiva - Funcionários (N=7) e pacientes (N=30).



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

O elemento jardim possui bastantes citações pelos funcionários por ser um excelente restaurador da saúde, de baixo custo e fácil manutenção. Pode-se perceber que há um grande anseio pelo acesso visual à vegetação, visto sua influência positiva no comportamento dos pacientes.

Aberturas (janela) foram mencionadas como importantes, pois por meio deste elemento, ocorre o contato com o exterior. A possibilidade de controle e o conhecimento sobre o que acontece do lado de fora é positivo para os pacientes internados. Devido à película

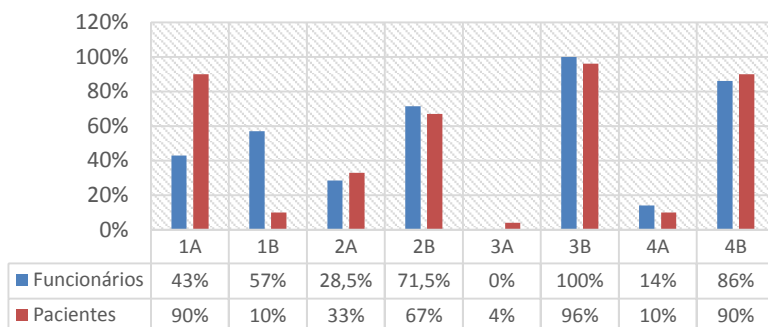
instalada em todas as janelas, muitos pacientes relatam não saber informações sobre o clima, e, esta ausência de controle gera desconforto.

As cores na opinião dos funcionários, poderiam ser mais alegres, para estimular a permanência dos usuários. Porém, mesmo a cor das paredes em tons de bege, foram consideradas como satisfatória e agradável quando comparada a cor branca pelos pacientes.

Equipamentos como televisão e rádio, foram citados como uma forma de distração para os pacientes. Ao considerar que estes ficam muitos dias internados, os equipamentos auxiliariam a tirar o foco da doença, mesmo que seu controle, por serem quartos coletivos, seria difícil. Gravuras, imagens, fotos, quadros, fontes, aquários, lareiras e aberturas não tiveram menções e supõem-se estarem relacionados ao fato de terem um maior custo de implantação.

4.3 Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir da Seleção Visual

Ao final da aplicação das Entrevistas, foi realizada com os participantes a técnica de Seleção Visual, para que indicassem as imagens de sua preferência e o porquê destas escolhas. Durante a apresentação das imagens aos participantes, as mesmas possuíam a nomenclatura 1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B, 4A e 4B para facilitar a anotação de suas escolhas nos roteiros, para posterior classificação.

Gráfico 5 – Resultado da Seleção Visual com pacientes e funcionários.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

O quarto de internação com dois leitos (Figura 66) foi a imagem optada pela maioria dos funcionários (1B). Acredita-se que, esta escolha esteja relacionada ao número de leitos, pois neste caso, é possível atender dois pacientes de forma rápida, isto facilita o trabalho. Ainda que, o quarto seja coletivo, o que poderia limitar a privacidade do paciente, a imagem escolhida apresenta cortinas entre os leitos e possibilita que se adeque o espaço, conforme a atividade realizada, seja medicação, banho, troca ou mesmo uma conversa privada.

Já a maioria dos pacientes, ao contrário dos funcionários, prefere o quarto individual (Figura 67) (1A). Isso indica a preferência por ficarem sozinhos, assim fica evidenciada a importância dada à privacidade. Há casos em que os pacientes não se adaptam com os companheiros de quarto, ainda mais se estão com a saúde muito fragilizada, o que causa sensações de angústia, ansiedade e estresse. A imagem escolhida também possui uma grande janela com vista para o jardim e confirma as respostas obtidas nas entrevistas – Distrações Positivas – em que o elemento jardim também foi considerado importante.

Figura 66 – Preferência dos funcionários - quartos de internação coletivos.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁴⁸.

Figura 67 – Preferência pacientes - quartos de internação individual.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁴⁹.

A imagem selecionada para banheiro (Figura 68), tanto pelos pacientes quanto pelos funcionários refere-se àquela com barras de apoio, sem box (2B). Apesar de a imagem possuir um vaso sanitário, o que não a torna tão atrativa, a sensação de segurança e a presença de equipamentos que facilitem a acessibilidade para o uso, influenciou na escolha dos participantes. Esta escolha confirmou as informações oriundas das entrevistas, pois ficou evidente a necessidade de os espaços serem elaborados de forma a considerar as diferentes limitações dos usuários na realização de atividades.

⁴⁸ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

⁴⁹ *Ibid.*

Figura 68 – Preferência dos usuários para banheiros hospitalares.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁵⁰.

A imagem para espaços internos de hospitais (Figura 69), que contém vista para o exterior (3B), agradou mais os usuários de forma geral, pois permite o contato visual seja com uma paisagem urbana ou vegetação, além de minimizar os efeitos da sensação de institucionalização. Essa escolha indica a necessidade de olhar para fora, para reduzir a sensação de aprisionamento, que muitos usuários sentem. Além disso, a imagem apresenta um mobiliário com diversas possibilidades de arranjo espacial e presença de vegetação. Prover ambientes que possibilitem estímulos positivos, alivia o sofrimento e a angústia da espera e influencia os usuários positivamente.

⁵⁰ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

Figura 69 – Preferência dos usuários para ambientes de estar internos.



Fonte: Página do *Healthcare Design Magazine*⁵¹.

Figura 70 – Preferência dos usuários para ambientes de estar externos.



Fonte: Página do *ArchDaily Brasil*⁵².

O ambiente externo (Figura 70) que mais agradou os usuários, tanto os funcionários, quanto pacientes, refere-se à imagem que possui maior presença de vegetação e espaço coberto, o qual pode ser aproveitado também em dias de chuva (4B). Além disso, o espaço garante uma maior privacidade para os usuários, pois não está aos olhos da rua. A imagem transmite a sensação de calma, possibilita observar a natureza, tomar banho de sol e, colaborar assim, na redução do estresse, melhorar a saúde, estimular seu bem-estar e o contato com outras pessoas.

4.4 Considerações sobre o Objeto de Estudo a partir da Observação do Comportamento e Análise dos Traços Físicos

A Observação do Comportamento e a Análise dos Traços Físicos possibilitaram registrar o comportamento dos usuários, bem como os vestígios de atividades deixadas no ambiente estudado.

⁵¹ Disponível em <<http://www.healthcaredesignmagazine.com>>. Acesso em 05 out 2015.

⁵² Disponível em <<http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>>. Acesso em 09 out 2015.

Durante o trajeto até o posto de enfermagem, com o objetivo de identificar quais pacientes estavam aptos a serem entrevistados, percebeu-se que os mesmos ficavam em pé nas portas dos quartos, o que sugere irritabilidade por não terem permissão e opção de utilizarem outros espaços para distração e socialização.

O comportamento dos pacientes era observado durante a realização das Entrevistas. A maior parte estava em repouso, no leito. Havia também, pacientes sentados nas poltronas dos quartos os quais estavam mais suscetíveis à irritabilidade, estresse e angústia. Eram poucos os que interagiam com o companheiro de quarto. A maioria permanecia em silêncio, utilizavam o celular ou faziam a leitura de algum livro.

A privacidade visual e sonora é inexistente visto que as portas dos quartos estão sempre abertas. A sensação de serem vigiados, ao mesmo tempo que os faz sentirem-se seguros, os inibem da própria posição em que ficam deitados em seus leitos. Os pacientes permanecem sempre cobertos, pois é o único objeto ao qual possuem controle para garantir privacidade. Ruídos de outros quartos são permanentemente ouvidos, principalmente quando há rádios ligados e conversas nos corredores. Essa ausência de privacidade gera nos pacientes comportamentos de estresse e angústia, pois se ouvem também ruídos de pacientes de outros quartos que estão em situações complicadas de saúde.

A Ala de Clínica Médica e os quartos de internação não possuem barreiras físicas – degraus, desníveis, portas estreitas ou rampas com inclinação exagerada - o que se supõe ser positivo para assegurar a acessibilidade. No entanto, os banheiros possuem dimensões insuficientes e dificultam o deslocamento dos usuários com mobilidade reduzida - principalmente cadeirantes.

Mesmo que não tenha sido observado durante seu uso, pela análise da planta-baixa, observa-se que a configuração espacial do ambiente não atende aos requisitos de acessibilidade, em que não é possível realizar o giro da cadeira ou mesmo utilizar o vaso sanitário, pois não há espaço para a transferência do paciente, além de nenhuma barra de apoio. Apenas a área do lavatório possibilita o uso com cadeira de rodas de forma facilitada.

Devido ao Hospital ser térreo, a instalação de películas foscas nas janelas dos quartos e banheiros teve por objetivo, de acordo com a direção do hospital, garantir privacidade aos usuários, visto que, os funcionários circulam na área externa para realizar a limpeza. Porém, foi observado em diversos quartos que algumas janelas estavam sem esta película, foi retirada pelos próprios pacientes no desejo pelo contato visual com o exterior, em busca de distração. Apesar do custo de uma película ser relativamente menor que uma persiana, a possibilidade de permitir ao usuário controle do que é visto poderia garantir maior distração e satisfação em sua permanência no ambiente.

Em relação aos comportamentos ambientais observados – privacidade, espaço pessoal, territorialidade e aglomeração -, constatou-se no caso dos pacientes, ausência de privacidade por dividirem o quarto com outra pessoa. Além disso, o banheiro, utilizado por dois quartos - quatro pessoas – não possibilita controle e causa muitas vezes constrangimento. Devido às portas dos quartos estarem sempre abertas, a privacidade visual e sonora é inexistente para os pacientes, o que aumenta ainda mais a sensação de institucionalização.

O espaço pessoal é percebido pela ocupação do próprio leito, e fica caracterizado que todo espaço ao redor, pertence àquele indivíduo. Observam-se também nos quartos, comportamentos relacionados a territorialidade com a personalização do espaço em volta do leito, pelo uso de fotos de familiares coladas nas paredes com fita adesiva e outros objetos pessoais colocados no criado-mudo, como livros, celular, até mesmo cobertas que alguns pacientes trazem de suas casas.

De forma geral, não se observou a sensação de aglomeração, apesar de nas Entrevistas um paciente ter relatado que mudou de quarto devido à saúde muito debilitada de seu companheiro, que gerava uma sensação de aflição e estresse constante. Quando há quarto disponível, mudam o paciente, senão o único recurso é utilizar um biombo para separar os leitos, numa tentativa de minimizar os efeitos negativos deste convívio.

No caso dos funcionários, percebe-se a ausência de privacidade para conversas privadas entre a equipe, reuniões e até mesmo para realizar alguma tarefa que exija concentração, pois não há espaços específicos para estas atividades. O posto de trabalho dos funcionários por ser aberto, além de não favorecer a privacidade para realização das tarefas, também não oportuniza a formação de territórios.

Durante a observação, apenas a mesa da chefe de enfermagem possuía alguns adereços na tentativa de demarcar seu espaço pessoal, mesmo que este espaço também fosse utilizado pelos médicos. Além disso, na relação funcionário/paciente constata-se que não existe possibilidade de conversas privadas, devido à ausência de elementos ambientais que favoreçam esta relação ou mesmo de um ambiente específico para este fim, na Unidade. Quanto à sensação de aglomeração não foi observada fatores que evidenciassem este comportamento.

Quanto aos Traços Físicos, pôde-se notar principalmente “Produtos do Uso”, já que atrás dos leitos, existem desgastes e buracos nas paredes por serem de gesso acartonado – material não resistente a impactos -. Esta característica (Figura 71 e 72) foi observada em oito quartos.

Figura 71 – Desgaste na parede atrás do leito – Produtos do Uso.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 72 – Desgaste na parede atrás do leito – Produtos do Uso.



Fonte: Autora, 2016.

Na maioria dos banheiros (Figura 73), os problemas referem-se a desgastes causados pelo uso, além de problemas de caráter construtivo e manutenção, como, por exemplo, infiltrações e mofos

Figura 73 – Banheiros com atrás dos leitos – Produtos do Uso.



Fonte: Autora, 2016.

Relacionado a Adaptações ao Uso, pôde-se notar que apenas dois quartos faziam o uso de biombo entre leitos para garantir a privacidade do paciente, pois há casos em que na ausência de quartos disponíveis, homens dividem o quarto com mulheres ou mesmo, devido à gravidade do estado de saúde em que se encontram, tais elementos são necessários.

Outro tipo de adaptação foi à retirada, em algumas janelas, da película fosca que inibe a visão para o exterior. Percebe-se que, os próprios pacientes a retiram com o objetivo de poder enxergar o lado de fora, mesmo que isso iniba a privacidade (Figura 74). Outra adaptação percebida foi em relação às portas dos quartos, que ficam sempre abertas. Por não haver suporte, utilizam a escada móvel para mantê-la nesta posição, que além de piorar a privacidade, dificulta a saída do paciente do leito (Figura 75).

Em alguns banheiros observou-se a presença de uma cadeira plástica no compartimento do chuveiro (Figura 76) e confirma que, por não haver barras de segurança, nem cadeiras de banho em número suficiente, os pacientes precisam tomar banho sentados para se sentirem seguros.

Figura 74 – Janela com película retirada.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 75 – Escada como apoio para portas.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 76 – Cadeira plástica utilizada.



Fonte: Autora, 2016.

Traços de Manifestação de Identidade foram observados nos Quartos de Internação, alguns pacientes tinham fotos de familiares fixadas na parede, bem como outros objetos pessoais a mostra. Neste caso, não foi possível o registro fotográfico devido o paciente estar em seu leito. A ausência da privacidade e o ambiente coletivo, muitas vezes inibem o paciente de caracterizar o espaço a sua volta e de sentir que aquele território lhe pertence.

Mensagens Públicas oficiais foram registradas nas cabeceiras dos leitos, pois a própria administração do hospital que as colocam. São suportes em acrílico onde colocam o nome do paciente pertencente àquele leito e a data da internação (Figura 77). Além disso, existem também placas de sinalização e identificação dos ambientes para facilitar o deslocamento dos usuários, principalmente em horários de visitas (Figura 78).

Figura 77 – Suporte para nome dos pacientes.



Fonte: Autora, 2016.

Figura 78 – Placas de sinalização localizadas nos ambientes com funções diferenciadas.



Fonte: Autora, 2016.

4.5 Discussão dos Resultados

Posterior à aplicação da metodologia e análise de todos os dados pôde-se verificar que os resultados mais relevantes foram obtidos a partir da Inquirição - Entrevistas. Elaborou-se, portanto, o Quadro 14 que sintetiza os resultados e responde à pergunta da pesquisa: “*quais elementos ambientais do quarto de internação são mais significativos para os usuários e contribuem para a humanização?*” favorecem assim, a permanência dos usuários, principalmente dos pacientes.

Na primeira coluna do Quadro abaixo, têm-se os principais usuários, seguidos pelos componentes da humanização determinados na pesquisa. Na terceira coluna, os elementos considerados por cada grupo de usuários como mais significativo e na última coluna sua porcentagem onde foram considerados apenas os elementos que obtiveram acima de 50% das citações, por considerar que essa porcentagem possui maior relevância, pois refere-se à maioria dos participantes. Os resultados obtidos são ainda discutidos com a literatura e avaliados conforme gênero e idade dos pacientes.

Quadro 14 – Elementos mais citados em porcentagens pelos usuários.

Usuários	Componente da Humanização	Elemento mais significativo	Porcentagem
Funcionários	Suporte Social	Espaço específico para outras atividades	71,43%
	Suporte às Atividades	<i>Layout</i> adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível)	71,43%
	Controle do Ambiente	<i>Layout</i> adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível)	100%
	Distrações Positivas	Jardins	71,43%
Pacientes	Suporte Social	Espaço específico para outras atividades	83,33%
	Controle do Ambiente	<i>Layout</i> adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) e Condicionador de ar	63,33%
	Distrações Positivas	Aberturas (janelas)	60%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

No quadro acima, pode-se constatar que ambos os usuários concordam na maioria dos elementos elencados como significativos. Nos componentes Suporte Social e Controle do Ambiente, os elementos considerados são os mesmos, visto que, no caso dos pacientes, também citaram o Condicionador de Ar para Controle do Ambiente.

No componente Suporte às Atividades percebe-se que no caso dos funcionários houve grande quantidade de citação visto que durante sua permanência nesses ambientes, realizam atividades importantes e consideram que se o *layout* fosse mais adequado e houvesse uma maior flexibilidade nos equipamentos e mobiliários, suas atividades poderiam

ser realizadas de forma ágil, segura e com maior conforto. Para os pacientes, a menção ao componente Suporte às Atividades foi muito baixa (20%), o que indica sua preferência por elementos que propiciem distração, privacidade e a opção de socialização.

Houve discordância apenas no Componente Distrações Positivas, aos quais os funcionários elencaram o Jardim como mais significativo, em contrapartida, os pacientes preferiram as Aberturas (janelas) - independente se a vista for para jardim ou para a rua.

Para prover **SUORTE SOCIAL** a ambos os usuários, o elemento “Espaço específico para outras atividades” foi considerado como mais significativo. A existência de espaços destinados à realização de outras atividades influencia diretamente na rotina dos pacientes e funcionários. Cavalcanti (2011) comenta que, dispor de ambientes com essas funções no hospital, permite que os indivíduos possam escolher entre estar só ou em contato com outras pessoas.

Para os pacientes, estes espaços poderiam ser destinados à socialização, já que permanecem a maior parte do tempo em seus quartos como, por exemplo, para a realização de trabalhos manuais, leituras, assistir a televisão ou apenas para conversar. Poderiam ainda, ter outra opção para receber visitas, com possibilidade de conversas mais privadas. Para os funcionários, espaços com esta destinação são positivos, pois ajudam a relaxar, aliviar a tensão de suas rotinas e melhorar sua concentração para a realização de atividades importantes.

As áreas externas existentes entre os blocos de internação, por exemplo, poderiam ser melhores aproveitadas, se destinadas a atividades variadas, como observado nos Hospitais da Rede Sarah Kubistchek, do arquiteto João da Gama Filgueiras Lima, Lelé, (1932 – 2014) em que é notável a relação do edifício com o exterior, ao criar refúgios para os usuários com a possibilidade de uso de outros espaços que não sejam apenas os quartos. Além da socialização, o banho de sol também é importante para o reestabelecimento da saúde dos pacientes.

Ao comparar as respostas obtidas nesta pesquisa, entre gênero e idade, percebe-se uma maior incidência na indicação deste elemento pelo grupo jovem, e não há diferença considerável entre gêneros. Por ser uma população mais ativa o fato de estarem internados, sem possibilidade de sair, gera estresse e ansiedade. Ao comparar a amostra jovem com a amostra de idosos, nota-se que por mais que haja diferença significativa de idade, o grupo de idosos também idealizam tais espaços

pela necessidade de convívio social com outras pessoas, pois muitos não possuem acompanhantes e, estão sujeitos à depressão.

Foi constatado ainda, durante as observações, comportamentos relacionados à inquietação, ansiedade e estresse, pelo fato dos pacientes ficarem o dia todo em seus quartos, sem distração e sem realizar atividades que os ajudem a passar o tempo. A inclusão de espaços diferenciados para outras atividades e permanência dos usuários pode ser uma forma de amenizar os sentimentos negativos em decorrência da sensação de institucionalização.

Para o componente **SUPORTE ÀS ATIVIDADES** o elemento “*Layout* adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) ” se destaca como significativo para os funcionários, pois consideram que o *layout* interfere diretamente na realização das atividades. Foram mencionadas dificuldades na utilização do banheiro por não possuir acessibilidade e como consequência, causa insegurança. Durante a análise dos Traços Físicos foi constatado o uso de cadeira plástica em alguns banheiros para servir de apoio. O uso de cadeiras próprias para banho seria possível, caso as dimensões do ambiente estivessem em acordo com a NBR9050 (ABNT, 2004), para permitir o giro e deslocamento da cadeira pelo usuário.

Mesmo que a porcentagem para este componente, no caso dos pacientes, tenha sido baixa, deve-se considerar que, por serem usuários que estão fragilizados e propensos a comportamentos de estresse e irritação, neste caso o ambiente deveria facilitar as poucas atividades que realizam, para assim, minimizar seu grau de insatisfação.

Para o componente **CONTROLE DO AMBIENTE**, o elemento “*Layout* adequado (dimensionamento e flexibilidade dos equipamentos e mobiliário quando possível) ” obteve a maior frequência nas respostas de ambos os usuários. Porém, cabe ressaltar que no caso dos pacientes o “Condicionador de Ar” obteve a mesma quantidade de menções do *Layout*, considerado por este grupo específico como importante para controlar o conforto ambiental.

A preferência pelo “*Layout* adequado” está diretamente relacionada às condições de privacidade, por serem quartos coletivos. Rocha (2010) sugere que para esta tipologia de quarto, haja o emprego de elementos que facilitem a formação de territórios e aumente a

privacidade entre os indivíduos, de forma a delimitar o espaço de cada um. Durante as observações realizadas, a ausência de privacidade visual e sonora, devido às portas dos quartos estarem sempre abertas fazem com que os usuários se sintam expostos o tempo todo.

Se o *layout* permitisse a configuração de arranjos espaciais de modo a favorecer a criação de territórios, conseqüentemente proporcionaria o controle da privacidade para os pacientes e demais usuários. A presença de elementos ambientais com características flexíveis, como o mobiliário, por exemplo, permitiria que algumas condições ambientais fossem controladas, pelo menos no que diz respeito às distâncias e ao seu posicionamento, de acordo com as preferências de cada um.

Para não prejudicar a circulação de pessoas e equipamentos no local, algumas soluções de projeto poderiam ser adotadas como, por exemplo, o uso de divisórias desmontáveis ou mesmo deslocáveis e marcações no piso que permitissem diferentes arranjos. Esta solução, além de favorecer a privacidade, colaboraria para a realização das atividades dos funcionários com maior conforto e segurança (VIANNA, 2010).

A possibilidade de diferentes arranjos no *layout* relaciona-se conseqüentemente com a possibilidade de melhor adequação da edificação em função do desenvolvimento tecnológico, evolução de procedimentos médicos e até mesmo de outras atividades a serem realizadas em um mesmo ambiente. Toledo (2007) comenta que incorporar novas práticas e equipamentos médicos nos hospitais, exige sempre constantes adaptações; portanto, o *layout* pode suportar melhor estas transformações sem grandes transtornos aos usuários.

O “Condicionador de Ar”, mencionado pelos pacientes, foi percebido como positivo pelo hospital ser público. Porém, a temperatura nunca satisfaz a todos os usuários igualmente. Os idosos ficam com receio em ligar o equipamento, pois acreditam que o ar gelado pode piorar seu estado de saúde.

Segundo Rocha (2010), o desconforto térmico – por frio, calor, ou simplesmente pela ausência de ventilação – pode ainda impedir ou dificultar a realização de atividades pelos usuários e provocar estresse. Contudo, a climatização artificial com controle da temperatura pode contribuir para uma maior satisfação em permanecer no ambiente, além de ajudar a dissipar os odores dos ambientes, principalmente no caso de

ambientes em que as janelas permanecem sempre fechadas e não há possibilidade de ventilação natural por meio das aberturas.

O uso compartilhado do condicionador de ar mostra ainda a necessidade frequente de interação em virtude das negociações acerca da ligação e temperatura do ar (VIANNA, 2010). Assim, acredita-se que o condicionador de ar traz mais benefícios do que problemas, visto que propicia conforto térmico e ambiental mais adequado para uma permanência satisfatória. Para este elemento, não houve diferença significativa na resposta entre gêneros.

Para **DISTRAÇÕES POSITIVAS**, os funcionários elencaram o “Jardim” como prioritário, o que corrobora com o pensamento de Ulrich (1984), pela capacidade de restaurar a saúde. De acordo com Sampaio (2005) o contato com a natureza interfere positivamente no bem-estar dos usuários, principalmente nos pacientes que estão sensíveis aos estímulos do ambiente. Assim, os níveis de ansiedade e estresse diminuem com garantia de maior satisfação.

Nos Hospitais da Rede Sarah Kubistchek, do arquiteto João da Gama Filgueiras Lima, Lelé, (1932 – 2014) os jardins além de restaurar a saúde também contribuem para o conforto térmico, ao minimizar os ganhos de calor nos ambientes internos. Ainda segundo Sampaio (2005) pode-se pensar também na utilização de água em espaços ajardinados, pois influencia na sensação psicológica, o que gera bem-estar emocional. No caso dos funcionários, reduz a tensão, descontra e relaxa devido exercerem atividades que exigem muita concentração.

Segundo Cavalcanti (2011), caminhar e realizar pequenas movimentações dentro da instituição e contemplar visuais agradáveis como um jardim, é uma forma de distração positiva. Integrá-los aos ambientes pode ser uma alternativa para fazer pequenos passeios, descansar ou mesmo fazer uma refeição, de forma mais prazerosa. A disponibilidade de um jardim ou um solário integrado ao ambiente, também poderia permitir ao paciente conversar com algum familiar ou visitante de forma mais privativa, ou simplesmente para contemplação.

Algumas instituições fazem ainda o uso do jardim terapêutico para ajudar no tratamento dos pacientes, com plantas que possuem propriedade de cura e despertam os sentidos ao provocar estímulos positivos nos usuários. Pode-se ainda tirar proveito de pequenas áreas

dentro do próprio complexo hospitalar, assim promove o contato direto, tanto físico quanto visual com a natureza. Criam-se atmosferas agradáveis para os usuários. (VASCONCELOS, 2004).

Já os pacientes consideram para este componente a “Abertura (janela)” como elemento prioritário. A necessidade de olhar para fora, minimiza os efeitos da institucionalização e permite o contato com o exterior. Segundo Rocha (2010), é indicado ainda que haja a possibilidade de controle do seu sistema de fechamento, para que se regule a quantidade de estímulos recebidos como, por exemplo, uma janela que possui persiana ou cortina que permita ajustar a intensidade da luz natural no ambiente.

As janelas são o principal elemento arquitetônico presente no ambiente hospitalar por proporcionarem contato com o ambiente exterior. Sua importância se dá ao garantir conforto visual, térmico e psicológico para os pacientes e proporcionar a percepção da variação da luz do dia, o contato com a vegetação, o relaxamento e consequentemente, acelerar a melhora dos pacientes nos tratamentos.

Portanto, visualizar o exterior é extremamente importante para os usuários com rotina pacata e que passam a maior parte do seu tempo num mesmo ambiente. É possível deduzir que as janelas de um hospital podem influenciar substancialmente o estado emocional do paciente e sua recuperação (VASCONCELOS, 2004).

O paciente internado, desliga-se do mundo exterior e de acordo com a condição em que se encontra, a janela é o único meio de comunicação. Vasconcelos (2004) comenta que sua localização no ambiente, sua dimensão, seu mecanismo de funcionamento/abertura e a vista que proporciona, pode ser um dos meios de contato mais importantes entre o paciente e o ambiente externo.

Assim, o Hospital em estudo poderia ter uma relação interior/ exterior melhor aproveitada com grandes aberturas que pudessem permitir este contato. Por possuir películas foscas nas janelas, a visão é inibida, e o paciente fica sem nenhum tipo de distração. A estimulação proveniente do ambiente externo é importante para evitar o estresse e a monotonia (ULRICH, 1984; VASCONCELOS, 2004; MEDEIROS, 2004; VERDERBER; FINE, 2000). Ficou ainda mais evidente esta necessidade, pois durante a Análise dos Traços físicos, as janelas se apresentaram com as películas danificadas numa tentativa de o paciente ter contato com o exterior.

Devlin *et al.* (2016), em pesquisa realizada em hospitais de Portugal e Estados Unidos, para avaliar os componentes determinados por Ulrich (1984), concluíram que, no ponto de vista dos pacientes, a possibilidade de contato com o exterior é uma alternativa para obter Distrações Positivas e destacam ainda que esta vista é positiva desde que seja para o movimento da rua ou alguma paisagem. Há casos de hospitais que possuem contato com o exterior, porém as vistas são para paredes, o que não possui impacto positivo.

Cabe ressaltar que, prover elementos que garantam um ambiente mais humanizado e que gerem bem-estar aos usuários, é muitas vezes difícil devido ao custo. Ao conhecer seus efeitos benéficos para a saúde, a implementação poderia reduzir o tempo de internação e resultar na melhora rápida do paciente, e também, um menor desgaste da equipe de funcionários. Portanto, estes elementos deveriam ser vistos com outros olhos, pois são facilitadores e importantes para o bem-estar físico e emocional dos usuários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até pouco tempo atrás se pensava que para o ambiente ser humanizado era necessário dispor de decoração, cores diferenciadas, quadros, fontes, entre outros elementos, que trouxessem aos usuários a sensação de estar num hotel e não dentro de um hospital. Mediante esta observação, acreditava-se que apenas hospitais privados poderiam contemplar espaços humanizados, visto que, seria necessário grande investimento financeiro para dispor destes elementos nos ambientes.

No entanto, esta pesquisa efetuada em um hospital público, demonstrou que é possível humanizar os espaços por meio de outros elementos, inerentes à própria arquitetura, os quais foram elencados pelos usuários como mais significativos. Tais elementos – como as aberturas (janela), o jardim, espaços destinados a outras atividades ou o próprio *layout* do ambiente – devem ser repensados e inseridos no projeto arquitetônico de forma a atender as demandas dos diferentes usuários.

O elemento aberturas (janela), por exemplo, citado como mais significativo para os pacientes como forma de obter Distrações Positivas, poderia ter seu peitoril mais baixo de forma a possibilitar, aos pacientes acamados, visualizar o exterior. Assim, pensar o elemento de modo diferenciado, não seguir um padrão de dimensão e forma, poderia ser uma estratégia para obter humanização. Ao considerar que as vistas externas minimizam a sensação de institucionalização, o diálogo com o que ocorre do lado de fora é necessário e fundamental para o bem-estar dos usuários.

Os funcionários mencionaram o jardim com grande frequência como elemento para distração positiva que, interno ou externo. Isto corrobora com outras pesquisas ao apresentá-lo como restaurador da saúde. Fica evidente nesta pesquisa que além dos pacientes, os demais usuários dos estabelecimentos de saúde possuem grande necessidade de alívio psicológico devido as rotinas estressantes, e isso podem ser proporcionados pela presença da vegetação.

O dimensionamento do espaço e a disposição do mobiliário muitas vezes são considerados suficientes apenas por seguirem as determinações de normas e de regulamentações. Porém, o *layout* do ambiente se apresenta como fundamental para a realização das

atividades de forma eficiente pelos usuários, visto que, nesta pesquisa, sua função também foi associada ao controle da privacidade. Ao projetar ambientes de longa permanência, principalmente quartos de internação, deve-se oportunizar a criação de territórios e permitir que o usuário tenha algum controle do espaço. Além disso, a privacidade - decidir quando e com quem se quer interagir - contribui para uma permanência mais satisfatória.

A adequação do *layout* e flexibilidade do mobiliário e dos equipamentos também pode permitir que os espaços tenham diferentes usos, seja no cumprimento de sua função primária – atendimento e procedimentos com os pacientes e seu repouso – ou na promoção da socialização entre os usuários, condição esta vista como essencial. Devido ao fato que os funcionários possuem uma rotina exaustiva e que os pacientes possuem sentimentos de isolamento e institucionalização, espaços que permitam aos usuários realizarem outras atividades são positivas, pois colaboram para o bem-estar.

Elementos como o condicionador de ar, para regular a temperatura de forma mecânica; e os jardins, que possibilita a criação de microclimas de forma natural, contribuem positivamente, a fim de garantir aos usuários melhores condições de conforto ambiental. Cumpre ressaltar que, os equipamentos instalados devem ser passíveis de controle pelos usuários. A vegetação, além de contribuir para adequar a temperatura, também possibilita que as vistas externas sejam agradáveis, visto seu potencial restaurador já acima comentado.

Tais elementos devem ser pensados nas etapas que antecedem o projeto, para evitar, custos adicionais e garantir uma composição arquitetônica mais harmoniosa. Planejar os ambientes de acordo com os anseios dos usuários é um primeiro passo para assegurar uma melhor permanência já que elementos associados ao bem-estar garantem a humanização.

Durante a revisão de literatura, quando os componentes da humanização e seus elementos foram determinados, percebeu-se que alguns elementos mesmo com funções diferentes, se repetiam em mais de um componente. Acreditava-se assim que, estes elementos recorrentes poderiam ser considerados mais humanizadores se comparados àqueles que se destacam apenas em um componente.

Por meio da Inquirição, pode-se concluir que, independentemente da quantidade de vezes que um elemento se apresenta, a prioridade dos usuários está relacionada à função do elemento e dos benefícios positivos proporcionados. Como no caso dos jardins, aberturas (janelas) e condicionador de ar, que apesar de se destacarem apenas em um componente foram considerados fundamentais para a humanização. Já os elementos *layout* adequado e espaços específicos para outras atividades - também considerados significativos pelos usuários - se repetem em mais de um componente, pois possuem funções diversificadas.

Conclui-se que, o hospital em estudo não apresenta soluções ambientais que expressem preocupação com a humanização arquitetônica. Ainda que, sua tipologia possibilite aspectos positivos como a setorização clara, o favorecimento da iluminação natural e a ventilação – em área que não sejam críticas –, os elementos que realmente importam para os usuários são pouco explorados. As janelas seguem um padrão que não permitem a visualização para o exterior, tampouco o controle de iluminação natural. A presença de vegetação ocorre apenas nas áreas de acesso. Entre os blocos de internação há apenas grama, porém, os usuários não conseguem visualizá-la. O *layout* não permite arranjos diferenciados e o mobiliário apesar de não ser fixo é pesado, o que dificulta alterações em seu posicionamento. Ainda que o quarto esteja com as dimensões nos padrões determinados pela RDC 50 (ANVISA, 2002), o banheiro não atende as condições mínimas de acessibilidade para pacientes e, também para que, os funcionários possam auxiliá-los no banho.

Esta pesquisa contribui, no entanto, ao indicar um novo componente para a humanização: Suporte às Atividades e complementar o tripé já estabelecido por Ulrich (1984). As tarefas, o ambiente e os usuários devem ser considerados no planejamento dos estabelecimentos, visto que elementos pertencentes a este componente influenciam na realização das atividades e consequentemente no bem-estar, na percepção positiva do ambiente, na segurança e no conforto dos usuários.

Deve-se ter a consciência de que as soluções espaciais de baixo custo, apresentadas nesta pesquisa, tem um impacto positivo para os usuários. O ambiente físico é peça fundamental na recuperação da saúde e na qualidade da estadia dos pacientes. Infelizmente, a falta de

conhecimento sobre os benefícios da humanização acaba por tornar os ambientes precários e muitas vezes prejudica a saúde dos usuários, além de gerar maiores custos para a administração hospitalar e para a sociedade.

5.1 Considerações sobre os métodos utilizados

O uso de diversos métodos contribuiu para a confirmação dos resultados do estudo de caso. Por exemplo, durante as Entrevistas foi mencionada a necessidade do paciente ter contato com o exterior e durante a Análise dos Traços Físicos foi constatada que a afirmação era verdadeira devido à retirada parcial da película fosca das janelas pelos próprios pacientes, visto que, ela inibia o contato visual.

A Revisão de Literatura foi importante por fornecer novas informações a respeito de elementos humanizadores em estabelecimentos de saúde, para que assim, fossem determinados os quatro componentes da humanização e seus elementos.

Mesmo com dificuldade no acesso à Ala de Clínica Médica até a seleção de pacientes, a Inquirição foi o método mais significativo, visto como fundamental para que o objetivo geral da pesquisa fosse atingido.

Através do uso de um piloto para as Entrevistas foi possível identificar que alguns questionamentos não trouxeram informações relevantes, e foram posteriormente descartados. Percebeu-se também a necessidade de uma técnica complementar – Seleção Visual – para identificar as preferências dos usuários.

A utilização de métodos e técnicas que permitam a verbalização do usuário e a observação do ambiente é fundamental para compreender a real necessidade de quem utiliza o espaço. Porém, cabe ressaltar que, pesquisas multimétodos possuem a vantagem de terem os resultados obtidos individualmente reforçados e confirmados por outros métodos e, garantir assim, uma maior confiabilidade para o estudo.

5.2 Recomendações para futuras pesquisas

Para contribuir na produção do conhecimento acerca dos estabelecimentos de saúde, ao considerar os componentes da humanização, recomenda-se:

- Realizar levantamentos em outros ambientes de estabelecimentos de saúde como, por exemplo, UTI, Ala de Internação Pós-cirúrgica, Maternidade, Áreas de emergência, a fim de identificar quais os elementos ambientais são considerados prioritários para os usuários;

- Realizar levantamento em estabelecimentos de saúde privado para observar se os elementos elencados nesta pesquisa se repetem, ao considerar que nesses estabelecimentos há um maior aporte financeiro e os usuários são mais exigentes;

- Investigar em estabelecimentos de saúde com tipologia arquitetônica diferenciada, como por exemplo, hospitais verticais se há repetição na preferência dos usuários pelos elementos elencados nesta pesquisa em tipologia pavilhonar térrea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050:** acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004.

ALTMAN, Irwin. **The environment and social behavior.** California: Brooks Cole, 1975.

AMORA, Ana Albano. A moderna arquitetura de saúde e a cidade. Revista Instituto de Pesquisas Hospitalares. São Paulo, 11 Edição, 2014.

ANTONOVSKY, Aaron. **Unraveling the Mystery of Health:** how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

ANTONOVSKY, Aaron. **The salutogenic model as a theory to guide health promotion.** Journal of Health promotion international. Oxford University, P11-18, 1996.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC n. 50** – Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BINS ELY, Vera Helena Moro. **Notas de disciplina:** avaliação em função do Usuário. 2013. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

BINS ELY, Vera Helena Moro. **Fundamentos da Ergonomia e da Psicologia Ambiental.** In: Fábio Bittencourt; Leonardo R. Moraes. (Org.). Master em Arquitetura. 1ed. Goiânia: Mundial Gráfica e Editora Ltda, 2011.

BERTOLETTI, Roberta. **Uma Contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica**: Estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CANTER, David; STRINGER, Peter. **Interacción ambiental**: aproximaciones psicológicas a nuestros entornos físicos. Colección Nuevo Urbanismo. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1978.

CARPMAN, Janet R.; GRANT, Myron. **Design That Cares**: planning health facilities for patients and visitors. Baskerville: American Hospital Publishing, 1993.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi. **A Humanização de Unidades Clínicas de Hospital-Dia**: vivência e apropriação pelos usuários. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011

CIACO, Ricardo José Alexandre Simon. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo – Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2010.

COSTA, Albanita Gomes; LUDERMIR, Ana Bernanda. **Transtornos mentais comuns e apoio social**: Estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 73-79, 2005.

DEVLIN, Ann Sloan; ANDRADE, Cláudia Campos; CARVALHO, Diana. **Qualities of Inpatient Hospitals Rooms: Patient's Perspective**. In: Health & Environments Research & Design Journal, 2016.

DILANI, Alan. **Psychosocially supportive design, Scandinavian healthcare design**. In: DILANI, Alan (org.). Design & health: the therapeutic benefits of design. Estocolmo: Svensk Byggtjanst, 2001.

ELALI, Gleice Abujanrra. **Relações entre comportamento humano e ambiência**: uma reflexão com base na psicologia ambiental. In: Anais do Colóquio Ambiências Compartilhadas. Rio de Janeiro: ProArq - UFRJ, 2009

ERICKSSON, Jorg. **Medical research and its impact on healthcare design**. In: DILANI, Alan (org.). Design & health: the therapeutic benefits of design. Estocolmo: Svensk Byggtjanst, 2001.

EVANS, Gary; McCOY, Janetta Mitchell. **When Buildings Don't Work**: the role of architecture in human health. *Journal of Environmental Psychology*, n. 18, p. 85-94, 1998.

FARINA, Modesto; PEREZ, Clotilde; BASTOS, Dorinho. **A psicodinâmica das cores em comunicação**. 5 ed. São Paulo, 2006.

FELIPPE, Maíra Longhinotti. **Ambiente físico e linguagem ambiental no processo de restauração afetiva do estresse em quartos de internação**

pediátricos. Tese de Doutorado em Tecnologia da Arquitetura — Departamento de Arquitetura, Universidade de Ferrara. Ferrara, 2015.

FLEMING, Raymond ; BAUM, Andrew; SINGER, Jerome E. **Social support and the physical environment.** In: Cohen, S. & Syme, S.L. (Ed.). *Social Support and Health* (s. 327-345). Orlando, Florida: Academic Press, 1985.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GAINSBOROUGH, Hugh; GAINSBOROUGH, John. **Principles of Hospital Design.** Londres: Architectural Press, 1964.

GIFFORD, Robert. **Environmental Psychology: Principles and Practice.** 1987.

GÓES, Ronald de. *Manual prático de arquitetura para clínicas e laboratórios.* São Paulo: Edgar Blücher, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

HALL, Edward T. **A dimensão oculta.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

HEERWAGEN, Judith H., et al. **Environmental design, work, and well being: managing occupational stress through changes in workplace environment.** *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 1995.

HEIMSTRA, Norman W.; McFARLING, Leslie H. **Psicologia ambiental.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1978.

JANSSENS, Jan. **Facade colors, not just a matter of personal taste: A psychological account preferences for exterior building colors.** *Nordic Journal of Architectural Research*, ed. 14, 17-21, 2001.

JACOBS, Jane. **Morte e vida de grandes cidades**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KELLMAN, Neil. **History of Healthcare environments**. In: Symposium on Healthcare Design. Innovations in Healthcare Design: selected presentations from the first five Symposia on Healthcare Design. New York: Sara O. Marberry, 1995. p. 38 – 48.

KOWALTOWSKI, Dóris K. **Parecer de publicação**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <jutissot@hotmail.com> em 28 jan 2015.

LEE, O. K. A., et al. **Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study**. In: Journal of Clinical Nursing, 2005 – p.609 – 620.

MALKIN, Jain. **Hospital InteriorArchitecture: creating healing environments for special patient populations**. New York: John Wiley & Sons, 1991.

MAHFUZ, Edson. **Banalidade ou correção: dois modos de ensinar arquitetura e suas consequências**. Arquitextos, 2013. Disponível em <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/14.159/4857>> . Acesso em 10 maio 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo, 2003.

MARQUES, André Felipe Rocha. **A obra de João Filgueiras Lima, Lelé: projeto, técnica e racionalização**. Dissertação de Mestrado do programa de Pós-Graduação de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.

MEDEIROS, Luciana. **Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: a percepção de arquitetos especialistas**. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo, 2008.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MORAES, Anamaria de; MOLT'ALVÃO, Cláudia. **Ergonomia**: conceitos e aplicações. 3. ed. Rio de Janeiro: iUser, 2003.

NEUFERT, Ernest. **A arte de projetar em arquitetura**. 13 ed. São Paulo, 1998.

NHS – NATIONAL HEALTH SYSTEM. **Health Building Note 52**: Accomodation for day care. Medical investigation and treatment unit. London: HMSO, 1995.

OKAMOTO, Jun. **Percepção ambiental e comportamento**: visão holística da percepção ambiental na arquitetura e na comunicação. São Paulo: Mackenzie, 2002.

ORNSTEIN, Sheila Walbe. **Avaliação Pós- Ocupação (APO) do Ambiente Construído**, Marcelo Romero (colaborador). São Paulo: Studio Nobel: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

RAMADIER, T. **Foreign students and the images of Paris**: Cognitive construction and evolution of urban representation. International Association for People-environment Studies (IAPS) Bulletin v.12, p.29-30, 1999.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso. et al. **Observando a qualidade do lugar**: procedimentos para a avaliação pós-ocupação. Rio de Janeiro: ProARQ/FAU/UFRJ, 2009.

RIBEIRO, Gislene P. **Conforto Ambiental, Sustentabilidade, Tecnologia e Meio Ambiente**: Estudo de caso Hospital Sarah Kubitschek Brasília. III Fórum de Pesquisa FAU. Mackenzie, 2007

ROCHA, Júlia Leutchuk da. **Humanização de maternidades públicas**: um estudo sobre a arquitetura das enfermarias de alojamento conjunto. 2010. 220p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

SAMPAIO, Ana Virginia C. de Faria. **Arquitetura Hospitalar**: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade. Tese de Doutorado. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SANOFF, H. **Visual Research Methods in Design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1991.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Orgs.). **Saúde e Arquitetura**: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Editora SENAC Rio, 2004.

SNYDER, James C.; CATANESE, Anthony. **Introdução à Arquitetura**. Rio de Janeiro: Campus, 1984.

SOMMER, Robert. **Espaço pessoal**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

SOMMER, Barbara; SOMMER, Robert. **Tools and Techniques**. New York: Oxford University Press, 1997.

STOKOLS, Daniel. **Establishing and Maintaining Healthy Environments**. American Psychologist, 1992.

SALOVEY, Peter; WOOLERY, Alison; STROUD, Laura R.; EPEL Elissa. Perceived Emotional Intelligence, Stress Reactivity, and Symptom Reports: **Further Explorations Using the Trait Meta-Mood Scale**. In: Psychology and Health, p. 611-627, 2002.

SAWADA, Namie Okino. **O sentimento do paciente hospitalizado frente a invasão de seu espaço territorial e pessoal**. Tese de doutorado não

publicada. Escola de enfermagem de ribeirão preto, Universidade de são Paulo, 1995.

SILVA, Leonora Cristina da. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental**. 198 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos Para Curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no brasil**. Dissertação de Mestrado - UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Humanização do Edifício Hospitalar: tema em aberto**. In: DUARTE, Cristiane R; RHEINGANTZ, Paulo A, AZEVEDO, Giselle; BRONSTEIN, Lais (Org). O Lugar do Projeto. 1 ed. Rio de Janeiro, 2007. 436-446.

TUAN, Yi-fu. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência**. São Paulo: Difel, 1983.

ULRICH, Roger S. **View Through a Window May Influence Recovery**. Science, v. 224, p. 420-421, apr. 1984.

_____. **Effects of healthcare Interior Design on Wellness: theory and recent scientific research**. In: SYMPOSIUM ON HEALTHCARE DESIGN, 4, 1991, Boston. Innovations in healthcare design: selected presentations from the first five symposia on healthcare design. New York: Sara O. Marberry, 1995.

_____. **Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research**. In: RUBIN, H. R.; OWENS, A. J. Status Report: an Investigation to Determine Whether the Built Environment Affects Patients Medical Outcomes, 2008. Disponível em: <<http://www.healthdesign.org>>. Acesso em: 10 setembro 2014.

ULRICH, Roger S., et al. **Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environmentals**. Journal of Environmental Psychology, P.201-230, 1991.

ULRICH, Roger S.; ZIMRING, Craig. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21 st century**: a once-in-a-life-time opportunity. Disponível em: <[http:// www.healthdesign.org](http://www.healthdesign.org)>. Acesso em: 05 junho 2006.

VALERA, S.; VIDAL, T. **Privacidad y Territorialidad**. In: ARAGONÉS, J. I.; AMERIGO, M. (Org). Psicologia Ambiental. Madrid, 1998.

VASCONCELOS, Renata Boom. **Humanização de Ambientes Hospitalares**: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

VENTURINI E. **A cidade dos outros**. Fractal: Revista de Psicologia, Vol.21, nº2., 2009.

VERDERBER, Stephen. **Dimensions of person**: window transactions in the hospital environment. Environment and Behaviour, 1986.

VERDERBER, Stephen; FINE, David J. **Healthcare architecture in a era of radical transformation**. New Haven e Londres: Yale University Press, 2000.

VIANNA, Luciana de Medeiros. **Arquitetura e Privacidade em Ambientes de Atenção à Saúde**. Tese de Doutorado. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal Do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

VILELA, Tânia de Alcântara Moura. **Ambiência é questão de saúde sim**. Coordenadora de Acolhimento HumanizaSUS, 2004. Disponível em <<http://www.redehumanizaus.net/86586-ambiencia-e-questao-de-saude-sim>>. Aceso em 14 junho 2015.

VOORDT, Theo J. M. van der; WEGEN, Herman B. R. van. **Arquitetura sob o olhar do usuário**. São Paulo: Oficina de Textos, 2004.

ZEISEL, John. **Inquiry by design**: tools for environment-behavior research. New York: Cambridge University Press, 2006.

APÊNDICES

A – Planilhas de Avaliação das Áreas Externas e Internas do Hospital utilizadas no método Visita Exploratória.

Planilha de avaliação do entorno:

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO ENTORNO			
Elementos	Av.	Descrição da avaliação	Ilustração/Fotos
Inserção na cidade	⊕ ⊖	lembra do centro pelo alvará sua forma, o espaço e preço. Sim mto bonito	
Transporte público			
Área de lazer	⊕ ⊖	porque nas pirâmides.	
Agência bancária	⊕ ⊖	mas possui: apenas dentro da universidade sem banco	
Comércio geral em	⊕	farmácia / universidade / biblioteca / comunitária / mercado / restaurante	
Mobiliários			

Planilha de avaliação do hospital:

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO HOSPITAL			
Elementos	Av.	Descrição da avaliação	Ilustração/FOTOS
Área de lazer	⊕ ⊖	placem com bancos para decontes porém dificuldade na saída para paciente.	
Espera	⊖	Bancos qd poucos bancos. Dificuldade de comunicação.	
Corredores	⊕ ⊖	largos. sem diferença ca. para o piso sem barreiras	
Banheiros pacientes espera	⊖	no possui	
Capela	⊕	possui na ala inclinação, porém desativada.	
Estacionamento	⊕	sim.	
Paisagismo	⊕	sim. possui decontes apodi- pados sem bancos	

Espacial	Rouparia		
	Utilidades		
	Sistemas		
Espacial	Acabamento (cor, textura, tipo de material)		
Espacial	Forro	gesso na cor branca	
	Parede	gamtadas na cor bege.	
	Piso	similico bege	
Esquadrias	Orientação solar		
	Relação interior exterior	x	
	Dimensões		

Planilha de avaliação da ala:

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO ESPAÇO - ALA DE CLÍNICA MÉDICA			
Dados	Atributos (elementos)	Descrição da avaliação	Av.
Espacial	Configuração do ambiente - forma	Bom para posto de enfermagem, possui visibilidade aos leitos	⊕ ⊖
	Dimensão dos espaços (m2) / Escala / proporção		
	Demi-suítes	70x100	⊕
Espacial	Banheiros		⊕
	Posto de enfermagem		⊕
	Quarto isolamento		
Espacial	Copa		
	Procedimentos		
	Guarda-material		

B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ARQUITETURA E URBANISMO
Área de Concentração: "Projeto e Tecnologia do Ambiente Construído"
Linhas de Pesquisa: Métodos e técnicas aplicados ao projeto de arquitetura e urbanismo



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM SANTA CATARINA COMO CONTRIBUIÇÃO

O sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM SANTA CATARINA COMO CONTRIBUIÇÃO** que tem como objetivos: **Investigar quais são os atributos ambientais desejáveis promotores da humanização em ambientes hospitalares.**

Este é um estudo de caráter exploratório, quantitativo e qualitativo com uma abordagem, multimétodos baseadas em pesquisas documentais e bibliográficas, visitas exploratórias, observações, poema dos desejos, entrevistas, questionários, análise walkthrough e seleção visual como parte integrante da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo (PósARQ), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa terá duração de 12 meses, com o término previsto para julho de 2015. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada para posterior transcrição – que será guardado por dois (02) anos e após, eliminada. Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Arquitetura e Urbanismo.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados nesta e em outras pesquisas futuras. Os resultados serão utilizados para divulgação em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Eu, _____, declaro que compreendi tudo o que me foi explicado e estou ciente dos objetivos, procedimentos e benefícios da presente pesquisa. Assim, concordo em participar da mesma.

Assinatura do(a) participante
CPF: _____

Assinatura do pesquisador principal

Florianópolis, _____ de _____ de 201_____.

CONTATO DO PESQUISADOR
PRINCIPAL

Juiliana Tasca Tissot
jutissot@hotmail.com
(47) 9979-5971

CONTATO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL:

Vera Helena Moro Bins Ely
vera.binsely@gmail.com
(48) 9815.7268

CONTATO DO COMITÊ DE
ÉTICA UFSC

Pró Reitoria de Pesquisa
cep.probaso@contato.ufsc.br
(48) 3721-9203

C – Roteiro Entrevistas Piloto.**PILOTO - CHEFES DE ENFERMAGEM****ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA FOCALIZADA**

DATA: ____/____/2015 **HORÁRIO:** ____:____

1-Tempo de trabalho na ala de clínica médica?

2-Tempo de trabalho no hospital?

3-Tem mais de um chefe de enfermagem?

4-São divididos por turnos?

PERFIL DOS PACIENTES

5- Quantidade de pacientes atualmente atendidos por dia nesta Ala?

6- Quantidade de pacientes atualmente atendidos por mês nesta Ala?

7- Tempo de permanência em média dos pacientes na Ala?

8- Qual o paciente mais recorrente? JOVEM ADULTO IDOSO

PERFIL DOS FUNCIONÁRIOS

9- Qual a quantidade de funcionários na ala por cargo e função?

10- Qual o turno dos funcionários?

11- Na ausência de um funcionário, como é resolvido?

ROTINA

12- Como é sua rotina?

13- Como é a rotina dos funcionários?

14- Como chegam os pacientes até a Ala de Clínica Médica?

15- Qual critério utilizado para alocar os pacientes nos quartos?

16- Como fazem com os acompanhantes?

17- Como é a rotina dos pacientes?

POEMA DOS DESEJOS

18- Complete a frase: Eu gostaria que o ambiente do quarto e do banheiro fosse ou tivesse...

ESPAÇO FÍSICO – QUARTO E BANHEIRO

19- O que você acha do tamanho do quarto e do banheiro?

20- Você acha que existe algum elemento que impeça a movimentação dos pacientes no quarto ou banheiro? (Desnível, banheiro não adaptado, móvel muito alto, largura de porta, etc.).

21- O mobiliário e os equipamentos do quarto atendem as necessidades dos pacientes?

22- Os pacientes reclamam dos quartos?

23- Já aconteceu algum tipo de acidente com o paciente no quarto ou no banheiro?

24- Quais as queixas mais recorrentes feitas pelos pacientes?

25- Desde a construção do hospital, foi feito algum tipo de alteração nos quartos?

26- Existe outro lugar que o paciente possa ir para se recuperar além do quarto? Se sim, quais são? Como ele faz para ir até lá? Existe algum elemento que dificulte seu deslocamento até este ambiente?

27- Quais profissionais têm contato direto com o paciente?

28- Quais são as atividades e procedimentos realizados no quarto/ banheiro por cada profissional?

29- Quais as queixas dos funcionários em relação a sua rotina com os pacientes no quarto e no banheiro?

HUMANIZAÇÃO

30- Como você descreveria o ambiente do quarto? E do banheiro?

31- O que você mais gosta e menos gosta do quarto? E do banheiro?

32- O que você acha do quarto e do banheiro em relação ao conforto e aconchego?

33- O que você acha das cores do piso, teto e paredes dos quartos e banheiro?

34- O que você acha das cores e dos materiais do mobiliário e equipamentos?

35- Durante o dia, você acha da iluminação natural é suficiente para as atividades de rotina dos funcionários e pacientes? Existe algum quarto em que a iluminação natural é demasiada ou insuficiente?

36- Você acha que a luz artificial do quarto é suficiente?

37- Você acha que a luz individual é suficiente?

38- Você acha que existe algum tipo de som ou ruído que atrapalha o paciente em algum quarto? Se sim, qual?

39- O que você acha dos cheiros dos quartos e banheiros? Existe algum quarto mais prejudicado por causa dos odores?

40- Que vista você gostaria que as janelas dos quartos tivessem?

41- Você acha que os quartos são bem ventilados? Existe algum quarto mais bem ventilado que outro? Qual?

42- O que você acha da temperatura dos quartos? Existe algum quarto mais quente ou mais frio?

43- Existe algum quarto que sempre fica ocupado?

44- Existe algum quarto que sempre fica vazio?

45- Você acha que atualmente as características deste ambiente o bem estar dos pacientes? Se sim, quais são?

PRIVACIDADE/ TERRITORIALIDADE

46- Você acha que os pacientes possuem privacidade?

47-Relacionado ao comportamento, você acha que os pacientes e/ou acompanhantes realizam algum tipo de domínio ou apropriação do espaço?

48- O que você acha da quantidade de leitos no quarto?

49- No caso de um homem dividir um quarto com uma mulher, como é feito para proporcionar privacidade para ambos?

PILOTO – TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA FOCALIZADA**

DATA: ____/____/2015 HORÁRIO: ____:____

1-Tempo de trabalho na Ala de Clínica Médica?

2-Tempo de trabalho no hospital?

3-Qual seu turno?

4-Qual sua função?

5-Por quantos pacientes você é responsável?

ROTINA

6- Como é sua rotina?

7- Como é a rotina dos pacientes?

8-Como é sua relação com os pacientes?

9-Quais atividades você realiza com os pacientes? Tem dificuldade para algo?

POEMA DOS DESEJOS

10-Complete a frase: Eu gostaria que o ambiente do quarto e do banheiro fosse ou tivesse...

ESPAÇO FÍSICO – QUARTO E BANHEIRO

11- O que você acha do tamanho do quarto e do banheiro?

12- Você acha que existe algum elemento que impeça a movimentação dos pacientes no quarto ou banheiro? (Desnível, banheiro não adaptado, móvel muito alto, largura de porta, etc.).

13- O mobiliário e os equipamentos do quarto atendem as necessidades dos pacientes?

14- Os pacientes reclamam dos quartos/ banheiros?

15- Já aconteceu algum tipo de acidente com o paciente no quarto ou no banheiro?

16- Quais as queixas mais recorrentes que são feitas pelos pacientes?

17-Há alguma queixa em relação a sua rotina com os pacientes no quarto e no banheiro? Quais são?

18- Existe outro lugar que o paciente possa ir para se recuperar além do quarto? Se sim, quais são? Como ele faz para ir até lá? Existe algum elemento que dificulte sua locomoção até este ambiente?

19- Quais profissionais têm contato direto com o paciente?

20-Quais são as atividades e procedimentos realizados neste espaço por cada profissional?

HUMANIZAÇÃO

21- Como você descreveria o ambiente do quarto?

22- O que você mais gosta e menos gosta daqui?

23- O que você acha deste quarto em relação ao conforto e aconchego?

24- O que você acha das cores do piso, teto e paredes do quarto?

25- O que você acha das cores e dos materiais do mobiliário e equipamentos?

- 26- Durante o dia, você acha da iluminação natural é suficiente para as atividades de sua rotina?
- 27- Você acha que a luz artificial do quarto é suficiente?
- 28- Você acha que a luz individual é suficiente?
- 29- Você acha que existe algum tipo de som ou ruído que atrapalha o paciente no quarto? Se sim, qual?
- 30- O que você acha dos cheiros daqui?
- 31- Que vista você gostaria que a janela tivesse?
- 32- Você acha que o quarto é bem ventilado?
- 33- O que você acha da temperatura do quarto?
- 34- Você acha que atualmente as características deste ambiente contribuem para a humanização no sentido de dar ao paciente algum tipo de suporte e contribuir para seu bem estar? Se sim, quais são?

PRIVACIDADE/ TERRITORIALIDADE

- 35- Você acha que os pacientes possuem privacidade?
- 36- Relacionado ao comportamento, você acha que os pacientes e/ou acompanhantes realizam algum tipo de domínio ou apropriação do espaço?
- 37- O que você acha da quantidade de leitos no quarto?
- 38- No caso de um homem dividir um quarto com uma mulher, como é feito para proporcionar privacidade para ambos?

PILOTO – PACIENTES

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA FOCALIZADA

QUARTO: _____ ENTRE
 VISTA N.: _____ DATA: ____/____/2015 HORÁRIO: ____:____ F
 M J A I

PROFISSÃO

GRAU DE ESCOLARIDADE

- 1- HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ INTERNADO
- 2- QUAL O MOTIVO DA INTERNAÇÃO
- 3- POSSUI ACOMPANHANTE SIM NÃO



ROTINA

- 4- Qual sua rotina?
- 5- Quais atividades da sua rotina você consegue realizar sozinho (a)? Precisa de ajuda para algo?
- 6- O que você gostaria de fazer e não faz?

POEMA DOS DESEJOS

- 7- Complete a frase: Eu gostaria que o ambiente do quarto e do banheiro fosse ou tivesse...

ESPAÇO FÍSICO – QUARTO E BANHEIRO

- 8- O que você acha do tamanho do quarto? E do banheiro?
9- Você acha que existe algum elemento que dificulte a sua movimentação no quarto e no banheiro?
10- Quais pertences você trouxe para o hospital?
11- Onde você guarda seus pertences?
12- Você acha que tem lugar suficiente no quarto e no banheiro para guardar seus pertences?
13- Gostaria que tivesse mais algum móvel nestes ambientes? Se sim, onde seriam colocados?

HUMANIZAÇÃO

- 14- Como você descreveria o ambiente do quarto?
15- O que você mais gosta e menos gosta daqui?
16- O que você acha deste quarto em relação ao conforto e aconchego?
17- O que você acha das cores do piso, teto e paredes do quarto?
18- O que você acha das cores e dos materiais do mobiliário e equipamentos?
19- Durante o dia, você acha da iluminação natural é suficiente para as atividades de sua rotina?
20- Você acha que a luz artificial do quarto é suficiente?
21- Você utiliza a luz individual? Você acha que ela é suficiente?
22- Você acha que existe algum tipo de som ou ruído que lhe atrapalha no quarto? Se sim, qual?
23- O que você acha dos cheiros daqui?
24- Que vista você gostaria que a janela tivesse?
25- Você acha que o quarto é bem ventilado?
26- O que você acha da temperatura do quarto?
27- Você acha que as características deste ambiente contribuem para o seu bem estar?

DEMAIS AMBIENTES

- 28- Aonde você recebe e interage com suas visitas?
29- Você acha que o hospital possui algum ambiente para o paciente ir quando não quer ficar no quarto?
30- Você gostaria que o hospital tivesse um ambiente apropriado em que os pacientes pudessem realizar algum tipo de atividade como leitura, trabalhos manuais, banho de sol, etc.?

PRIVACIDADE/ TERRITORIALIDADE *Observar se o paciente realiza algum tipo de apropriação do espaço do quarto, seja de móveis, objetos ou equipamentos em geral.*

- 31- O que você acha de dividir o quarto com outro paciente?
32- Você acha que tem privacidade para realizar as atividades de sua rotina?
33- Quando você está sozinho no quarto, você se sente seguro?
34- Você interage com o companheiro de quarto ou prefere ficar isolado?

35- Você gostaria que tivesse uma divisória entre os leitos?

36- Você se sentiria melhor se seu companheiro de quarto fosse do mesmo sexo e faixa etária?

D – Roteiro final Entrevistas Finais.**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

NOME:

TURNO:

DATA:

HORÁRIO:

1-Tempo de trabalho na Ala de Clínica Médica?

2-Tempo de trabalho no hospital?

3- Por quantos pacientes você é responsável?

ROTINA

4- Como é a rotina dos pacientes e sua relação com eles?

5- Quais atividades você realiza com os pacientes? Tem dificuldade para algo?

6- Quais atividades você realiza sem os pacientes?

ESPAÇO FÍSICO – QUARTO E BANHEIRO

7- O que você acha do tamanho do quarto e do banheiro?

8- Você acha que existe algum elemento que impeça a movimentação dos pacientes no quarto ou banheiro? (Desnível, banheiro não adaptado, móvel muito alto, largura de porta, etc.).

9- O mobiliário e os equipamentos do quarto atendem as necessidades dos pacientes?

10- Já aconteceu algum tipo de acidente com o paciente no quarto ou no banheiro?

11- Quais as queixas mais recorrentes que são feitas pelos pacientes?

12- Os pacientes tem alguma dificuldade na realização das atividades diárias?

13- Existe outro lugar que o paciente possa ir para se recuperar além do quarto? Se sim, quais são? Como ele faz para ir até lá? Existe algum elemento que dificulte sua locomoção até este ambiente?

HUMANIZAÇÃO

14- Como você descreveria o ambiente do quarto e do banheiro?

15- O que você mais gosta e menos gosta daqui?

16- O que você acha deste quarto e do banheiro em relação ao conforto e aconchego? Cores, mobiliários, etc.?

17- Durante o dia, você acha da iluminação natural é suficiente para as atividades de sua rotina?

18- Você acha que a luz artificial do quarto e do banheiro são suficientes?

19- Você acha que a luz individual do leito é suficiente?

20- Você acha que existe algum tipo de som ou ruído que atrapalha o paciente no quarto? Se sim, qual?

21- Que vista você gostaria que a janela do quarto tivesse?

22- Você acha que o quarto é bem ventilado? E a temperatura é adequada?

PRIVACIDADE/ TERRITORIALIDADE

23- Você acha que os pacientes possuem privacidade?

24- O que você acha da quantidade de leitos no quarto?

ROTEIRO FINAL - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PACIENTES

QUARTO: _____ DATA: _____ HORÁRIO: _____

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: _____ JOVEM _____ ADULTO _____ IDOSO _____

PROFISSÃO: _____

1-TEMPO DE INTERNAÇÃO: _____

2- MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

3-POSSUI ACOMPANHANTE? SIM: _____ NÃO: _____



ROTINA

4- Qual sua rotina?

5- Você consegue realizar suas atividades de rotina sozinho (a)?

6- O que você gostaria de fazer e não faz?

ESPAÇO FÍSICO – QUARTO E BANHEIRO

7- O que você acha do tamanho do quarto? E do banheiro?

8- Você acha que existe algum elemento que dificulte a sua movimentação no quarto e no banheiro?

9- Quais pertences você trouxe para o hospital e onde guarda? Acha que tem espaço suficiente?

HUMANIZAÇÃO

10- O que você mais gosta e menos gosta do quarto e do banheiro?

11- O que você acha deste quarto e do banheiro em relação ao conforto e aconchego?

12- O que você acha das cores, dos materiais, do mobiliário e equipamentos?

13- Você acha que tem luz suficiente para as atividades de sua rotina? De dia e de noite? (Ler, mexer no celular, etc.)

14 – Você acha que existe algum tipo de som ou ruído que lhe atrapalha no quarto? Se sim, qual?

15- Que vista você gostaria que a janela do quarto tivesse?

16- Você acha que o quarto é bem ventilado?

DEMAIS AMBIENTES

17- Aonde você recebe e interage com suas visitas?

18- Você acha que o hospital possui algum ambiente para o paciente ir quando não quer ficar no quarto? Você já foi? Teve dificuldades?

18- Você gostaria que o hospital tivesse um ambiente apropriado em que os pacientes pudessem realizar ir para algum tipo de atividade como leitura, trabalhos manuais, banho de sol, etc.?

E – Seleção Visual.**6. SELEÇÃO VISUAL**

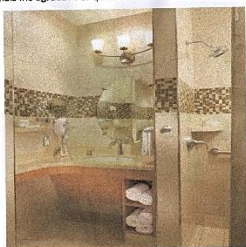
Qual quarto mais lhe agrada? Por que? 1A



1B



Qual banheiro mais lhe agrada? Por que? 2A



2B



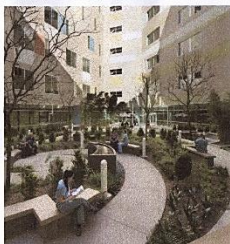
Qual espaço interno mais lhe agrada? Por que? 3A



3B



Qual espaço externo mais lhe agrada? Por que? 4A



4B



F – Ficha de Observação do Comportamento e Análise dos Traços Físicos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ARQUITETURA E URBANISMO
Área de Concentração: "Projeto e Tecnologia do Ambiente Construído"
Linhas de Pesquisa: Métodos e técnicas aplicados ao projeto de arquitetura e urbanismo



HOSPITAL MUNICIPAL RUTH CARDOSO/ ALA DE CLÍNICA MÉDICA

FICHA DE OBSERVAÇÃO

DATA DA OBSERVAÇÃO: 01/12/03	HORÁRIO APROXIMADO: 15:00
AMBIENTE: DEMI SUITE	
USUÁRIOS NO LOCAL:	Médico: <input checked="" type="checkbox"/>
Técnico enfermagem: <input checked="" type="checkbox"/>	Paciente: 01
Acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/>	Visitante: <input checked="" type="checkbox"/>
FAZENDO O QUÊ? (Atividade)	Com quem?

Sentado poltronas

Segnho

Em que contexto?

Sessão mentes do

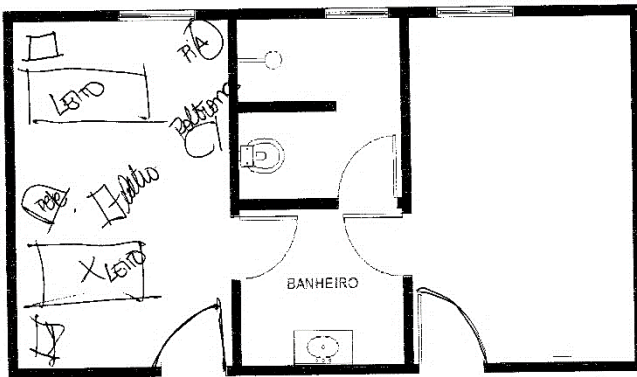
OUTRAS OBSERVAÇÕES	
Interação entre: paciente x médicos:	<i>inibida</i>
Enfermeiros X pacientes:	<i> </i>
Paciente X acompanhantes:	<i> </i>
Médicos X pacientes e/ou acompanhantes:	<i> </i>
PRIVACIDADE VISUAL:	<i>X</i> <i>inexistente - portas abertas</i>
PRIVACIDADE AUDITIVA:	<i>X</i> <i>baixo de equipamentos pode ser ouvido do condutor.</i>
PRIVACIDADE X FUNÇÃO: verificar se a privacidade ou sua ausência prejudica as atividades dos funcionários do posto de enfermagem.	<i>X</i>
Há barreiras físicas no ambiente?	<i>X</i> <i>não há</i>
Territorialidade esta manifestada de quem forma?	<i>não proibido</i>
Como é configurada a circulação no ambiente?	<i>há rotinas mas não impedem a circ.</i>
Existe de espaço para conversa reservada? Sim	Não <i>X</i>
OBSERVAR COMO OS USUÁRIOS REAGEM AO:	
Atender telefone:	<i>NÃO</i>
Conversar com técnicos de enfermagem:	<i>NÃO</i>
Conversar com acompanhantes:	<i>NÃO</i>
Conversar com médicos:	<i>NÃO</i>
O ambiente possui câmeras de segurança: Sim	Não <i>X</i>
Os acessos são controlados?	<i>sim</i>
Como se configura a distância entre as pessoas?	<i>NÃO</i>

Há Ruídos? O que é ouvido? *sim - conversas p/ os carcereiros*

Visibilidade? O que é visto? *portas de iguantes abertas - vemos os recémes*

GRAU DE PRIVACIDADE NECESSÁRIO:	DIMENSÕES:
<input type="checkbox"/> público	Largura: <i>bidna</i>
<input type="checkbox"/> semi-público	Comprimento:
<input checked="" type="checkbox"/> privado	Pé-direito:
<input type="checkbox"/> compartilhado por pessoas em momentos diferentes	Área:
<input checked="" type="checkbox"/> compartilhado por pessoas ao mesmo tempo	Necessitaria área superior? <i>nao Buro sim</i>

PLANTA BAIXA ESQUEMÁTICA – LAYOUT - MOBILIÁRIO E PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS:
Como está a ocupação do quarto no momento da observação



Descrever: *vemos as p/ aberturas dos entoummente*

ACABAMENTOS:	CORES:
Piso:	Piso:
Parede:	Parede:
Teto:	Teto:
Esquadria:	Mobiliário:
Mobiliário:	
Outros:	Outros:

TRAÇOS FÍSICOS NO AMBIENTE: DEMI-SUÍTE	
Há produtos de uso? Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Desgaste/ Erosão:	<i>poucos com pouco desgaste</i>
Vestígios:	<i>NÃO</i>
Traços ausentes:	<i>NÃO</i>
Há adaptações para o uso? Sim	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Adereços:	
Separações:	
Conexões:	
Há manifestações de identidade? Sim	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Personalização:	
Identificação:	
Participação de um grupo:	
Há mensagens públicas? Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Oficiais:	<i>nome pte no duto</i>
Informais:	<input checked="" type="checkbox"/>
Illegítimas:	<input checked="" type="checkbox"/>

H – Tabela oriunda do Programa MAXQDA com as respostas dos participantes comparando gênero X idade.

	Genero = MASCULINO	Genero = FEMININO	Idade = JOVEM	Idade = ADULTO	Idade = IDOSO	Total
SUPORTE SOCIAL						
Sinalização						
Espaços específicos para outras atividades	17,5%	13,7%	33,3%	13,9%	23,5%	15,6%
Aberturas (portas)						
Biombo e cortinas com trilhos						
Layout adequado		2,1%		1,2%		1,0%
SUPORTE AS ATIVIDADES						
Revestimentos						
Equipamento para transferência de pacientes	1,0%	2,1%		1,2%	5,9%	1,6%
Cores						
Iluminação artificial	2,1%	2,1%		2,4%		2,1%
Sinalização						
Persianas e brises						
Espaços específicos para outras atividades						
Biombo e cortinas com trilho		1,1%		0,6%		0,5%
Layout adequado	3,1%	8,4%		6,0%	5,9%	5,7%
CONTROLE DO AMBIENTE						
Controles remotos	1,0%			0,6%		0,5%
Equipamento para transferência de pacientes						
Interruptores e maçanetas	1,0%	2,1%		1,8%		1,6%
Condicionador de ar	13,4%	12,6%	11,1%	12,7%	17,6%	13,0%
Iluminação artificial	6,2%	10,5%		9,0%	5,9%	8,3%
Persianas e brises		2,1%		1,2%		1,0%
Biombo e cortinas com trilhos	1,0%	3,2%		1,8%	5,9%	2,1%
Layout adequado	14,4%	12,6%	11,1%	13,9%	11,8%	13,5%
Controles		1,1%		0,6%		0,5%
DISTRAÇÃO POSITIVA						
Jardim	7,2%	4,2%		5,4%	11,8%	5,7%
Equipamento de mídia	6,2%	5,3%	11,1%	5,4%	5,9%	5,7%
Cores	9,3%	7,4%		9,0%	5,9%	8,3%
Gravuras, imagens, fotos e quadros						
Fontes, aquários e lareiras						
Aberturas (janelas)	15,5%	5,3%	33,3%	10,2%		10,4%
Aberturas (portas)						
Jardins	1,0%	4,2%		3,0%		2,6%
Σ SOMA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
# N (Documentos)	21	16	3	30	4	74

Fonte: Software MAXQDA, 2016

ANEXOS

A – Autorização do Hospital Municipal para realização do Estudo de Caso.



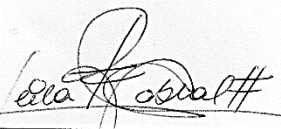
DECLARAÇÃO

TÍTULO DA PESQUISA: HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTA CATARINA COMO CONTRIBUIÇÃO

NOME DO PESQUISADOR: JULIANA TASCA TISSOT (Matrícula 201406375)

OBJETIVO GERAL: INVESTIGAR QUAIS ATRIBUTOS AMBIENTAIS OS USUÁRIOS CONSIDERAM PROMOTORES DA HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTES HOSPITALARES.

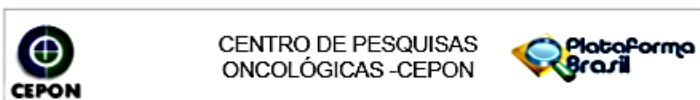
Declaro, para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante do **Hospital Municipal Ruth Cardoso**, tomei conhecimento do projeto de pesquisa e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a execução nos termos propostos.


DIRETOR(A) HOSPITAL MUNICIPAL RUTH CARDOSO
 Responsável pela Instituição

Leila Cardoso
 Diretora Geral de Saúde Hospitalar
 Portaria nº 13.591/2013

Balneário Camboriú, 18 de novembro de 2014.

B – Parecer Consubstanciado do CEP


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Humanização na arquitetura hospitalar: estudo de caso de um Hospital Público em Balneário Camboriú/SC como contribuição.

Pesquisador: Vera Helena Moro Bins Ely

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39274314.3.0000.5355

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 946.995

Data da Relatoria: 05/02/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como pesquisadora responsável a Dra. Vera Helena Moro Bins Ely (orientadora), tratando-se de dissertação de mestrado em Arquitetura e Urbanismo da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC, elaborada por Juliana Tasca Tissot (mestranda). A pesquisa tem como premissa avaliar o ambiente físico de um hospital público em Balneário Camboriú (Hospital Municipal Ruth Cardoso), sob o olhar dos usuários, a fim de obter subsídios para propor diretrizes humanizadoras para os espaços de saúde. A pesquisa não pretende avaliar as questões que envolvem a organização dos serviços, como as condutas médicas, a formação profissional da equipe médica, as relações hierárquicas ou os procedimentos médicos adotados. O intuito é avaliar a percepção dos usuários no ambiente a ser estudado. A pesquisa utilizar-se-á de vários métodos combinados, quais sejam: pesquisa documental e bibliográfica, visitas exploratórias, levantamento físico/fotográfico, entrevista semi-estruturadas, observação do comportamento e do ambiente, seleção visual e poema dos desejos. O tamanho da amostra é de 100 participantes. A pesquisa destaca que o ambiente hospitalar pode ser um facilitador e até mesmo um estimulador de práticas que considerem a autoestima dos pacientes como fator de cura.

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - 8C 404
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS – CEPON



Continuação do Parecer: 348.928

A pesquisa relaciona que a cultura e a experiência têm uma grande influência na interpretação, portanto a relevância da pesquisa está na necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a real necessidade do usuário, quais atributos são considerados importantes e como sua experiência e cultura influenciam na percepção do ambiente. Para tanto, os fenômenos de territorialidade, espaço pessoal, aglomeração e privacidade serão estudados a fim de colaborar na identificação dos atributos desejáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar quais os atributos ambientais desejáveis promotores da humanização em um hospital público.

Objetivo Secundário: Investigar de que forma se configura a territorialidade, privacidade, aglomeração e o espaço pessoal dos pacientes que dividem o leito e dos demais usuários do ambiente hospitalar; Relacionar as tarefas dos funcionários, médicos e enfermeiras, de modo a identificar como o meio influencia na realização das mesmas; Verificar quais atributos arquitetônicos os usuários consideram como geradores de humanização; Investigar os estímulos trazidos pelo ambiente; Identificar pelo olhar do usuário as distrações positivas, suporte social e controle do ambiente; Elencar os diferentes usuários que utilizam estes espaços e entender quais são suas reais necessidades; Avaliar o comportamento dos usuários no espaço a ser estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos inerentes à pesquisa proposta.

A relevância reside na possibilidade de agregar conhecimentos à maneira como o ambiente envolva seus usuários. Deve-se ter o cuidado de não generalizar conclusões, já que apenas o Hospital Ruth Cardoso foi estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Deve-se usar com cautela a generalização de conclusões considerando que a base de estudo é um único hospital público, portanto, refere-se a uma única unidade hospitalar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado e em conformidade.

Declaração de ciência e autorização da Instituição (Hospital Municipal Ruth Cardoso).

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - BC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS -CEPON



Continuação do Parecer: 940.225

apresentada e em conformidade.

Recomendações:

N.A

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

N.A

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Qualquer alteração ao protocolo original deverá ser imediatamente comunicada ao CEP, para análise e aprovação. Relatórios semestrais devem ser encaminhados ao CEP.

FLORIANOPOLIS, 06 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Luiz Roberto Medina dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - 8C 404
Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br