

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENGENHARIA
MESTRADO EM AMBIENTE CONSTRUÍDO

JULIANA SIMILI DE OLIVEIRA

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
arquitetura em enfermarias pediátricas

JUIZ DE FORA

2012

JULIANA SIMILI DE OLIVEIRA

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
arquitetura em enfermarias pediátricas

Dissertação submetida à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente Construído da Universidade Federal de Juiz de Fora, Área de Concentração Ambiente Construído, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ambiente Construído.

Orientador:

Prof. José Gustavo Francis Abdalla, D. Sc.

Co-orientador:

Prof. Marcos Martins Borges, D. Sc.

JUIZ DE FORA

2012

Oliveira, Juliana Simili de.

Humanização em saúde : arquitetura em enfermarias pediátricas /
Juliana Simili de Oliveira. – 2012.

195 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído)—Universidade
Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Arquitetura hospitalar. 2. Humanização da assistência. I. Título.

CDU 725.51

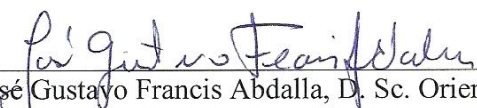
Juliana Simili de Oliveira

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
arquitetura em enfermarias pediátricas

Dissertação submetida à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente Construído da Universidade Federal de Juiz de Fora, Área de Concentração Ambiente Construído, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ambiente Construído.

Aprovada em 7 de fevereiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Prof. José Gustavo Francis Abdalla, D. Sc. Orientador.
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Marcos Martins Borges, D. Sc. Co-orientador.
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, D. Sc.
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ao grande Arquiteto do universo, ao Rei eterno, ao Deus único, imortal e invisível, sejam honra e glória para todo o sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ser meu guia, sempre cuidando e direcionando meus passos.

Ao meu orientador José Gustavo Francis Abdalla, pelos ensinamentos, pelo constante estímulo à pesquisa e por ter me conduzido à um novo universo de conhecimento.

Ao meu co-orientador Marcos Martins Borges, pelo estímulo e contribuições.

Aos membros das bancas examinadoras, Giselle Arteiro Nielsen Azevedo e Klaus Chaves Alberto, pela disponibilidade e contribuições.

Aos meus pais (os de sangue e os de coração), por acreditarem em mim e me apoiarem ilimitadamente, de todas as formas possíveis, impulsionando meus sonhos e nunca me permitindo desanimar.

Aos meus irmãos, pelo torcida e paciência, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Léo, me aproximando do universo estudado e fazendo com que este trabalho fosse mais divertido. Mais ainda, pelo companheirismo, incentivo e amor.

À direção e equipe de funcionários das pediatrias do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, por terem aberto suas portas acolhendo esta pesquisa.

A todos os pacientes pediátricos e seus acompanhantes pela boa vontade em contribuir para a realização deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado em Ambiente Construído, pela companhia e aprendizado. Em particular, à amiga Camila Righi, cujas trocas de experiências e incentivo foram tão importantes para que esta etapa fosse concluída.

Aos colegas de trabalho do HU e da Proinfra, em especial à arquiteta Adriana de Assis, pelo incentivo e compreensão durante essa trajetória.

Ao arquiteto Lauro Carlos Miquelin, pela disponibilização de uma cópia autorizada de seu livro.

À Universidade Federal de Juiz de Fora e a todos os professores do Mestrado em Ambiente Construído, por participarem da realização de mais essa etapa de aprendizagem e carreira.

A CAPES e à UFJF pelo apoio financeiro, contribuindo para o desenvolvimento do trabalho.

Aos amigos e familiares que torceram pela concretização de mais esse sonho.

"Acredito que as coisas podem ser feitas de
outra maneira e que vale a pena tentar."
(Zaha Hadid)

RESUMO

Os espaços contemporâneos da saúde apontam para um novo desenho, baseado na relação mais humana com o usuário, em que todos os envolvidos no cuidado com a saúde são valorizados durante a concepção arquitetônica do edifício. Neste sentido, a arquitetura dos espaços de saúde ultrapassa a composição técnica, simples e formal dos ambientes, uma vez que a Humanização passa a considerar as situações não construídas, delimitadas por um espaço e tempo e vivenciadas por uma grupalidade, com seus valores culturais e relações sociais. No caso particular das enfermarias pediátricas, há de se compreender que as crianças e os adolescentes hospitalizados apresentam outras necessidades, não médicas, que precisam ser atendidas com igual relevância. Tendo estes dados como pressupostos, o trabalho objetiva investigar como o ambiente construído pode contribuir para a humanização de espaços de saúde, em particular de enfermarias pediátricas, gerando diretrizes para projetos futuros. Esta dissertação caracteriza-se como sendo uma Pesquisa Exploratória, com uma abordagem interdisciplinar e qualitativa. Apoiou-se na literatura multidisciplinar do tema e nos estudos de campo, tendo como referência as técnicas e instrumentos da Avaliação Pós-Ocupação. O estudo foi realizado em duas enfermarias pediátricas de hospitais gerais de Juiz de Fora, com atendimento público ou filantrópico e investigou três tipos de usuários: pacientes, acompanhantes e funcionários. Analisou-se a arquitetura enquanto elemento colaborador para a qualidade da vivência de seus usuários e foram levantadas opiniões sobre o local ideal para o cuidado, apontando os novos desafios perante a abordagem mais humana. Concluiu-se então que para efetivar a humanização em ambientes de saúde é preciso esforços multidisciplinares. Aponta-se ainda para a necessidade de os projetos de arquitetura considerarem, antes de tudo, os indivíduos que neles habitarão, orientando e planejando espaços que facilitem sua vivência, em todos os aspectos, respeitando a individualidade e as particularidades de cada tipo de usuário envolvido no processo de produção da saúde.

Palavras-chave: Arquitetura. Humanização. Enfermarias pediátricas.

ABSTRACT

The contemporary spaces of health that points to a new design are based on a more human relationship with the user, in which all those involved in health care are valued during the architectural design of the building. In this sense, the architecture of health areas goes beyond the technical simple and formal composition, of these environments, once the Humanization aims to consider situations which are not built, delimited by a space and time experienced by groups taking their cultural values and social relations into consideration. In the particular case of the pediatric wards, one has to understand that children and adolescents hospitalized have needs other than simply medical, which must be met with equal importance. Taking these data as assumptions, this paper aims to investigate how the built environment can contribute to the humanization of health areas, particularly pediatric wards, creating guidelines for future projects. This work is characterized as an Exploratory Research, with an interdisciplinary as well as a qualitative approach. It leans on the multidisciplinary literature on the subject and field studies, with reference to the techniques and tools of Post-Occupancy Evaluation. The study was conducted in two pediatric wards of general hospitals in Juiz de Fora, with public or charitable service where the three following types of users were investigated: patients, caregivers and staff. The architecture as an element contributing to the quality of the experience of its users was analyzed as well as opinions have been raised about the ideal place for such care, pointing to new challenges facing a most humane approach. It was concluded then that for effective humanization of healthcare environments multidisciplinary efforts will be needed. This study also points to the need for architectural designs to be considered, first of all the individuals who inhabit them, guiding and planning spaces that facilitate their experience in all aspects, respecting the individuality and particularities of each type of user involved in the production process of healthcare.

Key-words: Architecture. Humanization. Pediatric wards.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DESENHO ESQUEMÁTICO DA EVOLUÇÃO DAS FORMAS HOSPITALARES (FONTE: LE MANDAT APUD MIQUELIN, 1992).....	30
FIGURA 2 - HOSPITAL DO SANTO ESPÍRITO SANTO, EM LUBECK (FONTE: HTTP://DE.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/HEILIGEN-GEIST-HOSPITAL_(LÜBECK) . ACESSO EM 14 DE DEZEMBRO DE 2011).....	32
FIGURA 3 - OSPEDALE MAGGIORE DE MILÃO (FONTE: HTTP://EN.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/OSPEDALE_MAGGIORE . ACESSO EM 14 DE DEZEMBRO DE 2011).....	32
FIGURA 4 - HOTEL-DIEU, DE PARIS (FONTE: HTTP://PARIS1972.WORDPRESS.COM/PARIS-MY-PHOTO-GALLERY-I/ . ACESSO EM 14 DE DEZEMBRO DE 2011).....	33
FIGURA 5 - HOSPITAL LARIBOISIÈRE (FONTE: HTTP://FR.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/HÔPITAL_LARIBOISIÈRE . ACESSO EM 14 DE DEZEMBRO DE 2011).....	34
FIGURA 6 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO (FONTE: HTTP://NOTICIAS.UOL.COM.BR/ . ACESSO EM 14 DE DEZEMBRO DE 2011).....	34
FIGURA 7 - ENFERMARIA NIGHTINGALE (FONTE: MIQUELIN, 1992).....	35
FIGURA 8 - EXEMPLO DE ENFERMARIA NIGHTINGALE (FONTE: HTTP://REALFAMILIAPORTUGUESA.BLOGSPOT.COM . ACESSO EM 14 DE DEZEMBRO DE 2011).....	35
FIGURA 9 - DETALHE ESQUEMÁTICO DE EDIFICAÇÃO MONOBLOCO VERTICAL (FONTE: MIQUELIN, 1992).....	36
FIGURA 10 - HOSPITAL DA LAGOA (FONTE: HTTP://WWW.RELATORIOANUALSULAMERICA10.COM.BR/?Q=TIMELINE . ACESSO EM 14 DE DEZEMBRO DE 2011).....	37
FIGURA 11 - HU-UFJF NO BAIRRO SANTA CATARINA (FONTE: HTTP://WWW.UFJF.BR/DIRCOM/FILES/2009/09/HU2.JPG . ACESSO EM 17 DE NOVEMBRO DE 2011).....	58
FIGURA 12 – LOCALIZAÇÃO DA PEDIATRIA NA IMPLANTAÇÃO DO HU-SC (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).....	59
FIGURA 13 – PLANTA BAIXA SETORIZADA DA PEDIATRIA HU (FONTE: A AUTORA/ ARQUIVO HU-UFJF).....	60
FIGURA 14 – PB ACESSOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).....	61
FIGURA 15 – ENTRADA DA PEDIATRIA NO HU (FONTE: A AUTORA).....	62
FIGURA 16 - ESPERA DA PEDIATRIA NO HU (FONTE: A AUTORA).....	62
FIGURA 17 – VISTA DO CORREDOR PRINCIPAL DA PEDIATRIA (FONTE: A AUTORA).....	63
FIGURA 18 – MURAL COM FOTOGRAFIAS DOS FUNCIONÁRIOS E PACIENTES (FONTE: A AUTORA).....	63
FIGURA 19 – DECORAÇÃO NA PAREDE (FONTE: A AUTORA).....	63
FIGURA 20 – PB ENFERMARIA PADRÃO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).....	64
FIGURA 21 – EXEMPLO DE UM DOS LEITOS EM USO (FONTE: A AUTORA).....	65
FIGURA 22 - LAVATÓRIO EM UMA DAS ENFERMARIAS (FONTE: A AUTORA).....	65

FIGURA 23 - VISÃO GERAL DA ENFERMARIA (FONTE: A AUTORA).....	66
FIGURA 24 - “NOME FANTASIA” NAS PORTAS (FONTE: A AUTORA).	66
FIGURA 25 – JANELA DA ENFERMARIA (FONTE: A AUTORA).....	66
FIGURA 26 – DETALHE DA TELA DE PROTEÇÃO DANIFICADA (FONTE: A AUTORA).....	66
FIGURA 27 – PB BANHEIRO ENFERMARIA PADRÃO (FONTE: A AUTORA).	67
FIGURA 28 – PB BANHEIRO ENFERMARIA PARA BEBÊS (FONTE: A AUTORA).	67
FIGURA 29 – BANHEIRO DA ENFERMARIA (FONTE: A AUTORA).	68
FIGURA 30 – DETALHE DA DIVISÓRIA DO CHUVEIRO NO BANHEIRO DA ENFERMARIA (FONTE: A AUTORA).	68
FIGURA 31 – BANHEIRO EMBUTIDA (FONTE: A AUTORA).	68
FIGURA 32 – BANCADA PARA TROCA DE FRALDAS (FONTE: A AUTORA).	68
FIGURA 33 – DETALHE DA JANELA DO BANHEIRO (FONTE: A AUTORA).....	68
FIGURA 34 – PB BANHEIRO DE ACOMPANHANTES (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF). ..	69
FIGURA 35 – DETALHE QUE MOSTRA O CHUVEIRO E A EXAUSTÃO MECÂNICA (FONTE: A AUTORA).	69
FIGURA 36 – VISTA DO BANHEIRO DE ACOMPANHANTE MASCULINO (FONTE: A AUTORA).	69
FIGURA 37 – PB BRINQUEDOTECA (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	70
FIGURA 38 – DETALHE DE UMAS DAS PAREDES DA BRINQUEDOTECA (FONTE: A AUTORA).	71
FIGURA 39 – VISTA DA BRINQUEDOTECA (FONTE: A AUTORA).....	71
FIGURA 40 – PB REFEITÓRIO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	71
FIGURA 41 – VISÃO DO REFEITÓRIO (FONTE: A AUTORA).	72
FIGURA 42 – REFEITÓRIO SENDO UTILIZADO PARA RECREAÇÃO DE PACIENTES (FONTE: A AUTORA).	72
FIGURA 43 – PB SOLÁRIO DESCOBERTO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	73
FIGURA 44 – VISTA GERAL DO SOLÁRIO DESCOBERTO (FONTE: A AUTORA).....	73
FIGURA 45 – VARAL DE ROUPAS NO SOLÁRIO DESCOBERTO (FONTE: A AUTORA).	73
FIGURA 46 – PB POSTO DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO E SALA DE SERVIÇOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	74
FIGURA 47 – VISTA GERAL DO POSTO DE ENFERMAGEM (FONTE: A AUTORA).	75
FIGURA 48 – ESCANINHO DE MEDICAÇÃO (FONTE: A AUTORA).....	75
FIGURA 49 – PAINEL DE CASOS DOS PACIENTES (FONTE: A AUTORA).	75
FIGURA 50 – SALA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA (FONTE: A AUTORA).	76
FIGURA 51 – PB SALA DE PROCEDIMENTOS E CURATIVOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	77
FIGURA 52 – BANCADA SALA DE PROCEDIMENTOS E CURATIVOS (FONTE: A AUTORA).	77
FIGURA 53 - MACA DA SALA DE PROCEDIMENTOS E CURATIVOS (FONTE: A AUTORA).	77
FIGURA 54 – PB SALA DE DISCUSSÃO DE CASOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	78
FIGURA 55 – SALA DE DISCUSSÃO DE CASOS (FONTE: A AUTORA).....	78
FIGURA 56 – SALA DE DISCUSSÃO DE CASOS (FONTE: A AUTORA).....	78
FIGURA 57 – PB LACTÁRIO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).....	79
FIGURA 58 – SALA DE LIMPEZA (FONTE: A AUTORA).....	80
FIGURA 59 – SALA DE PREPARO (FONTE: A AUTORA).	80
FIGURA 60 - PB COPA FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	80
FIGURA 61 - COPA DE FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA).....	81

FIGURA 62 – COPA DE FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA).....	81
FIGURA 63 - PB CONFORTO DE FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF).	81
FIGURA 64 – DETALHE DAS CADEIRAS NO CONFORTO DE FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA)..	82
FIGURA 65 – DETALHE DO ARMÁRIO COM COBERTORES E TRAVESSEIROS (FONTE:A AUTORA)..	82
FIGURA 66 - DESENHO REALIZADO POR PACIENTE PEDIÁTRICO DO HU (FONTE: A AUTORA).	85
FIGURA 67 – POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NO HU (FONTE: A AUTORA).	87
FIGURA 68 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NO HU (FONTE: A AUTORA).	87
FIGURA 69 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NO HU (FONTE: A AUTORA).	87
FIGURA 70 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NO HU (FONTE: A AUTORA).	88
FIGURA 71 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NO HU (FONTE: A AUTORA).	88
FIGURA 72 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NO HU (FONTE: A AUTORA).	88
FIGURA 73 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	90
FIGURA 74 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	90
FIGURA 75 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	90
FIGURA 76 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	91
FIGURA 77 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	91
FIGURA 78 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	91
FIGURA 79 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	92
FIGURA 80 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DO HU (FONTE: A AUTORA).	92
FIGURA 81 – VISTA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA (FONTE: HTTP://WWW.SANTACASA.JF.ORG.BR/?PAGINA=HISTORIA . ACESSO EM 17 DE NOVEMBRO DE 2011).	108
FIGURA 82 - LOCALIZAÇÃO DA PEDIATRIA NA IMPLANTAÇÃO DA SCM-JF (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	109
FIGURA 83 – PLANTA BAIXA ESQUEMÁTICA DA PEDIATRIA DA SCM-JF (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	111
FIGURA 84 – PB ACESSOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).....	112
FIGURA 85 – VISTA PARA O POSTO DE CONTROLE DE ACESSO (FONTE: A AUTORA).	113
FIGURA 86 – DETALHE DA DECORAÇÃO DA ESCADA DE ACESSO AO 2º PAVIMENTO (FONTE: A AUTORA).	113

FIGURA 87 – ALA AMARELA (FONTE: A AUTORA).	114
FIGURA 88 - ALA VERDE (FONTE: A AUTORA).	114
FIGURA 89 - ALA AZUL (FONTE: A AUTORA).	114
FIGURA 90 – PB ENFERMARIAS PADRÃO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	114
FIGURA 91 - VISÃO GERAL DE UMA DAS ENFERMARIAS NA ALA VERDE (FONTE: A AUTORA).	115
FIGURA 92 – UM DOS LEITOS, COM DETALHE DO ARMÁRIO PARA GUARDA DE PERTENCES (FONTE: A AUTORA).	116
FIGURA 93 – DETALHE DA CADEIRA DE ACOMPANHANTES (FONTE: A AUTORA).	116
FIGURA 94 – ENFERMARIA COM BERÇÁRIOS (FONTE: A AUTORA).	116
FIGURA 95 – DETALHE DA BANCADA DE HIGIENIZAÇÃO DE UMA DAS ENFERMARIAS (FONTE: A AUTORA).	116
FIGURA 96 – DETALHE DOS PAINÉIS DE VIDRO – VISORES (FONTE: A AUTORA).	117
FIGURA 97 – DETALHE DE UMA DAS JANELAS DA ENFERMARIA (FONTE: A AUTORA).	117
FIGURA 98 – PB BANHEIRO ENFERMARIAS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	118
FIGURA 99 – DETALHE DAS PIAS DO BANHEIRO DAS ENFERMARIAS (FONTE: A AUTORA).	119
FIGURA 100 – DETALHE DO SANITÁRIO E DAS BARRAS DE APOIO (FONTE: A AUTORA).	119
FIGURA 101 – CHUVEIRO COM SUPORTE PARA BANHEIRA (FONTE: A AUTORA).	119
FIGURA 102 – DIVISÓRIA DOS BANHEIROS DAS ENFERMARIAS (FONTE: A AUTORA).	119
FIGURA 103 – PB BANHEIRO DE ACOMPANHANTES FEMININO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	120
FIGURA 104 – DETALHE DO BANHEIRO DE ACOMPANHANTES FEMININO (FONTE: A AUTORA).	120
FIGURA 105 – PB LAVABO DE MÉDICOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	120
FIGURA 106 – DETALHE DO LAVABO DE FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA).	120
FIGURA 107 – PB RECREAÇÃO/ SALA DE TV (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	121
FIGURA 108 – BRINQUEDOTECA / SALA DE TV VISTA A PARTIR DO CORREDOR (FONTE: A AUTORA).	122
FIGURA 109 – BRINQUEDOTECA / SALA DE TV (FONTE: A AUTORA).	122
FIGURA 110 – PB PÁTIO DE RECREAÇÃO SEMI-ABERTO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	122
FIGURA 111 – PORTA PARA O PÁTIO DE RECREAÇÃO (FONTE: A AUTORA).	123
FIGURA 112 – PÁTIO DE RECREAÇÃO (FONTE: A AUTORA).	123
FIGURA 113 – PB POSTO ENFERMAGEM ALA AMARELA E PRESCRIÇÃO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	124
FIGURA 114 – POSTO DE ENFERMAGEM ALA AMARELA (FONTE: A AUTORA).	124
FIGURA 115 – POSTO DE ENFERMAGEM ALA AMARELA (FONTE: A AUTORA).	124
FIGURA 116 – PB POSTO ENFERMAGEM ALA VERDE (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	125
FIGURA 117 – POSTO DE ENFERMAGEM ALA VERDE (FONTE: A AUTORA).	125
FIGURA 118 – POSTO DE ENFERMAGEM ALA VERDE (FONTE: A AUTORA).	125
FIGURA 119 – PB POSTO ENFERMAGEM CIRCULAR (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	126
FIGURA 120 – POSTO DE ENFERMAGEM CIRCULAR – VISTA EXTERNA (FONTE: A AUTORA).	126
FIGURA 121 – POSTO DE ENFERMAGEM CIRCULAR – VISTA INTERNA (FONTE: A AUTORA).	126
FIGURA 122 - PRESCRIÇÃO MÉDICA (FONTE: A AUTORA).	127

FIGURA 123 – PB SALA DE PROCEDIMENTOS E CURATIVOS ALA VERDE (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	128
FIGURA 124 - SALA DE PROCEDIMENTOS E CURATIVOS (FONTE: A AUTORA).	128
FIGURA 125 - SALA DE PROCEDIMENTOS E CURATIVOS (FONTE: A AUTORA).	128
FIGURA 126 - SALA DE PROCEDIMENTOS E CURATIVOS (FONTE: A AUTORA).	128
FIGURA 127 – PB SALA DE CURATIVOS ALA AMARELA (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	129
FIGURA 128 - SALA DE CURATIVOS NA ALA AMARELA (FONTE: A AUTORA).	129
FIGURA 129 – SALA DE CURATIVOS NA ALA AMARELA (FONTE: A AUTORA).	129
FIGURA 130 – PB SALA DOS MÉDICOS (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	130
FIGURA 131 – DETALHE DA BANCADA COM COMPUTADORES (FONTE: A AUTORA).	130
FIGURA 132 - DETALHE DA ESCRIVANINHA E ESTANTE DE PRONTUÁRIOS (FONTE: A AUTORA).	130
FIGURA 133 – PB COPA E REFEITÓRIO (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	131
FIGURA 134 – COPA EM MOMENTO DE DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS (FONTE: A AUTORA).	131
FIGURA 135 – DETALHE DA BANCADA DA COPA (FONTE: A AUTORA).	131
FIGURA 136 – REFEITÓRIO (FONTE: A AUTORA).	132
FIGURA 137 – PB SALA DA CHEFIA DE ENFERMAGEM (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).	133
FIGURA 138 – MESA DE APOIO PARA O CAFÉ DE FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA).	133
FIGURA 139 – ESCANINHO PARA A GUARDA DE PERTENCES DE FUNCIONÁRIOS (FONTE: A AUTORA).	133
FIGURA 140 - DESENHO REALIZADO POR PACIENTE PEDIÁTRICO DA SC DE 7 ANOS DE IDADE (FONTE: A AUTORA).	138
FIGURA 141 - DESENHO REALIZADO POR PACIENTE PEDIÁTRICO DA SC DE 11 ANOS DE IDADE (FONTE: A AUTORA).	138
FIGURA 142 - DESENHO REALIZADO POR PACIENTE PEDIÁTRICO DA SC DE 12 ANOS DE IDADE (FONTE: A AUTORA).	139
FIGURA 143 - DESENHO REALIZADO POR PACIENTE PEDIÁTRICO DA SC DE 10 ANOS DE IDADE (FONTE: A AUTORA).	139
FIGURA 144 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	141
FIGURA 145 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	141
FIGURA 146 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	141
FIGURA 147 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	142
FIGURA 148 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	142
FIGURA 149 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	142
FIGURA 150 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	142

FIGURA 151 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	142
FIGURA 152 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	143
FIGURA 153 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	143
FIGURA 154 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR ACOMPANHANTE NA SC (FONTE: A AUTORA).	143
FIGURA 155 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	145
FIGURA 156 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	145
FIGURA 157 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	146
FIGURA 158 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	146
FIGURA 159 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	146
FIGURA 160 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	147
FIGURA 161 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	147
FIGURA 162 - POEMA DOS DESEJOS PREENCHIDO POR FUNCIONÁRIO DA SC (FONTE: A AUTORA).	147

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - ESCOLARIDADE DOS USUÁRIOS EXTERNOS HU (FONTE: A AUTORA).	83
GRÁFICO 2 - IDADE DOS USUÁRIOS INTERNOS DO HU (FONTE: A AUTORA).	84
GRÁFICO 3 – RESULTADO DO POEMA DOS DESEJOS COM ACOMPANHANTES NO HU (FONTE: A AUTORA).	86
GRÁFICO 4 - RESULTADO DO POEMA DOS DESEJOS COM FUNCIONÁRIOS DO HU (FONTE: A AUTORA).	89
GRÁFICO 5 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AO ENTORNO DO HU- (FONTE: A AUTORA)..	93
GRÁFICO 6 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO HU QUANTO À ORIENTAÇÃO ESPACIAL (FONTE: A AUTORA).	94
GRÁFICO 7 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO HU QUANTO ÀS CONDIÇÕES EXTERNAS À EDIFICAÇÃO (FONTE: A AUTORA).	94
GRÁFICO 8 – APOIO SOCIAL NO HU (FONTE: A AUTORA).....	95
GRÁFICO 9 - SUPORTE AOS ACOMPANHANTES NO HU (FONTE: A AUTORA).	96
GRÁFICO 10 – DIMENSIONAMENTO DAS ENFERMARIAS NO HU (FONTE: A AUTORA).....	96
GRÁFICO 11 – ADEQUAÇÃO DO MOBILIÁRIO NO HU (FONTE: A AUTORA).	97
GRÁFICO 12 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À ESTÉTICA NO HU (FONTE: A AUTORA). ...	98
GRÁFICO 13 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À SENSACÃO TÉRMICA NO HU (FONTE: A AUTORA).	98
GRÁFICO 14 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AOS RUÍDOS NO HU (FONTE: A AUTORA)...	99
GRÁFICO 15 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AO CONFORTO LUMÍNICO NO HU (FONTE: A AUTORA).	100
GRÁFICO 16 – EXPOSIÇÃO À LUZ NATURAL E AO SOL DA MANHÃ NO HU (FONTE: A AUTORA).	100
GRÁFICO 17 – ADEQUAÇÃO DA ILUMINAÇÃO NO HU (FONTE: A AUTORA).	101
GRÁFICO 18 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À SEGURANÇA FÍSICA NO HU (FONTE: A AUTORA).	101
GRÁFICO 19 – ACESSIBILIDADE NO HU (FONTE: A AUTORA).....	102
GRÁFICO 20 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À HIGIENE NO HU (FONTE: A AUTORA)...	103
GRÁFICO 21 – QUALIDADE DO SONO E REPOUSO NO HU (FONTE: A AUTORA).	103
GRÁFICO 22 – PRIVACIDADE NO HU (FONTE: A AUTORA).	104
GRÁFICO 23 – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO HU QUANTO AO ESPAÇO PARA REFEIÇÕES (FONTE: A AUTORA).	105
GRÁFICO 24 – DISTRAÇÕES POSITIVAS NO HU (FONTE: A AUTORA).....	106
GRÁFICO 25 – PERCEPÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO HU QUANTO AOS AMBIENTES TÉCNICOS (FONTE: A AUTORA).	106
GRÁFICO 26 – CONFORTO DE FUNCIONÁRIOS DO HU (FONTE: A AUTORA).	107
GRÁFICO 27 – IDADE DOS PACIENTES ENTREVISTADOS NA SCM-JF (FONTE: A AUTORA).	135
GRÁFICO 28 - ESCOLARIDADE DOS USUÁRIOS EXTERNOS SCM (FONTE: A AUTORA).....	135
GRÁFICO 29 - IDADE DOS USUÁRIOS INTERNOS DO SCM (FONTE: A AUTORA).....	136
GRÁFICO 30 – RESULTADO DO POEMA DOS DESEJOS COM PACIENTES DA SCM-JF (FONTE: A AUTORA).	137

GRÁFICO 31 - RESULTADO DO POEMA DOS DESEJOS COM ACOMPANHANTES DA SCM-JF (FONTE: A AUTORA).....	140
GRÁFICO 32 - RESULTADO DO POEMA DOS DESEJOS COM FUNCIONÁRIOS DA SCM-JF (FONTE: A AUTORA).	144
GRÁFICO 33 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AO ENTORNO DO SCM (FONTE: A AUTORA).	148
GRÁFICO 34 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO SCM QUANTO À ORIENTAÇÃO ESPACIAL (FONTE: A AUTORA).	149
GRÁFICO 35 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO SCM QUANTO ÀS CONDIÇÕES EXTERNAS À EDIFICAÇÃO (FONTE: A AUTORA).	149
GRÁFICO 36 - APOIO SOCIAL NA SCM (FONTE: A AUTORA).....	150
GRÁFICO 37 - SUPORTE AOS ACOMPANHANTES NO SCM (FONTE: A AUTORA).....	151
GRÁFICO 38 - DIMENSIONAMENTO DAS ENFERMARIAS NA SCM (FONTE: A AUTORA).....	152
GRÁFICO 39 - ADEQUAÇÃO DO MOBILIÁRIO NA SCM (FONTE: A AUTORA).	152
GRÁFICO 40 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À ESTÉTICA NA SCM (FONTE: A AUTORA).....	153
GRÁFICO 41 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À SENSACÃO TÉRMICA NA SCM (FONTE: A AUTORA).	154
GRÁFICO 42 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AOS RUÍDOS NA SCM (FONTE: A AUTORA).	154
GRÁFICO 43 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AO CONFORTO LUMÍNICO NA SCM (FONTE: A AUTORA).	155
GRÁFICO 44 - EXPOSIÇÃO À LUZ NATURAL E AO SOL DA MANHÃ NA SCM (FONTE: A AUTORA).	155
GRÁFICO 45 - ADEQUAÇÃO DA ILUMINAÇÃO NA SCM (FONTE: A AUTORA).....	156
GRÁFICO 46 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À SEGURANÇA FÍSICA NA SCM (FONTE: A AUTORA).	156
GRÁFICO 47 - ACESSIBILIDADE NA SCM (FONTE: A AUTORA).....	157
GRÁFICO 48 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À HIGIENE NA SCM (FONTE: A AUTORA)..	157
GRÁFICO 49 - QUALIDADE DO SONO E REPOUSO NA SCM (FONTE: A AUTORA).	158
GRÁFICO 50 - PRIVACIDADE NA SCM (FONTE: A AUTORA).	159
GRÁFICO 51 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA SCM QUANTO AO ESPAÇO PARA REFEIÇÕES (FONTE: A AUTORA).	160
GRÁFICO 52 - DISTRAÇÕES POSITIVAS NA SCM (FONTE: A AUTORA).....	161
GRÁFICO 53 - PERCEPÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA SCM QUANTO AOS AMBIENTES TÉCNICOS (FONTE: A AUTORA).	161
GRÁFICO 54 - CONFORTO DE FUNCIONÁRIOS DA SCM (FONTE: A AUTORA).	162

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - LEGENDA DE SETORES DO HU-UFJF (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO HU-UFJF)....	59
TABELA 2 – LEGENDA DE SETORES DA SCM-JF (FONTE: A AUTORA / ARQUIVO SCM-JF).....	110
TABELA 3 – SÍNTESE DAS RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS (FONTE: A AUTORA).	167

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APO	Avaliação Pós-Ocupação
DML	Depósito de Materiais de Limpeza
EBD	Evidence-based design
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
Funrural	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
HU-UFJF / HU	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PB	Planta baixa
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SCM-JF / SCM	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	22
1.2. JUSTIFICATIVA.....	23
1.3. OBJETIVOS	24
1.4. METODOLOGIA GERAL DA PESQUISA.....	24
1.5. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	25
1.6. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	25
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
2.1. ARQUITETURA HOSPITALAR E A SAÚDE: PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	27
2.1.1. O cuidado e a saúde.....	27
2.1.2. Arquitetura para a saúde	30
2.2. HUMANIZAÇÃO.....	38
2.2.1. Saúde e Humanização.....	38
2.2.2. Humanização e as Políticas de Saúde no Brasil.....	40
2.2.3. Arquitetura como influência para a Humanização.....	41
2.3. A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	45
2.3.1. A criança e o adolescente frente à hospitalização.....	46
2.3.2. A arquitetura para ambientes pediátricos	48
3. METODOLOGIA.....	51
3.1. TRABALHO DE GABINETE	52
3.2. TRABALHO DE CAMPO	52
3.2.1. Visitas exploratórias e leituras espaciais	53
3.2.2. Questionários semi-estruturados	53
3.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESPAÇOS ESTUDADOS	55
3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	56
3.5. ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	57

4. ESTUDO DE CASO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (HU-UFJF).....	58
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO	58
4.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E ESPACIAIS DO AMBIENTE PEDIÁTRICO.....	61
4.2.1. Acesso.....	61
4.2.2. Corredores.....	62
4.2.3. Enfermarias	64
4.2.4. Banheiros	67
4.2.5. Recreação.....	70
4.2.6. Ambientes de apoio técnicos	73
4.2.6.1. Posto de Enfermagem	74
4.2.6.2. Prescrição Médica.....	75
4.2.6.3. Sala de procedimentos / Sala de Curativos	76
4.2.6.4. Sala de discussão de casos	78
4.2.6.5. Lactário	79
4.2.6.6. Copa e Conforto de Funcionários	80
4.2.6.7. Demais áreas de apoio	82
4.3. RESULTADO E ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS.....	82
4.3.1. Perfil dos respondentes.....	83
4.3.2. Poema dos desejos.....	84
4.3.2.1. Pacientes.....	85
4.3.2.2. Acompanhantes	86
4.3.2.3. Funcionários	89
4.3.3. Questões objetivas.....	92
4.3.3.1. Entorno.....	93
4.3.3.2. Orientação espacial.....	93
4.3.3.3. Apoio social.....	95
4.3.3.4. Dimensionamento	96
4.3.3.5. Mobiliário.....	97
4.3.3.6. Estética	97
4.3.3.7. Conforto térmico.....	98
4.3.3.8. Conforto sonoro.....	99
4.3.3.9. Conforto lumínico.....	100
4.3.3.10. Segurança física.....	101
4.3.3.11. Acessibilidade.....	102
4.3.3.12. Higienização	102
4.3.3.13. Qualidade do sono e repouso.....	103
4.3.3.14. Privacidade e confidencialidade	104
4.3.3.15. Suporte nutricional.....	104
4.3.3.16. Distrações positivas	105

4.3.3.17.	Ambientes técnicos	106
4.3.3.18.	Conforto de funcionários	107

5. ESTUDO DE CASO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA (SCM-JF)..... 108

5.1. CONTEXTUALIZAÇÃO 108

5.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E ESPACIAIS DO AMBIENTE PEDIÁTRICO..... 111

5.2.1.	Acesso.....	112
5.2.2.	Corredores.....	113
5.2.3.	Enfermarias	114
5.2.4.	Banheiros	117
5.2.5.	Recreação.....	121
5.2.6.	Ambientes técnicos	123
5.2.6.1.	Posto de Enfermagem	123
5.2.6.2.	Prescrição Médica.....	126
5.2.6.3.	Sala de procedimentos / Sala de Curativos	127
5.2.6.4.	Sala dos médicos	129
5.2.6.5.	Copa e refeitório	130
5.2.6.6.	Conforto de funcionários	132
5.2.6.7.	Demais áreas de apoio	133

5.3. RESULTADO E ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS..... 134

5.3.1.	Perfil dos respondentes.....	134
5.3.2.	Poema dos desejos.....	136
5.3.2.1.	Pacientes.....	137
5.3.2.2.	Acompanhantes	140
5.3.2.3.	Funcionários	144
5.3.3.	Questões objetivas.....	147
5.3.3.1.	Entorno.....	148
5.3.3.2.	Orientação espacial.....	149
5.3.3.3.	Apoio social.....	150
5.3.3.4.	Dimensionamento	151
5.3.3.5.	Mobiliário.....	152
5.3.3.6.	Estética	153
5.3.3.7.	Conforto térmico.....	153
5.3.3.8.	Conforto sonoro.....	154
5.3.3.9.	Conforto lumínico.....	155
5.3.3.10.	Segurança física.....	156
5.3.3.11.	Acessibilidade.....	157
5.3.3.12.	Higienização.....	157
5.3.3.13.	Qualidade do sono e repouso.....	158

5.3.3.14.	Privacidade e confidencialidade	159
5.3.3.15.	Suporte nutricional.....	159
5.3.3.16.	Distrações positivas	160
5.3.3.17.	Ambientes técnicos.....	161
5.3.3.18.	Conforto de funcionários	162
6.	RECOMENDAÇÕES	163
7.	CONCLUSÃO.....	170
7.1.	SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS.....	170
7.2.	SOBRE OS MÉTODOS.....	172
7.3.	SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	173
	REFERÊNCIAS.....	175
	APÊNDICES	180
	APÊNDICE I – Ficha de Inventário Espacial	180
	APÊNDICE II – Questionário semi-estruturado	181
	APÊNDICE III - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFJF.....	184
	APÊNDICE IV – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da SCM-JF.....	186
	APÊNDICE V - TCLE Responsável pelo paciente pediátrico no HU-UFJF	187
	APÊNDICE VI - TCLE Funcionário do HU-UFJF.....	189
	APÊNDICE VII - TCLE Responsável pelo paciente pediátrico na SCM-JF.....	191
	APÊNDICE VIII – TCLE Funcionário da SCM-JF	193
	ANEXO I – RDC N° 50/2002 (P.44 E 45).....	195

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As transformações no cenário atual, o crescimento e difusão de tecnologias e a socialização dos meios de comunicação refletem-se na abordagem dos serviços de saúde. Nesse contexto, passa-se a considerar a singularidade do paciente como um ser integral, biopsicossocialmente, e como contribuição da arquitetura, busca-se proporcionar condições de trabalho menos estressantes para os profissionais da saúde. Em tese, pode-se apontar que a atual política de saúde quer inverter o modelo baseado na doença-cura para um modelo baseado no sistema de saúde-prevenção, onde a promoção da saúde vem a ser o foco do cuidado (ABDALLA *et. al.*, 2010).

No cenário contemporâneo, os espaços da saúde apontam para um novo desenho, baseado na relação mais humana com o usuário, em que todos os envolvidos no processo de produção da saúde passam a ser valorizados durante a concepção arquitetônica do edifício. O foco da saúde se amplia, retomando a noção do homem contextualizado e fazendo com que os usuários dos ambientes de saúde sejam vistos como sujeitos e não mais coadjuvantes no contexto assistencial. Neste aspecto, a arquitetura dos espaços de saúde ultrapassa a composição técnica, simples e formal dos ambientes, uma vez que a Humanização passa a considerar as situações não construídas, delimitadas por um espaço e tempo e vivenciadas por uma grupalidade, com seus valores culturais e relações sociais (ABDALLA, 2010; BRASIL, 2009; SOUSA W. 2008; TOLEDO, 2002).

Nos espaços hospitalares, ao mesmo tempo em que o paciente está buscando recuperar sua saúde, ele sofre paralelamente interferências do meio, sejam elas físicas, químicas, biológicas, ergonômicas ou psicológicas, estando sujeitos a sensações como expectativa, ansiedade, desconfiança, insegurança, desânimo, tristeza e medo. Mais ainda quando este paciente é uma criança ou adolescente, a hospitalização pode se configurar em uma experiência potencialmente traumática (SANTA ROZA *apud* MITRE *et. al.*, 2004), uma vez que tem o curso de seu desenvolvimento modificado, bem como a sua maneira de vivenciar o mundo. Além disso, seu acompanhante também é afetado pela hospitalização, tendo sua rotina alterada, passando por momentos de ansiedade, insegurança e sofrimento.

O ambiente ainda é capaz de influenciar no desempenho das práticas assistenciais, já que os profissionais estão sujeitos à constante pressão e enfrentam alto grau de estresse (SAMPAIO *et.al*, 2010).

1.2. JUSTIFICATIVA

A arquitetura é introduzida no processo de produção da saúde incentivando uma condição colaborativa entre os usuários e o ambiente construído, podendo sugerir um ambiente físico integrador e que proporcione relações interpessoais entre os usuários, tanto no que diz respeito à atenção dispensada ao paciente e acompanhante quanto na interação entre trabalhadores e gestores (TOLEDO, 2002). Este ambiente deve inspirar confiança ao paciente e proporcionar melhores condições para sua recuperação, além de propor aos funcionários uma situação mais confortável, que resulte em produtividade e satisfação.

Há de se desdobrar a compreensão que a humanização hospitalar – tanto no âmbito assistencial quanto no do espaço físico – faz parte do processo de produção da saúde, resultando em uma abordagem mais integral da enfermidade na infância, visto que criança e o adolescente hospitalizado apresentam outras necessidades, não médicas, que precisam ser atendidas com igual relevância (OLIVEIRA, 1993).

Apesar do destaque que a humanização vem recebendo no cenário contemporâneo da saúde, na prática, os aspectos qualitativos do ambiente podem ser mais aprofundados e considerados, visto, por exemplo, que nem sempre são incorporados às normatizações. O desejo por compreender a complexidade dos espaços projetados, ainda mais quando para crianças e adolescentes, motiva-nos a contribuir para a discussão acadêmica do assunto e a auxiliar no desenvolvimento de projetos futuros qualitativamente superiores aos atuais.

O recorte teórico que se pretende para o desenvolvimento deste trabalho situa-se em uma abordagem multidisciplinar que procura articular conhecimentos formais da área de saúde e da arquitetura e também informais, decorrentes da população entrevistada em pediatrias de estabelecimentos assistenciais de saúde em Juiz de Fora - MG.

1.3. OBJETIVOS

Este trabalho objetiva investigar como o ambiente construído pode contribuir para a humanização de espaços de saúde, em particular de enfermarias pediátricas. Pretende-se analisar a arquitetura enquanto elemento colaborador para a qualidade da vivência de seus usuários e os novos desafios perante essa abordagem mais humana, buscando, assim, desenvolver recomendações para futuros projetos de pediatrias em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Para isso, foi necessário alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Demonstrar a relação existente entre ambiente construído e a recuperação da saúde do paciente;
- Elencar os diferentes usuários dos ambientes pediátricos e entender suas necessidades;
- Caracterizar físico-espacialmente as enfermarias pediátricas, verificando sua funcionalidade e as situações de vivência de seus usuários;
- Avaliar se as características arquitetônico-ambientais dos espaços estudados consideram aspectos de humanização.

1.4. METODOLOGIA GERAL DA PESQUISA

Esta dissertação caracteriza-se como sendo uma Pesquisa Exploratória, com uma abordagem interdisciplinar e qualitativa. Apoiou-se na literatura multidisciplinar do tema e nos estudos de campo, tendo como referência as técnicas e instrumentos da Avaliação Pós-Ocupação. Buscou-se uma avaliação comportamental, privilegiando a percepção dos usuários ao experimentar o ambiente, uma vez que se aponta para a necessidade de serem atendidas não só as condições técnicas e de uso da edificação, mas também as expectativas psicocomportamentais dos usuários do ambiente construído (ORNSTEIN, 1992).

Tendo em vista que a investigação teve como foco compreender o setor infanto-juvenil de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), a pesquisa foi estruturada em duas etapas: trabalhos de gabinete e trabalho de campo. Preocupou-se, em um primeiro momento, entender

o universo da população estudada, isto é, fundamentar o trabalho a fim de estabelecer parâmetros para, em um segundo momento, realizar análises de enfermarias pediátricas, tendo como subsídio a percepção e o comportamento dos usuários, acrescido da reflexão técnica do pesquisador.

1.5. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Este trabalho investigou dois hospitais gerais de Juiz de Fora, MG, sendo estes de gestão pública ou filantrópica, limitando-se, assim, à atenção terciária de saúde. São eles: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCM-JF). Os estudos restringiram-se, portanto, às enfermarias pediátricas dessas duas instituições, não apreendendo o estudo das enfermarias neonatais (crianças de 0 a 28 dias). Cabe aqui ressaltar que esta dissertação aborda exclusivamente a qualidade do ambiente hospitalar construído – enquanto estrutura física – e sua influência no bem estar de seus usuários. Não há qualquer preocupação crítica no que diz respeito à avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas instituições visitadas, bem como também não há a preocupação em fazer uma avaliação das condicionantes legais.

1.6. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente trabalho é composto por seis capítulos, conforme descrição a seguir.

O **Capítulo 1** consiste em uma breve apresentação e contextualização do tema proposto, seguidos de justificativa, objetivos, delimitações da pesquisa e estrutura da dissertação.

O **Capítulo 2** é composto pelo referencial teórico da dissertação e foi subdividido em três aspectos: (1) “Arquitetura hospitalar e a saúde: perspectiva histórica”, em que há a contextualização desses dois elementos ao longo da história; (2) “Humanização”, que discorre sobre tal conceito, construindo a argumentação perante a situação da saúde, das Políticas de Saúde no Brasil e também da Arquitetura; e (3) “A criança e o adolescente”, que apresenta os

usuários do ambiente pediátrico, elencando suas necessidades e demonstrando a relação entre o ambiente construído e a recuperação da saúde do paciente.

O **Capítulo 3** aborda a Metodologia da Pesquisa, que se divide entre trabalho de gabinete e trabalho de campo. São apresentados os instrumentos da coleta de dados, os critérios de seleção dos espaços estudados, a população e amostra, além de uma seção sobre a ética e pesquisa com seres humanos.

O **Capítulo 4** apresenta e discute os resultados do estudo de caso realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). É realizada uma breve contextualização da instituição para, a seguir, descrever e analisar as características físicas e espaciais dos ambientes pediátricos. Posteriormente são apresentados os resultados e a análise dos questionários aplicados, separando o perfil dos respondentes, o Poema dos Desejos e as questões objetivas.

O **Capítulo 5** segue a mesma estruturação e sequência do Capítulo 4, porém, refere-se ao estudo de caso realizado na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCM-JF).

O **Capítulo 6** é composto por recomendações para projetos de enfermarias pediátricas mais humanizadas. Foram estabelecidos critérios de desenvolvimento de projeto que visam propor um ambiente mais favorável à vivência do paciente infanto-juvenil, de seus acompanhantes e dos funcionários em enfermarias pediátricas.

No **Capítulo 7**, por fim, são apresentadas as conclusões do trabalho, obtidas através da costura feita entre o embasamento teórico e os estudos de casos realizados.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são apresentados os elementos utilizados na construção da argumentação teórica, que é dividida em: (1) “Arquitetura hospitalar e a saúde: perspectiva histórica”; (2) “Humanização”; e, por fim, (3) “A criança e o adolescente”. Esta síntese de conceitos orienta a pesquisa, permitindo que seja estabelecida uma relação teórica com os estudos de casos.

2.1. ARQUITETURA HOSPITALAR E A SAÚDE: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Ao observarmos as transformações no cenário atual, o crescimento e difusão de tecnologias e a socialização dos meios de comunicação fica claro que tais mudanças se refletem também na abordagem dos serviços de saúde. Há uma busca por tornar o cuidado e o espaço hospitalar elementos que estimulem uma melhor qualidade de vida e não somente o tratamento da doença. Para isso, almeja-se resgatar a singularidade do paciente – suas emoções, crenças e valores (MARTINS, 2002) – e proporcionar condições de trabalho mais favoráveis aos profissionais da saúde, através de ambientes menos estressantes para ambos.

Para que se entenda como a situação contemporânea foi estabelecida, segue um breve histórico das mudanças na saúde, tanto no aspecto do cuidado quanto no das instalações físicas.

2.1.1. O cuidado e a saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (GOÉS, 2004):

Hospital é a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, preventiva e curativa sob qualquer regime de atendimento, inclusive domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Entretanto, nem sempre foi assim. A palavra “hospital” vem do latim *hospitalis*, derivado do adjetivo *hospes* que significa hóspede, estrangeiro, viajante e, por extensão, o que dá agasalho, o que hospeda. Quando o estabelecimento recebia enfermos pobres, incuráveis ou insanos, a designação era *hospitium*, de onde vem hospício (GOÊS, *op. cit.*).

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação (FOUCAULT, 1989).

Durante séculos, desde a Antiguidade até a Idade Média, os edifícios hospitalares tinham como finalidade assistir os pobres e proporcionar conforto aos enfermos. Essa assistência era prestada, em caráter oficial, pelos sacerdotes de ordens religiosas ou informalmente, por leigos, o que poderia ser chamado de “medicina popular”. A “medicina oficial” era desenvolvida em templos, mosteiros ou edificações anexas, sempre como função secundária às de caráter religioso. A principal função do hospital era separar e excluir os mais pobres e enfermos da sociedade, a fim de minimizar os riscos sociais e epidemiológicos. Sendo assim, o hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã, porém, o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas (BRASIL, 1965; TOLEDO, 2002).

De acordo com Marinelli (2006) e Góes (2004), os hospitais cristãos mantiveram-se em funcionamento do século IV ao século XIII, quando se inicia o seu declínio. As congregações religiosas foram perdendo o controle dos hospitais e estes adquirindo caráter municipal, tornando-se instituições públicas geridas por leigos. Ao final da Idade Média, muitas congregações cristãs fecharam suas casas de assistência transferindo para os laicos a responsabilidade de prestar os serviços sociais, de hospitalidade, ensino e atenção às enfermidades. Neste momento não significa que a Igreja e suas congregações tenham abandonado os hospitais, porém, elas limitaram sua atuação principalmente às atividades administrativas e de enfermagem.

A partir do Iluminismo e da Revolução Industrial foi construída uma nova visão sobre o homem e sobre a natureza, visto a crescente especialização das ciências e ampliação do conhecimento. Neste período, a subjetividade das relações humanas é trocada pela objetividade do conhecimento científico, sendo a sociedade urbana objeto de representações

fragmentadas (PECHMAN, 1994). O paciente então é considerado como um corpo dividido, um mero recorte da realidade, tratado separadamente por diferentes disciplinas do conhecimento.

No século XVII, a emergência do racionalismo cartesiano abre espaço para a consideração de que o maior valor humano está na capacidade de raciocínio lógico e de controle sobre as paixões, sobretudo naquilo que remete a uma natureza humana baseada na interferência das emoções. O racionalismo cartesiano contribui para a vigência de uma razão científica em saúde de separação entre: corpo e mente, razão e emoção, objetividade e subjetividade. A influência desta filosofia na área da saúde acrescentou reverberações no campo do saber biomédico e na educação para a prática clínica (SOUSA W. *et. al.*, 2008).

No fim do século XVIII, os Hospitais e Asilos Urbanos de proporções gigantescas tornam-se objetos de estudo, uma vez que apresentam índices desumanos de mortalidade, insalubridade e promiscuidade. É durante esse período que a doença passa a ser reconhecida como fato patológico, surgindo então o chamado “hospital terapêutico” (FOUCAULT, 1989; MIQUELIN, 1992; TOLEDO, 2002).

A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura do mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. Esta é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII (FOUCAULT, *op. cit.*).

A percepção de que o hospital é um componente integrante do processo de cura leva a uma progressiva especialização de seus espaços, sendo o hospital especializado do século XIX uma resposta aos questionamentos levantados no século anterior. As descobertas do final do século XIX transformam as atitudes e conceitos de planejamento hospitalar, uma vez que os meios de diagnóstico e tratamento tornaram-se cada vez mais complexos (TOLEDO, *op. cit.*; LUKIANTCHUKI *et. al.*, 2010).

No início do século XX, a melhoria na reputação dos hospitais fez com que pessoas de maior poder aquisitivo recorressem a essa instituição, considerando-a mais capacitada para a cura do que o médico da família. O hospital, então, passa a incorporar novas tecnologias de apoio ao diagnóstico, como os exames de análises clínicas e radiologia. Sendo assim, a percepção de que o hospital é um componente integrante do processo de cura é uma constatação relativamente recente (FOUCAULT, 1989; PENNA, 2004).

Segundo Miquelin (1992), há cerca de 150 anos, a conjugação das descobertas e avanços da medicina tem transformado a imagem dos edifícios hospitalares, sendo cada vez mais vinculada à recuperação ou à melhoria das condições de saúde. Após a Segunda Guerra Mundial, as mudanças na fisionomia das edificações de saúde alcançaram um ritmo vertiginoso, com desenvolvimento considerável das ciências médicas, administração hospitalar, planejamento hospitalar e na própria postura de seus usuários. Assim sendo, o hospital estabeleceu-se como uma das mais complexas instituições da sociedade contemporânea, sendo relevante o estudo de seu espaço físico e dos aspectos que se relacionam a esse contexto, como é o caso da humanização.

2.1.2. Arquitetura para a saúde

A arquitetura para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) não é uma tipologia recente das edificações. Construções arquitetônicas com esta finalidade ocorrem historicamente desde a antiguidade até nossos dias, naturalmente guardadas as diferenças temporais e conceituais. À medida que a medicina foi alterando seu contexto técnico-científico sob a questão da saúde e do cuidado, os espaços que abrigavam essas relações também foram se modificando, decorrente disso, as transformações ideológicas na medicina deram origem também a transformações na morfologia dos edifícios hospitalares (FLEMMING, 2000; ABDALLA, 2010).

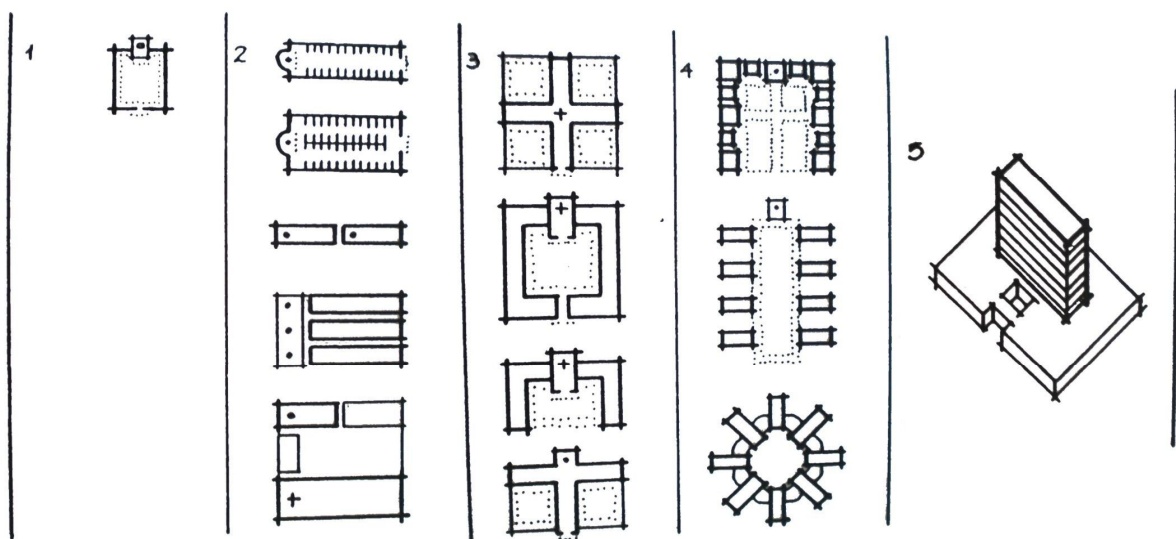


Figura 1 - Desenho esquemático da evolução das formas hospitalares (Fonte: Le Mandat *apud* MIQUELIN, 1992).

Conforme demonstra a figura 1, as tipologias das edificações da saúde foram se modificando: (1) na Antiguidade predominavam Pórticos e Templos; (2) na Idade Média, as Naves; (3) na Renascença, a cruz e o claustro; (4) na Era Industrial, dominavam os Pavilhões e na (5) Pré-Contemporânea, os Blocos (MIQUELIN, 1992).

Miquelin (1992) explica que, na Grécia Antiga, os edifícios da saúde eram divididos em domínio público, privado e religioso. Os públicos eram destinados ao tratamento da saúde e cuidados com idosos, além de servirem de hospedagem. No âmbito privado, era permitido aos médicos que criassem uma casa que abrigasse seus próprios pacientes. Já no que se refere ao religioso, envolve os templos consagrados a Asclépio, deus da medicina. Esses eram localizados distantes da cidade, em bosques e próximos às correntezas de água. Os pacientes passavam a noite sob os pórticos em volta do templo e pela manhã revelavam seus sonhos ao sacerdote-médico para que fosse determinado o tratamento. Em seguida, o paciente partia, já que os templos não funcionavam como albergue.

Em Roma, as termas constituíram-se em uma das mais importantes instituições do mundo romano, sendo suas construções simétricas, expressão da arquitetura romana. Esses locais eram centros de relaxamento destinados aos cidadãos mais importantes e, ligado a essas termas, havia estabelecimentos mais simples, orientados para a cura e terapia com o auxílio de fontes termais naturais (MIQUELIN, *op. cit.*).

No Oriente, a hospitalidade islâmica seguia o preceito semelhante ao cristão: dar abrigo aos peregrinos e, eventualmente, cuidar de enfermos. É interessante destacar que pela primeira vez ocorreu a separação de pacientes em edifícios específicos para uma patologia: é o caso dos Leprosários, edificações feitas isoladas das cidades para o tratamento da hanseníase (MIQUELIN, 1992).

Durante o período da Idade Média, a morfologia básica de um hospital era a nave, forma polivalente que reflete o avanço das tecnologias estruturais. Os vãos tornaram-se cada vez maiores e as condições de ventilação e iluminação passaram por melhorias. Com as experiências com o leprosário na Antiguidade, duas importantes alterações são incorporadas ao planejamento hospitalar: separação entre as funções de alojamento e logística e também a separação dos pacientes por patologias e sexo. O abastecimento de água passou a ser estudado, visto sua influência nas questões de higiene para a saúde (MIQUELIN, *op.cit.*). Um exemplar deste período é o Hospital do Santo Espírito Santo, em Lubeck, de 1286 (figura 2).



Figura 2 - Hospital do Santo Espírito Santo, em Lubeck (fonte: [http://de.wikipedia.org/wiki/Heiligen-Geist-Hospital_\(Lübeck\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Heiligen-Geist-Hospital_(Lübeck))). Acesso em 14 de dezembro de 2011).

No período do Renascimento, o isolamento por barreira física ainda não existia, entretanto, os esforços para a separação dos doentes ocorria em decorrência da planta cruciforme. Os doentes eram separados em quatro alas a partir de um pátio central, possibilitando a circulação, a ventilação e a iluminação. Nesta época surgem importantes medidas para a assepsia nos hospitais, como cabines sanitárias junto aos leitos, a canalização de esgoto e um sistema elevatório de águas, que permitiu a implantação dos hospitais em locais mais distantes dos cursos dos rios (SAMPAIO, 2005). Um dos exemplos mais importantes da arquitetura renascentista da saúde é o Ospedale Maggiore de Milão, datado de 1456 (figura 3).



Figura 3 - Ospedale Maggiore de Milão (fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Ospedale_Maggiore). Acesso em 14 de dezembro de 2011).

Até este momento histórico, os edifícios hospitalares não possuíam função de abrigar os doentes, fazendo com que a linguagem formal das edificações seguissem o padrão dos demais edifícios públicos existentes na época e local. Foi a partir do século XVIII, com a mudança no saber médico e a doença sendo reconhecida como fato patológico, que as edificações adotam um caráter terapêutico, passando a serem pensadas como instrumentos de cura (FOUCAULT, 1989). Surgem então os primeiros processos projetuais dedicados às edificações hospitalares, uma vez que as questões funcionalistas e de espaço assumem nova importância (TOLEDO, 2002).

Sendo assim, no século XVIII houve grande progresso na construção hospitalar, motivado pelo incêndio do Hotel-Dieu (figura 4), de Paris, ocorrido em 1772. O governo, então, criou uma comissão para que fosse elaborado um projeto de reforma, sendo a Academia de Ciências a encarregada de elaborar o programa para a nova construção. Tal hospital, de dimensões gigantescas, foi considerado lúgubre e uma “máquina de contaminação”.

O receio da contaminação entre os doentes levou os técnicos da época a descentralizar o hospital que até então era concentrado. Surgiu assim o hospital-jardim, subdividido em pavilhões, distribuídos em extensa área e também a enfermaria aberta, posteriormente conhecida como enfermaria “Nightingale”. Este foi o elemento mais importante e característico na anatomia hospitalar do fim do século XIX (BRASIL, 1965; MIQUELIN, 1992; GOÉS, 2004).



Figura 4 - Hotel-Dieu, de Paris (fonte: <http://paris1972.wordpress.com/paris-my-photo-gallery-i/>. Acesso em 14 de dezembro de 2011).

Cabe ressaltar que o modelo pavilhonar apresentou inovações em relação às edificações anteriores: reduziu o número de leitos, separou os doentes em pequenos grupos, melhorou as condições de ventilação e iluminação e colocou os serviços de apoio em pavilhões intercalados aos de internação. Assim, o planejamento dessas edificações passou a considerar aspectos funcionais, observando condições mais específicas e apropriadas para cada uso em um hospital. Essa morfologia permaneceu vigente por mais de um século em hospitais de todo o mundo e pode ser ilustrada pelo Hospital Lariboisiere, de Paris, datado de 1846 (figura 5) e pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (figura 6) (MIQUELIN, 1992).



Figura 5 - Hospital Lariboisiere (fonte: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital_Lariboisière](http://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_Lariboisi%C3%A8re). Acesso em 14 de dezembro de 2011).



Figura 6 - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (fonte: <http://noticias.uol.com.br/>. Acesso em 14 de dezembro de 2011).

Em 1859, a enfermeira inglesa Florence Nightingale publicou “*Notes on Hospitals*”, em que conceitua uma enfermaria funcional, estabelecendo padrões mínimos para o bom funcionamento de um hospital a partir de sua experiência na Guerra da Crimeia. A “enfermaria Nightingale” previa salões longos e estreitos, com leitos dispostos perpendicularmente em relação às paredes perimetrais, janelas altas de ambos os lados para garantir a iluminação natural e a ventilação cruzada, grandes pés-direitos e postos de enfermagem no centro dos salões (figura 7 e figura 8) (MIQUELIN, 1992; PENNA, 2004; SAMPAIO, 2005).

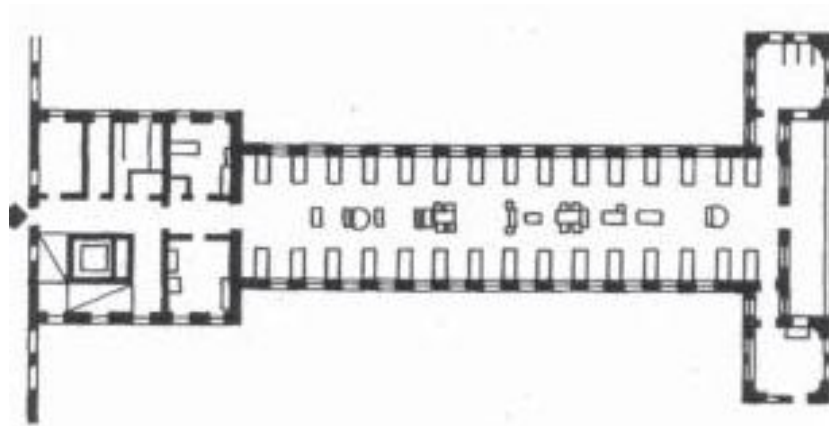


Figura 7 - Enfermaria Nigthingale (Fonte: MIQUELIN, 1992).



Figura 8 - Exemplo de enfermaria Nightingale (fonte: <http://realfamiliaportuguesa.blogspot.com>. Acesso em 14 de dezembro de 2011).

No início do século XX, a maioria dos hospitais seguia no modelo pavilhonar. Enquanto na Europa esse modelo era considerado satisfatório, nos Estados Unidos começa a surgir uma nova morfologia de edifício hospitalar: o “monobloco vertical” (figura 9). A

decadência da anatomia pavilhonar se dá em virtude principalmente dos seguintes aspectos: a distância entre os pavilhões; ocupação de grandes áreas de terreno para implantação; equipe médica e de enfermagem tinham que fazer grandes percursos; redução do tempo de internação dos pacientes em virtude da evolução das práticas terapêuticas, possibilitando a eliminação de diversas áreas de apoio como jardins e afastamentos para ventilação natural; progressos na arquitetura e engenharia, com a descoberta de novos materiais e métodos construtivos (MIQUELIN, 1992; PENNA, 2004; SAMPAIO, 2005).

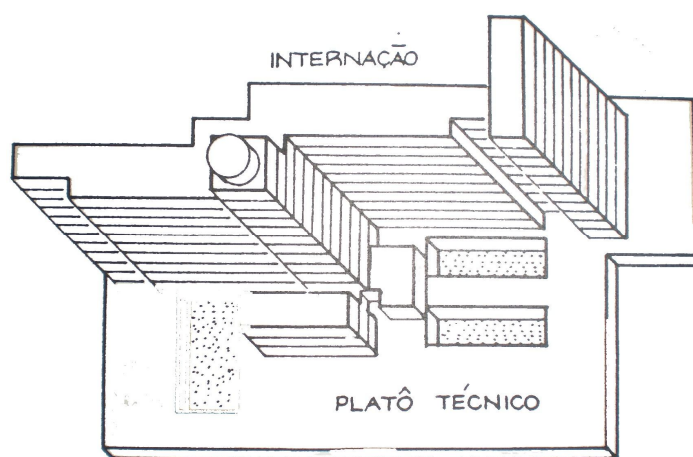


Figura 9 - Detalhe esquemático de edificação monobloco vertical (fonte: MIQUELIN, 1992).

Os primeiros modelos do hospital monobloco vertical, construídos no período entre as duas grandes guerras, nada mais eram que o empilhamento de enfermarias Nigthingale, com um elevador ligando todos os andares. Entretanto, o desenvolvimento tecnológico promoveu o aperfeiçoamento deste modelo, especialmente nos EUA. As condições internas das edificações passam a ser controladas (condicionamento de ar, exaustão mecânica, calefação e iluminação artificial), proporcionando maior conforto. Neste momento, a contribuição da arquitetura é considerada como sendo cada vez menor para a qualidade deste novo hospital, de caráter tecnológico (MIQUELIN, 1992; PENNA, 2004).

A alta tecnologia alcançada pela Medicina no século XX é reproduzida em sua estrutura física - o hospital. São extintas as relações entre interior e exterior que auxiliavam a terapia psicológica, através do contato com a paisagem, com a luz e o vento naturais. Na segunda metade deste século, com o maior conhecimento da estrutura dos órgãos, a Medicina alcança o seu mais alto grau de especialização. Esta fragmentação do todo se reflete na concepção do espaço, que a traduz através do desenvolvimento independente de áreas especializadas do hospital, como os Centros Cirúrgicos, as Centrais de Esterilização,

Laboratórios de Análises Clínicas e Radiologia entre outros (PENNA, 2004).

No Brasil, o monobloco vertical – em uma de suas variantes, em que o bloco vertical é construído sobre um platô horizontal que lhe serve de base – irá se tornar dominante no traço modernista de arquitetos como Rino Levi e Oscar Niemeyer. Exemplo disto é a construção a partir de 1951 do Hospital Larragoiti, atual Hospital da Lagoa, no Rio de Janeiro (figura 10) (TOLEDO, 2002).



Figura 10 - Hospital da Lagoa (fonte: <http://www.relatorioanualsulamerica10.com.br/?q=timeline> . Acesso em 14 de dezembro de 2011).

Segundo Voegel (*apud* SAMPAIO, 2005), atualmente não existe mais um modelo formal para os edifícios hospitalares, mas, sim, conceitual. Visto a constatação relativamente recente de que um EAS é um componente do processo de cura, sendo mais ainda a Humanização como uma preocupação emergente neste contexto, já que tem em vista o bem-estar de seus usuários, é indispensável que se conheça a população que irá utilizar o espaço e as atividades que predominantemente ela irá desenvolver. Desta forma, faz parte do conceito de Humanização atender às necessidades e expectativas do usuário do ambiente, sendo fundamental ainda que o arquiteto considere em seu planejamento questões como a funcionalidade, baixos custos de manutenção, flexibilidade dos espaços e segurança, sem desconsiderar os aspectos estéticos e humanos do ambiente (SOUSA, L. *et.al.*, 2008; VASCONCELOS, 2004).

2.2. HUMANIZAÇÃO

A arquitetura da saúde tem passado por um processo de transformação no cenário contemporâneo. Os espaços da saúde apontam para um desenho baseado na relação mais humana com o usuário, em que todos os envolvidos no processo de produção da saúde passam a ser valorizados durante a concepção arquitetônica do edifício.

Este tópico irá discorrer sobre o contexto que envolve essa nova abordagem da saúde, entendendo sua origem, as políticas públicas brasileiras e como a arquitetura pode fazer parte desse processo.

2.2.1. Saúde e Humanização

No decorrer dos anos, a questão da saúde e da doença foi encarada sob diferentes aspectos, uma vez que essa conceituação reflete a situação social, política, econômica e cultural de uma determinada sociedade, considerando-se a época, o lugar e a classe social. Depende também de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLiar, 2007).

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Para que se entenda a atual condição da saúde no Brasil, há que se partir da compreensão do que ocorreu com o Estado depois da promulgação da constituição de 1988. Desde então, e até mesmo antes, está em curso uma reestruturação conceitual e na organização institucional de saúde, emergente após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da ONU (Organização das Nações Unidas) e da OMS (Organização Mundial de Saúde).

A partir da Constituição da OMS de 7 de abril de 1948, instituiu-se que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, sendo um direito fundamental de todo ser humano.

Teoricamente, os aspectos constitucionais propostos pela Carta Magna brasileira apontam para um sistema universal, onde é dever do Estado abrangê-la a todos os cidadãos residentes brasileiros, em conformidade com o que é indicado pela OMS. O instrumento organizacional indicado para gerir a assistência em saúde brasileira é a constituição de um sistema único para a saúde no território nacional: o Sistema Único de Saúde – SUS.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em tese, pode-se apontar que a atual política de saúde quer inverter o modelo baseado na doença-cura para um modelo baseado no sistema de saúde-prevenção, onde a promoção da saúde passa a ser o foco do cuidado (ABDALLA *et. al.*, 2010). Assim, prima-se pela condição saudável, através da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças.

Fato é que nos dois últimos séculos a relação hospitalar vem sendo marcada pela assimetria entre os usuários, isto é, o paciente assume uma posição de inferioridade em relação ao profissional da saúde, como se sua vivência e contextualização pudessem ser desconsideradas (SOUSA W. *et. al.*, 2008). Na abordagem contemporânea, o foco da saúde passa a ser ampliado, retomando a noção do homem contextualizado, fazendo com que os pacientes e profissionais da área passem a sujeitos e não mais coadjuvantes no contexto assistencial, entendidos como indivíduos integrais, bio-psico-socialmente (SOUSA W. *et. al.*, *op. cit.*; TOLEDO, 2002).

Desta maneira, para que se efetive a solidificação do processo de humanização, nesta dissertação, vê-se como necessária uma participação equilibrada dos usuários nos ambientes de saúde, de maneira tal que esses cidadãos construam no espaço em que habitam, seja esporadicamente ou diariamente, um lugar para uma real efetivação de sua existência.

2.2.2. Humanização e as Políticas de Saúde no Brasil

Em meio a atual proposta para a concretização da saúde, ganha força a política de Humanização, sendo agregada a esse posicionamento, a necessidade de espaços para a saúde diferenciados, que passam a ser pauta de discussões no Brasil a partir dos anos 80. Entretanto, somente na última década o diálogo ganhou relevância, sendo colocado em prática nos hospitais em geral.

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), buscando valorizar todos os envolvidos no processo de produção da saúde. Com esse programa, a discussão sobre o bem estar do paciente e de toda a cadeia alcançou a esfera pública nacional, abrindo um diálogo maior sobre o assunto e envolvendo também a iniciativa privada. Em 2003, o PNHAH mudou o nome para Política Nacional de Humanização (PNH), também chamado de HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS), tornando-se referência para toda a cadeia de saúde. Desde então, o MS vem implantando a Humanização como política pública do SUS.

O HumanizaSUS, especificamente, apresenta um método que tem em vista a construção de estratégias de inclusão, com um novo modo de cuidar e de organizar o trabalho, indicando uma construção coletiva e heterogênea, potencializando a produção da saúde e dignificando os profissionais da área (PASCHE, 2009). Sendo assim, ele é considerado uma proposta transversal e abrangente, que visa estabelecer arranjos sustentáveis, envolvendo profissionais dos diversos setores do Sistema, além de fomentar a efetiva participação da população, promovendo um novo tipo de interação entre os sujeitos (BRASIL, 2004).

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Dentre os conceitos incorporados à Política Nacional de Humanização, um relaciona-se particularmente com o desenvolvimento da arquitetura hospitalar: a “ambiência”. Tal

princípio “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2009). Sendo assim, o MS descreve três eixos para sua construção:

- O espaço que visa à **confortabilidade** focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de **subjetividades** – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como **ferramenta facilitadora do processo de trabalho**, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2009, grifo nosso).

Neste aspecto, a arquitetura dos espaços de saúde ultrapassa a composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações não construídas, delimitadas por um espaço e tempo e vivenciadas por uma grupalidade, com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2009). Portanto, considera-se que a arquitetura para ambientes de saúde tem também como função promover a auto-estima em seus usuários e propor condições que estimulem relações múltiplas e benéficas entre pacientes, acompanhantes e funcionários a fim de contextualizá-los, de maneira a situá-los no tempo e no espaço social do qual fazem parte, integrando-os ao sistema de saúde e não mais os excluindo.

2.2.3. Arquitetura como influência para a Humanização

Visto que a arquitetura pode ser um elemento capaz de influenciar na prática da Humanização, é importante que se entenda o papel que cabe a ela desempenhar. Segundo Costa (1995):

Arquitetura é antes de mais nada construção, mas, construção concebida com o propósito primordial de ordenar e organizar o espaço para determinada finalidade e visando a determinada intenção. (...) Pode-se então definir arquitetura como construção concebida com a intenção de ordenar e organizar plasticamente o espaço, em função de uma determinada época, de um determinado meio, de uma determinada técnica e de um determinado programa.

A arquitetura é apresentada, então, como um espaço, que à medida que colabora no desempenho das atividades em uma instituição de saúde, ratifica o caráter de lugar¹, criando ou reforçando uma interação entre os indivíduos e o ambiente construído. Ela funcionará, portanto, como mais um processo de intervenção no ambiente e contexto assistencial de saúde, auxiliando no resgate da individualidade de seus usuários, já que muitas vezes o fator pessoal é negligenciado pelo ideal da neutralidade científica da modernidade, que restringiu as complexidades dos problemas cotidianos a uma pretensa totalidade (SOUSA W. *et. al.*, 2008).

Neste contexto, para que se reverta a situação hospitalar generalista a uma condição mais humanizada, há de se compreender as problemáticas que englobam os usuários de um Estabelecimento Assistencial de Saúde.

Nos espaços hospitalares, ao mesmo tempo em que o paciente está buscando recuperar sua saúde, ele sofre paralelamente interferências do meio, sejam elas físicas, químicas, biológicas, ergonômicas ou psicológicas. Devido às suas condições físicas e psicológicas, eles estão sujeitos a sensações como expectativa, ansiedade, desconfiança, insegurança, desânimo, tristeza e medo. Além disso, em grande parte das situações eles têm sua mobilidade reduzida, fazendo com que os seus sentidos (visual, auditivo, olfativo e térmico) estejam mais aguçados, vivendo o ambiente de maneira mais intensa (MARTINS, 2004; SAMPAIO *et.al*, 2010). Bem como o paciente, seu acompanhante também é afetado pela hospitalização, uma vez que tem sua rotina alterada, passando por momentos de ansiedade, insegurança e sofrimento.

O ambiente é capaz de influenciar também no desempenho das práticas assistenciais, já que, por vezes, o profissional que cuida do paciente encontra-se apressado, tenso e/ou cansado. Isso se deve a própria natureza de seu trabalho, já que os profissionais estão sujeitos à constante pressão e enfrentam alto grau de estresse (SAMPAIO *et.al*, *op. cit*).

Desde a década de 1980, estudos científicos têm indicado como o ambiente construído pode impactar pacientes, funcionários e demais usuários, além de influenciar na administração dos recursos financeiros. Essas investigações científicas são fundamentadas na metodologia do Evidence-based Design (EBD), ou em tradução, Projeto Baseado em Evidências.

¹ De acordo com Tuan (1983), o “lugar” é definido por e a partir de apropriações afetivas que derivam dos anos de vivência e das experiências atribuídas às relações humanas. “Lugar é uma mistura singular de vistas, sons e cheiros, uma harmonia ímpar de ritmos naturais e artificiais”, sendo a sensação de lugar afetada pela sensação de tempo.

O EBD em saúde é uma extensão das teorias baseadas nas evidências e constatações das práticas profissionais e suas demandas ambientais e, também, fundamentada na Medicina Baseada em Evidências, que afirma que para melhores práticas e intervenções em terapias, os dados devem ser metodologicamente coletados, analisados, validados e amplamente divulgados (NOBLIS, 2007). O The Center for Health Design² definiu o EBD como sendo o processo de basear as decisões sobre o ambiente construído na investigação credível, para que se obtenham os melhores resultados (MCCULLOUGH, 2009). O EBD, então, aponta para cinco princípios norteadores para a criação de ambientes mais propícios à cura (NOBLIS, *op. cit.*; MCCULLOUGH, *op. cit.*):

1. Ambiente centrado no paciente e em seus familiares, refletindo a cultura do cuidado.
2. Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados em saúde.
3. Melhoria dos cuidados com as pessoas através do contato com a natureza e de distrações positivas.
4. Criação de um ambiente de trabalho positivo.
5. Projeto com normalização máxima, flexibilidade e condições para crescimento futuro.

De forma mais concreta, algumas situações contribuem para a efetivação das melhorias dos ambientes de saúde: aumento do apoio social, orientação espacial, exposição adequada e apropriada à luz, suporte nutricional adequado ao paciente, melhoria do sono e repouso do paciente, prevenção de quedas, redução à exposição de substâncias químicas nocivas, dos erros de medicação, do ruído e melhoria na inteligibilidade da fala, ambientes com vista para a natureza, janelas que ajudem a orientar quanto ao horário do dia e sobre as condições climáticas, diminuição das dores nas costas e lesões relacionadas ao trabalho, eliminação de ambientes caóticos e ruidosos, dentre outros (MCCULLOUGH, *op. cit.*).

Visto que estudos indicam que o EBD melhora a qualidade do cuidado com o paciente, colabora para resultados satisfatórios da equipe assistencial, além de contribuir para a redução de erros clínicos, este método tem apresentado como uma ferramenta potencial para o projeto de arquitetura e para as considerações acerca da humanização em saúde.

² The Center for Health Design constitui-se em uma organização sem fins lucrativos que desenvolve a metodologia do Evidence-based design. (Website da Instituição: <http://www.healthdesign.org>)

Entretanto, esta metodologia não pode ser empregada de forma rígida, tendo embutida em sua teoria frequentes alterações de proposições relativas a cada caso de estudo. Profissionais que utilizam o EBD para o desenvolvimento de projetos de arquitetura o fazem a fim de propor sugestões para melhorar o projeto. Considerando cada arquitetura como uma situação específica, própria, conseqüentemente, a mesma abordagem pode não traduzir os mesmos resultados em estabelecimentos diferentes. Deste modo, observar-se-á que tais proposições, mesmo se executadas, não garantem os melhores resultados por si sós.

Os projetos para ambientes de saúde precisam estar atentos às particularidades eminentes do setor, mais ainda, em cada diferente situação para cada hospital. Além do campo proposto para Humanização pelo contexto organizacional da saúde, há que se ressaltar a importância que assumem determinados aspectos do espaço.

Pode-se dizer, portanto, que a pluralidade e o respeito às diferenças são elementos fundamentais para que o espaço se torne um local de qualidade e que proporcione situações mútuas de bem estar. Neste sentido, a arquitetura é introduzida no processo de produção da saúde incentivando uma condição colaborativa entre os usuários e o ambiente construído, podendo sugerir um ambiente físico integrador e que proporcione relações interpessoais entre os usuários, tanto no que diz respeito à atenção dispensada ao paciente e acompanhante quanto na interação entre trabalhadores e gestores (TOLEDO, 2002). Assim, este ambiente deve inspirar confiança ao paciente e proporcionar melhores condições para sua recuperação, além de propor aos funcionários uma situação mais confortável, que resulte em produtividade e satisfação.

De modo sucinto, “Humanização” é vista como um tratamento estético do EAS e, ainda, como a realização de atividades acolhedoras com pacientes. Não excluindo essa abordagem, entendemos ainda que a Humanização consista na contextualização dos usuários, resgatando sua individualidade e criando ambientes flexíveis às ampliações e adequações futuras, visto a velocidade com que se desenvolvem as tecnologias. Neste sentido, além do espaço de saúde assumir um papel de procedimento protocolar técnico, já observado em outros tempos (FOUCAULT, 1989), para ser pleno, não basta ser perfeitamente funcional (ABDALLA *et. al.*, 2004). Ele deve também atender ao indivíduo em outros aspectos da sua vivência para configurar um lugar (LANGER, 2006). Contudo, neste caso, precisa ser um lugar não geográfico, dado que o desejo de se estar lá, num ambiente de saúde, não existe, pois todo ser humano gostaria de permanentemente ser saudável.

A velha idéia de um hospital que satisfaça todas as necessidades é coisa do passado. Nós necessitamos de outro tipo de instituição. Apesar de sempre necessitarmos de eficiência, brevidade, rapidez nos cuidados de saúde, também necessitamos de outros aspectos humanos, pois não queremos ser meros membros tecnológicos de equipamentos e simples objetos de procedimentos médicos corretos (JOHN THOMPSON, 1976 *apud* VERDERBER & FINE, 2000).

Isto impõe uma questão chave ao conceito na construção de um lugar tangível-sensível, que busca a perfeição não pelo lado da técnica, que deve sim ser garantida, mas, sobretudo, pelo campo da mitologia, como, por exemplo, o espaço da perfeição do paraíso de Adão e Eva, na tentativa de propor uma perfeição de outro contexto. Algo próximo a isto é a moradia, segundo Baudrillard (2002) e que também antropologicamente pode ser observado pelo desejo da casa primitiva.

Em conclusão: minha tese é a existência de um interesse constante pela cabana primitiva. Ao que parece, praticamente todos os povos, em todas as épocas, têm demonstrado esse interesse, e o significado atribuído a esse objeto complexo não parece ter mudado muito conforme o lugar e épocas. Na minha opinião, esse significado persistirá no futuro, com implicações permanentes e inevitáveis para as relações entre qualquer edifício e seus usuários (RYKWERT, 2003).

Entende-se, assim, que o projeto arquitetônico destinado à saúde tem como premissa de concepção a realidade humana e social e o ato de projetar está vinculado a um cenário rico em subjetividades, que fogem ao contexto técnico-funcional da perfeição e busca a plenitude de realizações possíveis de serem sensivelmente tangíveis pelo imaginário do ser usuário das unidades de saúde. A associação entre a humanização e a arquitetura motiva, assim, uma transformação na maneira de ver o outro e também no modo de vivenciar o ambiente, seja ele arquitetônico ou urbanístico.

2.3. A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), é considerada criança “a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”. Nesta etapa de vida, a criança e o adolescente estão em formação e desenvolvimento, tanto físico quanto psicossocial. A seguir teceremos considerações sobre a hospitalização neste período de

existência e como a arquitetura pode colaborar para o enfrentamento das dificuldades em um ambiente de saúde pediátrico.

2.3.1. A criança e o adolescente frente à hospitalização

Segundo Santa Roza (*apud* MITRE *et. al.*, 2004), “a hospitalização na infância pode se configurar como uma experiência potencialmente traumática”. Quando a criança e o adolescente passam por uma internação, o curso de seu desenvolvimento é modificado, bem como a sua maneira de vivenciar o mundo. Visto que são afastados de seu cotidiano e do ambiente familiar, o hospital é um local para o qual nunca se deseja ir (OLIVEIRA, 1993).

Semelhantemente ao adulto, que possui fatores individuais, pessoais, situacionais e socioculturais que se combinam na avaliação da situação estressante, a criança também se utiliza desses componentes para a construção de um momento particular na hospitalização. A repercussão ou os efeitos dos problemas e dificuldades na vida de uma pessoa não está relacionado apenas à natureza do evento estressante, mas também à avaliação que a pessoa faz da situação (CARMO, 2008).

Para Oliveira (1993), a criança percebe o hospital como um local de proibições: não se pode andar pelos corredores, jogar bola, tomar ar fresco, falar alto, conversar com outras crianças, brincar. Paradoxalmente, é um local de infantilização, em que as crianças maiores são colocadas em berços e alimentadas através de mamadeiras, causando-lhes profunda indignação. O episódio da hospitalização, associado aos procedimentos médicos realizados e a própria doença, surge na percepção da criança como uma punição, um castigo, algo estreitamente relacionado a um sentimento de culpa.

Já o adolescente, que está em formação de personalidade, individualidade e independência, se depara com uma ruptura, podendo mostrar-se confuso e ambivalente (HONICKY, 2009). Conforme aponta Armond (1996), durante a hospitalização o adolescente sofre uma regressão em seu desenvolvimento cognitivo e afetivo e, quando se interna, manifesta sua fragilidade emocional através de reações de negação, fantasias e da necessidade da presença materna ou pessoa significativa (acompanhante).

Para o adolescente, o hospital é considerado um lugar estranho, que foge à compreensão dos jovens. É o mundo da terminologia complexa, de aparelhos, em que sofrem e compartilham a dor com os outros. É no hospital também que os adolescentes se

reconhecem como doente e se sentem presos à realidade da doença, passando a enxergar a possibilidade de morte, o que representa o fechamento de inúmeras possibilidades de futuras vivências e a compreensão da finitude da vida (ALMEIDA, 2005).

Neste sentido, entende-se nesta dissertação que, tanto para criança, quanto para o adolescente, a hospitalização representa a estranheza, o ausentar-se do próprio mundo rompendo com seu cotidiano e hábitos, obrigando-os a abandonarem seu espaço, em uma mudança de sua rotina e na de seus familiares, para, assim, passarem a conviver com a doença. Neste contexto, ambos acabam por promover um confronto com a dor, com a limitação física e a passividade, fazendo aflorar sentimentos de culpa, punição e medo da morte (ALMEIDA *et. al.*, *op. cit.*; MITRE *et. al.*, *op. cit.*).

Além da experiência que o paciente vive, o impacto que a hospitalização de uma criança causa na vida da família, desestruturando-a e fazendo com que seus membros tenham de passar por uma modificação temporária, adaptando-se ou não a nova situação estressora criada involuntariamente pela doença é outro aspecto a ser considerado.

Para o paciente pediátrico, a hospitalização representa medo do desconhecido, sofrimento físico com os procedimentos e sofrimento psicológico relacionado a todos os sentimentos novos que passa a vivenciar. Para a família, a hospitalização significa o sentimento de perda da normalidade, de insegurança na função de progenitores, de alteração financeira no orçamento doméstico, de dor pelo sofrimento do filho. A forma como a família lida com os estresses envolvidos no tratamento do filho reflete o apoio dado à criança durante a hospitalização (CARMO, 2008; HONICKY *et. al.*, 2009).

Considerado esses dois mundos envolvidos na internação pediátrica, ressalta-se aqui que trabalhar com crianças significa trabalhar também com seus pais, especialmente com relação aos seus sentimentos e atitudes (HONICKY *et. al.*, *op. cit.*). Neste sentido, o espaço físico-arquitetônico não deve ser mais um elemento estressante para a criança, o adolescente e seus familiares, visto todos os outros enfrentamentos que já terão pela frente durante a hospitalização. Mais do que isso, a arquitetura deverá contribuir para o bem-estar de ambos, propondo um local em que haja respeito, dignidade e conforto durante o processo de enfrentamento da doença.

2.3.2. A arquitetura para ambientes pediátricos

Constatadas algumas das dificuldades enfrentadas pelos pacientes pediátricos e seus familiares frente à hospitalização, verifica-se então a necessidade de se proporem meios que os levem a elaborarem suas experiências, ordenando seus sofrimentos e frustrações e possibilitando que eles expressem seus sentimentos em relação ao momento tão particular que estão vivendo. Um desses meios consiste em mecanismos arquitetônico-espaciais, que são capazes de facilitar o processo de humanização nos ambientes pediátricos, sem esquivar-se da funcionalidade e praticidade indispensáveis aos ambientes de saúde. Neste sentido, o ambiente pediátrico deve atender às demandas dos pacientes (sejam eles crianças ou adolescentes), às de seus familiares e também às dos funcionários do setor.

Ao arquiteto, então, cabe propor situações físico-espaciais que minimizem o desconforto, projetando ambientes de descanso, tranquilidade e relaxamento, o que permitirá que o paciente se sinta mais confiante e que tenha melhores condições de recuperação. Segundo Sampaio *et. al.* (2010), vários estudos têm mostrado a relação direta do ambiente hospitalar com os resultados dos pacientes, uma vez que ambientes agradáveis diminuem a ansiedade e a dor, interferindo na cura. É necessário, ainda, que tais ambientes de saúde sejam capazes de estimular a equipe de profissionais a prestar um atendimento de melhor qualidade, resultando em um maior rendimento, mais produtividade, segurança e maior satisfação ao profissional que desempenha melhor a sua função (SAMPAIO *et. al.*, 2010).

Visto que a percepção da hospitalização em crianças e adolescentes é diferente da dos adultos, uma vez que estes apresentam outras necessidades, os espaços que abrigam essas relações também devem ter propostas arquitetônicas diferenciadas. Segundo Bergan *et. al.* (2009), quando o espaço é projetado para a criança, a hospitalização pode ser percebida mais positivamente, sendo um auxiliar no processo de cura. Neste sentido, em arquitetura para ambientes de saúde pediátricos, deve-se ter o objetivo particular de torná-la menos normativa e aproximando-a do universo da criança, sobretudo quando se nota que a criança doente é naturalmente frágil e vulnerável (OLIVEIRA, *op. cit.*).

De acordo com Carvalho *et. al.* (2006), os exemplos da inclusão do lúdico em hospitais demonstram que a forma de atendimento em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde atravessa um momento de transformação, em que se deixa de focalizar apenas a doença para enxergar o indivíduo como um todo, englobando na prestação de assistência, cuidados psicológicos, sociais e culturais, ao invés de se deter aos aspectos físicos do paciente. Ainda

ressalta Oliveira (1993), que o conjunto de propostas que englobam a humanização responde a uma questão crucial levantada por uma abordagem mais integral da enfermidade na infância: a criança hospitalizada apresenta outras necessidades, não médicas, que precisam ser atendidas com igual relevância.

Como vimos anteriormente, ao ser hospitalizada, a criança deixa tudo o que lhe é próximo e particular: sua casa, seus familiares, seus amigos, as brincadeiras, a escola e os seus animais de estimação. Ela se depara, então, com um ambiente hospitalar asséptico, que se apresenta como sendo estranho e ameaçador (CARMO, 2008). Assim, o ambiente pediátrico humanizado busca contrapor a essa imagem pré-concebida, incorporando elementos ricos em estímulos, que apresentem cores, formas, espaços, além de proporcionarem facilidades para o ato de brincar.

De acordo com Almeida *et. al.* (2007) e Carmo (2008), o brincar em uma unidade hospitalar pode fortalecer vínculos entre a criança, os familiares e a equipe hospitalar, proporcionando um processo rápido de conhecimento do paciente e suas necessidades, além de ativar e estruturar relações humanas. Possibilita transpor limitações impostas pela doença e pela hospitalização como um sinal de saúde, já que sendo o lúdico uma atividade prazerosa acaba por contrapor-se à rotina dolorosa da internação. Assim, a criança é levada a um lugar democrático onde ocorre a valorização das experiências individuais e as possibilidades de escolhas, uma vez que é a criança quem dirige a atividade, quem cria, inventa, transforma, constrói e se expressa, tendo suas escolhas respeitadas.

Além do lúdico, a família apresenta-se como um importante elemento para processo de humanização da assistência à saúde. No caso particular do paciente pediátrico, é ela quem participa do apoio social, assumindo um papel de parceria no desenvolvimento do paciente e tornando-se um importante recurso para o enfretamento da hospitalização, que passa a considerar a criança e não mais a doença como foco (CARMO, 2008). Tendo em vista tal constatação, a permanência dos pais foi assegurada como direito no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990):

(...) os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Outro aspecto que se deve considerar no planejamento de enfermarias pediátricas é a situação do adolescente. Apesar de estes serem vistos como um importante grupo que, como as crianças também requerem cuidados especializados, ainda não há unidades de internação

específicas. A maioria das instituições hospitalares não possui infra-estrutura física para receber o adolescente, sendo estes então deslocados de seus contextos, já que ou são hospitalizados em enfermarias pediátricas ou então em enfermarias de adultos, acarretando dificuldades maiores de aceitação, pois não se sentem adaptados ao cenário em que se encontram (ALMEIDA *et. al.*, 2005).

O desafio é pensar ambientes pediátricos como lugares que espelhem significados que deem continuidade ao vivido no cotidiano, isto é, fora do hospital, em tese, com espaços físicos adequados às crianças e também aos adolescentes e que, associados à atuação dos profissionais de saúde, possam contribuir para a redução do período de internação das mesmas no hospital. Durante sua permanência nos EAS é importante que haja uma abordagem particularizada, fazendo-se necessária uma atuação que busque diminuir os efeitos da doença e do seu tratamento no cotidiano natural da vida dos pacientes. Neste aspecto, o ambiente deve ser apropriado para as especificidades da faixa etária para que, então, o espaço possa funcionar como uma ferramenta terapêutica, reduzindo a distância entre o paciente e o hospital, já que a criança e o adolescente tendem a associá-lo com o próprio lar.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como sendo uma Pesquisa Exploratória. Tal pesquisa abrange uma investigação bibliográfica e estudos de casos com uma abordagem interdisciplinar e qualitativa. Ela tem como referência as técnicas e instrumentos de Avaliação Pós-Ocupação (APO).

Buscou-se uma avaliação comportamental, privilegiando a percepção dos usuários ao experimentar o ambiente, uma vez que se aponta para a necessidade de serem atendidas não só as condições técnicas e de uso da edificação, mas também as expectativas psicocomportamentais dos usuários do ambiente construído, conforme observa Ornstein (1992) em seu livro que apresenta possibilidades do uso do modelo de desenvolvimento da APO.

A APO difere de outras metodologias de avaliação de desempenho por não se deter exclusivamente aos aspectos técnicos relativos ao projeto e à construção, pois considera também o ponto de vista dos usuários *in loco*. Desta forma, ela objetiva promover a melhoria da qualidade de vida dos usuários do ambiente além de gerar informações sistematizadas sobre as relações ambiente-comportamento. Ornstein (*op.cit.*)

Entende-se, e assim será a compreensão desta investigação também, que as pessoas e o ambiente não podem ser analisados separadamente, uma vez que estão em constante interação, sendo o comportamento do indivíduo modificado pelo ambiente em que se encontra da mesma maneira que também o modifica (CAVALCANTI, 2011).

Tendo em vista que a investigação teve como foco compreender o setor infanto-juvenil de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), a pesquisa foi estruturada em duas etapas: trabalhos de gabinete e trabalho de campo. Preocupou-se, em um primeiro momento, entender o universo da população estudada, isto é, fundamentar o trabalho a fim de estabelecer parâmetros para, em um segundo momento, realizar análises de enfermarias pediátricas, tendo como subsídio a percepção e o comportamento dos usuários, acrescido da reflexão técnica do pesquisador.

3.1. TRABALHO DE GABINETE

O trabalho de gabinete foi desenvolvido em três etapas. A primeira parte foi a revisão bibliográfica – apresentada no capítulo dois – com o intuito de permitir estudos que fundamentassem teoricamente a investigação. Procurou-se, por um lado, conceituar os elementos principais desta pesquisa e, por outro lado, estabelecer parâmetros para o desenvolvimento da investigação em campo, além de fornecer subsídios para a análise dos resultados obtidos.

Foi realizado um breve histórico da saúde e também da arquitetura hospitalar. Isto permitiu a contextualização das edificações frente à evolução da medicina. A humanização em saúde é o segundo campo de abordagem teórica da dissertação, onde se observa como a arquitetura participa desse processo. Ainda, compreender as crianças e adolescentes como usuários específicos da pediatria, isto é, observar suas necessidades e as particularidades do ambiente que ocupam, foi imperioso para dar seqüência à pesquisa.

Após a fundamentação teórica, foram elaborados os materiais utilizados para o trabalho de campo: (1) **ficha de inventário espacial** (apêndice I), para observações físico-espaciais da edificação construída, e (2) **questionário semi-estruturado** (apêndice II), buscando identificar a percepção do usuário quanto ao ambiente que o envolve.

Por fim, após o trabalho de campo, foi possível realizar em gabinete a interpretação e análise dos resultados obtidos, permitindo a elaboração de recomendações para trabalhos futuros e também da conclusão.

3.2. TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi desenvolvido em duas etapas, que serão descritas a seguir: (1) visitas exploratórias e leituras espaciais e (2) aplicação de questionários semi-estruturados.

3.2.1. Visitas exploratórias e leituras espaciais

A fim de realizar a caracterização do ambiente pediátrico, de cada um dos hospitais, buscaram-se as plantas baixas das Pediatrias junto aos setores de arquitetura/engenharia de cada uma das Instituições, o que permitiu uma familiarização inicial com o espaço físico.

As visitas exploratórias foram realizadas em duas etapas: uma acompanhada e outra individual. Fato esse ocorrido porque o tempo despendido para o levantamento físico-espacial dificultou o acompanhamento dos funcionários, que estavam atarefados.

A etapa acompanhada foi realizada com o chefe da enfermagem e configurou-se em uma trajetória, previamente sequenciada, para o reconhecimento dos ambientes in loco. Individualmente, a pesquisadora percorreu o setor, buscando coletar as informações diretamente com o usuário de cada um dos ambientes, tanto no que diz respeito às enfermarias quanto aos ambientes de apoio. Salienta-se que, nesta etapa, os dados foram coletados e registrados exclusivamente pela pesquisadora.

Essa leitura espacial foi inicialmente planejada e sistematizada por meio de uma ficha de avaliação para cada um dos ambientes estudados (apêndice I). Assim foi possível realizar um levantamento dentro do tempo disponível para a pesquisa, facilitando o trabalho em gabinete e permitindo uma maior objetividade na investigação. Tal planilha procurou detectar aspectos físico-espaciais gerais do edifício, tais como dimensionamento, sensação de conforto e privacidade, registro de materiais de acabamento, mobiliário e layout. Além disso, foram feitos registros através de croquis e fotografias.

3.2.2. Questionários semi-estruturados

A escolha pela aplicação de questionários (sem necessariamente a presença do pesquisador) deveu-se à dificuldade de serem feitas entrevistas individualmente, uma vez que ocorria uma limitação do tempo. Adotou-se por desenvolver um instrumento semi-estruturado, através do qual se evitou desviar do tema inicialmente proposto. Ao mesmo tempo, isso permitiu a liberdade de expressão do entrevistado, por meio da inclusão de situações não previstas. Foram propostas questões simples, precisas e neutras, conforme

sugere Zeisel (1981 *apud* RHEINGANTZ *et. al.*, 2009), isto é, objetivas, com linguagem direta para a compreensão dos entrevistados e evitando influenciar as suas respostas.

O questionário aplicado aos usuários (apêndice II) era de um único modelo para todas as categorias de adultos entrevistados, sendo o mesmo trabalhado parcialmente com as crianças. Ele foi construído em três partes: (1) a primeira consiste em um cabeçalho com questões que avaliam o perfil do respondente; (2) a segunda, em um questionamento aberto sobre os anseios dos usuários quanto ao ambiente ideal para internação pediátrica e (3) a última parte apresentou perguntas fechadas em que objetivava extrair a percepção das pessoas sobre os aspectos arquitetônicos do setor pediátrico existente.

O item um (1) do instrumento, dedicado à identificação do usuário, foi constituído pelos seguintes dados: nome (opcional), idade, sexo, composição familiar, escolaridade, local onde mora e condição de permanência na instituição (paciente, acompanhante e funcionários).

O item dois (2) do questionário continha a seguinte sentença aberta: “*Eu gostaria que esta pediatria fosse (ou tivesse)...*”. Esta frase faz parte do *Wish Poem* (Poema dos Desejos) e foi desenvolvida por Henry Sanoff (SANOFF, 1991 *apud* RHEINGANTZ *et. al.*, 2009). Trata-se de um instrumento não-estruturado e de livre expressão, que incentiva e se baseia na espontaneidade das repostas, onde os usuários de um determinado ambiente declaram, por meio de um conjunto de sentenças escritas ou de desenhos, suas necessidades, sentimentos e desejos relativos ao edifício ou ambiente analisado (RHEINGANTZ *et. al.*, 2009).

O item três (3) do questionário foi composto de questões fechadas, de múltipla escolha, em que os entrevistados atribuíam conceitos para o ambiente em que se encontravam. Neste momento buscou-se apreender o grau de satisfação do usuário em relação ao ambiente físico, direcionando as discussões para os aspectos da arquitetura, uma vez que, por experiência adquirida na validação do mesmo, os usuários tendem a focar suas respostas em questões de assistência. Assim, as perguntas neste item tiveram como fundamentação o *Evidence-based design* - EBD (Projeto Baseado em Evidências).

Como já mencionado (p. 43), o EBD é uma metodologia onde se determinam que os projetos sejam feitos com base em investigações científicas e acadêmicas, procurando apontar objetivos concretos para se fazer o que em outros tempos fora realizado de forma empírica e intuitiva.

Foram abordados no item três os seguintes pontos: entorno, orientação espacial, apoio social, dimensionamento, mobiliário, estética, conforto térmico, conforto sonoro, conforto lumínico, segurança física, acessibilidade, higienização, qualidade do sono e repouso,

privacidade e confidencialidade, suporte nutricional, distrações positivas, ambientes técnicos e conforto de funcionários.

Utilizou-se, portanto, o questionário para investigar como um conjunto de fatores, já comprovados cientificamente, é capaz de afetar a condição do paciente, do seu acompanhante e também da equipe de funcionários, ampliando o conhecimento sobre a humanização nas edificações hospitalares, especificamente quando se considera as enfermarias pediátricas e a relação de vivência gerada pela interação ambiente/usuário.

Salienta-se ainda que, antes do trabalho de campo, foi realizado um teste piloto com alguns funcionários e acompanhantes das instituições. Esta etapa foi fundamental para adequação prévia do instrumento, principalmente no que diz respeito ao ajuste de linguagem das questões e à inversão dos itens, sugerido pelos próprios respondedores.

Além dos instrumentos de coleta descritos anteriormente, o estudo foi complementado com anotações em um caderno de campo sobre as observações da pesquisadora acerca de percepções, descrições dos locais e falas surgidas antes e após a aplicação dos instrumentos.

3.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESPAÇOS ESTUDADOS

Para eleger os estabelecimentos de saúde que fizeram parte desta pesquisa, levantou-se quais hospitais gerais no município de Juiz de Fora/MG possuíam enfermarias pediátricas. Como limitação, o estudo visou às unidades de atenção terciária à saúde³, com atendimento público ou filantrópico e excluiu as enfermarias neonatais (crianças de 0 a 28 dias), ao final, então, restringindo-se a três estabelecimentos de saúde.

Outro fator determinante para a ratificação da escolha dos objetos de análise foi a receptividade da administração dessas instituições e o interesse para a concretização da pesquisa. Com isso, reduziu-se a duas instituições para a realização dos estudos de casos: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCM-JF).

Entendeu-se que tais hospitais, tanto por sua influência na rede de saúde da região quanto por suas características espaciais, apresentariam resultados relevantes para o

³ Segundo Goés (2004), o MS define nível terciário de saúde onde são tratados os casos mais complexos do sistema, sendo atenção ao nível ambulatorial, urgência e internação.

entendimento da arquitetura como instrumento colaborativo para a humanização em ambientes de pediatria.

Embora este trabalho não pretenda estabelecer comparações entre as soluções arquitetônicas encontradas, a observação de pontos comuns e também dos divergentes, em cada uma das instituições, foi relevante para a análise de ambos, ainda que separadamente.

3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes dessa pesquisa foram divididos em dois grupos: o primeiro formado por usuários externos – pacientes e seus acompanhantes – e o segundo abrangendo os usuários internos, que são os funcionários da pediatria de cada uma das duas instituições estudadas. Essa subdivisão justifica-se porque as experiências desses dois grupos podem apresentar enfoques distintos.

A amostra deste estudo foi feita por conveniência, ou seja, amostra não probabilística, acidental, em função de limitações de tempo e recursos. Este tipo de amostra permite que a coleta e a análise de dados relativos a alguns elementos da população em estudo proporcionem informações relevantes sobre toda essa população (VELUDO DE OLIVEIRA, 2001). A repetição dos dados indicou o momento de saturação e foi determinante para o encerramento da coleta de informações.

O Hospital Universitário da UFJF possui um total de vinte leitos para pacientes pediátricos. Entretanto, no período em que foi realizada a coleta dos dados, os funcionários do hospital estavam em greve, limitando os pacientes a sete ou oito no setor. Isso fez com que o número de questionários respondidos fosse menor do que o estimado inicialmente. Tal situação, porém, não invalidou a pesquisa, visto que a repetição das respostas e os dados gerados indicaram a consistência dos resultados. Considerando então o universo em que nos deparamos, os sujeitos desta pesquisa constituíram-se em 20 acompanhantes, 1 paciente, 9 médicos (tutores e residentes), 5 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 1 assistente social e 1 agente administrativo, totalizando a participação de 52 pessoas.

Na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, o número de leitos é superior: 70. Foi observado, porém, que no momento da pesquisa uma das três alas do setor estava desativada, fazendo com que o número de pacientes atendidos fosse menor, sendo encontrada, no dia das

visitas, uma média de 24 pacientes internados. Neste contexto, foram obtidas 91 participações: 49 acompanhantes, 10 pacientes, 5 médicos (tutores e residentes), 2 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e 1 fonoaudióloga.

Os instrumentos foram aplicados pela mestrandia durante o mês de julho de 2011, em diferentes horários, abrangendo os turnos da manhã, tarde e noite. As visitas ocorreram em dias alternados, a fim de alcançar o maior número possível de funcionários, uma vez que estes trabalham com escalas de horários. Desta forma, foi possível atingir uma amostra representativa de toda a população de usuários.

3.5. ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Este trabalho foi realizado de acordo com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde sobre as normas regulamentadoras de investigação envolvendo seres humanos.

Por se tratar de uma pesquisa na área de saúde, a pesquisa foi submetida à aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa de cada uma das instituições participantes, conforme consta no apêndice III (HU-UFJF) e no apêndice IV (SCM-JF) deste trabalho.

Antes da coleta de dados, os entrevistados eram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e que a participação na mesma não era obrigatória, sendo necessária a concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi feito um modelo de TCLE para os responsáveis pelos pacientes pediátricos (apêndices V e VII) e outro para os funcionários da pediatria de ambas as instituições (apêndices VI e VIII).

Cabe ressaltar que, devido aos métodos utilizados para a coleta de informações, a pesquisa não ofereceu danos ou riscos aos participantes, nem sequer no que se refere ao comprometimento de privacidade. Foram preservadas as identidades de todos os participantes das entrevistas, estes apresentados apenas como sendo paciente, acompanhante ou funcionário.

4. ESTUDO DE CASO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (HU-UFJF)

Neste capítulo serão apresentados os resultados do Estudo de Caso realizados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Sua estrutura é dividida em três partes: (1) contextualização; (2) descrição e análise das características físicas e espaciais do ambiente pediátrico; (3) resultado e análise dos questionários, que aborda tanto as questões abertas quanto as objetivas.

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO



Figura 11 - HU-UFJF no bairro Santa Catarina (Fonte: <http://www.ufjf.br/dircom/files/2009/09/hu2.jpg> . Acesso em 17 de novembro de 2011).

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) (figura 11) foi inaugurado no dia 08 de agosto de 1966, com o nome de Hospital-Escola, atendendo pacientes internados nas áreas clínicas. Suas atividades foram instaladas inicialmente na área física do antigo sanatório Dr. Villaça, situado ao lado da Santa Casa de Misericórdia. A transferência para o Bairro Santa Catarina ocorreu em 1970, quando a Instituição passou a atender a doentes carentes e a pacientes do Funrural e do INAMPS, em nível ambulatorial e hospitalar. A partir de 1994, ocorreu a implantação do SUS, sendo o HU-UFJF incorporado

ao Sistema e se tornando o Hospital Universitário de referência da região. Com uma área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da zona da mata mineira e do estado do Rio de Janeiro, exercendo atendimento em níveis primário, secundário e terciário, além de conjugar atividades de ensino, pesquisa e extensão (HU-UFJF, *sem data*).

Visto a necessidade de um novo ambiente hospitalar, iniciou-se a construção de uma nova sede para o HU-UFJF, no bairro Dom Bosco. Esta teve seu primeiro módulo inaugurado em 2006, fazendo com que parte dos serviços já mudassem de local. Em um primeiro momento, permanecem no HU-UFJF (unidade Santa Catarina) as cirurgias, internações – inclusive pediátrica – e unidade de terapia intensiva (UTI), que serão transferidos para o HU-UFJF (unidade Dom Bosco) após a construção dos próximos módulos (HU-UFJF, *sem data*).

A edificação, localizada no Bairro Santa Catarina, entre as ruas Catulo Breviglieri e a Engenheiro Morais Sarmento (figura 12), é composta por nove blocos, que foram construídos em épocas distintas, sem uma ordem formal que estabelecesse uma estética comum para toda a unidade.

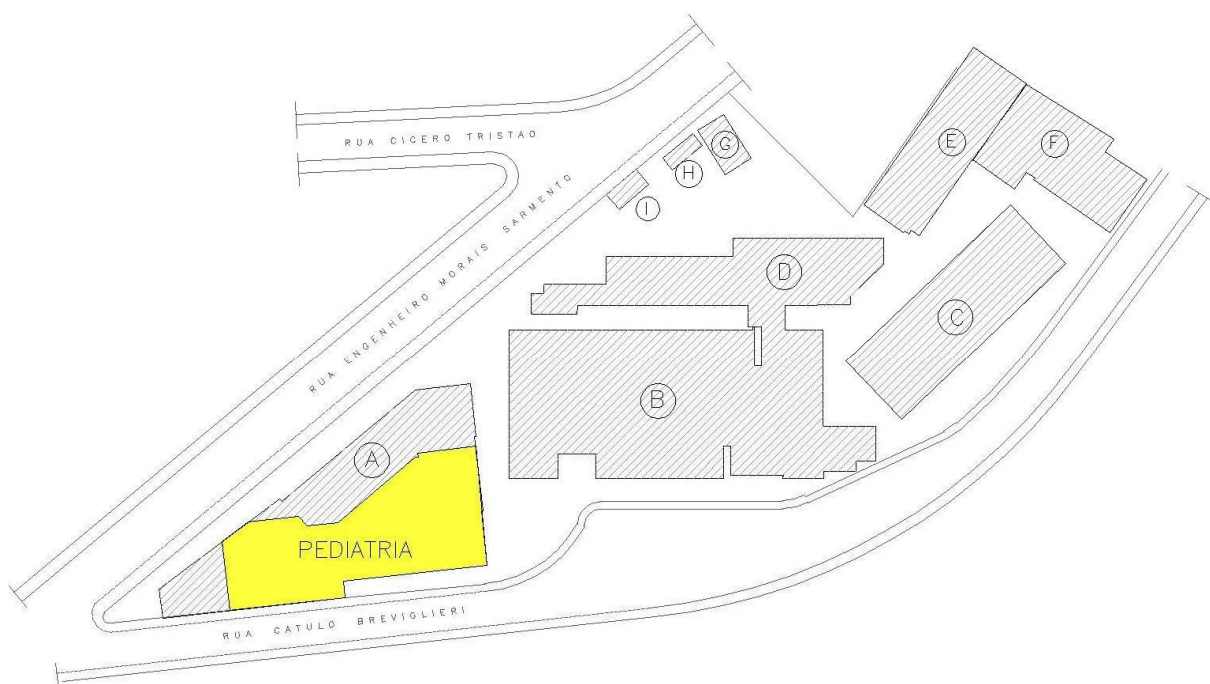


Figura 12 – Localização da Pediatria na implantação do HU-SC (Fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

Tabela 1 - Legenda de setores do HU-UFJF (Fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

A	recepção, pediatria, enfermaria de mulheres, enfermaria de homens, anfiteatro, TMO
B	vestiários de funcionários, neurologia, necrotério, 1º- raio x, farmácia, patologia, pneumologia, telefonista, laboratório central, internação cirurgia de mulheres, internação cirurgia de homens, ginecologia, UTI
C	cardiologia, hemodinâmica, administração

D	refeitório, centro cirúrgico
E	entreposto de roupa suja, manutenção, vestiários e engenharia clínica
F	almoxarifado, sala de aula, quarto de plantonistas
G	Subestação
H	caixa d'água
I	caixa d'água

O setor pediátrico localiza-se no primeiro pavimento do bloco A e tem capacidade oficial de atendimento para até 20 leitos, abrangendo pacientes que tenham entre 28 dias a 18 anos incompletos, ressaltando-se a consideração de que estes caibam nos leitos.

A figura 13 demonstra cada ambiente existente da pediatria no HU, através de uma planta baixa setorizada:



LEGENDA DE AMBIENTES

	Acesso		Banheiro de acompanhantes		Banheiro de funcionários
	Enfermarias		Preparo de alimentos		Apoio
	Banheiro das enfermarias		Enfermagem		Conforto de funcionários
	Isolamento		Prescrição / Sala médica		Discussão de casos
	Brinquedoteca / pátio		Procedimentos / curativo		Refeitório / TV

Figura 13 – Planta baixa setorizada da Pediatria HU (Fonte: a autora/ arquivo HU-UFJF).

4.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E ESPACIAIS DO AMBIENTE PEDIÁTRICO

Neste tópico será apresentada a descrição dos ambientes, realizada a partir das informações coletadas pela pesquisadora nas visitas exploratórias *in loco*, demonstrando as características físicas e espaciais da enfermaria pediátrica do HU-UFJF. Foram considerados nesta descrição aspectos de dimensionamento, quantificação, materiais de acabamento, mobiliários, acessibilidade e conforto. Todos os ambientes foram analisados, entretanto, o texto da dissertação destaca os elementos e situações que apresentaram maior relevância, expurgando dados que não se mostraram ser de interesse para os resultados.

4.2.1. Acesso

O primeiro pavimento, em que estão localizadas as enfermarias pediátricas, articula-se com o térreo ou através de rampa e um lance de escadas ou também por elevador (figura 14). Seu acesso se faz de maneira direta (figura 15), sem corredores, já que está próximo à recepção principal do hospital. Antes da entrada na pediatria, existe uma sala de espera decorada com temas infantis e com um banco único em madeira (figura 16).

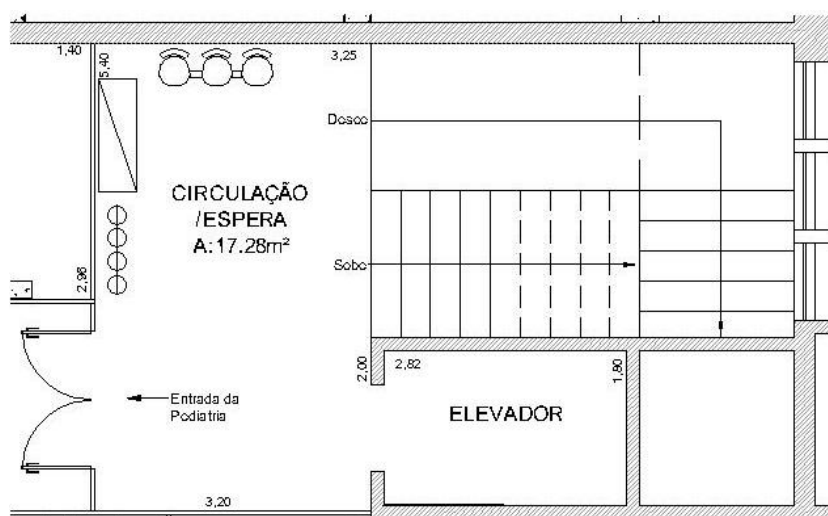


Figura 14 – PB Acessos (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).



Figura 15 – Entrada da Pediatria no HU (Fonte: a autora).



Figura 16 - Espera da Pediatria no HU (Fonte: a autora).

Um fator observado no setor é que não há um controle de entradas e saídas, o que gera um fluxo irrestrito. Isso acaba promovendo uma sensação de falta segurança, visto a facilidade de se adentrar na pediatria. O ideal seria que o fluxo de pessoas – tanto de visitantes externos ao hospital quanto de pessoas de outros setores – fosse controlado pela equipe de enfermagem. Fato é que, dada a localização do posto de enfermagem, tais funcionários ficam impossibilitados de exercer tal função de maneira plena, pois não possuem visão direta da entrada do setor.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no EAS, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais (BRASIL, 2002, p.86).

4.2.2. Corredores

O corredor de circulação na pediatria varia entre 1,30m e 1,78m de largura, tendo a maior parte da ala 1,60m. Quanto aos materiais de acabamento, todo o corredor é em piso vinílico, de alta resistência, na cor bege com detalhes em placas azuis. As paredes de alvenaria são pintadas com tinta acrílica na cor bege, semelhante à cor das divisórias revestidas de laminado melamínico bege e possuem bate-macas em madeira envernizada, que servem também de corrimão (figura 17).



Figura 17 – Vista do corredor principal da pediatria (Fonte: a autora).

Com relação aos aspectos de humanização não são observadas cores nas paredes e só há alguns detalhes no piso. Existem, porém, murais de fotografias (figura 18) e alguns desenhos nas paredes (figura 19), alegrando o ambiente e fazendo com este seja um pouco mais familiar ao universo da criança.



Figura 18 – Mural com fotografias dos funcionários e pacientes (Fonte: a autora).

Figura 19 – Decoração na parede (Fonte: a autora).

4.2.3. Enfermarias

O setor de pediatria do HU é composto por 5 enfermarias coletivas, em formato retangular, que variam entre 3 e 4 leitos e possuem em média 25m² (figura 20). Existem ainda 3 quartos de isolamento, sendo 2 deles com 2 leitos, com 13m² e o outro individual com 8,4m². Quando quatro pacientes são atendidos em uma mesma enfermaria, os espaços ficam apertados, tumultuados e sem privacidade.

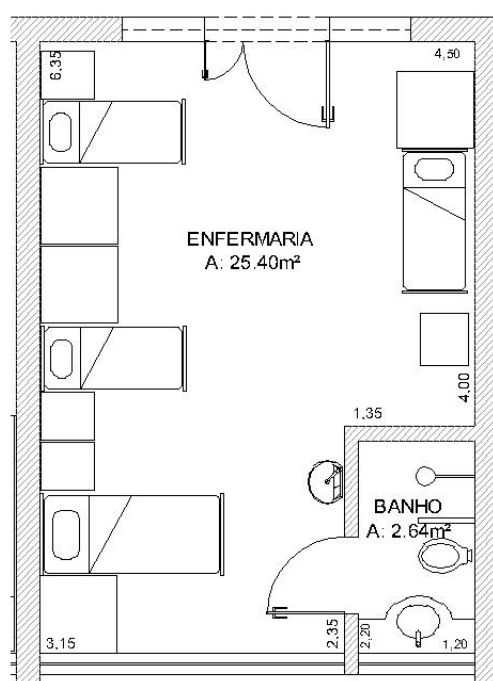


Figura 20 – PB Enfermaria padrão (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

Nesta unidade, as enfermarias atendem à demanda de internações contratualizadas com o SUS. Tal demanda não é planejada e acarreta que haja constantes rearranjos de mobiliários, de acordo com o perfil dos pacientes no momento. Desta maneira, não há separação por faixa etária ou por sexo. A única enfermaria que permanece sem alterações é a com os berços, pois o banheiro já possui infra-estrutura com banheira e bancada para troca de fraldas.

Em cada leito há um conjunto de mobília associada: (1) uma cama ou berço de ferro pintado, com grades laterais removíveis e manivelas articuláveis para movimentos do dorso e dos pés; (2) uma mesinha de apoio, em ferro e com gaveta e (3) uma cadeira para acompanhante, para permanência dos pais em período integral (figura 21). No HU existem

dois tipos de cadeiras, as estofadas ou as de plástico, sendo que ambas demonstram ser inadequadas para a função a que se destinam: proporcionar condições de repouso para uma pessoa que permanece por horas – ou dias – sentada ou deitada. Deste modo, é explícita a situação de desconforto dos acompanhantes em tal ambiente hospitalar.

Observou-se também que não há armários na enfermaria, apenas escaninhos junto à recepção geral do hospital. Isto faz com que os objetos pessoais dos pacientes e acompanhantes fiquem espalhados pelas enfermarias, gerando desorganização e até mesmo incomodando os outros pacientes internados (figura 21). Em todos os quartos há um lavatório suspenso para higienização, em louça branca e com suporte de sabonete, papel toalha e álcool gel (figura 22).



Figura 21 – Exemplo de um dos leitos em uso (Fonte: a autora).



Figura 22 - Lavatório em uma das enfermarias (Fonte: a autora).

Quanto aos materiais de acabamento, as paredes são pintadas com tinta acrílica na cor marfim com faixas na cor azul claro, sendo o teto sem forro e com pintura na cor branca. O piso é vinílico na cor bege, em placas de 30x30cm. As portas principais de acesso são em madeira revestidas de laminado melamínico azul claro, em duas folhas, com 1,30m de largura, sendo uma com 0,80m e outra com 0,50m. Estas ainda possuem visores de vidro que dão vista para o corredor. Não há elementos decorativos com temas infantis dentro dos alojamentos, somente nas fichas de identificação dos leitos (figura 23). Visto que o usuário da pediatria é tão particular, a ambiência nas enfermarias poderia ser melhorada, com espaços mais aconchegantes e com mais referências lúdicas.

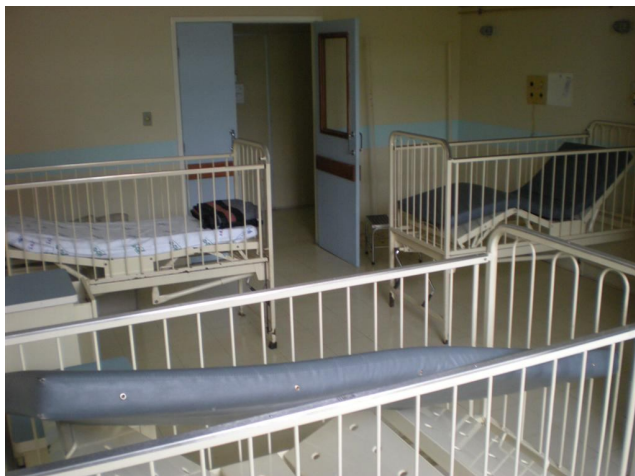


Figura 23 - Visão geral da enfermaria (Fonte: a autora).



Figura 24 - “Nome fantasia” nas portas (Fonte: a autora).

Com a intenção de aproximar o ambiente hospitalar do universo das crianças e propor um espaço mais humanizado, as enfermarias receberam um “nome fantasia” (Terra Encantada, Algodão Doce etc.) ao invés de numerações (figura 24). Isso sugeriu uma interação mais lúdica com os pacientes, de maneira a contextualizá-los em um “mundo particular” e não simplesmente considerá-los mais um número frio e seqüencial.

Durante as visitas, foi constatado que todas as enfermarias possuem abertura para o exterior através de uma janela ampla em ferro pintado de verde escuro e com vidro incolor (figura 25). Essas janelas permitem a circulação de ar e a entrada da luz do dia. Sua estrutura de fechamento se faz com partes fixas e outras em maxim-ar e possuem tela de proteção. Em alguns quartos essas esquadrias necessitam de manutenção, visto que estão danificadas, com vidros quebrados e/ou telas rasgadas (figura 26).



Figura 25 – Janela da enfermaria (Fonte: a autora).



Figura 26 – Detalhe da tela de proteção danificada (Fonte: a autora).

4.2.4. Banheiros

No HU, cada enfermaria de três ou quatro leitos é atendida por um banheiro que pode ser usado somente pelos pacientes. Cada banheiro tem uma área média de aproximadamente 2,65 m² (figura 27). Os acompanhantes devem utilizar um sanitário específico localizado ao final do corredor (figura 34).

Cada um dos banheiros possui uma bancada em mármore branco com cuba em cerâmica branca, uma bacia sanitária infantil (figura 29) e uma divisória em mármore para o chuveiro (figura 30). Cabe aqui ressaltar, que o banheiro é utilizado por pacientes de diferentes faixas etárias, sendo o uso da bacia infantil desconfortável aos pacientes maiores.

Na enfermaria para bebês o banheiro é diferenciado (figura 28). Existe, no lugar das louças, uma bancada em mármore para troca de fraldas (figura 32) e uma banheira em inox embutida na pedra (figura 31). Em todos os banheiros existem barras de apoio.

Observou-se que nos banheiros de todas as enfermarias o piso é cerâmico 30x30cm na cor cinza, as paredes são revestidas com pintura esmalte na cor marfim, o teto é pintado em tinta branca, podendo ter como variação o forro de PVC branco e, por fim, as esquadrias são de ferro pintadas de verde escuro e vidro translúcido incolor, situadas a aproximadamente 2,10m de altura (figura 33). As portas têm dimensão de 0,80x2,10m e são em madeira revestidas de laminado melamínico azul claro, com abertura para fora e bate-macas em madeira envernizada.

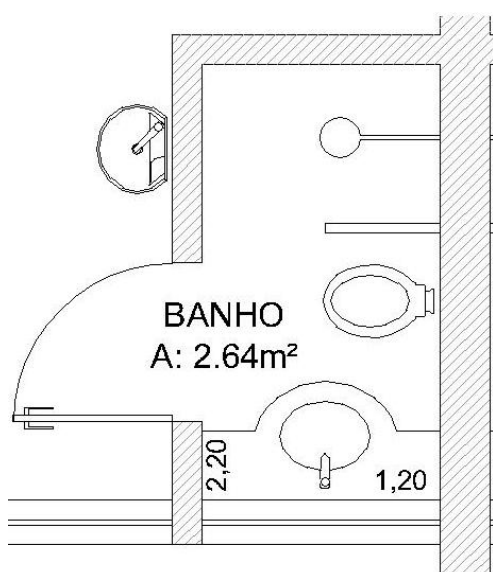


Figura 27 – PB Banheiro enfermaria padrão (fonte: a autora).

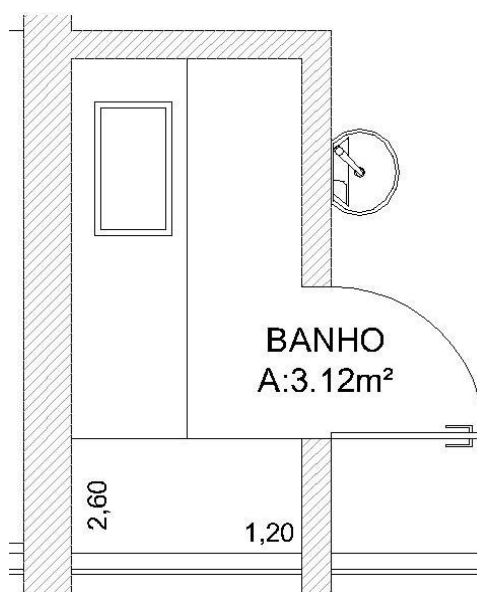


Figura 28 – PB Banheiro enfermaria para bebês (fonte: a autora).



Figura 29 – Banheiro da enfermaria (Fonte: a autora).



Figura 30 – Detalhe da divisória do chuveiro no banheiro da enfermaria (Fonte: a autora).



Figura 31 – Banheiro embutida (Fonte: a autora).



Figura 32 – Bancada para troca de fraldas (Fonte: a autora).

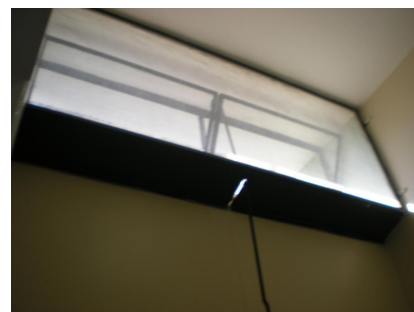


Figura 33 – Detalhe da janela do banheiro (Fonte: a autora).

Como citado anteriormente, o banheiro de acompanhantes é separado do dos pacientes e está localizado ao final do corredor. São dois, fazendo separação por sexo e possuindo uma área de 3,10m² o feminino e 2,36m² o masculino (figura 34). O banheiro de funcionários é ao

lado do de acompanhante e segue os mesmos padrões, com cerca de 3,24m². Em ambos o piso é cerâmico 30x30cm na cor cinza, as paredes são revestidas com pintura esmalte na cor branca e o teto é pintado em tinta branca. É importante salientar ainda que os quatro (2 acompanhantes e 2 funcionários) possuem exaustão mecânica (figura 35).

Cada uma dessas instalações sanitárias tem uma bancada em mármore branco com cuba cerâmica branca, uma bacia sanitária branca com tamanho padrão e box em acrílico fumê para o chuveiro. Tanto a bacia sanitária quanto o chuveiro possuem barra de apoio (figura 36).

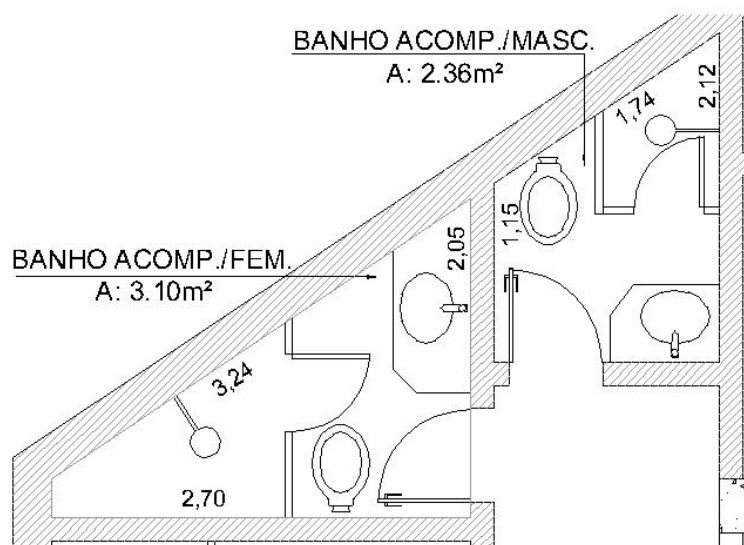


Figura 34 – PB banheiro de acompanhantes (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

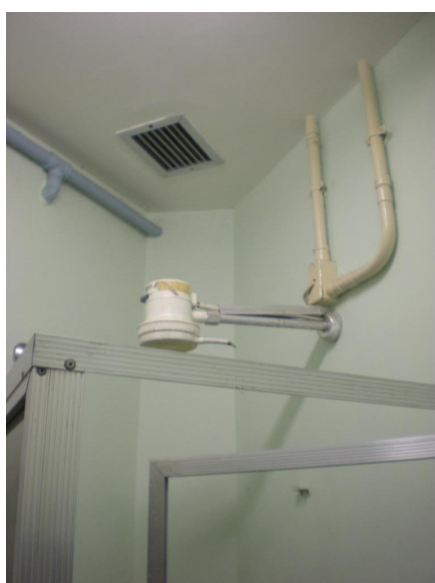


Figura 35 – Detalhe que mostra o chuveiro e a exaustão mecânica (fonte: a autora).



Figura 36 – Vista do banheiro de acompanhante masculino (Fonte: a autora).

4.2.5. Recreação

No decorrer das visitas ao HU, foi verificada uma preocupação em proporcionar espaços que ajudem a reduzir o estresse gerado pela hospitalização das crianças. São eles: a brinquedoteca, a sala de TV/refeitório e o solário descoberto.

A brinquedoteca (figura 37) possui cerca de 12,80m² e está no final do corredor. É de piso vinílico em placas 30x30cm na cor bege, teto em pintura acrílica na cor azul claro e as paredes são variadas. Uma delas possui uma esquadria de ferro pintada de verde escuro e vidro incolor, que ocupa a largura da parede. Outra em divisória revestida de laminado melamínico bege que faz divisão com o refeitório. As duas últimas são em alvenaria pintadas com tinta acrílica, predominando a cor azul claro, mas com desenhos em temas infantis (figura 38). As portas de acesso seguem o padrão da unidade e são em madeira revestidas de laminado melamínico azul claro, com colagens temáticas, tendo com 0,80m de largura.

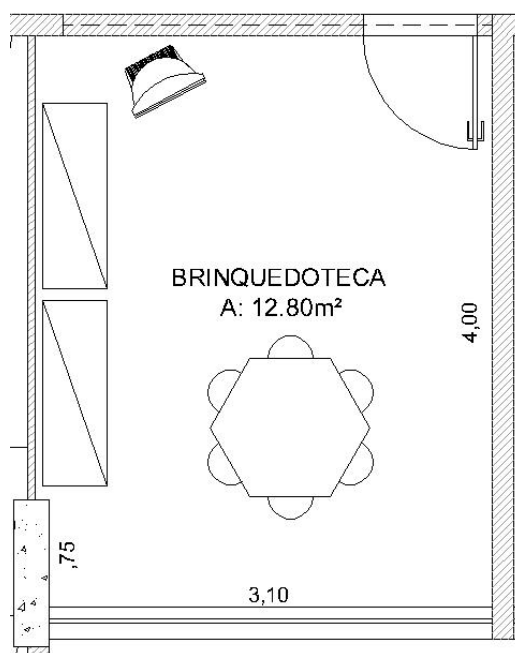


Figura 37 – PB Brinquedoteca (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

O local possui uma TV com aparelho de DVD onde são passados filmes, além de armários e prateleiras com jogos, brinquedos e desenhos das crianças. Existe ainda uma brinquedoteca móvel, que visa a atender as crianças que não podem se locomover até o local (figura 39). Apesar de bem equipada, a brinquedoteca é pequena e tem a maior parte das atividades e brinquedos voltados para as crianças menores.



Figura 38 – Detalhe de umas das paredes da brinquedoteca (fonte: a autora).



Figura 39 – Vista da brinquedoteca (fonte: a autora).

A brinquedoteca abre diariamente para 1 hora de atividades, no período de 10 às 11h da manhã. Contudo, em alguns dias no período da tarde, há recreação também na área do refeitório (figura 42), realizada com o auxílio de profissionais. Foi verificado que não existem atividades específicas para adolescentes, mas as psicólogas e pedagogas tentam estimulá-los à distração através de jogos.

O refeitório da ala, além da função primordial a que se destina – a refeição – tem em vista atender também às necessidades de distração tanto dos acompanhantes quanto dos próprios pacientes.

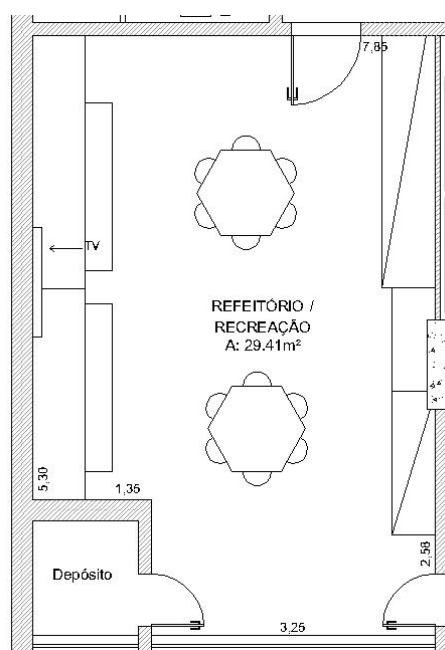


Figura 40 – PB Refeitório (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

Com aproximadamente 29,40m² (figura 40), tem uma ampla esquadria de ferro pintada de verde escuro e vidro incolor com vista para a área externa, que proporciona ao ambiente ventilação e iluminação naturais. Seu piso é vinílico em placas 30x30cm na cor bege e detalhes em azul, teto em pintura acrílica na cor branca e as paredes são pintadas com tinta acrílica na cor marfim.

No local há uma TV de LCD na parede, que funciona como distração principalmente para os acompanhantes, já que não há TVs nas enfermarias. Existem no local mesas retangulares e hexagonais, sendo que estas últimas podem se juntar como “colmeias” para atividades com as crianças (figura 41). Há ainda armários onde são guardados jogos e materiais para recreação dos pacientes.

O refeitório tem em vista atender principalmente aos pacientes e acompanhantes, porém, durante o período letivo é utilizado também por acadêmicos, o que gera certo desconforto às crianças e seus pais, que por vezes preferem se alimentar nas enfermarias. Além disso, a pesquisadora percebeu que a presença dos acadêmicos, quando em grupos, acaba inibindo o uso do local para as atividades de distração, como a TV. Em conversas informais com a pesquisadora, alguns pais afirmaram que não utilizam o espaço ou alegaram até mesmo desconhecer-lo.



Figura 41 – Visão do refeitório (fonte: a autora).



Figura 42 – Refeitório sendo utilizado para recreação de pacientes (fonte: a autora).

Além desses espaços, o HU conta ainda com um solário descoberto para recreação, com aproximadamente 42m²(figura 43), sendo seu acesso realizado através do refeitório. O espaço conta com piso cimentado na cor azul e apresenta irregularidades. Os muros e paredes

são pintados com temática infantil. Há ainda no local alguns brinquedos de playground, como casinha e balanço (figura 44). Apesar de se destinar à recreação dos pacientes, o espaço é utilizado também para a colocação de varais para a secagem de roupas, já que muitos pacientes não residem na cidade (figura 45). O solário é aberto às 8h da manhã, sendo fechado ao anoitecer. Não existe atividade dirigida no local, sendo o acompanhante o responsável pela criança.

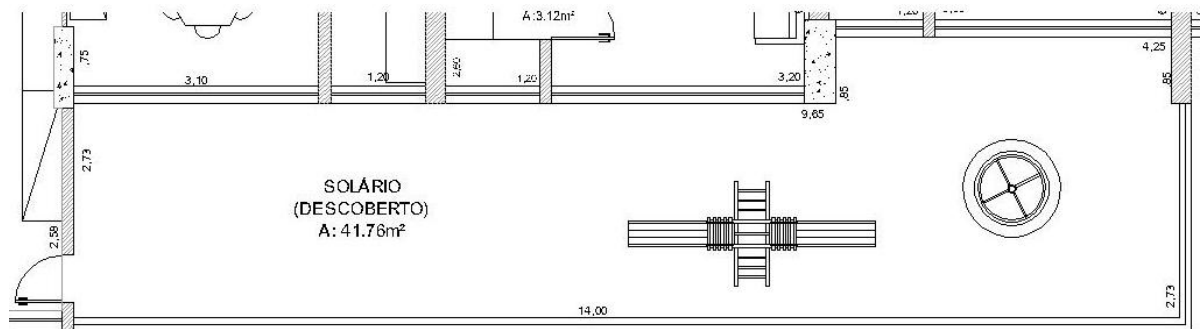


Figura 43 – PB Solário descoberto (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).



Figura 44 – Vista geral do solário descoberto (fonte: a autora).



Figura 45 – Varal de roupas no solário descoberto (fonte: a autora).

4.2.6. Ambientes de apoio técnicos

Para que haja atendimento no setor das enfermarias pediátricas, além dos espaços anteriormente apresentados, que são diretamente utilizados pelos pacientes e acompanhantes,

há ambientes que dão suporte às atividades técnicas. Esses são utilizados pela equipe assistencial, ou seja, equipe médica e de enfermagem, além das demais pessoas que ajudam a estruturar o setor, tais quais, assistente administrativo, pedagogos, assistente social e equipe da limpeza.

Ao percorrer o local, foi observado que essas áreas seguem um mesmo padrão de revestimento, com piso vinílico na cor bege, paredes pintadas com tinta acrílica na cor bege e/ou painéis revestidos de laminado melamínico bege, com forro de gesso pintado com tinta acrílica branca.

4.2.6.1. Posto de Enfermagem

O posto de enfermagem tem 16,80m² e faz divisão com a prescrição médica e com a sala de serviços (figura 46). Em uma das paredes existe uma esquadria em ferro pintado de verde escuro, com vidro incolor com película, que contribui para o controle do calor no ambiente (figura 47).

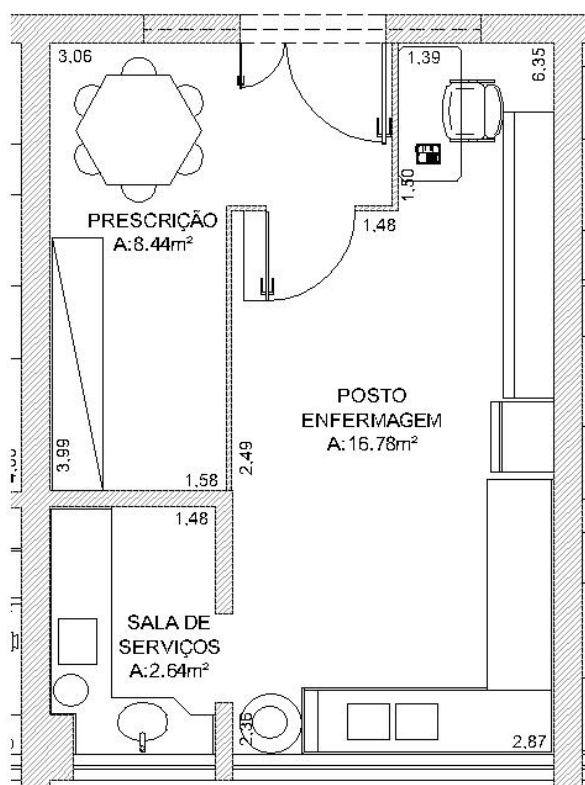


Figura 46 – PB Posto de enfermagem, prescrição e sala de serviços (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

Há no setor uma bancada em granito, com prateleiras inferiores e com duas cubas em aço inox. Acompanhando a bancada em “L”, há um rodamão de 30cm em azulejo branco 20x20cm. No posto existe ainda um armário de parede sobre a bancada, onde são guardados os materiais de consumo, um escaninho para medicação de cada paciente (figura 48), um frigobar para guarda de medicação, um painel com os casos dos pacientes (figura 49) e uma mesa com cadeira para os serviços administrativos da enfermagem.

O dimensionamento, o mobiliário e equipamentos do posto atendem às atividades rotineiras da equipe, sendo adequados ao do setor. Sua localização, porém, apresenta prós e contras. O posto está estrategicamente bem localizado entre as enfermarias, com uma divisão equilibrada de percursos. Em contra partida, seu local dificulta o controle de fluxo no setor, como já citado anteriormente.



Figura 47 – Vista geral do Posto de Enfermagem (fonte: a autora).

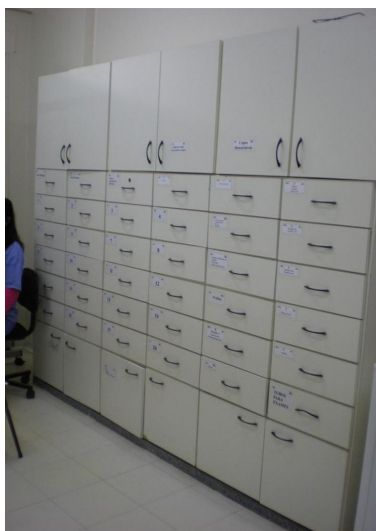


Figura 48 – Escaninho de medicação (fonte: a autora).



Figura 49 – Painel de casos dos pacientes (fonte: a autora).

4.2.6.2. Prescrição Médica

O ambiente em que são realizadas as prescrições médicas no HU tem aproximadamente 8,44m² e faz separação do posto de enfermagem (figura 46) com divisórias revestidas de laminado melamínico bege, à altura de 2,10m, e vidro. O local não possui iluminação e nem ventilação natural.

Quanto aos mobiliários, há uma mesa hexagonal e cadeiras, um escaninho de parede para as fichas de prescrição e uma mesa retangular, com banco, sendo todos em ferro e chapas de aglomerado revestidos de laminado melamínico na cor bege. Foi observado pela pesquisadora que a sala é utilizada tanto pela equipe médica quanto pela de enfermagem.



Figura 50 – Sala de Prescrição Médica (fonte: a autora).

4.2.6.3. Sala de procedimentos / Sala de Curativos

No HU, a sala de procedimentos é utilizada também como sala de curativos. Com 9,64m², o local não tem esquadria, portanto, não há ventilação e nem iluminação natural (figura 51). Verificou-se que há exaustor, mas este, por vezes, permanece desligado. Durante a visita, verificou-se que esta sala também é utilizada para outras finalidades, como reunião de professores com acadêmicos. Isto gera tumulto e pode também dificultar a assistência, que tem que aguardar a liberação da sala para a realização de procedimentos. Outro aspecto desejável é que o posto de enfermagem seja o mais próximo possível da sala de procedimentos, facilitando o fluxo e agilizando o preparo dos equipamentos que serão utilizados.



Figura 51 – PB Sala de procedimentos e curativos (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

Para auxiliar na realização dos procedimentos, na sala há uma bancada em granito, com rodamão de 30cm em azulejo branco 20x20cm e com cuba de aço inox (figura 52), armários para a guarda de materiais de consumo, uma maca e diversos equipamentos (figura 53). Em uma parede há alguns adesivos decorativos com temáticas infantis.



Figura 52 – Bancada Sala de Procedimentos e Curativos (fonte: a autora).

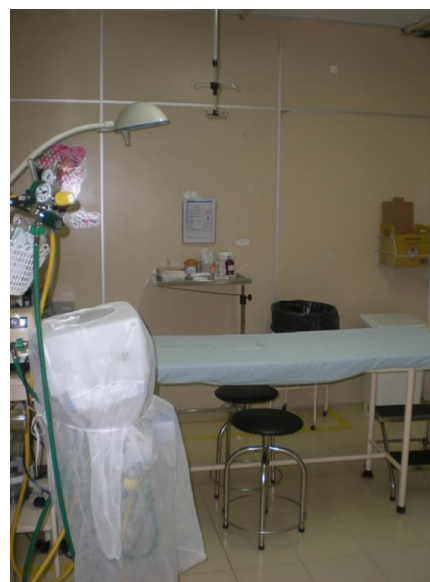


Figura 53 - Maca da Sala de Procedimentos e Curativos (fonte: a autora).

4.2.6.4. Sala de discussão de casos

A fim de serem discutidos casos de pacientes, há no setor uma sala para médicos, médicos residentes e acadêmicos, com 13,8m² (figura 54). Na sala não há esquadrias para o exterior, sendo o único vão existente (figura 55) uma abertura para outra área fechada: a sala de equipamentos. O espaço, portanto, é enclausurado, restringindo percepções quanto às condições externas à edificação, sejam elas temporais ou contextuais.



Figura 54 – PB Sala de discussão de casos (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

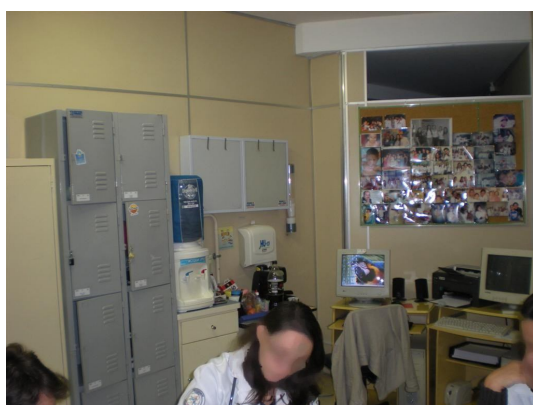


Figura 55 – Sala de discussão de casos (fonte: a autora).



Figura 56 – Sala de discussão de casos (fonte: a autora).

No local há uma mesa com cadeiras para reuniões e estudo de casos, duas mesas com computadores, armário de escaninho para guarda dos pertences dos médicos, armário para



Figura 58 – Sala de limpeza (fonte: a autora).



Figura 59 – Sala de preparo (fonte: a autora).

4.2.6.6. Copa e Conforto de Funcionários

Dando suporte aos funcionários, existem no setor dois ambientes destinados aos mesmos, sendo eles: copa e conforto.



Figura 60 - PB Copa funcionários (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).

A copa (figura 60) tem 4,7m² e visa a atender aos funcionários em suas refeições rápidas. Foi verificada a presença de uma bancada em granito com cuba em aço inox (figura 61), um refrigerador, fogão, micro-ondas e uma pequena mesa (figura 62). No local não há janelas, apenas exaustão mecânica. Como o tempo de permanência no local geralmente é pequeno, o local atende de maneira satisfatória.



Figura 61 - Copa de funcionários (fonte: a autora).



Figura 62 – Copa de funcionários (fonte: a autora).

O conforto (figura 63) tem 9,3m² e tende a ser um local de descanso para os funcionários. Há cadeiras, poltronas e armários de ferro com cobertores e travesseiros (figuras 64 e 65). Apesar do objetivo ao qual se destina, observou-se que o local é pouco confortável, sendo pequeno e sem aberturas para o exterior. Há apenas um vão para a circulação que, devido às luzes acesas e à movimentação, gera incômodo aos funcionários.

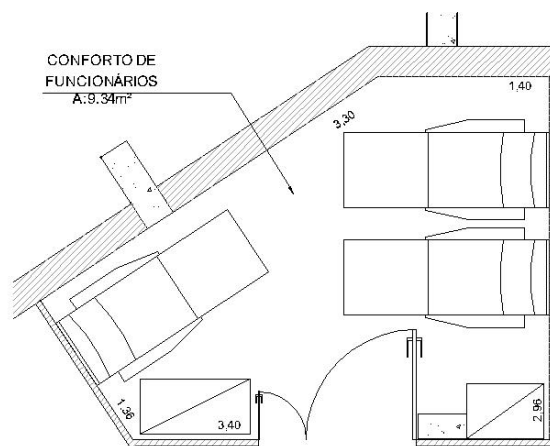


Figura 63 - PB Conforto de funcionários (fonte: a autora / arquivo HU-UFJF).



Figura 64 – Detalhe das cadeiras no conforto de funcionários (fonte: a autora).



Figura 65 – Detalhe do armário com cobertores e travesseiros (fonte:a autora).

4.2.6.7. Demais áreas de apoio

Cabe ainda ressaltar que além desses ambientes especificados, o setor das enfermarias pediátricas conta com uma sala para a direção médica, uma sala para a chefia de enfermagem, uma sala para a guarda de equipamentos, depósito de materiais de limpeza (DML), uma sala de utilidades e uma rouparia.

4.3. RESULTADO E ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Nesta etapa serão apresentados os resultados e a análise dos questionários aplicados nos usuários do Hospital Universitário da UFJF. As análises foram realizadas concomitantemente à apresentação dos resultados, quando as mesmas se mostraram relevantes para o objetivo deste trabalho.

Sendo assim, as respostas foram tabuladas e distribuídas em gráficos, considerando seus aspectos qualitativos, a fim de facilitar a visualização dos dados. Foi possível identificar a percepção dos usuários e a qualidade dos espaços construídos, observando sua influência no bem-estar e nos processos sociais na pediatria do hospital.

A seguir serão apresentados os resultados e análises das três partes do questionário: (1) perfil dos respondentes, (2) poema dos desejos e (3) questões objetivas.

4.3.1. Perfil dos respondentes

No Hospital Universitário da UFJF, a amostra de **pacientes pediátricos** contou com um instrumento preenchido, gerando apenas uma sentença preenchida, já que os demais pacientes estavam mais debilitados e/ou possuíam pouca idade. A pesquisadora observou que a maior parte das internações no local era de pacientes com doenças crônicas. Sendo assim, a amostra única é de uma menina, de sete anos de idade, estudante da 2ª série e residente em Juiz de Fora.

Os **acompanhantes** no HU somam um total de vinte entrevistados que, ocasionalmente, eram todos do sexo feminino. Destes, 58% residiam na cidade de Juiz de Fora, 37% em outras cidades da região e 5% não responderam.

Quanto à faixa etária, 25% possuíam até 24 anos, 55% entre 25 e 39 anos, 20% mais de 40 anos e 5% não informaram, o que configura um perfil jovem de mães.

Foi possível observar que o nível de escolaridade dos respondentes é baixo, uma vez que 65% possuem no máximo até o 1º grau, conforme indica o gráfico 1 abaixo:

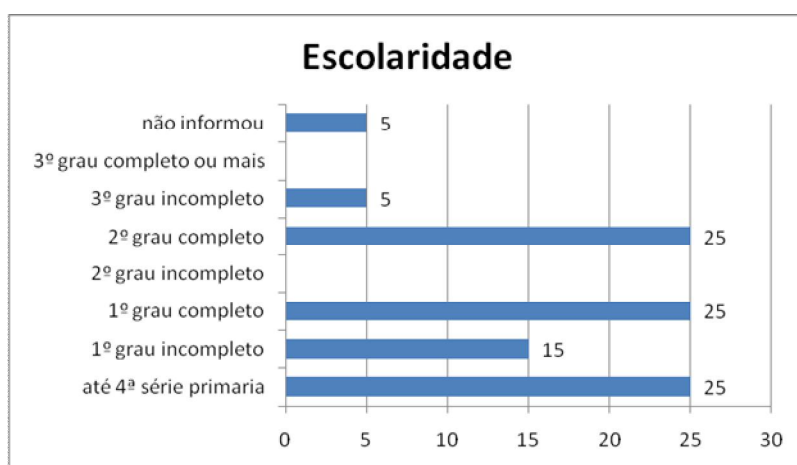


Gráfico 1 - Escolaridade dos usuários externos HU (Fonte: a autora).

Um total de trinta e um **funcionários** da pediatria do HU participaram da pesquisa, sendo estes 90% do sexo feminino e 10% do masculino. Sua maioria – 97% – reside em Juiz

de Fora. A faixa etária desses usuários é bastante diversificada, conforme mostra o gráfico 2 abaixo:

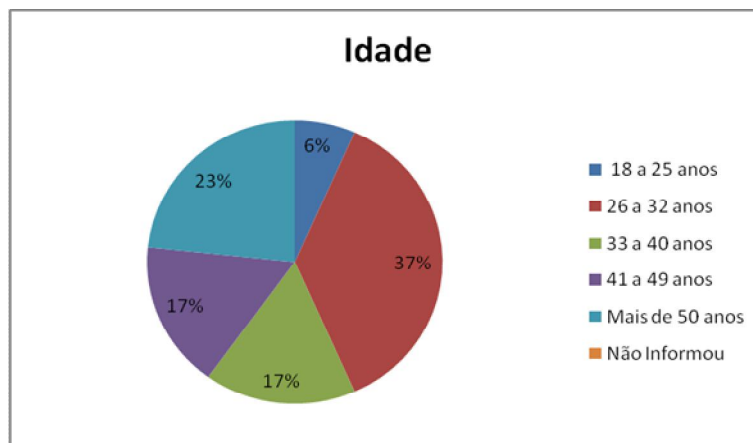


Gráfico 2 - Idade dos usuários internos do HU (Fonte: a autora).

No HU-UFJF, 62% dos funcionários possuem curso superior completo, em 3% dos casos o curso superior está em andamento, 32% concluíram o 2º grau e 3% tem o 1º grau completo. Observa-se que a maior parte dos funcionários possui escolaridade acima da exigência do cargo que ocupam, situação provavelmente ocasionada pelo plano de carreira do serviço público.

4.3.2. Poema dos desejos

Os dados a seguir foram obtidos a partir do preenchimento da segunda etapa do questionário, o Poema dos Desejos, que consistia na sentença aberta “Eu gostaria que essa pediatria fosse (ou tivesse)...”.

Durante a investigação no Hospital Universitário da UFJF, os questionários completos foram entregues a todos os acompanhantes e funcionários que estavam no local no momento da visita. Foi recolhido um total de 51 questionários respondidos por adultos, mas destes, apenas 49 estavam com a sentença aberta preenchida, sendo 20 de acompanhantes e 29 de funcionários. A amostra de pacientes conta com apenas um instrumento preenchido. Constatou-se ainda que apenas um dos registros – excluindo-se o do paciente – foi realizado por meio de desenhos. Todos os demais preferiram expressar-se por escrito.

Posteriormente à aplicação dos instrumentos, a tabulação das respostas configurou-se na criação de categorias, em que foram agrupadas informações semelhantes e recorrentes. A apresentação dessas categorias varia de acordo com o tipo de usuário, uma vez que seus interesses podem ser divergentes. Através desta sentença foram geradas um total de 107 recomendações, sendo 1 de paciente, 37 de acompanhantes e 69 de funcionários, que serão apresentadas a seguir

4.3.2.1. Pacientes

A amostra do paciente que contribuiu para a pesquisa resultou em desejos ligados à recreação, principalmente no ambiente em que ele permanece a maioria de seu tempo: a enfermaria. Seu desenho manifesta um anseio por distrações positivas no quarto, já que o desenho demonstra aparelhos de TV e DVD junto à enfermaria (figura 66).



Figura 66 - Desenho realizado por paciente pediátrico do HU (fonte: a autora).

Percebeu-se que o momento da aplicação do método e a interação da pesquisadora com o paciente foi considerado como uma brincadeira pelo paciente que, frequentemente, tem o tempo ocioso, gerando agitações, desconforto e ainda mais ansiedade no período da hospitalização.

4.3.2.2. Acompanhantes

Durante a aplicação do instrumento, 13 entre os 20 acompanhantes que responderam à questão aberta, pediram o auxílio da pesquisadora para o preenchimento. Tal situação ocorreu ou porque no momento os acompanhantes estavam ocupados ou, em outros casos, por estes não saberem ler e escrever, devido à baixa escolaridade, como demonstrou o perfil dos acompanhantes no gráfico 1, apresentado anteriormente, bem como não quererem desenhar.

As sentenças preenchidas pelos acompanhantes geraram 37 recomendações, que foram agrupadas segundo as seguintes categorias:

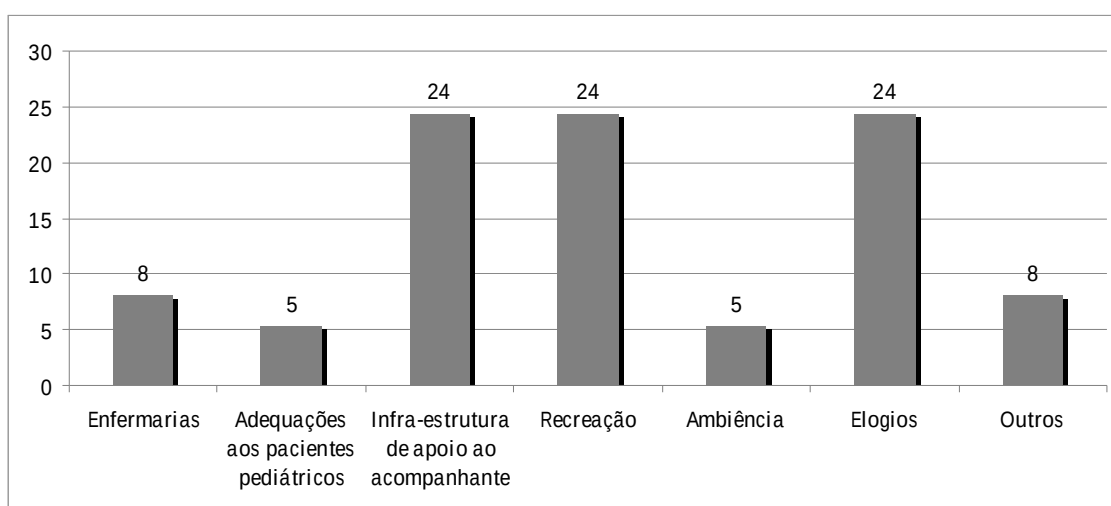


Gráfico 3 – Resultado do Poema dos Desejos com acompanhantes no HU (fonte: a autora).

Através do gráfico 3, é possível observar que três itens se destacaram, recebendo o maior número de citações: infra-estrutura de apoio ao acompanhante (24%), recreação (24%) e elogios (24%).

No item “infra-estrutura de apoio ao acompanhante” as recomendações foram a respeito do mobiliário do acompanhante (figura 67) e quanto ao banheiro destinado aos mesmos. A maioria das sugestões (seis entre as nove deste item) é de cadeiras ou camas que proporcionem mais conforto ao acompanhante do paciente. Para a pesquisadora, esta é uma consideração bastante pertinente, visto que as cadeiras e poltronas existentes no local são duras e não apresentam um bom estado de conservação. Quanto aos banheiros, são sugeridos que sejam mais próximos às enfermarias, já que muitos pais têm que atravessar todo o setor para utilizá-los, deixando as crianças desacompanhadas.

- Para o acompanhante não tem comodidade nenhuma, dormir em uma cadeira é difícil.
O acompanhante é a companhia da criança, ela se sente protegida quando tem alguém que ama por perto, essencial para recuperação.

Figura 67 – Poema dos Desejos preenchido por acompanhante no HU (fonte: a autora).

Quanto à “recreação”, os acompanhantes citaram como sendo de grande importância a presença de uma TV nas enfermarias (figura 68). Isso porque consideram ser distração tanto para o acompanhante quanto para o paciente que não pode se locomover, fazendo com que tenham a sensação de o tempo passar mais rapidamente. Neste item também foram feitas recomendações para melhorias no parquinho.

- TV nos quartos (faz o tempo passar mais rápido)

Figura 68 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante no HU (fonte: a autora).

Na sentença aberta também foram feitos elogios (figura 69), sendo eles tanto para infra-estrutura do hospital quanto para atendimento da equipe assistencial: 24%, ou seja, nove considerações. Destas, cinco responderam como “sendo tudo bom”. A pesquisadora percebeu ao conversar informalmente com os pais que, devido às condições socioeconômicas da família e também à baixa escolaridade, o simples fato de ser atendido já era considerado um motivo para ser grato, inibindo qualquer tipo de pensamento crítico quanto às possíveis melhorias para o local e também para o atendimento.

NÃO CONHEÇO OUTRO HOSPITAL, PARA COMPARAR EM TERMO DE PEDIATRIA.
PORÉM ACHO QUE AQUI TEM, CONFORTO, ACIMA DE TUDO CALOR HUMANO
E' TUDO LIMPO, MUITO ZELO NESTA PARTE, O LUGAR E' AGRADAVEL
BEM DECORADO, TEM DE TUDO UM POUCO, PARA QUE AS CRIANÇAS
SINTAM ACOlhIDAS, O PACIENTE E BEM ACOMPANHADO
PELA EQUIPE TRAZ SEGURANÇA PARA OS PAIS.

Figura 69 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante no HU (fonte: a autora).

Além desses três pontos mais comentados, foram realizadas outras recomendações. Para a enfermaria, houve pedido de bandeja para refeição no quarto, o que evitaria que os pais se alimentassem de maneira improvisada; de travesseiros, para maior conforto dos pacientes e acompanhantes; e armários no quarto, que evitaria que os objetos pessoais dos pacientes ficassem espalhados pela enfermaria (figura 70).

"p/mim só faltava travesseiro p/ pacientes.
E q/ os armários ficassem no quarto. Pois como
pais vão deixar os pacientes (e os nós) p/ dormir do
lado de fora.

Figura 70 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante no HU (fonte: a autora).

Ainda houve recomendações para a adequação do mobiliário aos diferentes pacientes (figura 71). É interessante se notar que no setor pediátrico também existem adolescentes e estes muitas vezes são desconsiderados no planejamento do ambiente. No HU, foi mencionado que há dificuldades em utilizar o banheiro, já que a bacia sanitária possui tamanho infantil.

* Que a bacia sanitária dos Sanitários (Adolescentes)
fosse maior, (pois nem todas as crianças
podem usar de)

Figura 71 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante no HU (fonte: a autora).

Quanto aos aspectos de ambiência, foi sugerido um ambiente com decoração mais alegre e que se aproximasse do quarto que a criança tem em casa (figura 72). Esta última consideração reitera a necessidade subjetiva de contextualização, no caso, com a moradia, reafirmando a arquitetura como sendo um elemento humanizador, capaz de resgatar aspectos de vivência e fazendo com que o espaço se configure em um lugar.

- tentar aproximar o máximo o quarto com
o que temos em casa. Ex: Brinquedos, decoração e ambiente.

Figura 72 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante no HU (fonte: a autora).

Os demais itens mencionaram questões que fogem ao objetivo deste trabalho, como, por exemplo, referências à alimentação.

4.3.2.3. Funcionários

A aplicação nos funcionários aconteceu em duas etapas. Em um primeiro momento, foi distribuído um questionário e duas vias do TCLE a todos os funcionários, em cada um dos plantões, sob a condição de que seriam colocados preenchidos na sala da chefia de enfermagem até o próximo plantão. Entretanto, poucos foram preenchidos e devolvidos. Assim, em um segundo momento, após sugestão do agente administrativo e de um dos chefes da enfermagem, a pesquisadora alterou a estratégia redistribuindo os questionários e aguardando seu preenchimento no local, para que então fossem recolhidos. Desta forma, a investigação tornou-se mais demorada e dispendiosa, mas o resultado bem mais satisfatório, uma vez que o número de instrumentos preenchidos foi muito superior ao anterior.

Foi um total de 69 recomendações, em que se destacou o item “infra-estrutura de apoio técnico”, conforme aponta o gráfico 4 abaixo:

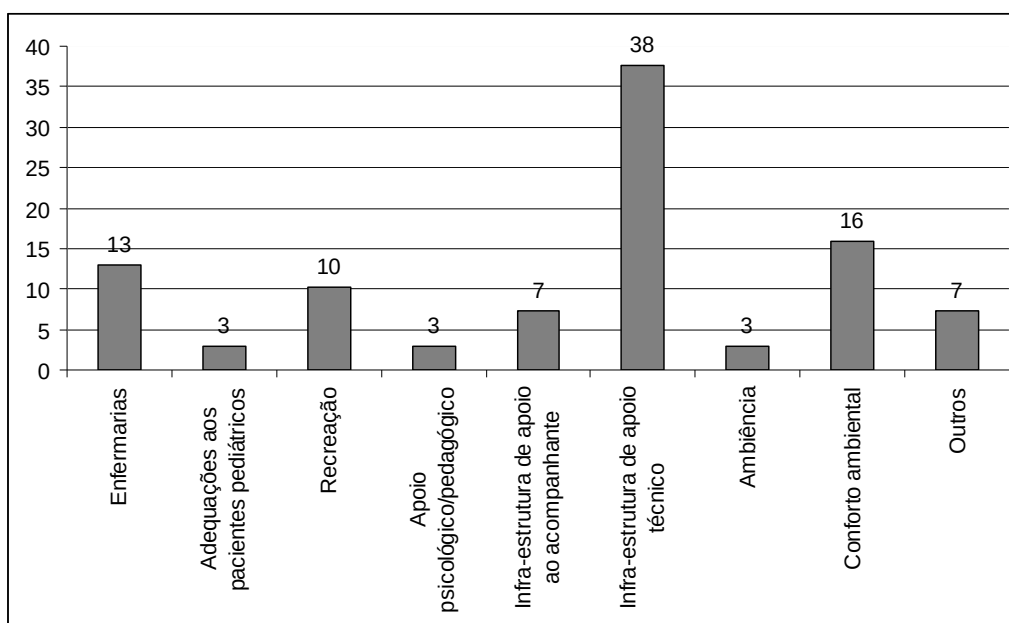


Gráfico 4 - Resultado do Poema dos Desejos com funcionários do HU (fonte: a autora).

A maior parte das considerações feitas por funcionários foram referentes à infraestrutura de apoio técnico no setor da pediatria: 38% das respostas, ou seja, 26 recomendações. Neste item, os médicos e a equipe de enfermagem consideraram como sendo importante haver um quarto para os médicos plantonistas mais próximo ao setor (figura 73). Ambos alegam que o atual é muito distante e em caso de emergências, principalmente à noite, há um longo percurso a ser percorrido até que o atendimento seja prestado. Outros pontos destacados foram a necessidade de haver um local de descanso e conforto para a equipe de enfermagem (figura 74) e de uma sala de aula para os acadêmicos (figura 75). Foi verificado que as reuniões acontecem na sala de procedimentos ou então no próprio corredor, tumultuando tanto o atendimento quanto a circulação, além de incomodar os pacientes e acompanhantes com o barulho.

Esperaria de que os médicos - residentes tivessem um local de descanso próximo à pediatria pois isso facilitaria o acesso;

Figura 73 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

A pediatria de um modo geral e sua estrutura da e organizada, falta um espaço para os funcionários tirar sua hora de descanso, para que realmente possam relaxar, e sentir preparados para voltar ao trabalho, descansados.

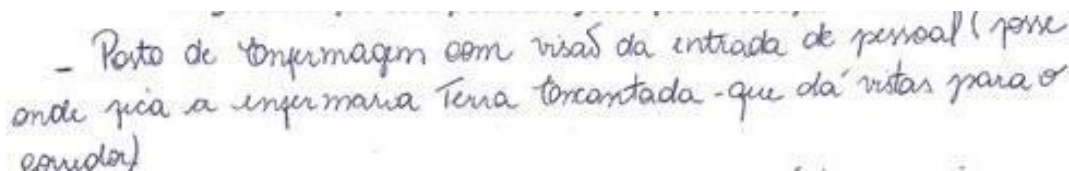
Figura 74 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

- Esperaria de ter um mini-auditório para os acadêmicos e residentes, pois assim os corredores não ficariam tão cheios e as aulas práticas da medicina poderiam acontecer neste auditório; facilitando assim o uso da sala de procedimentos exclusivamente para esta finalidade.

Figura 75 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

Além dos pontos citados acima, três recomendações consideraram a necessidade de haver um controle de acesso mais rigoroso no setor pediátrico (figura 76). Isso porque

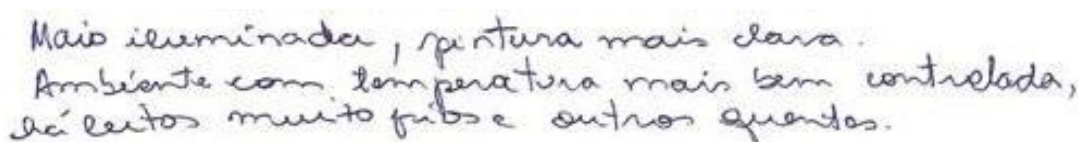
atualmente o acesso é realizado praticamente sem barreiras, o que pode promover situações inconvenientes, tanto para a equipe quanto para os acompanhantes.



- Posto de enfermagem com vista da entrada de pessoal (para onde fica a enfermaria teria torcanteda - que dá vista para o corredor)

Figura 76 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

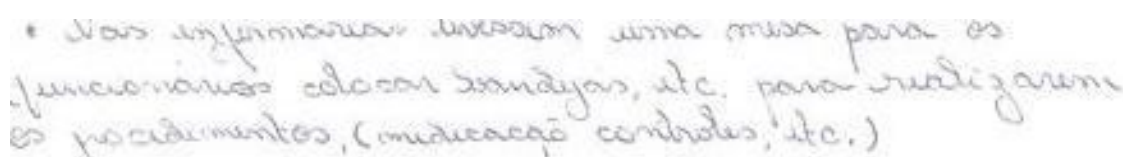
O segundo aspecto mais comentado pelos funcionários da pediatria do HU, com 16% do total, refere-se ao conforto ambiental do setor (figura 77). Foram recomendadas melhorias na iluminação, ventilação, controle de temperatura e ruídos.



Mais iluminada, pintura mais clara.
Ambiente com temperatura mais bem controlada,
de certos muito frio e outros quentes.

Figura 77 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

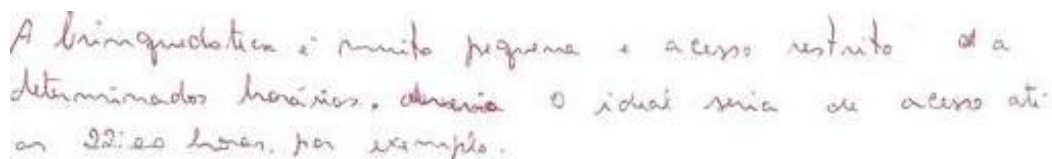
Para as enfermarias, foram sugeridas por 13% dos entrevistados, questões diversas, como armários para os acompanhantes e pacientes nas enfermarias, berços e equipamentos mais modernos e com maior mobilidade, maior dimensionamento, travesseiros para todos os leitos e mesa de apoio para procedimentos (figura 78).



* Nas enfermarias, oferecer uma mesa para os funcionários colocarem bandejas, etc. para realizarem os procedimentos, (medicação, controles, etc.)

Figura 78 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

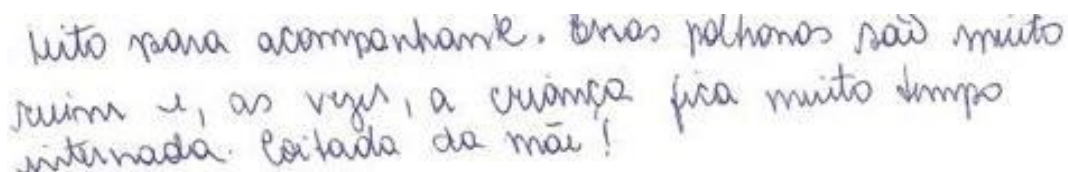
No item recreação, as recomendações eram principalmente quanto à necessidade de uma brinquedoteca mais ampla, com horário mais extenso e uma TV em cada enfermaria (figura 79).



A brinquedoteca é muito pequena e acesso restrito de a determinados horários. O ideal seria se acesso até as 22:00 horas, por exemplo.

Figura 79 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

A equipe técnica apontou, em 7% das respostas, a necessidade de haver melhoria na acomodação dos acompanhantes. Muitos pais reclamam das cadeiras que existem no local, já que são consideradas desconfortáveis, principalmente para quem permanece longos períodos no hospital (figura 80).



Muito ruim para acompanhar. As poltronas são muito ruins e, as vezes, a criança fica muito tempo internada. Cansada da mãe!

Figura 80 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário do HU (fonte: a autora).

Além das recomendações mencionadas acima, ainda foram citados como desejos dos funcionários: pintura mais alegre e acolhedora; adequação das roupas e mobiliários às diferentes idades de pacientes pediátricos; acompanhamento psicológico para os pacientes e acompanhantes; acompanhamento pedagógico para as crianças em período escolar; além de outros que ultrapassam os aspectos físicos e ambientais, não sendo de interesse para os resultados deste trabalho.

4.3.3. Questões objetivas

Visando propor uma organização para os dados coletados, estes foram estruturados de acordo com a percepção dos diferentes tipos de usuários, sendo separados em: (1) **usuários externos**, que compreendem os pacientes e seus acompanhantes, e (2) **usuários internos**, que são os médicos, equipe de enfermagem e demais profissionais do setor pediátrico.

Durante a investigação no Hospital Universitário da UFJF, 51 pessoas responderam a terceira parte do questionário, que consiste nas questões fechadas. Entre eles: 20 acompanhantes, 9 médicos, 5 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de

enfermagem, 1 assistente social e 1 agente administrativo. Desta forma, os resultados desta etapa baseiam-se em 20 usuários externos e 31 usuários internos.

4.3.3.1. Entorno

Duas questões do questionário visaram obter a opinião dos usuários quanto ao entorno. A primeira delas buscou perceber como foi considerado pelo usuário o acesso à região do hospital (gráfico 5). Considerando que 80% dos usuários externos e 77% dos internos avaliam como sendo boa ou muito boa, há um índice alto de satisfação dos usuários neste ponto.

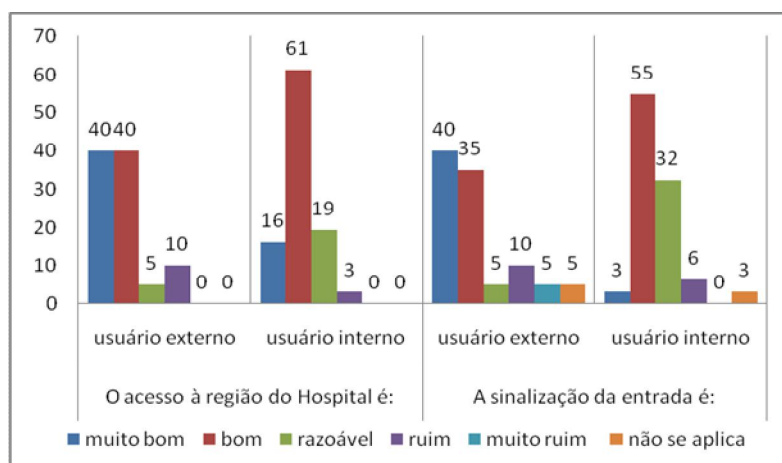


Gráfico 5 – Percepção dos usuários quanto ao entorno do HU- (fonte: a autora).

Se considerarmos, porém, a sinalização de entrada do hospital, observa-se que a aprovação dos usuários internos é reduzida, mas, ainda assim, é considerada boa ou muito boa por 58% e razoável por 32%, conforme aponta o gráfico 5.

4.3.3.2. Orientação espacial

Considerando a capacidade de localização dentro do HU-UFJF, somente utilizando placas, a opinião dos usuários externos e internos foi bastante divergente (gráfico 6). Enquanto 70% dos usuários externos apontam como sendo muito bom e bom, 42% dos

usuários internos afirmam ser ruim ou muito ruim. Assim, a percepção de cada tipo de usuário é oposta. Essa diferença pode remeter ao fato de os usuários externos se limitarem principalmente ao setor de pediatria, enquanto os demais usuários utilizam as demais dependências do hospital.

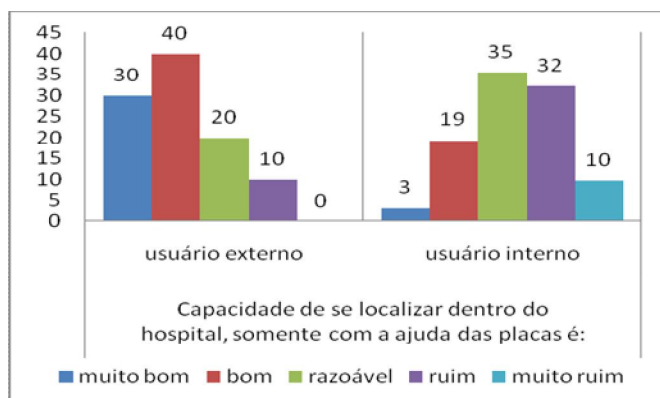


Gráfico 6 - Percepção dos usuários do HU quanto à orientação espacial (fonte: a autora).

Foi perguntado também aos respondentes do questionário quanto à percepção do que ocorre no exterior da edificação, como a identificação se é dia ou noite, ou se faz sol ou chuva naquele dia (gráfico 7). A resposta dos usuários externos foi bem positiva: 95% conseguem perceber o que ocorre no exterior do hospital. Já os usuários internos demonstram que nem sempre isso é possível. Enquanto 52% afirmam sim ser possível identificar as condições do exterior, 32% afirmam não ser possível perceber e 16% consideram essa possibilidade razoável. A partir das visitas técnicas e das conversas informais com os funcionários, foi possível entender que isso se deve ao fato de todas as enfermarias possuírem janelas, enquanto nos ambientes técnicos, isso ocorre na minoria das vezes, fazendo com que estes funcionários fiquem alheios ao exterior.

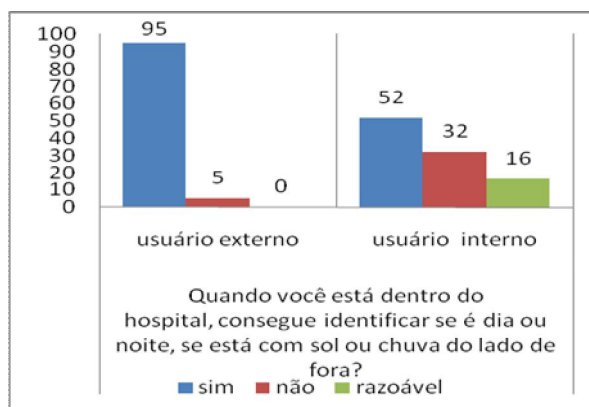


Gráfico 7 - Percepção dos usuários do HU quanto às condições externas à edificação (fonte: a autora).

4.3.3.3. Apoio social

As respostas quanto à questão que investigava sobre a possibilidade que os pacientes têm em personalizar o espaço em que estão apresentou considerável diferença entre os tipos dos usuários (gráfico 8). Os externos, em sua maioria, entendem que é possível sim a personalização do ambiente, uma vez que 55% consideram como sendo muito boa ou boa essa possibilidade. Já a maior parte dos usuários internos entrevistados diz ser razoável essa possibilidade (35%).

Os dados apresentados demonstram que 65% dos usuários externos consideram a pediatria do HU como um local confortável, se sentindo acolhidos. Os usuários internos demonstram, em 45% das respostas, que concordam com os externos. Porém, uma parcela significativa de 39% acha razoável o conforto no setor, conforme demonstra o gráfico 8.

Quanto ao espaço destinado aos acompanhantes nas enfermarias, os usuários externos tendem a responder positivamente, em 55% dos casos. Já 61% dos usuários internos são enfáticos em considerar como sendo razoável o local destinado aos acompanhantes nas enfermarias e outros 23% como sendo ruim ou muito ruim (gráfico 8). Os usuários internos se sentem gratos pela vaga conseguida no SUS e não reclamam da condição oferecida, uma vez que seus filhos estão sendo tratados.

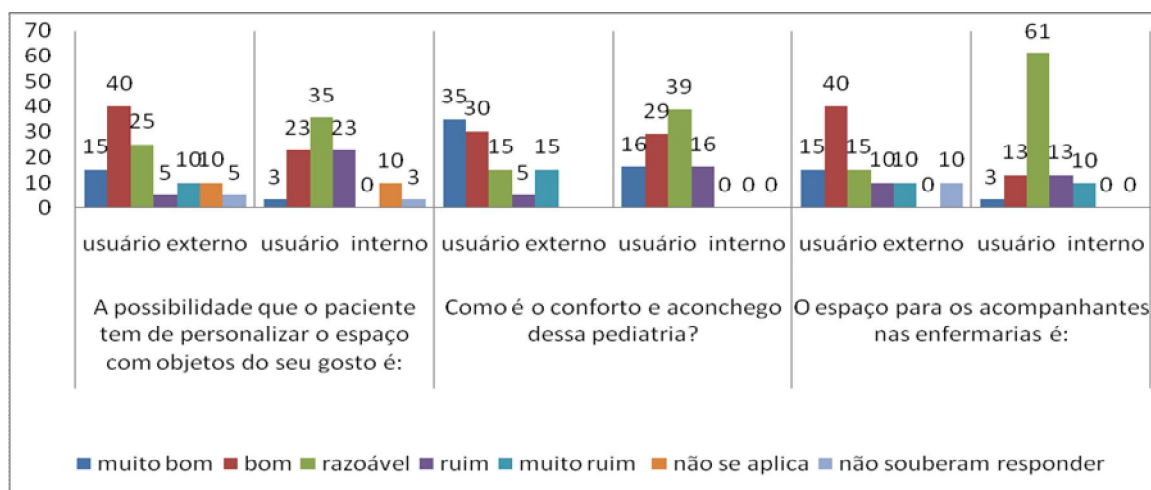


Gráfico 8 – Apoio social no HU (fonte: a autora).

Foram abordados dois ambientes destinados aos acompanhantes dos pacientes: os banheiros e o refeitório (gráfico 9). Os banheiros foram considerados por 50% dos

acompanhantes como sendo bons ou muito bons. Porém, para os funcionários, o banheiro de acompanhantes é considerado razoável por 45% dos respondentes e ruim por 26%. O refeitório apresentou grande divergência de opiniões pelos usuários internos. Ressalta-se que 25% entendem que no HU não há um refeitório para acompanhantes (“não se aplica”) e outros 15% não souberam opinar, demonstrando desconhecer o refeitório. Já 45% dos usuários internos acham o refeitório bom ou muito bom e 29% razoável.

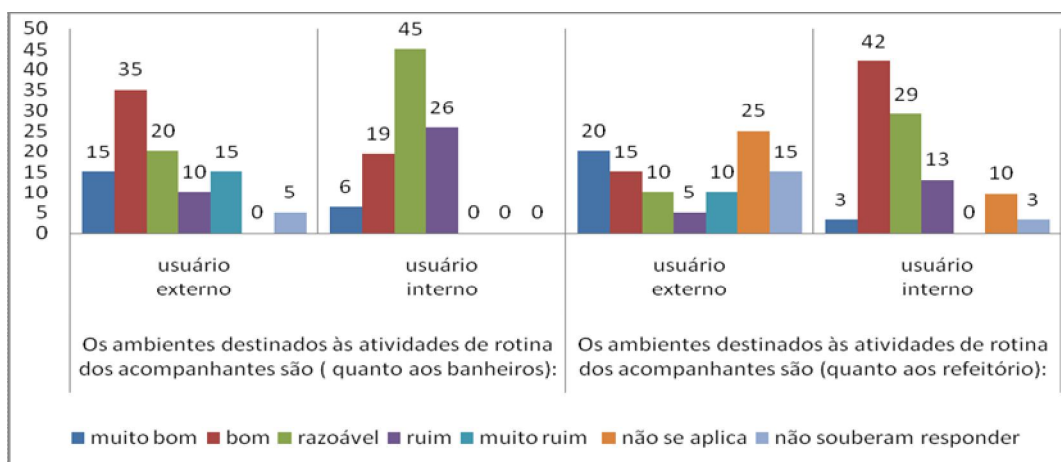


Gráfico 9 - Suporte aos acompanhantes no HU (fonte: a autora).

4.3.3.4. Dimensionamento

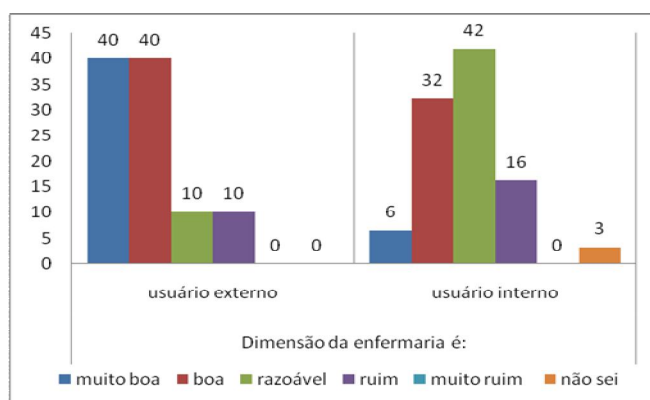


Gráfico 10 – Dimensionamento das enfermarias no HU (fonte: a autora).

No que se refere ao dimensionamento das enfermarias (gráfico 10), há uma avaliação bastante positiva por parte dos usuários externos, com 80% alegando ser boa ou muito boa.

Porém, esse índice não se repete com os usuários internos, que têm uma opinião mais divergente, apontando como sendo razoável para a maioria de 42%.

4.3.3.5. Mobiliário

Quando perguntados a respeito da adequação dos mobiliários para o uso crianças e adolescentes (gráfico 11), as respostas dos usuários externos foi bastante enfática, com 80% afirmando como sendo adequados. Apesar de a grande maioria dos externos afirmarem ser adequados, 10% afirmam não serem. Estes são os pais dos adolescentes, que veem dificuldades no uso dos sanitários e também no tamanho de algumas camas. Já os usuários internos dividiram suas opiniões, com 48% que acredita que os mobiliários não são adequados contra 45% que afirma que são adequados.

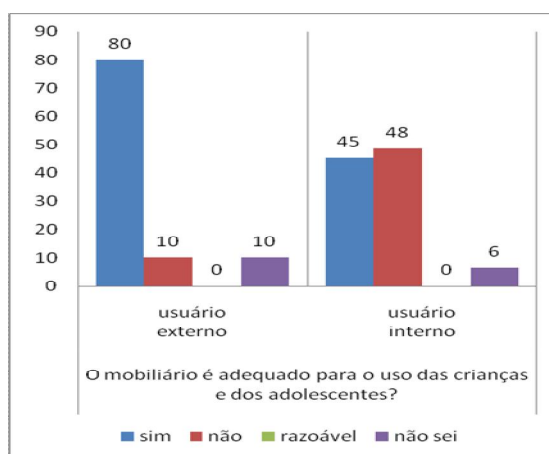


Gráfico 11 – Adequação do mobiliário no HU (fonte: a autora).

4.3.3.6. Estética

Quando perguntado a respeito da aparência externa da edificação (gráfico 12), os usuários externos avaliaram positivamente, com 70% das respostas como sendo muito boa ou boa. Os usuários internos se mostraram mais críticos, fazendo com que 52% das respostas considerassem como sendo razoável a aparência externa.

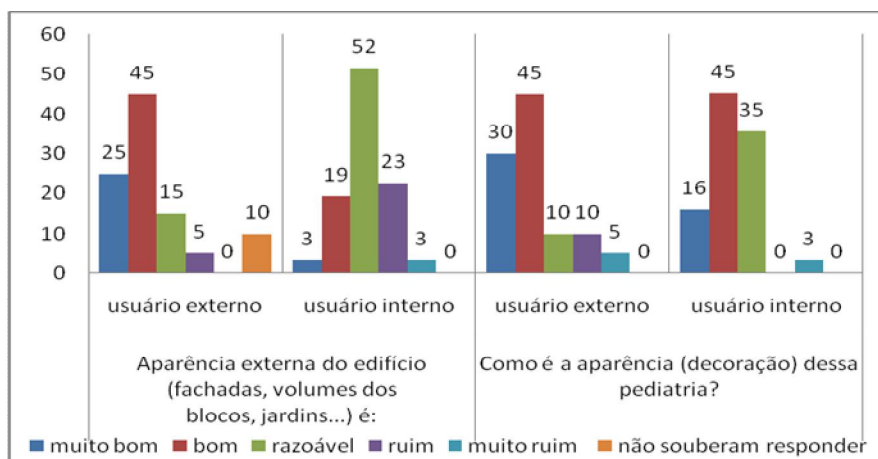


Gráfico 12 - Percepção dos usuários quanto à estética no HU (fonte: a autora).

No que se refere à aparência da pediatria (gráfico 12), particularmente, o índice de satisfação é bastante alto, já que para os usuários externos 75% e 61% dos internos consideram como sendo muito boa ou boa. Destaca-se que uma parcela significativa (35%) avalia como sendo razoável, o que indica que existem pontos a serem melhorados.

4.3.3.7. Conforto térmico

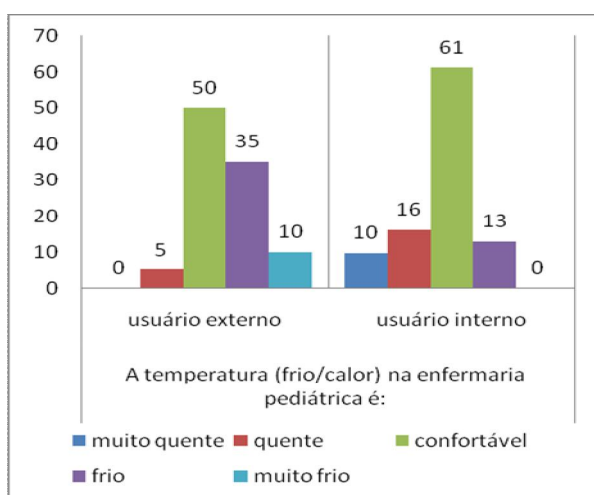


Gráfico 13 – Percepção dos usuários quanto à sensação térmica no HU (fonte: a autora).

Buscando perceber a sensação que os usuários do ambiente têm quanto ao conforto térmico na pediatria do HU, foi perguntado a respeito da temperatura na enfermaria (gráfico

13). Para 50% dos usuários externos, a pediatria apresenta-se como sendo confortável e para outros 45% como sendo fria ou muito fria. Isso pode ter relação com o fato de a investigação ter sido realizada no mês de julho e este ser um mês de inverno.

Para 61% dos funcionários o ambiente apresenta-se como sendo confortável termicamente. Porém, foi constatado que uma parcela significativa (26%) considera o local quente ou muito quente e 13% como sendo frio. Percebe-se, assim, que as sensações podem variar de acordo com o lugar que os usuários permanecem a maior parte do tempo.

4.3.3.8. Conforto sonoro

A fim de entender a sensação de conforto sonoro no ambiente das enfermarias pediátricas, perguntou-se em uma das questões sobre os sons no ambiente (gráfico 14).

Foi possível observar que na opinião dos funcionários o local é barulhento ou muito barulhento para 58% dos entrevistados, o que aponta para um ambiente bastante ruidoso para se trabalhar.

Os usuários externos entendem em 30% como sendo um ambiente confortável e outros 30% como sendo um local silencioso. Destaca-se, também, que 35% consideram as enfermarias como sendo barulhentas ou muito barulhentas. Essa diferenciação é evidenciada pela disposição das enfermarias, estando mais próximas ou afastadas do movimento e, conseqüentemente, do barulho.

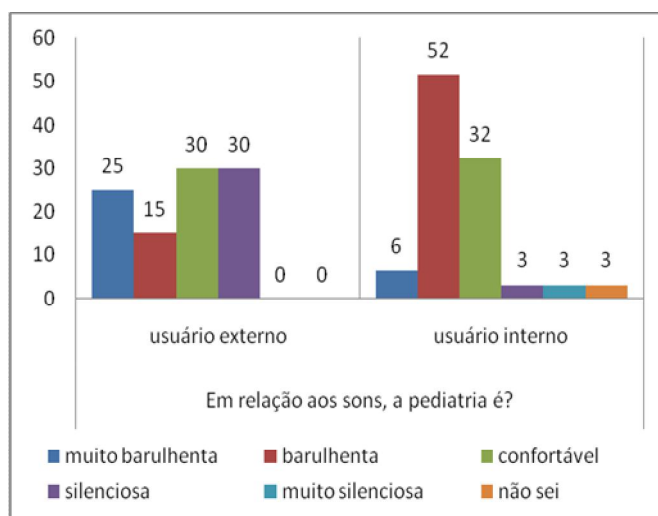


Gráfico 14 – Percepção dos usuários quanto aos ruídos no HU (fonte: a autora).

4.3.3.9. Conforto lumínico

Buscando avaliar o conforto lumínico na pediatria, foram feitas cinco perguntas, direcionadas para aspectos distintos.

Em uma delas buscou-se perceber se nas janelas dos ambientes pediátricos era permitida a entrada da luz do dia. A maior parte dos entrevistados respondeu que sim, sendo 95% dos externos e 81% dos internos (gráfico 15). A maioria ainda afirmou que considera a exposição a essa luz natural e também ao sol da manhã como sendo muito boa ou boa (gráfico 16). Quando a pergunta foi relacionada à capacidade de os usuários controlarem a entrada dessa luz, a resposta foi enfaticamente negativa (gráfico 15), demonstrando que os pacientes e acompanhantes não possuem autonomia nesse controle.

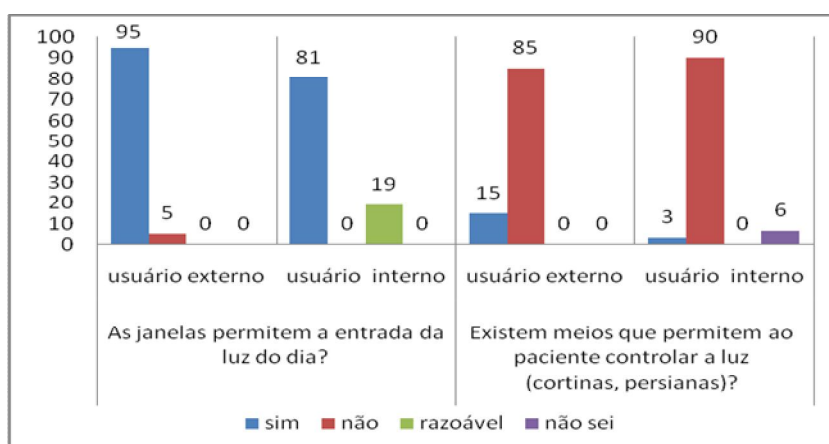


Gráfico 15 – Percepção dos usuários quanto ao conforto lumínico no HU (fonte: a autora).

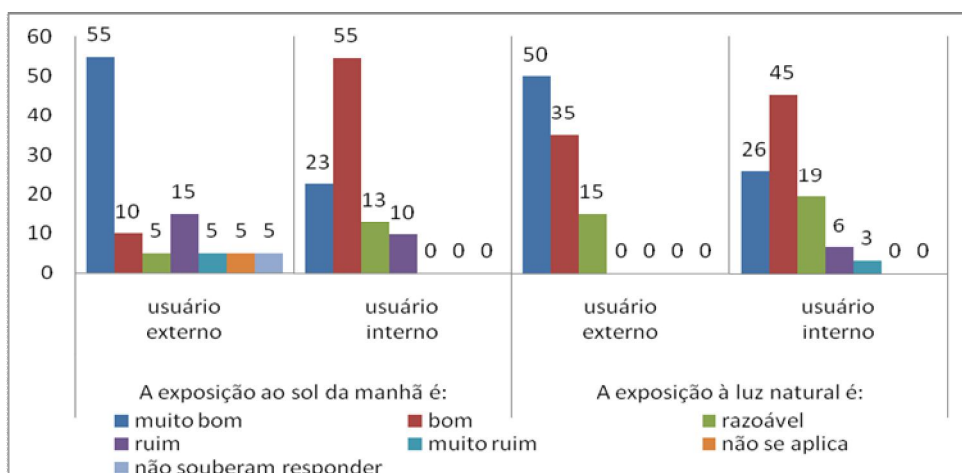


Gráfico 16 – Exposição à luz natural e ao sol da manhã no HU (fonte: a autora).

Buscando ainda saber se os usuários consideravam a iluminação do ambiente adequada às tarefas que estes têm que desenvolver, a resposta apresentou diferenças significativas entre os tipos de usuários (gráfico 17). Os externos responderam como sendo confortável em 70% das vezes. Porém, os internos se dividiram: 19% consideraram confortável, 41% como sendo escuro ou muito escuro, 32% como sendo claro ou muito claro. Mais uma vez essa distinção das respostas dos funcionários quanto ao espaço físico em que trabalham pode estar relacionada ao fato de suas tarefas serem realizadas em ambientes variados do mesmo setor.

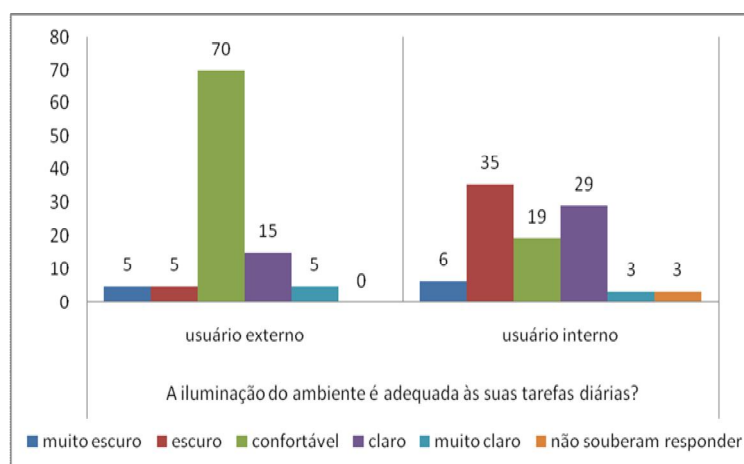


Gráfico 17 – Adequação da iluminação no HU (fonte: a autora).

4.3.3.10. Segurança física

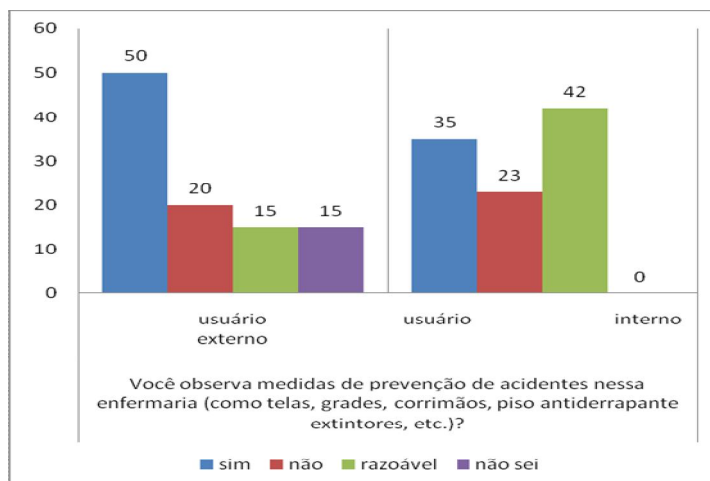


Gráfico 18 – Percepção dos usuários quanto à segurança física no HU (fonte: a autora).

A fim de entender se os usuários se sentem seguros no ambiente em que estão, buscou-se perceber se eles observavam medidas de prevenção de acidentes (gráfico 18). A resposta dos usuários externos foi positiva em 50% dos casos. Os internos, porém, apresentaram opiniões mais segregadas: 35% responderam positivamente, 23% negativamente e 42% como sendo razoáveis as intervenções para prevenir acidentes.

4.3.3.11. Acessibilidade

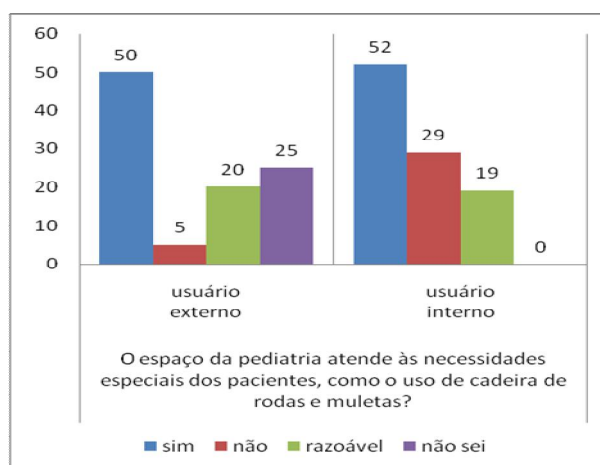


Gráfico 19 – Acessibilidade no HU (fonte: a autora).

Através desta questão foi possível verificar a percepção dos usuários quanto às adaptações às necessidades especiais que os pacientes, principalmente, possam vir a ter. As respostas foram bastante positivas: 50% dos acompanhantes e 52% dos funcionários acreditam que o espaço atende a essas necessidades (gráfico 19).

4.3.3.12. Higienização

Quanto à percepção de higiene e limpeza das enfermarias, as respostas foram bastante positivas, já que 100% dos usuários externos e 83% dos internos consideraram como sendo muito boa ou boa (gráfico 20).

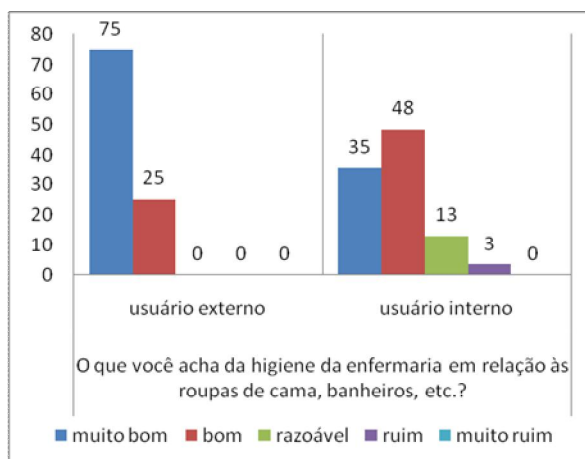


Gráfico 20 – Percepção dos usuários quanto à higiene no HU (fonte: a autora).

4.3.3.13. Qualidade do sono e repouso

Outro quesito que foi fundamental para esta pesquisa foi perceber a qualidade do sono e repouso que se tem nas enfermarias pediátricas do HU-UFJF. Investigou-se o caso dos pacientes e também dos acompanhantes, separadamente.

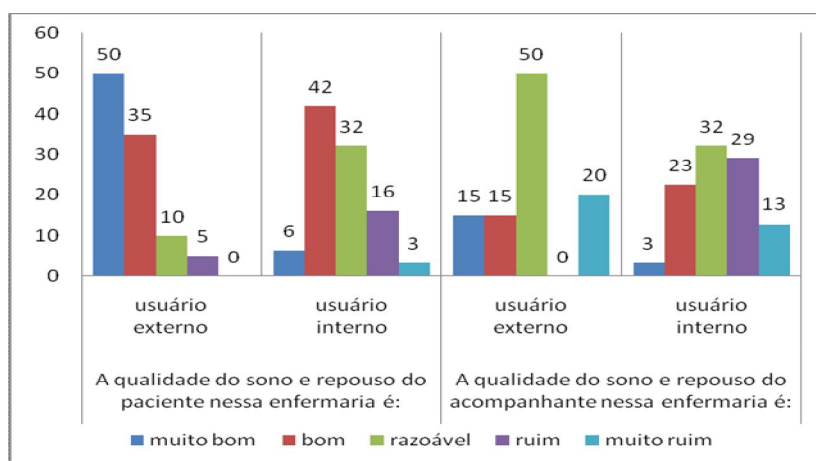


Gráfico 21 – Qualidade do sono e repouso no HU (fonte: a autora).

Os usuários externos avaliaram a qualidade do sono e repouso dos pacientes como sendo boa ou muito boa em 85% das respostas, indicando uma boa satisfação. Já os usuários internos avaliam da mesma forma em 48% das respostas e apresentam como sendo razoável para 32% dos respondentes internos (gráfico 21).

Já a avaliação da qualidade do sono e repouso do acompanhante na enfermaria não foi tão positiva (gráfico 21). Em 50% das respostas, os acompanhantes responderam como sendo razoável e em 20%, destacaram como muito ruim. Os usuários internos apontam em 32% dos casos como sendo razoável e em 42% das respostas como sendo ruim ou muito ruim.

4.3.3.14. Privacidade e confidencialidade

Outra preocupação desta pesquisa foi avaliar a privacidade que os pacientes têm nas enfermarias pediátricas para fazerem revelações confidenciais (gráfico 22). Em 75% das respostas os usuários externos afirmaram ser muito boa ou boa essa privacidade. Já para os usuários internos, a privacidade não é tão presente no ambiente, já que 29% afirmam ter condições razoáveis e 39% ser ruim ou muito ruim.

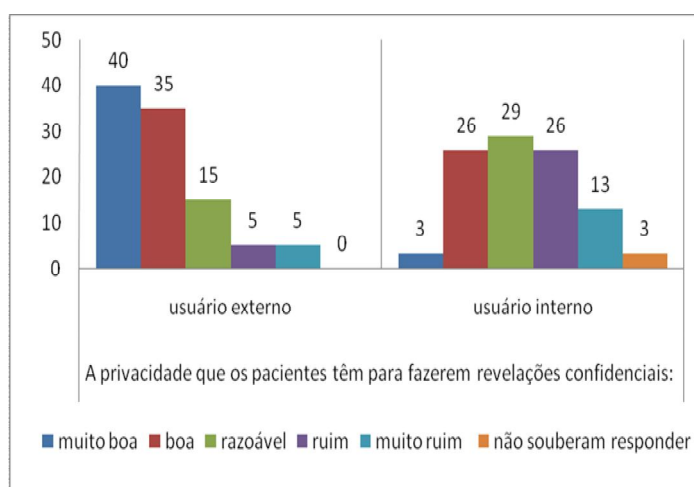


Gráfico 22 – Privacidade no HU (fonte: a autora).

4.3.3.15. Suporte nutricional

Neste item buscou-se entender a opinião dos usuários quanto ao espaço em que são realizadas as refeições. Muitos usuários externos responderam desconsiderando o refeitório, já que muitos realizam as refeições na própria enfermaria, ao lado da criança.

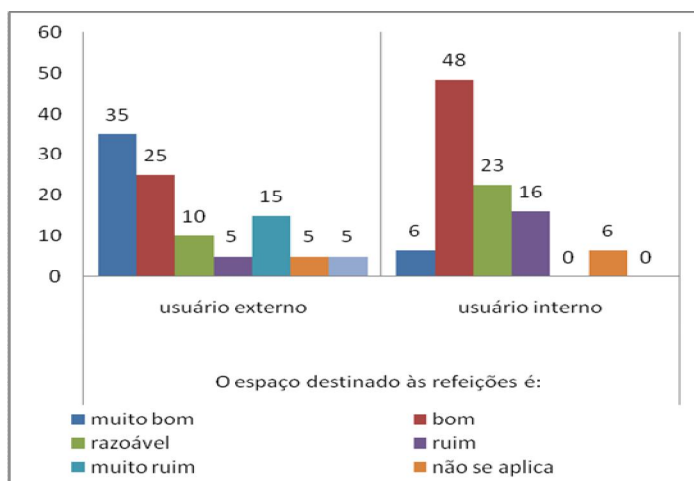


Gráfico 23 – Percepção dos usuários do HU quanto ao espaço para refeições (fonte: a autora).

Neste sentido, 60% consideraram o espaço sendo muito bom ou bom. Destaca-se, porém, que 15% acham o espaço muito ruim. Já para os usuários internos, 54% consideram como sendo um espaço bom ou muito bom, 23% como sendo razoável e 16% como sendo ruim (gráfico 23).

4.3.3.16. Distrações positivas

Por se tratar de um ambiente hospitalar, em particular uma pediatria, foi de fundamental relevância se investigar a opinião dos usuários quanto às distrações positivas existentes no ambiente.

A primeira questão perguntava a respeito dos espaços em que são realizadas atividades de distração, como música, arte, assistir à TV. A resposta foi bastante positiva neste quesito, para ambos os usuários, já que 75% dos externos e 51% dos internos consideram o ambiente como sendo bom ou muito bom (gráfico 24).

Outra pergunta destinada às distrações positivas investigava sobre o local para brincadeiras e recreações. Mais uma vez o retorno obtido foi positivo, com 75% dos usuários externos e 55% dos internos considerando um espaço bom ou muito bom. Estes últimos, porém, também apontaram em 35% das vezes como o local sendo razoável (gráfico 24).

Buscou-se perceber como as pessoas consideravam ser a paisagem a partir da janela da enfermaria. Neste ponto os usuários apontaram divergências. Enquanto 70% dos externos

apontam como sendo boa ou muito boa, 32% dos internos alegam ser ruim ou muito ruim e ainda outros 35% como sendo razoável (gráfico 24).

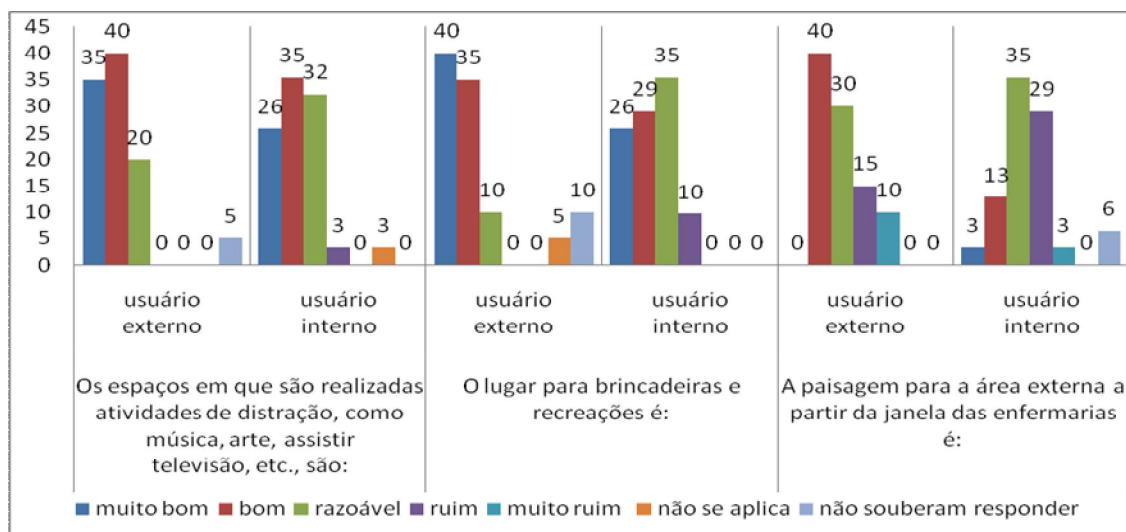


Gráfico 24 – Distrações positivas no HU (fonte: a autora).

4.3.3.17. Ambientes técnicos

As perguntas relacionadas aos ambientes técnicos foram respondidas apenas pelos usuários internos, ou seja, funcionários do setor.

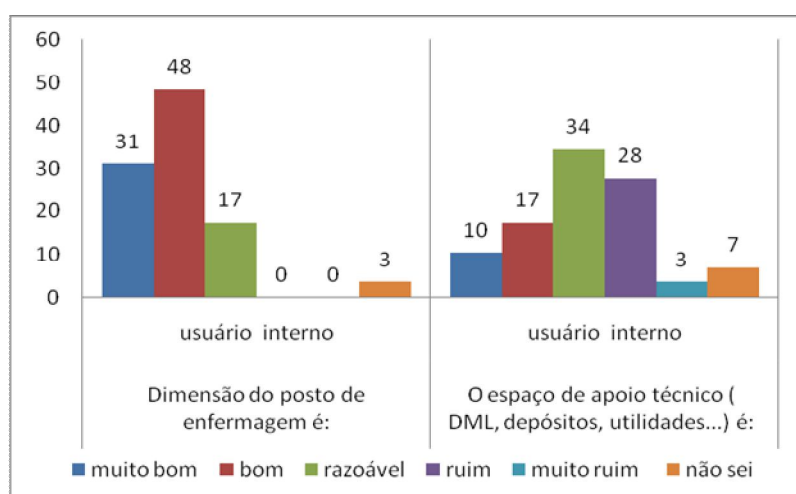


Gráfico 25 – Percepção dos funcionários do HU quanto aos ambientes técnicos (fonte: a autora).

A primeira questão foi saber o que tais funcionários achavam a respeito da dimensão do posto de enfermagem e a resposta foi em sua maioria positiva, conforme mostra o gráfico 25.

Os outros ambientes técnicos, como D.M.L., depósitos e utilidades, não foram tão bem avaliados, já que 34% das respostas foram como sendo razoáveis e 28% como sendo um espaço ruim (gráfico 25).

4.3.3.18. Conforto de funcionários

Buscou-se ainda avaliar o conforto de funcionários, tanto em seu ambiente social quanto de trabalho.

Observou-se que as respostas quanto ao espaço de socialização foi bastante segregada, conforme aponta o gráfico 26, onde 31% dos funcionários consideram bom ou muito bom, outros 31% como sendo ruim ou muito ruim e 24% como sendo razoável.

Já os espaços de atividades de rotina da equipe assistencial foram avaliados positivamente por 51% dos respondentes e como sendo razoáveis por 31% (gráfico 26).

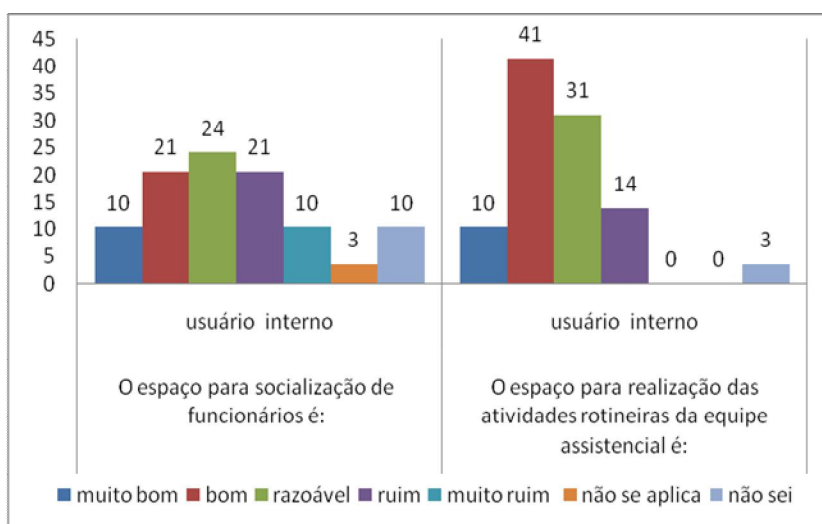


Gráfico 26 – Conforto de funcionários do HU (fonte: a autora).

5. ESTUDO DE CASO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA (SCM-JF)

Neste item são apresentados os resultados do Estudo de Caso realizados na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Estes resultados foram estruturados em três partes: (1) contextualização; (2) descrição e análise das características físicas e espaciais do ambiente pediátrico; (3) resultado e análise dos questionários, que aborda tanto as questões abertas quanto as objetivas.

5.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCM-JF) (figura 81) foi fundada em 6 de agosto de 1854 por iniciativa de um dos pioneiros do plantio de café na região, José Antônio da Silva Pinto, o Barão da Bertioga, e de sua esposa, D. Maria Miquelina da Silva.

Sendo a terceira instituição mais antiga de Juiz de Fora (Fundação da Vila de Santo Antônio do Paraibuna, é de 1850, e a Câmara Municipal, de 1853), a SCM-JF passou por diversas intervenções ao longo dos anos, entre ampliações e novas construções, que contaram com o auxílio de doações empresariais e também pessoais. Destaca-se, neste contexto, a construção do edifício onde funciona atualmente o hospital, iniciada em 1948 e concluída em 1968 (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA, *sem data*).



Figura 81 – Vista da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (Fonte: <http://www.santacasajf.org.br/?pagina=historia> . Acesso em 17 de novembro de 2011).

A Santa Casa de Misericórdia localiza-se na Avenida Barão do Rio Branco, região central da cidade de Juiz de Fora. É composta por 28 estruturas (figura 82), edificadas ao longo de mais de um século, sendo constituídas por diferentes estilos arquitetônicos. A Capela Nosso Senhor dos Passos, por exemplo, foi construída com feições neogóticas, com sua torre pontiaguda e recoberta por chapas metálicas (FUNALFA, 2004). Existem também estruturas em pavilhões e o monobloco vertical, com 15 pavimentos, onde efetivamente funciona o Hospital atualmente. Morfologicamente, este prédio se distribui sempre em três alas, sendo que no caso particular da pediatria essas alas são designadas por cores: amarela, verde e azul.

Atualmente a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora é o maior hospital da Zona da Mata Mineira e o único na cidade a conquistar o título “Hospital Amigo da Criança”⁴, tornando-se referência em amamentação.

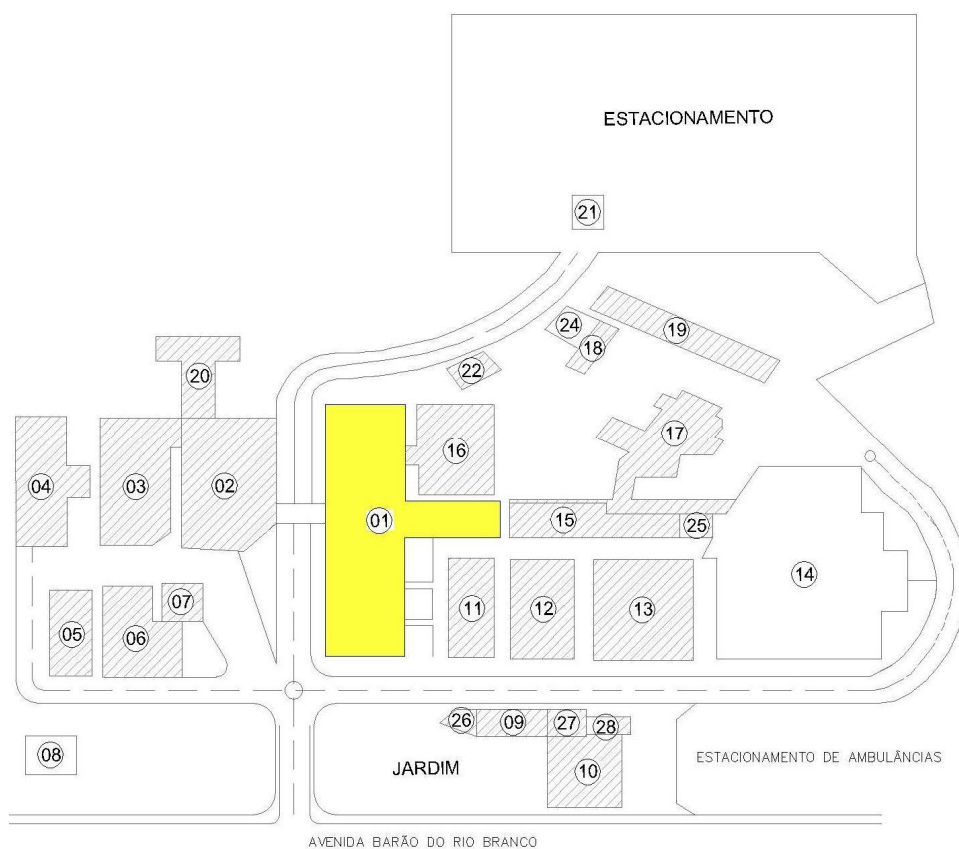


Figura 82 - Localização da Pediatria na implantação da SCM-JF (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

⁴ A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS e UNICEF para promover, proteger e apoiar a amamentação. Foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992 e desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vem capacitando profissionais, realizando avaliações e estimulando a rede hospitalar para o credenciamento. O objetivo desta iniciativa é mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce, sendo estabelecidos mundialmente nos DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO (PORTAL DA SAÚDE, *sem data*).

Tabela 2 – Legenda de setores da SCM-JF (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

1	Hospital de 15 pavimentos (pediatria no 2º pavimento)
2	Administração / recepção
3	Financeiro
4	Unidade de quimioterapia / litotripsia
5	Funerária
6	Capela
7	Banco
8	Gruta
9	Posto de coleta de sangue
10	Farmácia
11	Gerador / subestação
12	Diagnóstico computadorizado
13	Hemodinâmica
14	Urgência
15	Apoio social / alimentação
16	Almoxarifado / cantina industrial
17	Hemodiálise
18	Oficina
19	Anatomia / estudos
20	Casa dos médicos - residentes
21	Guarita estacionamento
22	Guarita
23	Passarela
24	Abrigo de lixo externo
25	Agência transfusional/ apoio social
26	Medicina do trabalho
27	Segurança do trabalho
28	Banheiros / posto de coleta de sangue

A enfermaria pediátrica da SCM-JF encontra-se no 2º pavimento do monobloco vertical e atende crianças de 28 dias a 12 anos incompletos, sendo os adolescentes direcionados às enfermarias de adultos e os recém-nascidos para a UTI neonatal. Apesar de o setor contar com três alas, durante a investigação uma delas estava desativada (azul).

Na figura 83 é apresentada a planta baixa setorizada dos ambientes da pediatria da SCM-JF:



Figura 83 – Planta baixa esquemática da Pediatria da SCM-JF (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

5.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E ESPACIAIS DO AMBIENTE PEDIÁTRICO

A seguir será apresentada a descrição dos ambientes, realizada a partir das informações coletadas pela pesquisadora nas visitas exploratórias *in loco*, a fim de demonstrar as características físicas e espaciais da enfermaria pediátrica da SCM-JF. Foram considerados nesta descrição aspectos de dimensionamento, quantificação, materiais de acabamento, mobiliários, acessibilidade e conforto. Todos os ambientes foram analisados, entretanto, o

texto da dissertação destaca os elementos e situações que apresentaram maior relevância, expurgando dados que não mostraram ser de interesse para os resultados.

5.2.1. Acesso

O acesso ao segundo pavimento é setorizado, sendo dividido entre usuários em geral (internos e externos) e usuários internos. Em geral, todos podem acessar o andar por meio de um lance de escadas ou através de dois elevadores públicos. Os usuários internos ainda têm a opção de utilizar dois outros elevadores e a cozinha recebe o apoio de mais dois (figura 84).

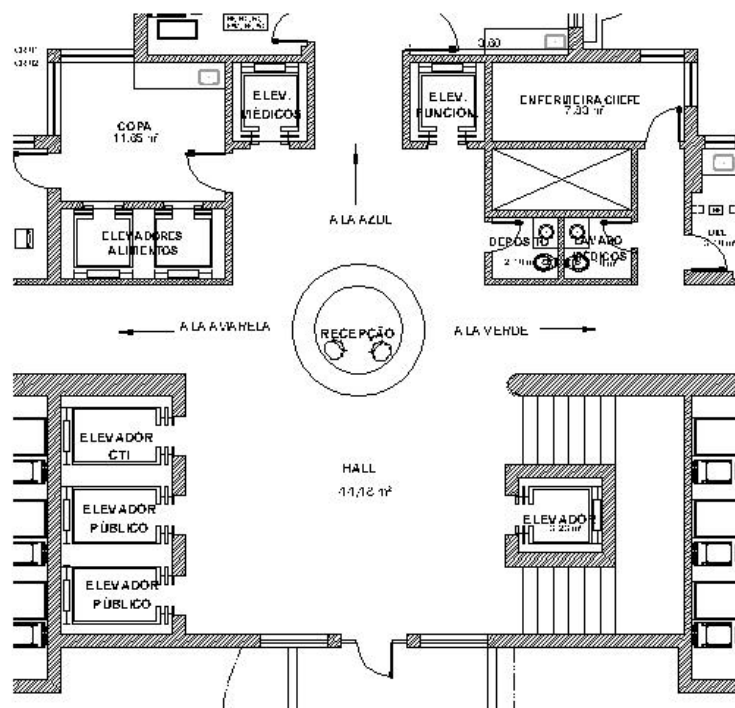


Figura 84 – PB Acessos (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

O espaço designado para a sala de espera, em frente aos elevadores e a escada principal, não possui mobiliário com esta finalidade, ou seja, não há infra-estrutura para que o espaço se configure como ambiente de espera (figura 85).

O controle de acesso no andar é realizado pela equipe de enfermagem em um posto circular, localizado no cruzamento das três alas e com acesso direto a partir das escadas e dos

elevadores (figura 85). Observou-se que nas paredes das escadas que se articulam com o andar da pediatria, há pinturas nas paredes com temáticas infantis (figura 86).



Figura 85 – Vista para o posto de controle de acesso (fonte: a autora).



Figura 86 – Detalhe da decoração da escada de acesso ao 2º pavimento (fonte: a autora).

5.2.2. Corredores

Seguindo a morfologia do edifício, existem na enfermaria pediátrica da SCM-JF três corredores de circulação interna, que atendem a cada uma das três alas. Esses corredores têm a largura de dois metros e uma extensão que varia de 22 a 29 metros de comprimento.

Os materiais de acabamento das circulações consistem em um piso cerâmico de 30x30cm na cor cinza claro, com rejunte cinza escuro. A exceção acontece no piso da ala azul, que é composto por manta vinílica nas cores bege e azul.

Já as paredes são pintadas com tinta acrílica na cor marfim e com detalhes coloridos. Esses consistem em figuras geométricas trabalhadas com as cores referentes a cada ala de enfermarias: amarela (figura 87), verde (figura 88), e azul (figura 89), que estava com a maioria dos ambientes desativados. Apesar da intenção do uso das cores e formas ser propor um ambiente mais alegre, a pesquisadora percebeu o espaço como sendo impessoal. O teto é rebaixado em gesso, com pintura branca e detalhes coloridos com a cor da ala referente.

As paredes possuem ainda bate-macas em madeira envernizada, que servem também de corrimão. Para cada uma das enfermarias existe um visor em vidro incolor, permitindo a visão a partir da circulação.



Figura 87 – Ala amarela (fonte: a autora).

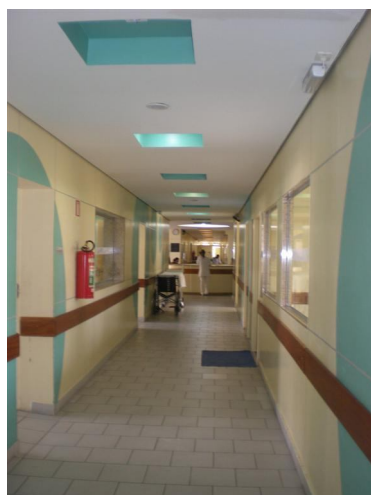


Figura 88 - Ala verde (fonte: a autora).



Figura 89 - Ala azul (fonte: a autora).

5.2.3. Enfermarias

Na SCM-JF existem dez enfermarias pediátricas com alojamento conjunto, porém durante o período de levantamento dos dados no hospital, duas delas estavam desativadas. Cada uma têm em média 37m² e possuem de seis a oito leitos, porém são interligadas duas a duas, por meio de vão de passagem na alvenaria (figura 90). Todas as enfermarias seguem uma lógica de morfologia retangular, separada por alas, mas conectadas pelos banheiros coletivos. Para a pesquisadora, essas ligações entre as enfermarias prejudicam a estadia dos pacientes, já que com o número de pessoas transitando, o ambiente fica mais agitado, barulhento e com menos privacidade.

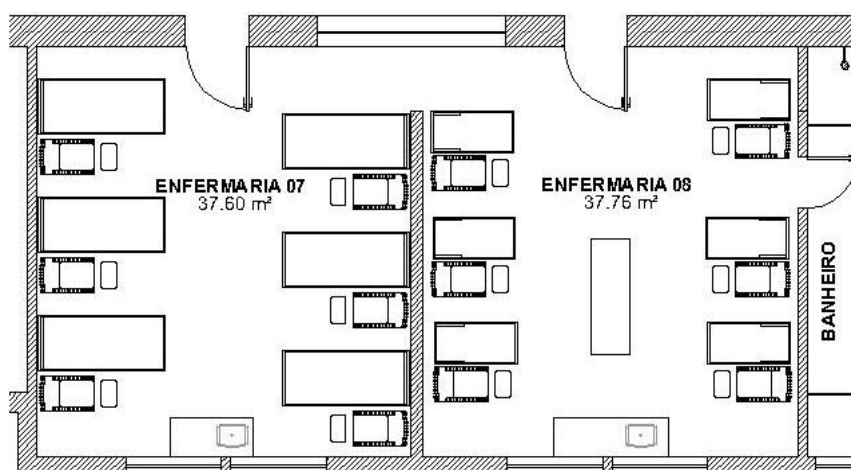


Figura 90 – PB Enfermarias padrão (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

No setor ainda há três isolamentos, com cerca de 10m² cada. Estes estão localizados um em cada ala, mas semelhantemente às enfermarias conjuntas, o da ala azul encontrava-se inativo.

A distribuição dos leitos na SCM-JF não considera questões como faixa etária e sexo, sendo realizada de acordo com a demanda do SUS. Há, porém, duas situações particulares na unidade: (1) a enfermaria que visa internar crianças em pós-cirurgia, situada na ala verde, e (2) a enfermaria com berçários, localizada na ala azul. Esta visa atender aos bebês com mais de 28 dias, e possui 19,70 m², com cinco berçários.



Figura 91 - Visão geral de uma das enfermarias na ala verde (Fonte: a autora).

Para cada leito há um conjunto de mobília associada: (1) uma cama ou berço (figura 92), que podem ser de diferentes dimensões, em ferro pintado de branco, com grades laterais removíveis e manivela para articulação dos movimentos do dorso e pés; (2) um armário para guarda de pertences do paciente e/ou acompanhante, (3) escada para os leitos, nos casos das camas e (4) uma cadeira de plástico branco, sem estofamento (figura 93), para que o acompanhante possa permanecer em período integral no local. A exceção acontece na enfermaria com berçários (figura 94), onde não há mobiliários de apoio para os pais, o que faz com que eles não permaneçam o tempo todo ao lado de seus filhos. Foi notado que a condição de permanência do acompanhante na enfermaria é bastante insatisfatória. Os mobiliários existentes não apresentam nenhum conforto e acabam interferindo até mesmo no psicológico dos pais e pacientes que, além de lidarem com a doença, acabam tendo ainda mais estresse em decorrência da falta de humanização proposta por tais acomodações.



Figura 92 – Um dos leitos, com detalhe do armário para guarda de pertences (fonte: a autora).



Figura 93 – Detalhe da cadeira de acompanhantes (fonte: a autora).



Figura 94 – Enfermaria com berçários (fonte: a autora).



Figura 95 – Detalhe da bancada de higienização de uma das enfermarias (fonte: a autora).

Observou-se, ainda, que em todas as enfermarias existe uma bancada em granito, com pia em aço inoxidável e com suporte de sabonete e papel toalha, dando suporte à higienização (figura 95).

As paredes das enfermarias são pintadas com tinta acrílica na cor marfim e uma destacada na cor da ala: verde, amarela ou azul. Estas possuem bate-macas em madeira envernizada, que servem também de corrimão. O teto possui forro em gesso com pintura na cor branca. O piso é cerâmico 30x30cm na cor cinza. As portas de acesso para o corredor são

em madeira revestidas em laminado melamínico bege, com 1,10 de largura, possuindo um visor redondo em vidro. Cada uma das enfermarias possui, ainda, painéis de vidro nas paredes divisórias com o corredor (visores), com 2,00m de largura por 1,10 de altura, que permitem a visão a partir do corredor e vice-versa (figura 96). Com a visita ao local, foi observado que há poucos elementos decorativos com temas infantis nos alojamentos, dentre eles, a faixa adesiva nos visores. A ambiência, portanto, traz poucas referências familiares aos usuários pediátricos.

Em todas as enfermarias há duas janelas em ferro pintadas na cor marfim, com vidros incolores (figura 97), capazes de permitir a visão para o exterior, circulação de ar e entrada da luz do dia. Em sua estrutura de fechamento há partes fixas e também pivotantes. Todas as janelas possuem grades de proteção em bom estado e persianas.



Figura 96 – Detalhe dos painéis de vidro – visores
(fonte: a autora).

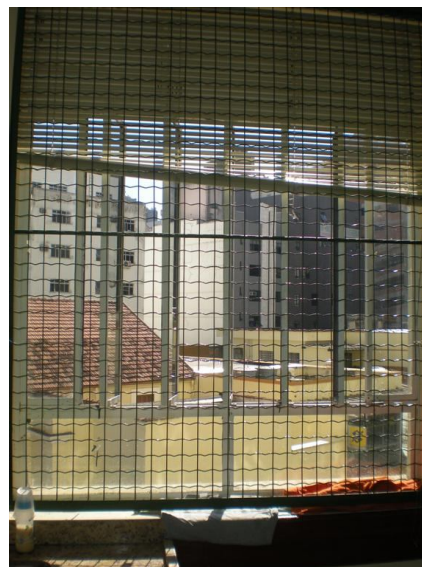


Figura 97 – Detalhe de uma das janelas da enfermaria
(fonte: a autora).

5.2.4. Banheiros

Tendo como base as alas que estavam em funcionamento no período da visita (amarela e verde), foi constatado que cada uma das alas, com quatro enfermarias em cada, é atendida por um banheiro coletivo para pacientes (figura 98). Esses banheiros, apesar de bem

dimensionados, são tumultuados e geram desconforto aos pacientes das enfermarias vizinhas, visto que a movimentação é constante durante todo o dia.

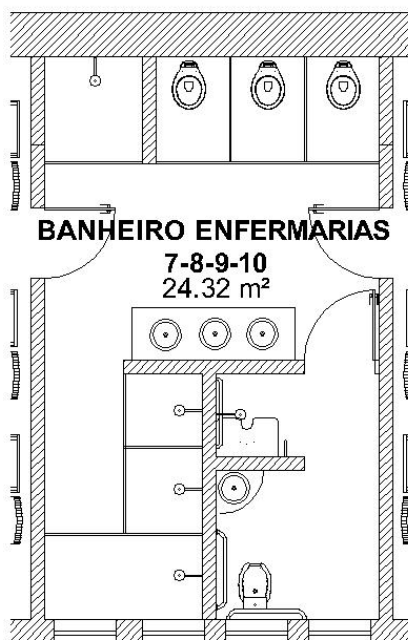


Figura 98 – PB Banheiro enfermarias (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

Cada um desses banheiros possui uma bancada em granito, com três pias redondas em louça branca (figura 99); três bacias sanitárias brancas em tamanho convencional (figura 100); um sanitário adaptado para cadeirantes; três chuveiros convencionais e um chuveiro com suporte para banheira (figura 101). Todo o banheiro é equipado com barras de apoio. As divisões internas, tanto nos chuveiros quanto nos sanitários são em granito, com fechamento em PVC sanfonado (figura 102). A dimensão geral dos banheiros das enfermarias da ala amarela e da verde é de aproximadamente 24m².

O piso dos banheiros segue o padrão das enfermarias: cerâmica cinza 30x30cm na cor cinza, com paredes revestidas em azulejo branco até a altura de 2,10 e acima pintada com tinta acrílica na cor amarela e teto rebaixado em gesso com pintura branca. Os banheiros possuem esquadrias para ventilação, sendo estas em ferro com pintura na cor bege e vidro translúcido incolor. As portas para as enfermarias têm 0,80 x 2,10m, sendo sanfonadas e em PVC.



Figura 99 – Detalhe das pias do banheiro das enfermarias (fonte: a autora).



Figura 100 – Detalhe do sanitário e das barras de apoio (fonte: a autora).



Figura 101 – Chuveiro com suporte para banheira (fonte: a autora).



Figura 102 – Divisória dos banheiros das enfermarias (fonte: a autora).

Já o banheiro para acompanhantes está localizado na ala amarela, sendo três, fazendo separação por sexo e um especial para pessoas com necessidades especiais. As suas dimensões são: o feminino tem 13m² (figura 103 e figura 104), o masculino tem 5,75m² e o especial tem 5,60m².

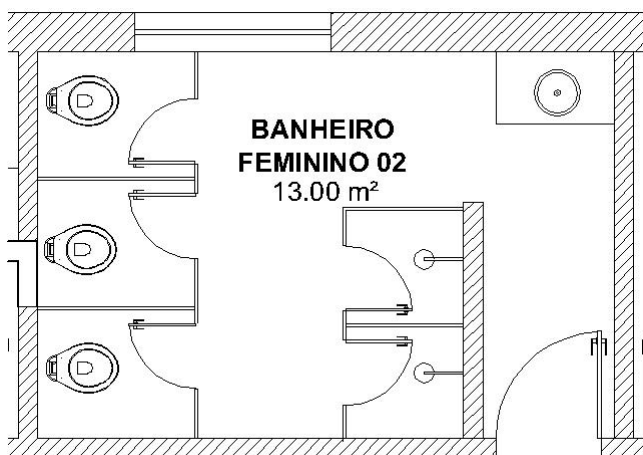


Figura 103 – PB Banheiro de acompanhantes feminino
(Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).



Figura 104 – Detalhe do banheiro de acompanhantes feminino (fonte: a autora).

Existem ainda no setor dois lavabos para funcionários, com 2,10m² cada um, com exaustão mecânica e fazendo separação por sexo. Entretanto, o lavabo que deveria atender aos homens funciona como um depósito, sendo toda a demanda direcionada para o lavabo feminino (figura 105). Quanto aos materiais de acabamento, ambos seguem o mesmo padrão de revestimentos dos banheiros das enfermarias, diferenciando-se apenas quanto às portas das divisórias dos acompanhantes, que são em alumínio e acrílico branco. Ressalta-se, ainda, que todos possuem barra de apoio (figura 106).

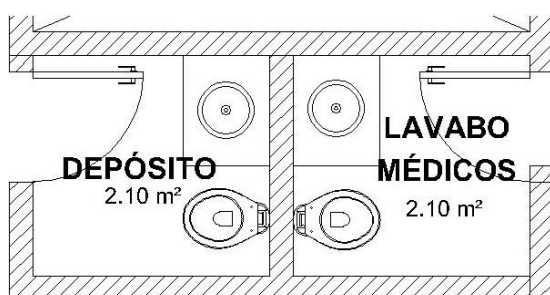


Figura 105 – PB Lavabo de médicos (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).



Figura 106 – Detalhe do lavabo de funcionários
(fonte: a autora).

5.2.5. Recreação

Ao visitar a SCM-JF verificou-se que existem poucos espaços para recreação, sendo eles a sala de TV/brinquedoteca e o pátio de recreação.

A sala de TV/brinquedoteca (figura 107) possui 20m² e localiza-se na ala verde. Seu piso é cerâmico 30x30cm na cor cinza, com paredes pintadas com tinta acrílica na cor marfim e teto com forro de gesso com pintura na cor branca. A porta de acesso tem 0,80 x 2,10 m, sendo em madeira revestida em laminado melamínico bege e um visor redondo (figura 108). A sala tem ainda dois visores de vidro, com 2,00 x 1,10m, além de bate-macas em madeira envernizada, que servem também de corrimão. O único elemento decorativo identificado no local foi a faixa adesiva com temática infantil, colada nos visores.

A fim de permitir a circulação de ar e entrada da luz do dia, existem duas esquadrias de ferro pintadas na cor marfim e com vidros incolores. Em sua estrutura de fechamento há partes fixas e também pivotantes, além de grades de proteção e persianas.

Foi observado que há um lavatório em louça branca para higienização, com suporte de sabonete e papel toalha; um armário embutido para guarda de materiais de recreação; uma TV de 20 polegadas em um móvel de ferro com roldanas; uma longarina na cor preta e alguns brinquedos para as crianças, como um pequeno escorregador e cadeirinhas. Segundo a equipe de funcionários, há ainda uma brinquedoteca móvel no setor, mas esta é utilizada esporadicamente, apenas com funcionários da assistência social, sendo guardada na sala de apoio.

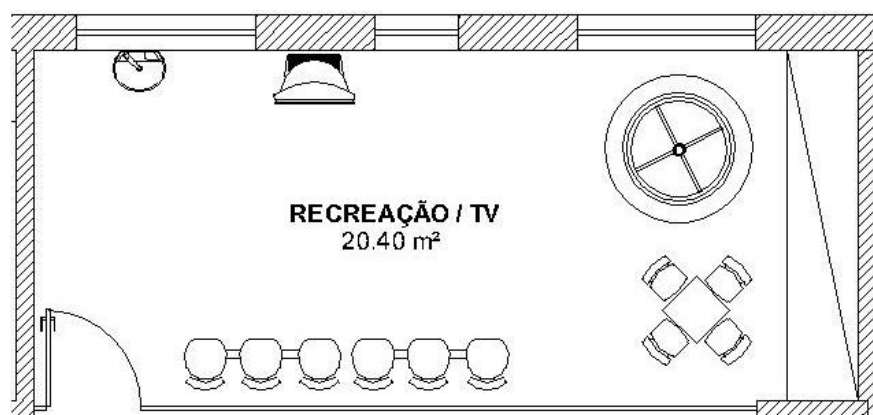


Figura 107 – PB Recreação/ sala de TV (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).



Figura 108 – Brinquedoteca / Sala de TV vista a partir do corredor (fonte: a autora).



Figura 109 – Brinquedoteca / Sala de TV (fonte: a autora).

Constatou-se, assim, que falta infra-estrutura física à brinquedoteca. O local não possui equipamentos nem brinquedos em quantidades que atendam à demanda de internações, fazendo com que os pacientes tenham poucas opções de recreação e atividades (figura 109). Durante as visitas, muitas crianças brincavam e corriam pelos corredores, acompanhados pelos pais, em uma tentativa de distrair e entreter os pacientes.

Além da sala de TV/brinquedoteca, neste setor há um pátio de recreação semi-aberto (figuras 110), mas todo cercado por telas. Este espaço tem aproximadamente 29,8m², sendo seu acesso através do hall dos elevadores (figura 111). O espaço conta com piso cerâmico 30x30cm na cor cinza e com paredes/muro pintados com tinta acrílica na cor marfim. Não há no local mobiliários, brinquedos ou decoração apropriados às crianças (figura 112).

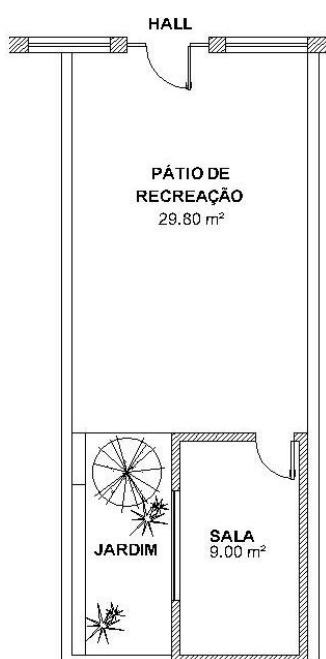


Figura 110 – PB Pátio de recreação semi-aberto (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).



Figura 111 – Porta para o pátio de recreação (fonte: a autora).



Figura 112 – Pátio de recreação (fonte: a autora).

Esses dois espaços recreativos – sala de TV/ brinquedoteca e pátio de recreação semi-aberto – ficam abertos durante todo o dia e são os pais os responsáveis pelas crianças quando ali estão. A pesquisadora observou a presença de assistente social no setor, porém, não há uma rotina de atividades dirigidas com os pacientes.

5.2.6. Ambientes técnicos

Além dos espaços anteriormente apresentados, que são diretamente utilizados pelos pacientes e acompanhantes, há ambientes que dão suporte às atividades técnicas nas enfermarias pediátricas. Como explicado no estudo de caso anterior, esses ambientes são utilizados pela equipe assistencial, ou seja, equipe médica e de enfermagem, além de assistente social e equipe da limpeza.

Durante a visita, percebeu-se que estes locais seguem um mesmo padrão de revestimento, com piso é cerâmico 30x30cm na cor cinza, paredes pintadas com tinta acrílica na cor marfim e forro de gesso pintado com tinta acrílica branca.

5.2.6.1. Posto de Enfermagem

Na SCM-JF há quatro postos de enfermagem, sendo um em cada ala e o outro no cruzamento delas. Porém, durante a visita o posto da ala azul estava desativado, sendo descritos a seguir os postos em atividade: o da ala amarela, o da ala verde e o do cruzamento.

O posto de enfermagem da ala amarela tem aproximadamente 7m² e é separado da prescrição médica por uma meia parede de alvenaria (figura 113). A iluminação e ventilação são proporcionadas por duas esquadrias localizadas na prescrição (figura 114), fazendo com que o posto em si seja prejudicado, sendo a iluminação pouco eficiente em determinados horários do dia.



Figura 113 – PB Posto enfermagem ala amarela e prescrição (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

Há em tal posto uma bancada em granito, com cuba em aço inox, armários onde são guardados os materiais de consumo, um escaninho para medicação de cada paciente (figura 115), um escaninho para fichas de prescrição, um frigobar para guarda de medicação, um painel com os casos dos pacientes e uma lixeira. Foi observado que o escaninho com as fichas de prescrição fica apoiado no chão, o que dificulta o manejo das fichas.



Figura 114 – Posto de enfermagem ala amarela (fonte: a autora).



Figura 115 – Posto de enfermagem ala amarela (fonte: a autora).

O posto de enfermagem da ala verde (figura 116) constitui-se em uma área de 10,4m², diferindo do posto da ala amarela por sua estrutura com balcão de atendimento (figura 117) e por haver janelas em ferro pintado de bege, permitindo a ventilação e iluminação naturais.

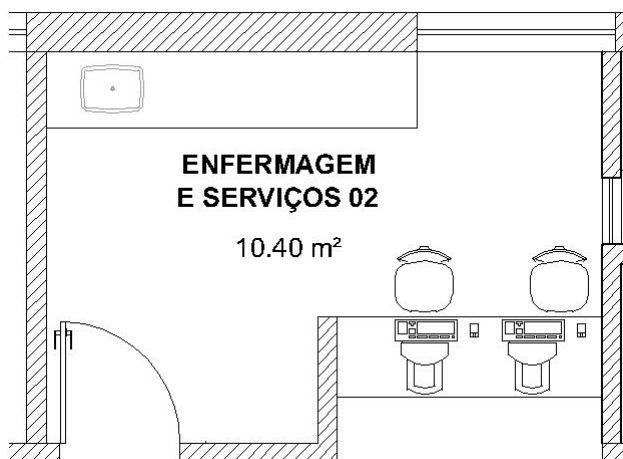


Figura 116 – PB Posto enfermagem ala verde (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

No local há uma bancada em granito, com uma cuba em aço inox, armários para a guarda de materiais de consumo, um escaninho para medicação de cada paciente (figura 118), um frigobar para guarda de medicação, um painel com os casos dos pacientes e dois computadores sob o balcão de atendimento, para os serviços administrativos da enfermagem.



Figura 117 – Posto de enfermagem ala verde (fonte: a autora).



Figura 118 – Posto de enfermagem ala verde (fonte: a autora).

Há também o posto de enfermagem em formato circular, com área de 7m² (figura 119). Este se localiza no cruzamento das três alas e próximo aos acessos, sendo realizado nele o controle de entrada e saída das enfermarias, além de trabalhos administrativos da enfermagem (figura 120). É composto por uma bancada em granito que acompanha seu formato circular e uma cadeira com rodízio (figuras 121).

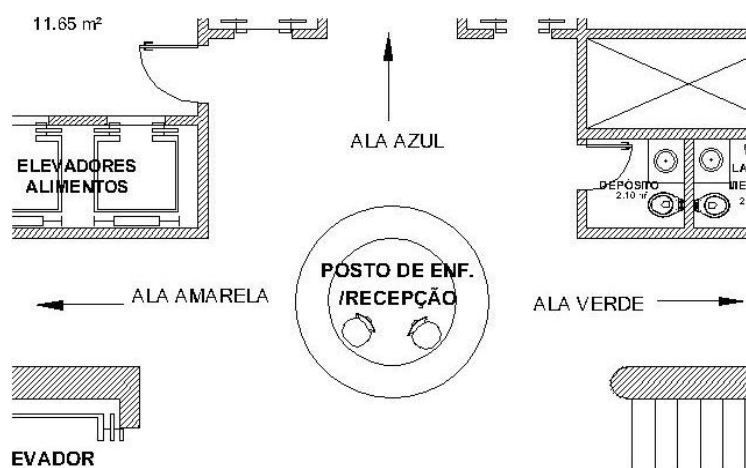


Figura 119 – PB Posto enfermagem circular (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).



Figura 120 – Posto de enfermagem circular – vista externa (fonte: a autora).



Figura 121 – Posto de enfermagem circular – vista interna (fonte: a autora).

5.2.6.2. Prescrição Médica

A prescrição médica é feita em um espaço de 3,2m², que faz divisão com o posto de enfermagem da ala amarela (figura 113). O local possui duas esquadrias de ferro, pintadas na

cor bege e permitem iluminação e ventilação naturais. Há uma bancada em granito, que dá apoio ao computador e impressora, duas cadeiras e um quadro de avisos (figura 122). O espaço é pequeno e em determinados momentos do dia fica tumultuado, em decorrência do fluxo de pessoas.



Figura 122 - Prescrição médica (fonte: a autora).

5.2.6.3. Sala de procedimentos / Sala de Curativos

Existe na ala verde uma sala para procedimentos e curativos e outra na ala amarela, que atende apenas para curativos.

A sala de procedimentos e curativos, localizada na ala verde, ao lado do posto de enfermagem e tem 10,1m² (figura 123). Na sala há uma esquadria em ferro, pintada na cor bege, além de telas de proteção. Há ainda uma bancada em granito com cuba em aço inox, balanças (figura 124), armários de ferro para materiais de consumo (figura 125) e uma maca (figura 126).



Figura 123 – PB Sala de procedimentos e curativos ala verde (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).



Figura 124 - sala de procedimentos e curativos (fonte: a autora).



Figura 125 - sala de procedimentos e curativos (fonte: a autora).



Figura 126 - sala de procedimentos e curativos (fonte: a autora).

A sala de curativos localizada na ala amarela tem 6,50m² e tem esquadria para ventilação e iluminação naturais (figura 127). Na sala há uma maca (figura 128), uma mesa apoio para materiais e lixeiras (figura 129). Este ambiente é pequeno e não comporta a realização de procedimentos, sendo os pacientes deslocados para a ala verde, quando é necessário realizá-los.



Figura 127 – PB sala de curativos ala amarela (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

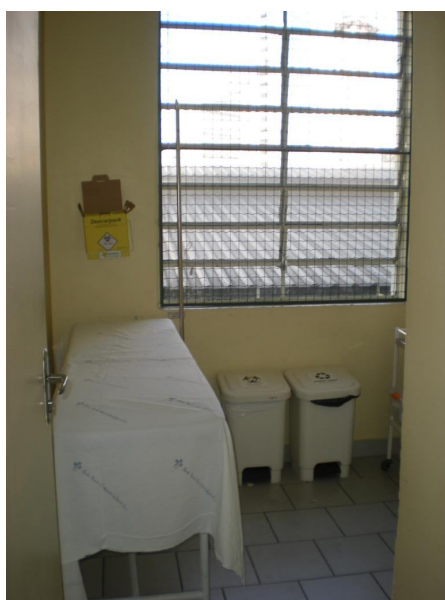


Figura 128 - Sala de curativos na ala amarela (fonte: a autora).



Figura 129 – Sala de curativos na ala amarela (fonte: a autora).

5.2.6.4. Sala dos médicos

Na ala verde, há uma sala para os médicos, onde são discutidos os casos. O local possui 14,5m² (figura 130) e conta com três esquadrias em ferro, pintadas de bege, com telas e persianas. Devido à incidência direta do sol durante o período da tarde, o calor causa certo desconforto aos usuários do ambiente.

Nesta sala há uma bancada em granito dois computadores (figura 131), duas cadeiras, uma escrivaninha com cadeira, uma longarina, um frigobar, escaninhos para objetos pessoais, escaninho com o prontuário dos pacientes (figura 132), quadro de avisos e escala de horários.

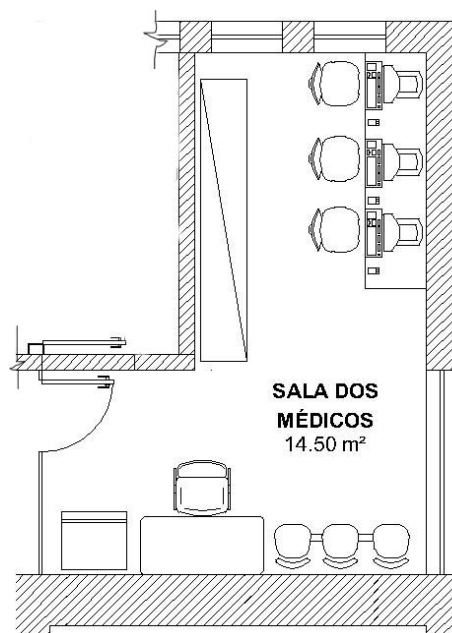


Figura 130 – PB Sala dos médicos (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

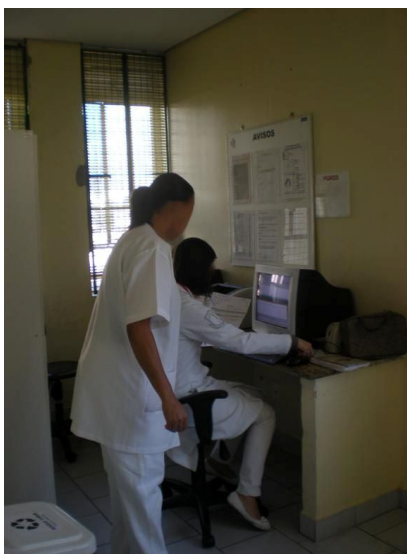


Figura 131 – Detalhe da bancada com computadores (fonte: a autora).



Figura 132 - Detalhe da escrivaninha e estante de prontuários (fonte: a autora).

5.2.6.5. Copa e refeitório

A copa está situada na ala amarela, próxima ao cruzamento das três alas, e possui 11,6m² (figura 133). Nela são preparadas fórmulas lácteas, segundo orientação dos médicos,

em horários diferenciados da alimentação do restante do hospital. É na copa também que são recebidas e distribuídas as demais refeições: café da manhã, almoço, lanche e jantar, tanto das crianças como também dos acompanhantes (figura 134).

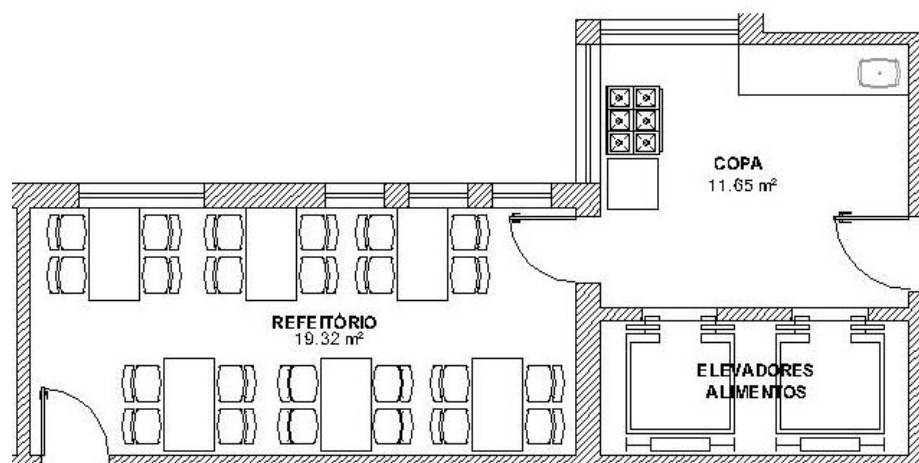


Figura 133 – PB Copa e refeitório (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

No local, há uma bancada em granito, com cuba em aço inox, armários para a guarda de utensílios e um balcão aquecido com rodízio (figura 135). O local possui esquadria, que permite a iluminação e ventilação natural. Além disso, fazendo a distribuição de alimentos por todos os andares da Santa Casa, há dois elevadores exclusivos para a copa.



Figura 134 – Copa em momento de distribuição de alimentos (fonte: a autora).

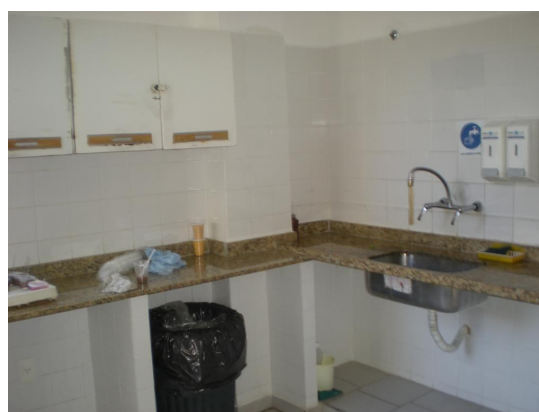


Figura 135 – Detalhe da bancada da copa (fonte: a autora).

O refeitório tem 19,3m² (figura 133) e seu acesso é restrito aos horários de alimentação. O local atende tanto aos pacientes internados quanto aos seus acompanhantes e tem capacidade para até 24 pessoas. Quando há muitos leitos ocupados, existe rodízio no horário das refeições.

Em uma das paredes a pintura foi feita na cor laranja e as demais em amarelo. As esquadrias são de ferro, pintados na cor bege e com telas de proteção. Há bate-macas em madeira envernizada, que servem também de corrimão. As mesas e cadeiras são fixas, em madeira revestida em laminado melamínico branco (figura 136).



Figura 136 – Refeitório (fonte: a autora).

5.2.6.6. Conforto de funcionários

Durante a visita, foi verificado que não há um local próprio para o conforto de funcionários no setor. A pausa para o café é realizada na sala da chefia de enfermagem (7,8m²), com o auxílio de uma mesa para suporte de garrafa de café e pote de biscoitos (figura 137 e 138). O local demonstra ser inadequado, já que combina funções administrativas e de conforto. Além disso, não há mobiliários e equipamentos adequados à conservação e consumo de alimentos.

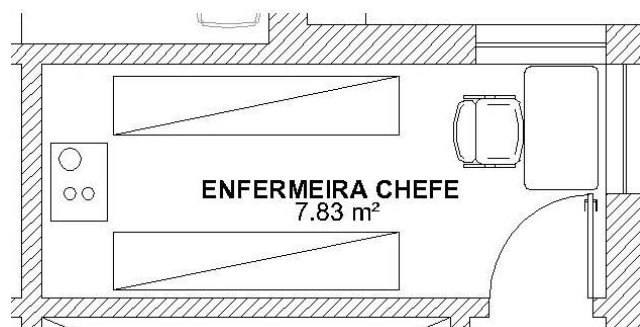


Figura 137 – PB Sala da chefia de enfermagem (Fonte: a autora / arquivo SCM-JF).

A guarda de objetos pessoais é feita em escaninhos dispostos em uma pequena sala de 2,8m² (figura 139), localizada dentro do posto de enfermagem da ala amarela. Não foi verificado no setor um espaço destinado ao descanso de funcionários.



Figura 138 – Mesa de apoio para o café de funcionários (fonte: a autora).



Figura 139 – Escaninho para a guarda de pertences de funcionários (fonte: a autora).

5.2.6.7. Demais áreas de apoio

Cabe ainda ressaltar que, além desses ambientes especificados anteriormente, no setor há a sala da enfermeira-chefe, depósito de roupa suja, armário com roupa, sala de utilidades, sala em que são guardados equipamentos e DML.

5.3. RESULTADO E ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Nesta etapa serão apresentados os resultados e a análise dos questionários aplicados nos usuários da Santa Casa de Juiz de Fora. As análises foram realizadas conforme no caso anterior, concomitantemente à apresentação dos resultados, quando as mesmas se mostraram relevantes para o objetivo do trabalho.

Sendo assim, as respostas foram tabuladas e distribuídas em gráficos, considerando seus aspectos qualitativos, visando facilitar a visualização dos dados. Foi possível identificar a percepção dos usuários e a qualidade dos espaços construídos, observando sua influência no bem-estar e nos processos sociais na pediatria do hospital.

A seguir serão apresentados os resultados e análises das três partes do questionário: (1) perfil dos respondentes, (2) poema dos desejos e (3) questões objetivas.

5.3.1. Perfil dos respondentes

Dez **pacientes pediátricos** da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora contribuíram para a pesquisa, sendo que destes somente um respondeu ao questionário completo. Os demais participaram apenas da identificação do perfil e do poema dos desejos. Observa-se que tal amostragem foi superior à de pacientes no HU-UFJF. Hipoteticamente, isso ocorreu devido às debilidades físicas dos pacientes internados na SCM-JF serem menores, já que a maioria das internações se configurava em casos clínicos.

Deste total de pacientes, 60% eram do sexo masculino e 40% do feminino. A maior parte, cerca de 90%, residia em Juiz de Fora e os outros 10% em cidades da região. Todos que estavam em idade escolar, frequentavam uma escola. A idade dos entrevistados foi bastante variada, conforme pode ser observado no gráfico 27 abaixo:

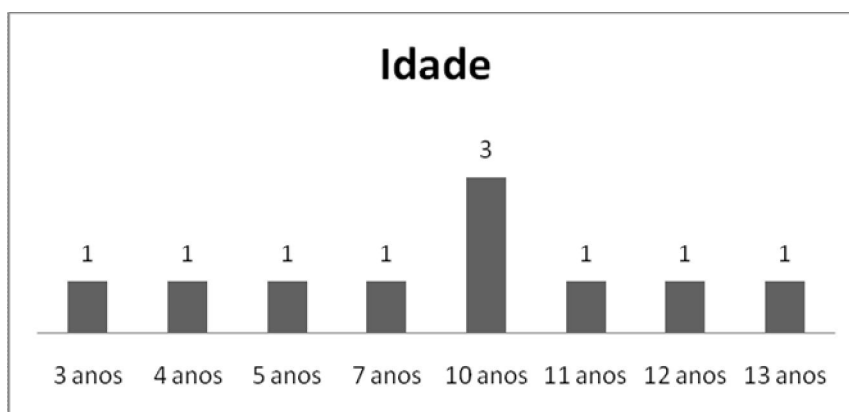


Gráfico 27 – Idade dos pacientes entrevistados na SCM-JF (fonte: a autora).

Os **acompanhantes** entrevistados na SCM-JF configuram uma amostra 49 pessoas, que se dividiam em 86% do sexo feminino e 14% do masculino. Destes, 82% residiam na cidade de Juiz de Fora, 12% em outras cidades da região e 6% não responderam.

Quanto à faixa etária, 41% possuíam até 24 anos, 45% entre 25 e 39 anos, 12% mais de 40 anos e 2% não informaram, o que demonstra serem pais, em sua maioria, jovens.

Quanto ao nível de escolaridade dos respondentes, o gráfico 28 demonstra que 43% possuem no máximo até o 1º grau e outros 39% cursam ou completaram o 2º grau.

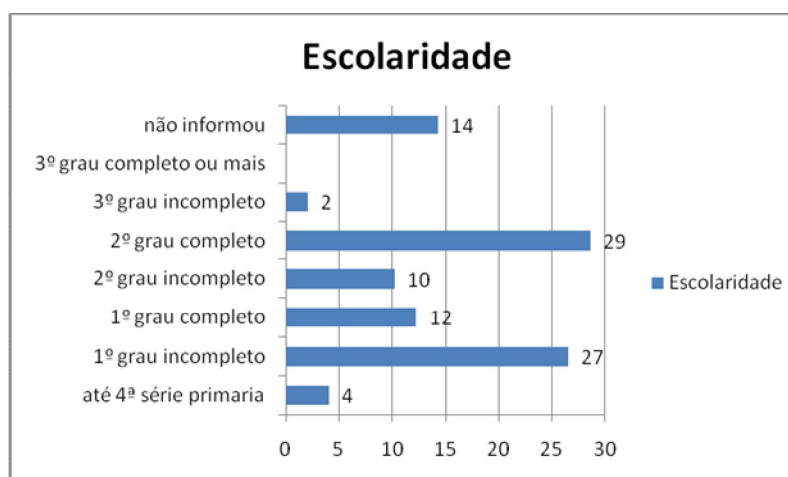


Gráfico 28 - Escolaridade dos usuários externos SCM (Fonte: a autora).

Participou da investigação um total de 32 **funcionários** do setor pediátrico da SCM-JF. Destes, 94% eram do sexo feminino e 6% do masculino. Cerca de 85% deles residem em Juiz de Fora e 9% em cidades vizinhas. Na SCM-JF, 75% dos funcionários que preencheram o questionário possuem o 2º grau completo e 25% tem curso superior completo. A faixa etária desses usuários é bastante diversificada, conforme mostra o gráfico 29 abaixo:

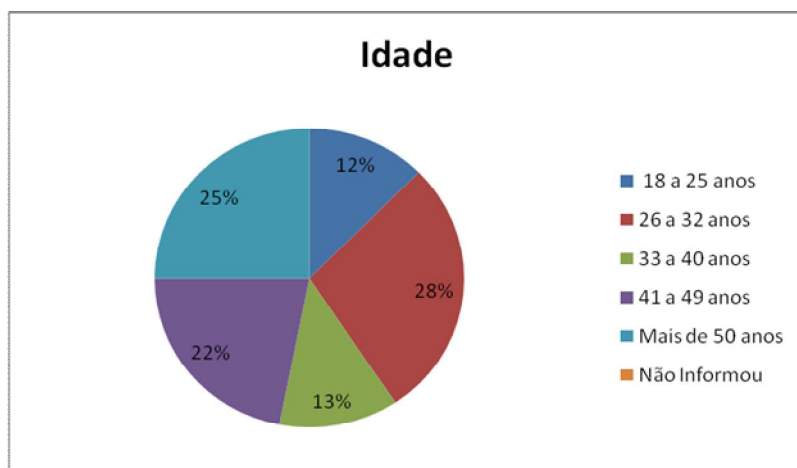


Gráfico 29 - Idade dos usuários internos do SCM (Fonte: a autora).

5.3.2. Poema dos desejos

Conforme o estudo de caso anterior, os dados a seguir foram obtidos a partir do preenchimento da segunda etapa do questionário, o Poema dos Desejos, que consistia na sentença aberta “Eu gostaria que essa pediatria fosse (ou tivesse)...”.

Na SCM-JF foram entregues questionários completos a todos os acompanhantes e funcionários que estavam no hospital no momento da visita. Porém, do total de 82 questionários recolhidos, apenas 73 estavam com a sentença aberta preenchida, sendo 47 de acompanhantes e 26 de funcionários. Além dessas, a amostra de pacientes conta 9 sentenças preenchidas. Todos os registros feitos pelos adultos foram realizados por meio de frases, não havendo nenhuma expressão em forma de desenhos. Já as crianças mesclaram seus registros entre desenhos e palavras.

A tabulação dos dados foi realizada de maneira semelhante ao estudo de caso anterior, através da criação de categorias que agruparam informações semelhantes e recorrentes. Além disso, a apresentação dessas categorias foi separada de acordo com o tipo de usuário, considerando que possa ocorrer divergência de interesses. Foi realizado um total de 183 recomendações, sendo 26 por pacientes, 106 por acompanhantes e 51 por funcionários.

5.3.2.1. Pacientes

A aplicação do instrumento nas crianças ocorreu de maneira diferente dos adultos. A fim de gerar uma aproximação, a pesquisadora abordou as crianças através de uma conversa informal, convidando-as a desenhar. Após a autorização dos responsáveis através da assinatura do TCLE (apêndice VII) foi entregue aos pacientes a primeira página do questionário geral, juntamente com lápis de cera. As crianças foram preenchendo o espaço com seus desejos e aspirações, através de desenhos e algumas palavras. Para futura interpretação dos dados, a pesquisadora procurou interagir com as crianças, a fim de que elas explicassem verbalmente o que haviam desenhado. Assim, o observador acompanhou o processo de elaboração dos “poemas”, interagindo com os usuários e fazendo anotações ao lado das representações, para que elas não fossem perdidas. Essa abordagem pode ser definida como experiencial e foi desenvolvida pelo Grupo ProLUGAR/FAU/UFRJ, complementando a original de Sanoff (RHEINGANTZ *et. al.*, 2009; CAVALCANTI; MACHADO, 2011).

Os nove pacientes da amostra geraram um total de 26 recomendações. Os desejos dos pacientes pediátricos estão categorizados no gráfico 30 abaixo, representado em porcentagem:

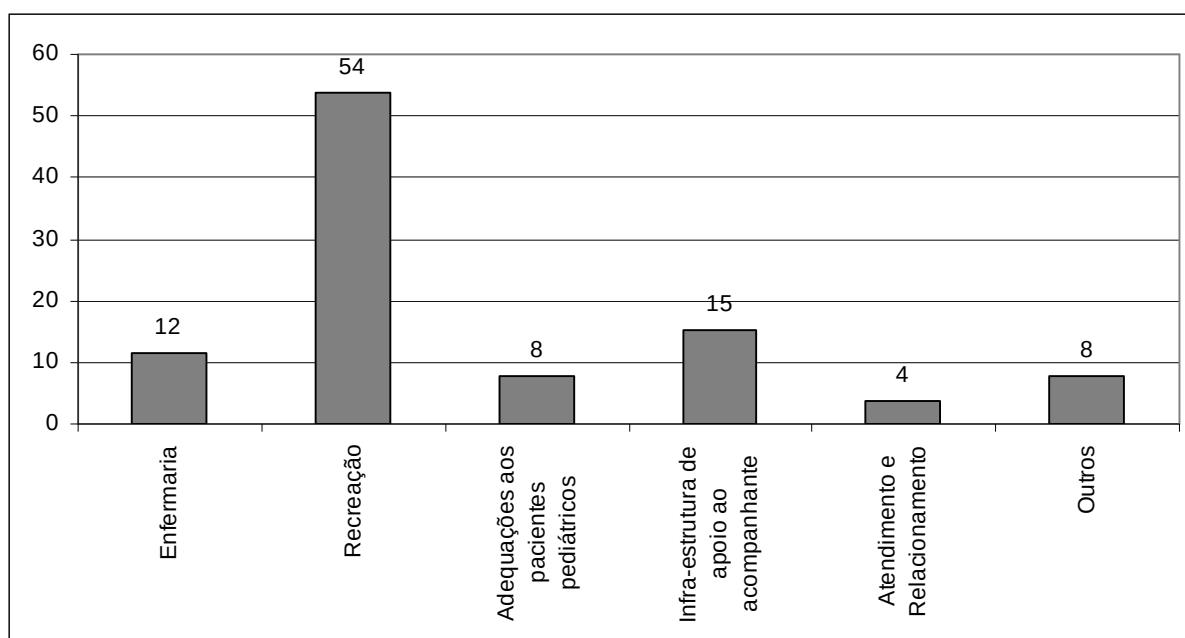


Gráfico 30 – Resultado do Poema dos Desejos com pacientes da SCM-JF (Fonte: a autora).

A partir do gráfico 30 é possível afirmar que o maior desejo dos pacientes pediátricos internados na SCM-JF seja por recreação (54%). Durante as visitas ao local, foi possível perceber que não há no hospital uma área dedicada à recreação dos pacientes. Onde teoricamente deveria ser a brinquedoteca há apenas uma TV, uma longarina e alguns poucos brinquedos. A área de reação aberta não passa de um pequeno pátio, sem qualquer tipo de distração de equipamento. A brinquedoteca móvel, segundo os funcionários do local, é pouco utilizada, já que seu uso depende de um funcionário treinado, que não está no local diariamente. Deste modo, foi observado ao longo das visitas que as crianças e pré-adolescentes brincam pelos corredores e/ou com brinquedos trazidos de casa pelos pais.

Assim, foi mencionado pelos pacientes que seria desejável que na pediatria houvesse brinquedos (figuras 140 e 143), TV e DVD nos quartos (figura 143), animais, parquinho e equipamentos como câmera fotográfica (figura 141). Neste sentido, observa-se que o tipo de distração varia de acordo com a faixa etária, mas é fundamental em todas elas.



Figura 140 - Desenho realizado por paciente pediátrico da SC de 7 anos de idade (fonte: a autora).

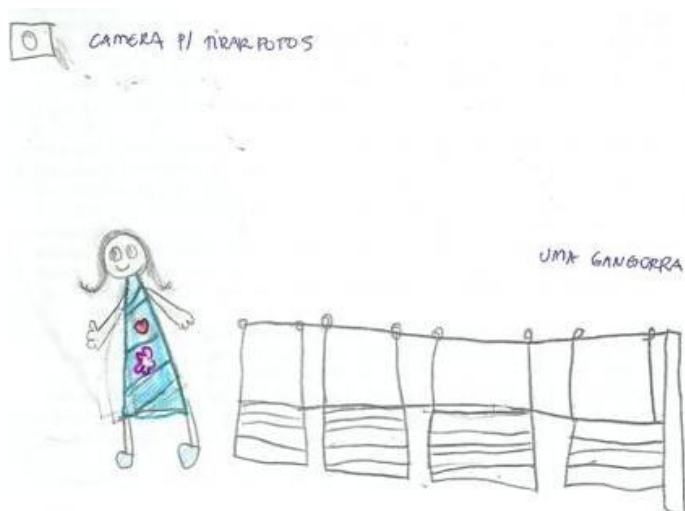


Figura 141 - Desenho realizado por paciente pediátrico da SC de 11 anos de idade (fonte: a autora).

Além da recreação, as crianças apontaram que gostariam que o local tivesse uma infraestrutura mais adequada aos seus acompanhantes, já que 15% das solicitações referiam-se ao desejo de que houvesse no local uma cama para os acompanhantes (figura 142). A pesquisadora verificou que os pacientes, que devido à hospitalização já estavam com seu psicológico fragilizado, ouviam constantes reclamações por parte dos pais quanto às acomodações, fazendo com que muitas vezes se sentissem culpados por eles estarem ali e fazerem-nos passarem por aquela situação.



Figura 142 - Desenho realizado por paciente pediátrico da SC de 12 anos de idade (fonte: a autora).

Outro aspecto considerado foi o conforto nas enfermarias. Algumas crianças solicitaram travesseiros e também o direito de os pais se alimentarem no quarto em caso de debilidade do paciente. Ainda houve recomendações quanto à adequação do mobiliário às diferentes idades dos pacientes (figura 143) e também quanto ao relacionamento com a equipe de enfermagem.



Figura 143 - Desenho realizado por paciente pediátrico da SC de 10 anos de idade (fonte: a autora).

As demais considerações ultrapassam o objetivo deste trabalho, não sendo interessante para os resultados do mesmo.

5.3.2.2. Acompanhantes

Na aplicação do instrumento na SCM-JF, os participantes preencheram o questionário e também a sentença sozinhos, sendo a ajuda da pesquisadora solicitada por uma minoria. A pesquisadora, então, explicou a pesquisa e distribuiu os questionários, retornando após aproximadamente uma hora para recolher.

Dos 50 questionários recolhidos, 47 estavam com a sentença aberta preenchida. Através dessas sentenças foi possível identificar 106 recomendações realizadas por acompanhantes de pacientes, agrupadas conforme gráfico 31 abaixo, representado em percentual:

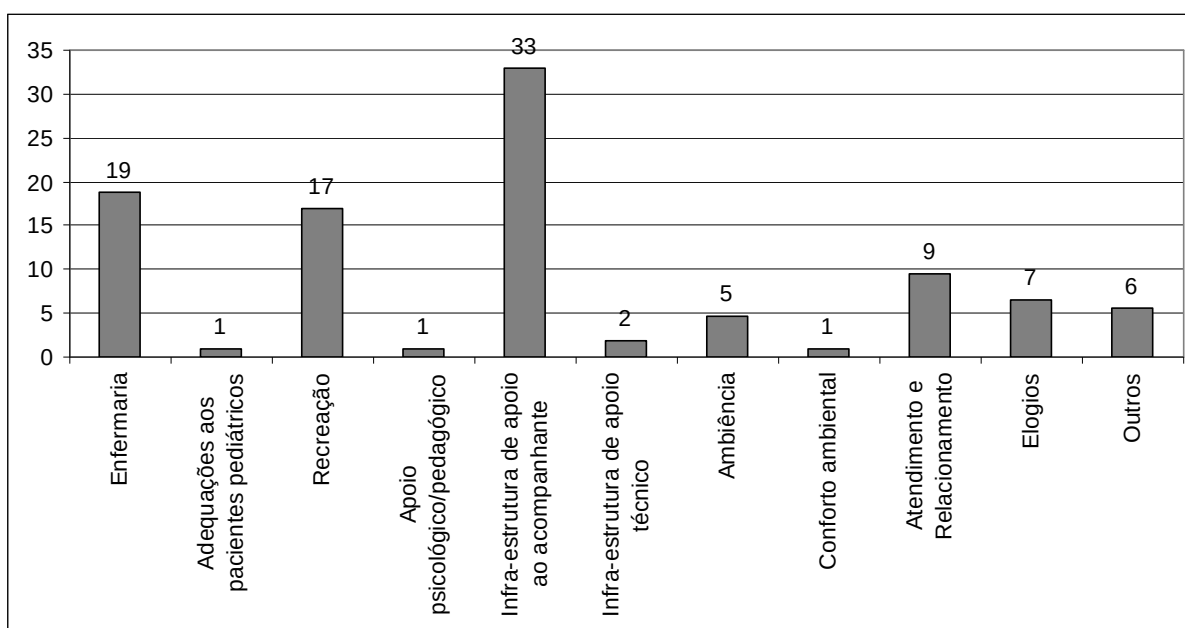
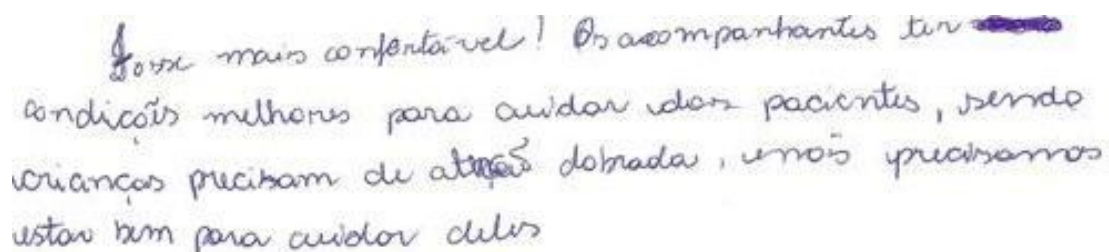


Gráfico 31 - Resultado do Poema dos Desejos com acompanhantes da SCM-JF (Fonte: a autora).

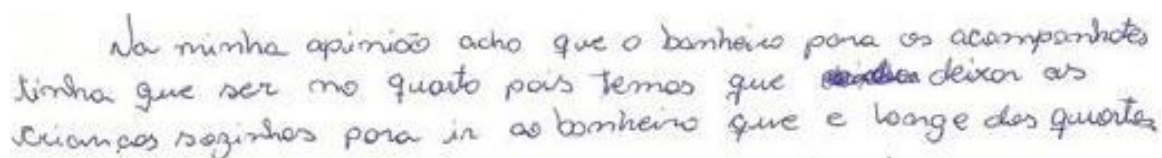
O item mais mencionado foram solicitações de melhorias na infra-estrutura de apoio ao acompanhante. 33% dos desejos apontavam para acomodações mais confortáveis para os acompanhantes (figura 144 e 147), banheiros de acompanhantes em todas as alas (figura 145)

e o desejo de se alimentarem com os filhos nas enfermarias, quando estes estiverem impossibilitados de se deslocarem ao refeitório. É importante ressaltar que das 35 recomendações feitas neste item, 26 referiam-se a cadeira de acompanhantes, demonstrando a grande insatisfação dos acompanhantes.



Fosse mais confortável! Os acompanhantes têm condições melhores para cuidar dos pacientes, sendo crianças precisam de atenção dobrada, então precisamos estar bem para cuidar deles

Figura 144 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).



Na minha opinião acho que o banheiro para os acompanhantes tinha que ser no quarto pois temos que deixar as crianças seguras para ir ao banheiro que é longe dos quartos

Figura 145 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).

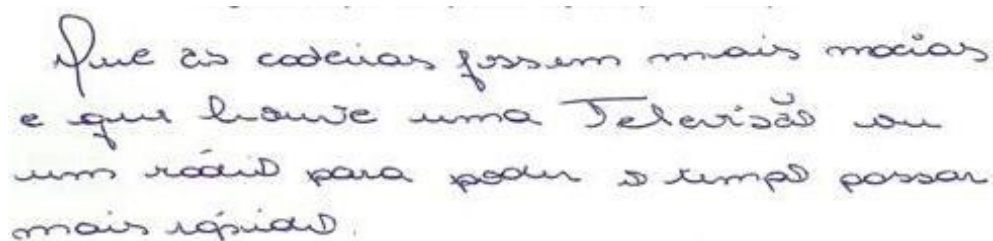
O segundo item que mais obteve recomendações foram as enfermarias, com 19% das respostas. As questões mais apontadas foram relacionadas à privacidade, ao conforto, ao dimensionamento e espaçamento entre os leitos (figura 146).



Acho também que cada enfermaria tinha que ter menos leitos pois é apertado.

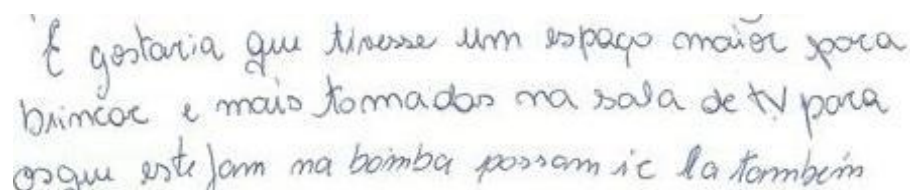
Figura 146 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).

As respostas também tiveram um número significativo de menções à recreação: 17%. Foram citados desejos relacionados a distrações positivas para os pacientes e também para os acompanhantes: TV nos quartos (figura 147), área recreativa maior e com mais brinquedos (figura 148), para as diferentes faixas etárias (figura 149).



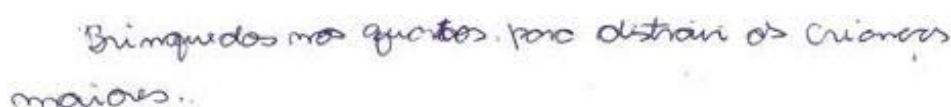
Que as cadeiras fossem mais macias
e que houvesse uma Televisão ou
um rádio para poder o tempo passar
mais rápido.

Figura 147 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).



É gostaria que tivesse um espaço maior para
brincar e mais tomadas na sala de TV para
os que estão na bomba possam ir lá também.

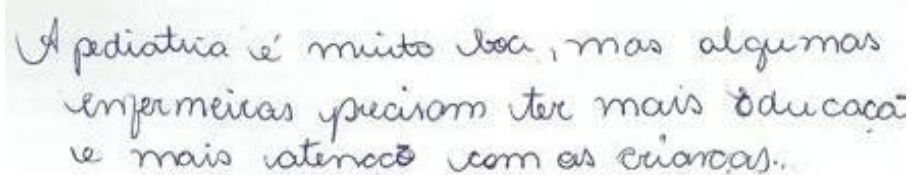
Figura 148 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).



Brinquedos na quartos para distrair os crianças
maiores..

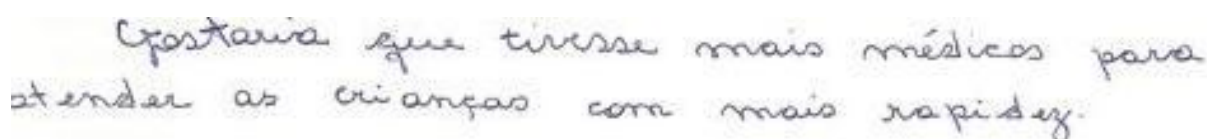
Figura 149 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).

Durante a investigação na Santa Casa de Misericórdia, os acompanhantes relataram, em 9% das respostas, dificuldades de relacionamento com a equipe (figura 150) e, em alguns casos, reclamaram do atendimento recebido (figura 151).



A pediatria é muito boa, mas algumas
enfermeiras precisam ter mais educação
e mais atenção com as crianças.

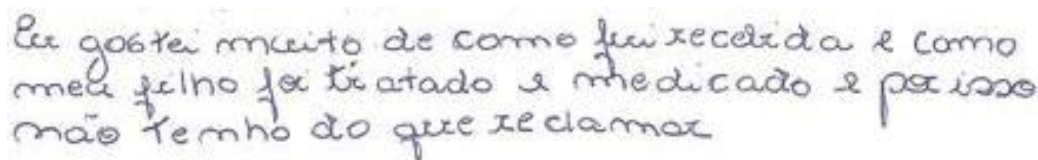
Figura 150 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).



Gostaria que tivesse mais médicos para
atender as crianças com mais rapidez.

Figura 151 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).

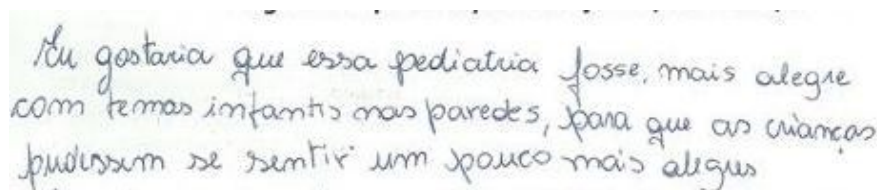
Porém, em 7% das respostas, a pediatria e o atendimento foram elogiados pelos acompanhantes, conforme demonstra a figura 152:



Eu gostei muito de como fui receitada e como meu filho foi tratado e medicado e por isso não tenho do que reclamar

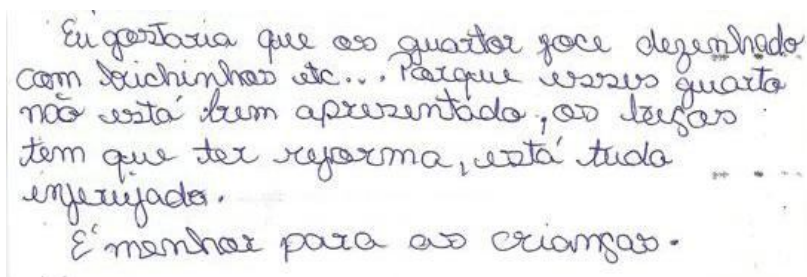
Figura 152 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).

Ressalta-se ainda que 5% dos entrevistados apontaram como desejos melhorias na ambiência do hospital (figuras 153 e 154). Nota-se que os pais sentem a necessidade de que o local seja identificado como infanto-juvenil, através de desenhos e cores, por exemplo.



Eu gostaria que essa pediatria fosse mais alegre com temas infantis nas paredes, para que as crianças pudessem se sentir um pouco mais alegres

Figura 153 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).



Eu gostaria que os quartos fosse decorado com desenhos etc... porque esses quartos não está bem apresentado, os quartos tem que ter reforma, está tudo enferrujado. É melhor para as crianças.

Figura 154 - Poema dos Desejos preenchido por acompanhante na SC (fonte: a autora).

As demais considerações foram relatadas em circunstâncias mais esporádicas, conforme demonstra o gráfico 31, ou então não apresentaram relevância para o resultado desta pesquisa.

5.3.2.3. Funcionários

Bem como no HU-UFJF, a aplicação do questionário nos funcionários da SCM-JF deu-se em duas etapas. A princípio, a enfermeira-chefe reuniu os funcionários do turno para que fosse explicada a pesquisa. Assim, foi distribuído um questionário e duas vias do TCLE a todos os funcionários, em cada um dos plantões, para que fossem preenchidos e entregues na sala da chefia de enfermagem até o próximo plantão. A resposta não foi satisfatória, já que poucos instrumentos foram devolvidos. Em um segundo momento, após sugestão da chefia de enfermagem, a pesquisadora redistribuiu os questionários, aguardando seu preenchimento no local, para que então fossem recolhidos. Deste modo, a investigação demandou mais tempo e foi dispendiosa, porém resultou em dados mais satisfatórios, uma vez que o número de instrumentos preenchidos foi muito superior ao anterior.

Os resultados geraram 51 recomendações, subdivididas em categorias, conforme demonstra o gráfico 32 abaixo:

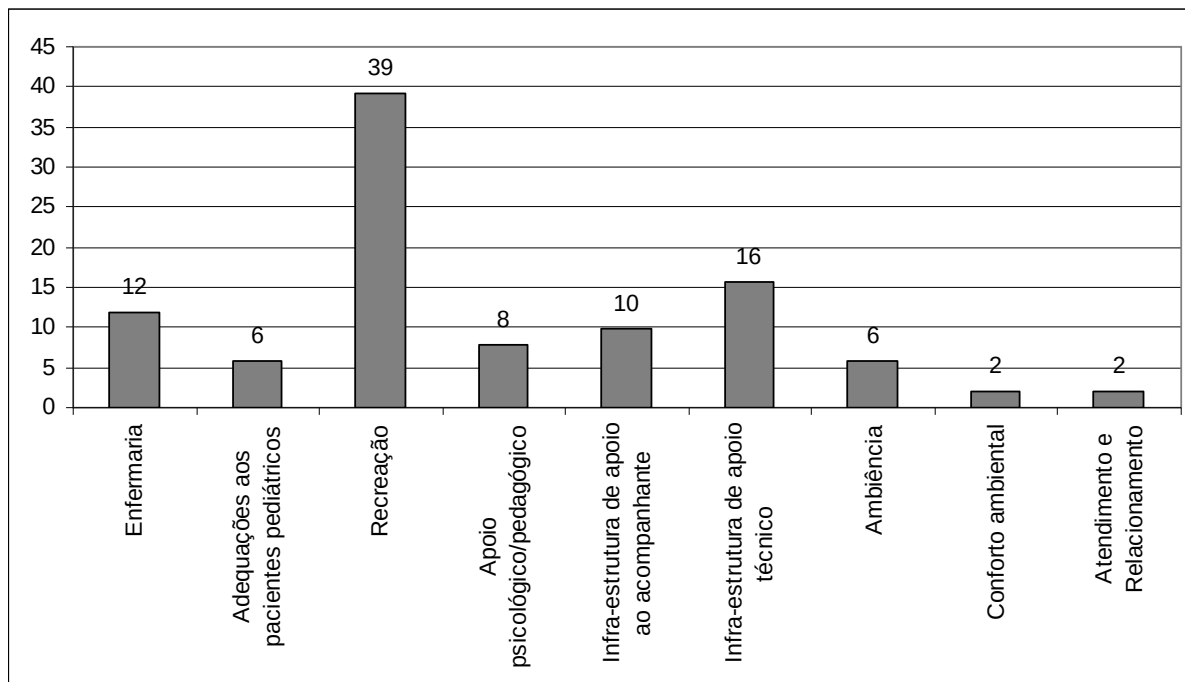
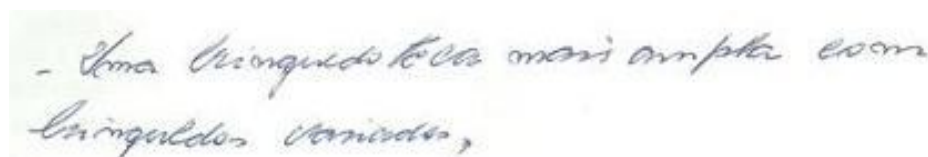


Gráfico 32 - Resultado do Poema dos Desejos com funcionários da SCM-JF (Fonte: a autora).

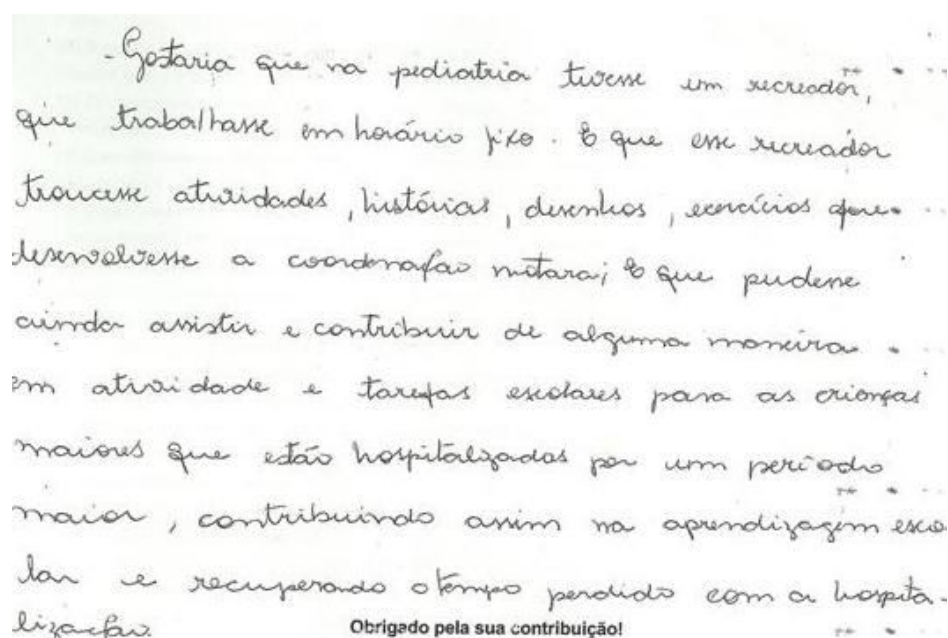
O item que recebeu o maior número de recomendações por parte dos funcionários da SCM-JF foi a “recreação”. Foi sugerido que na pediatria houvesse uma brinquedoteca maior,

mais brinquedos e com mais variedade (figura 155), atividades para as crianças e também para os adolescentes, que no local houvesse um recreador com horário fixo (figura 156), que a brinquedoteca móvel fosse utilizada mais vezes, que houvesse TV nas enfermarias e que a sala de TV fosse mais confortável.



- Uma Brinquedoteca mais ampla com
brinquedos variados,

Figura 155 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).



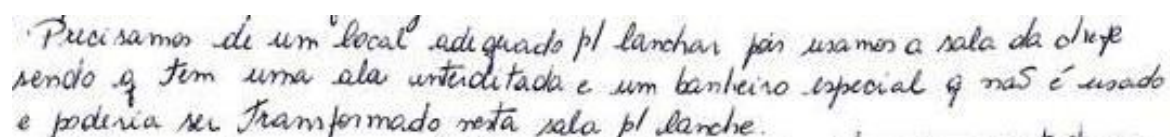
- Gostaria que na pediatria tivesse um recreador,
que trabalhasse em horário fixo. E que em recreador
tivessem atividades, histórias, desenhos, exercícios que
desenvolvesse a coordenação motora; e que pudesse
cuidar, assistir e contribuir de alguma maneira
em atividades e tarefas escolares para as crianças
maiores que estão hospitalizadas por um período
maior, contribuindo assim na aprendizagem esco-
lar e recuperando o tempo perdido com a hospita-
lização.

Obrigado pela sua contribuição!

Figura 156 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).

O alto número de menções nos leva a considerar que os aspectos lúdicos da internação pediátrica estejam sendo pouco explorados no hospital visitado. Não há um local adequado para as brincadeiras e tampouco um apoio pedagógico.

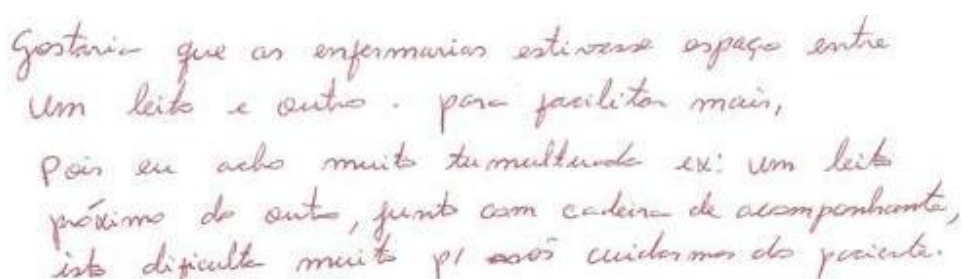
Os funcionários também foram categóricos ao sugerir em 16% das respostas melhorias na infra-estrutura de apoio técnico. O desejo mais recorrente foi por um local onde os funcionários possam lanchar e/ou tomar um café, já que atualmente isto é feito de maneira improvisada na sala da chefia de enfermagem (figura 157).



Precisamos de um local adequado p/ lanchar pois usamos a sala da recepção sendo q tem uma sala antecâmara e um banheiro especial q não é usado e poderia ser transformado nesta sala p/ lanche.

Figura 157 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).

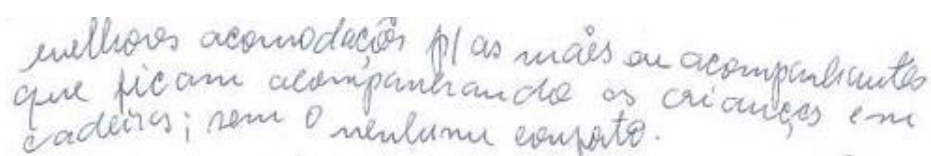
As enfermarias receberam 12% das citações, que apontavam para desejos de mais espaço entre os leitos (figura 158) e também nos banheiros dos pacientes, além de mobiliários mais novos para o setor.



Gostaria que as enfermarias estivesse espaço entre um leito e outro. para facilitar mais, pois eu acho muito tumultuado ex: um leito próximo do outro, junto com cadeira de acompanhante, isto dificulta muito p/ nós cuidarmos do paciente.

Figura 158 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).

Outros 10% dos funcionários citaram desejos relacionados à infra-estrutura de apoio ao acompanhante, em que são recomendados melhorias nas acomodações dos acompanhantes (figura 159), banheiros também na ala verde e espaço para acompanhante também no berçário.



melhores acomodações p/ as mães ou acompanhantes que ficam acompanhando os crianças em cadeiras; sem o nenhuma conforto.

Figura 159 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).

Foram apontadas em 8% dos resultados que os funcionários desejam mais apoio da assistência social e também acompanhamento psicológico para os pacientes e acompanhantes (figura 160), colaborando inclusive para o desenvolvimento escolar.

Gostaria que tivesse um atendimento psicológico com as mães das enfermarias para melhor orientação dos visitantes e doentes, uma vez que não tem permanência longa. Quem sabe tendo melhor conhecimento não melhoraria algumas atitudes dos mesmos.

Figura 160 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).

Em 6% das recomendações foram sugeridas adequações às necessidades dos pacientes, como separação dos leitos por faixa etária (figura 161), tamanho de mobiliário e também tipo de atividades de recreação (figura 162).

Leitos SEPARADOS PARA CRIANÇAS
MAIORES DE 3 ANOS Ex: 10/11/12 ANOS.
Leitos p/ crianças de 0 a —
8 meses. SEPARADOS por
idade.

Figura 161 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).

Uma área para adolescente tanto recreação e
alimento. (mobiliário).

Figura 162 - Poema dos Desejos preenchido por funcionário da SC (fonte: a autora).

Outros 6% das respostas sugerem recomendações para a ambiência, como decoração infanto-juvenil e ambiente mais lúdico e humanizado. As demais recomendações não foram consideradas relevantes para o desenvolvimento deste estudo.

5.3.3. Questões objetivas

Para a organização dos dados coletados, estes foram estruturados de acordo com a percepção dos diferentes tipos de usuários, sendo separados em dois grupos: (1) **usuários**

externos, que compreendem os pacientes e seus acompanhantes, e (2) **usuários internos**, que são os médicos, equipe de enfermagem e demais profissionais do setor pediátrico.

Durante a investigação na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, 82 pessoas responderam a terceira parte do questionário, que consiste nas questões fechadas. Foram elas: 1 paciente, 49 acompanhantes, 5 médicos, 2 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e 1 fonoaudióloga. Desta forma, os resultados desta etapa baseiam-se em 50 usuários externos e 32 usuários internos.

5.3.3.1. Entorno

Duas questões do questionário visaram obter a percepção dos usuários quanto ao entorno. A primeira perguntava a respeito do acesso à região do hospital e teve um alto índice de satisfação. Consideravam o acesso à região como sendo muito bom ou bom 84% dos usuários externos e 100% dos internos, conforme gráfico 33 a seguir:

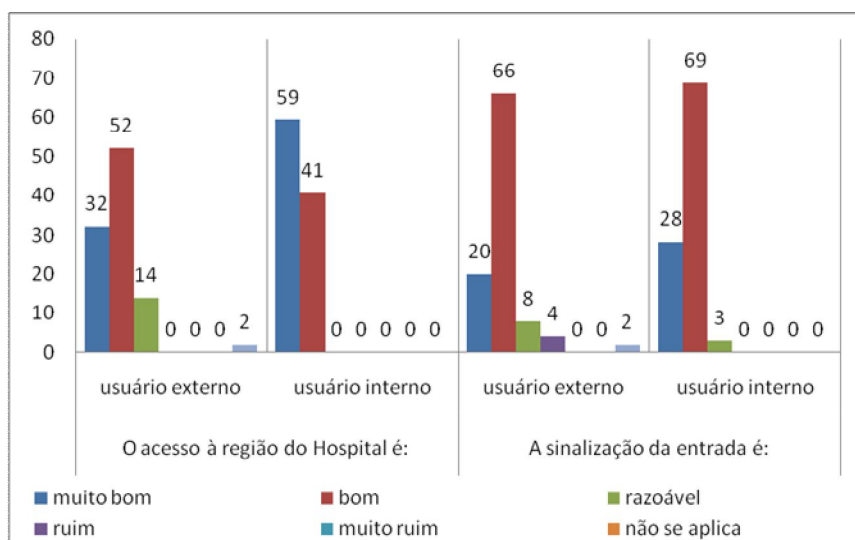


Gráfico 33 - Percepção dos usuários quanto ao entorno do SCM (fonte: a autora).

Semelhantemente, a sinalização de entrada do hospital também obteve um índice altíssimo de aprovação, já que 86% dos externos e 97% dos internos a consideraram como sendo boa ou muito boa (gráfico 33).

5.3.3.2. Orientação espacial

Considerando a capacidade de localização dentro do SCM-JF, somente utilizando placas, o índice de aprovação dos usuários externos foi grande, uma vez que 78% apontam como sendo boa ou muito boa. Já o índice dos usuários internos que consideram como sendo muito boa ou boa é de 47% e como sendo razoável é de 38% (gráfico 34).

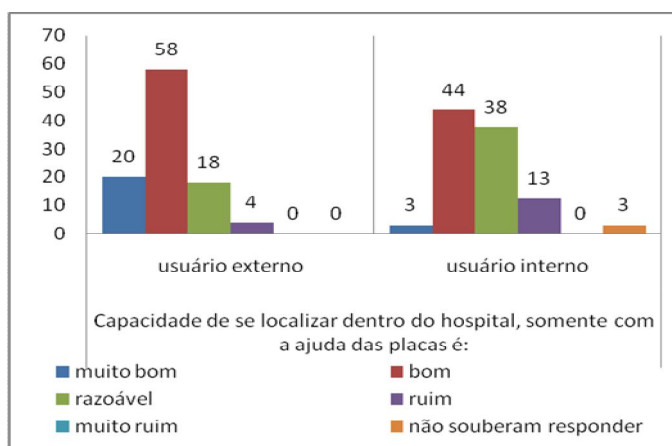


Gráfico 34 - Percepção dos usuários do SCM quanto à orientação espacial (fonte: a autora).

Foi perguntado também aos respondentes do questionário quanto à percepção do que ocorre no exterior da edificação, como a identificação se é dia ou noite, ou se faz sol ou chuva naquele dia. A resposta dos usuários foi bem positiva (gráfico 35): 88% dos usuários externos e 97% dos internos conseguem identificar o que ocorre no exterior do hospital.

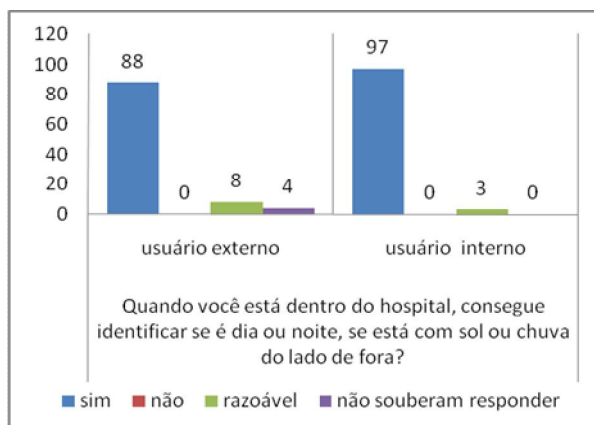


Gráfico 35 - Percepção dos usuários do SCM quanto às condições externas à edificação (fonte: a autora).

5.3.3.3. Apoio social

Um dos itens do questionário investigava sobre a possibilidade que os pacientes têm em personalizar o ambiente das enfermarias. Os usuários externos, em sua maioria, dividiram-se em boa (32%) e razoável (32%). Já 44% dos internos entendem como sendo razoável a possibilidade de personalização do ambiente (gráfico 36).

Outro ponto analisado foi se os usuários se sentiam confortáveis e acolhidos no ambiente em que estavam (gráfico 36). Metade dos usuários (50%) apontou como sendo razoáveis o conforto e a sensação de aconchego na pediatria da SCM-JF. Os usuários internos, porém, entendem a situação como sendo muito boa ou boa em 57% das respostas.

O espaço destinado aos acompanhantes nas enfermarias obteve um alto grau de insatisfação (gráfico 36). Observa-se que 44% dos usuários externos consideram o espaço como sendo razoável e 34% como sendo ruim ou muito ruim, contra 20% que o acham bom ou muito bom. O mesmo ocorre nas respostas dos usuários internos: 37% consideram ruim ou muito ruim, 34% razoável e 28% como sendo bom ou muito bom.

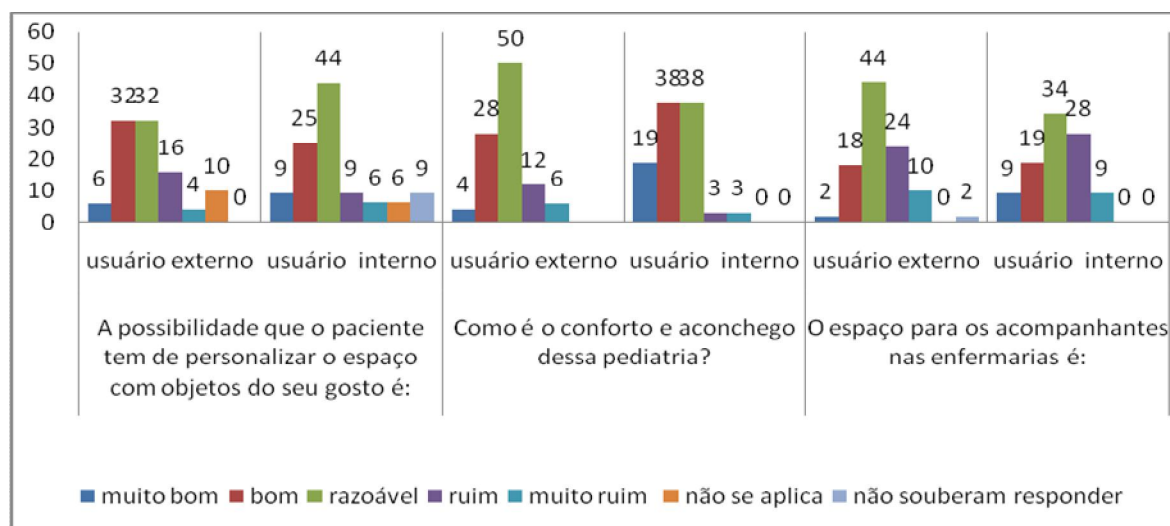


Gráfico 36 - Apoio social na SCM (fonte: a autora).

Foram abordados dois ambientes destinados aos acompanhantes dos pacientes: os banheiros e o refeitório.

Quanto aos banheiros, os usuários externos apresentaram opiniões divergentes: enquanto 36% consideraram como sendo bom ou muito bom, 26% acha razoável e 34%

acham ruim ou muito ruins. Os usuários externos afirmam em 78% que consideram o banheiro como sendo bom ou muito bom (gráfico 37).

A opinião quanto ao refeitório apresentou os seguintes números para os usuários externos (gráfico 37): 48% acham bom ou muito bom, 38% razoável e 10% como ruim ou muito ruim. Já os internos concordam em afirmar em 66% das respostas que o refeitório é bom ou muito bom, 28% que é razoável e 6% que é ruim.

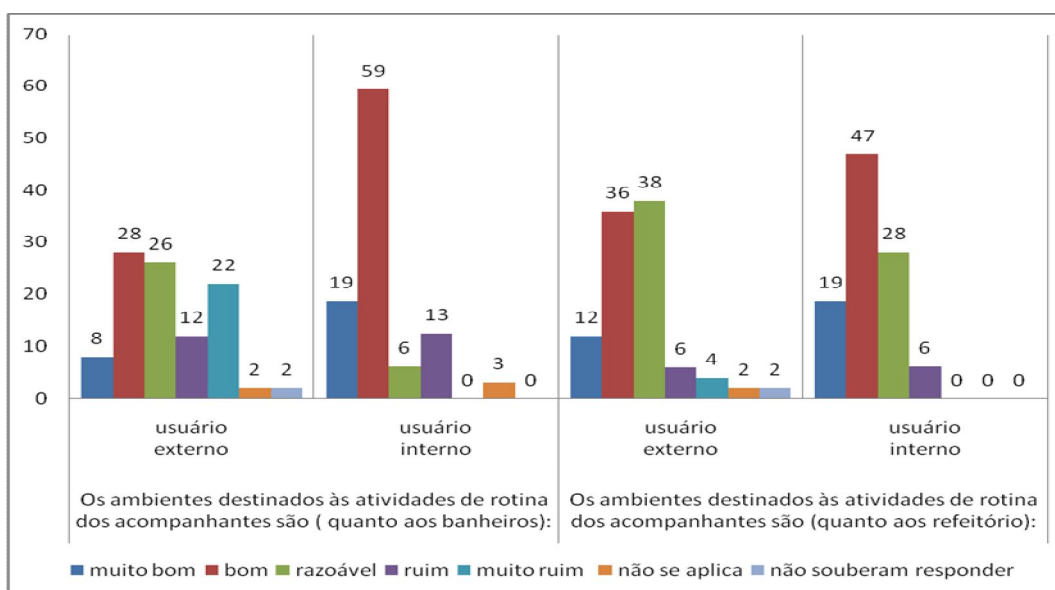


Gráfico 37 - Suporte aos acompanhantes no SCM (fonte: a autora).

5.3.3.4. Dimensionamento

Quando questionado a respeito do dimensionamento das enfermarias, ambos os usuários apresentaram uma avaliação bastante positiva (gráfico 38). Os externos alegam em 78% das respostas que o dimensionamento das enfermarias é bom ou muito bom e 22% consideram razoável. Já internos consideram como bom ou muito bom em 69% das vezes e razoável em 28%.

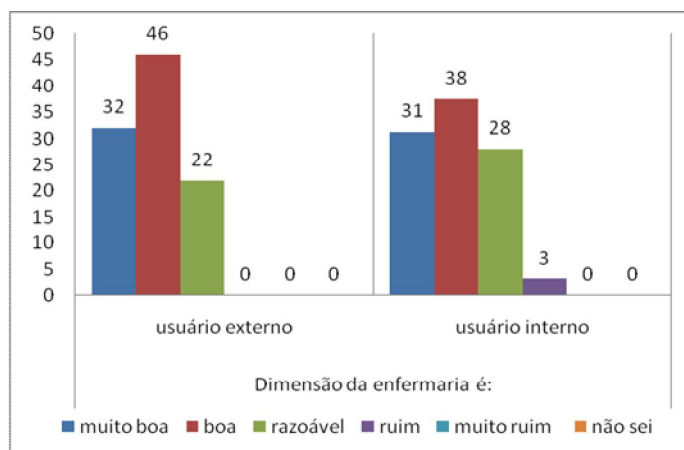


Gráfico 38 - Dimensionamento das enfermarias na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.5. Mobiliário

Quando perguntado à respeito da adequação dos mobiliários para o uso crianças e adolescentes, as respostas dos usuários externos e internos foi bem semelhante (gráfico 39). Na contagem das respostas, 50% dos externos e 59% dos internos consideraram adequados, enquanto 34% dos externos e 38% dos internos acham que o mobiliário é inadequado para o uso de crianças e adolescentes.

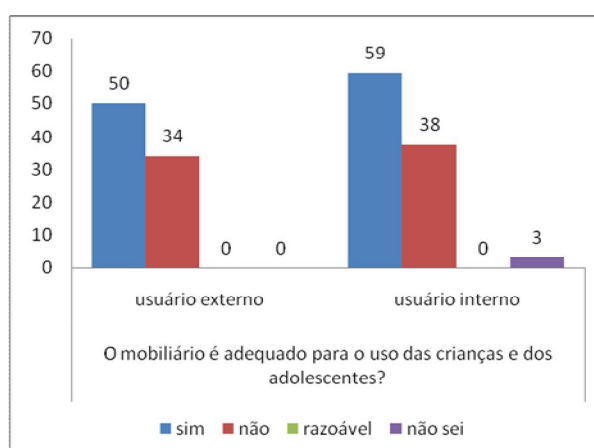


Gráfico 39 - Adequação do mobiliário na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.6. Estética

Quando perguntado a respeito da aparência externa da edificação, tanto os usuários externos quanto os internos apresentaram uma avaliação positiva: ambos com 72% afirmam como sendo muito boa ou boa (gráfico 40).

No que se refere à aparência da pediatria, particularmente, o índice de satisfação é bastante alto para os usuários internos que consideram como sendo boa ou muito boa em 78% das vezes. Já que para os usuários externos, houve 50% das pessoas avaliando como sendo boa ou muito boa, mas significativos 36% consideram como sendo razoável (gráfico 40).

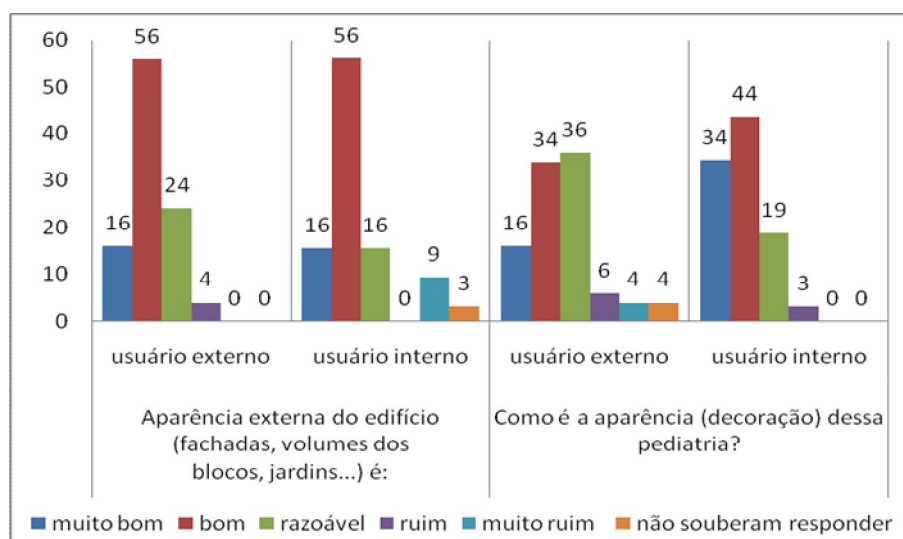


Gráfico 40 - Percepção dos usuários quanto à estética na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.7. Conforto térmico

Buscando perceber a sensação que os usuários do ambiente têm quanto ao conforto térmico na pediatria da SCM-JF, foi perguntado a respeito da temperatura na enfermaria (gráfico 41). Para 56% dos usuários externos, a pediatria apresenta-se como sendo fria ou muito fria e para outros 38% como confortável. Isso pode ter relação com o fato de a investigação ter sido realizada no mês de julho e este ser um mês de inverno. Já para a maior parte dos funcionários (81%) o ambiente apresenta-se como sendo confortável termicamente.

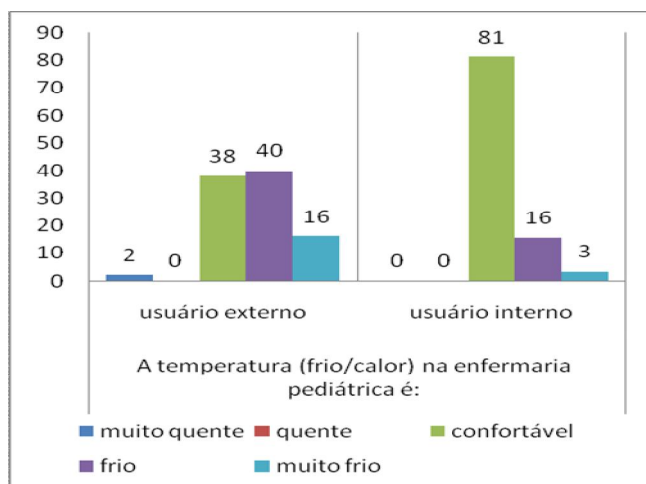


Gráfico 41 - Percepção dos usuários quanto à sensação térmica na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.8. Conforto sonoro

A fim de entender a sensação de conforto sonoro no ambiente das enfermarias pediátricas, perguntou-se em uma das questões sobre os sons no ambiente (gráfico 42). Para 46% dos usuários externos o ambiente é considerado como sendo barulhento ou muito barulhento e para 38% tem a sensação de ser confortável. Já a maioria dos funcionários (63%) considera o ambiente barulhento ou muito barulhento, o que aponta para um ambiente ruidoso para se trabalhar e também para se recuperar.

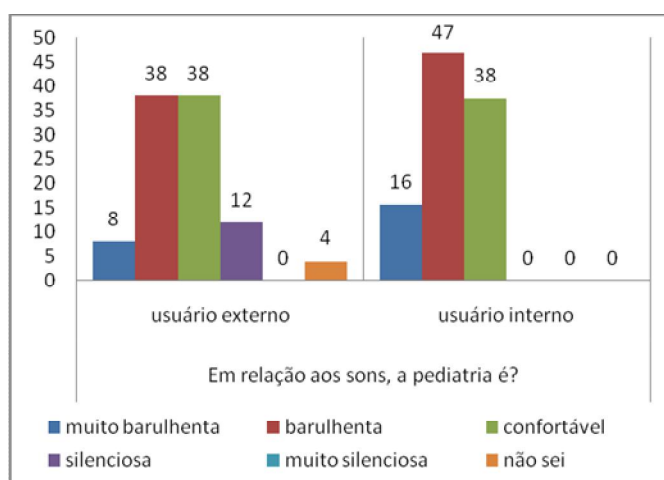


Gráfico 42 - Percepção dos usuários quanto aos ruídos na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.9. Conforto lumínico

Buscando avaliar o conforto lumínico na pediatria, foram feitas seis perguntas, direcionando para aspectos distintos de percepção.

Em uma das questões buscou-se saber se nas janelas dos ambientes pediátricos era permitida a entrada da luz do dia. A maior parte dos entrevistados respondeu que sim, sendo 94% dos externos e 100% dos internos (gráfico 43). A maioria ainda afirmou que considera a exposição a essa luz natural e também ao sol da manhã como sendo muito boa ou boa, sendo 86% dos externos e 81% dos internos (gráfico 44).

Quando a pergunta foi relacionada à capacidade de os usuários controlarem a entrada dessa luz, a maioria dos entrevistados, tanto internos quanto externos, respondeu positivamente (gráfico 43).

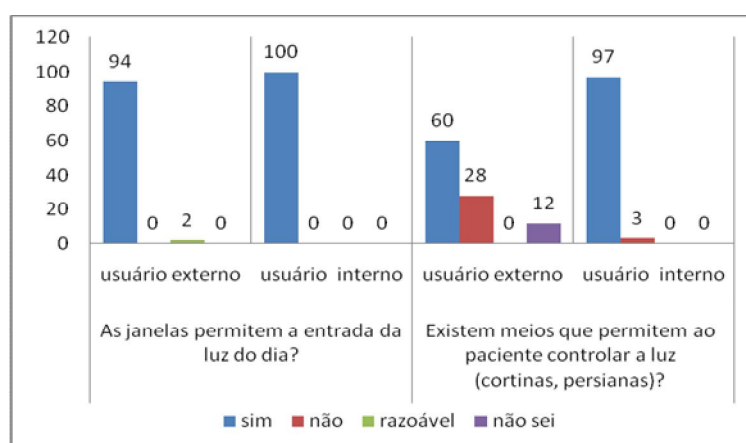


Gráfico 43 - Percepção dos usuários quanto ao conforto lumínico na SCM (fonte: a autora).

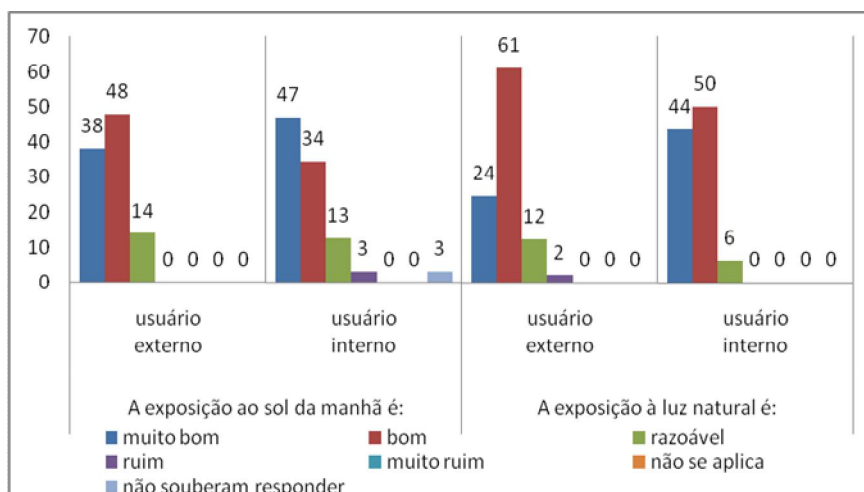


Gráfico 44 - Exposição à luz natural e ao sol da manhã na SCM (fonte: a autora).

A fim de saber se os usuários consideravam a iluminação do ambiente adequada às tarefas que estes têm que desenvolver, a resposta foi a seguinte: para 50% dos externos e também 50% dos internos o ambiente é confortável; para 42% dos externos e 31% dos internos, essa iluminação é tida como sendo ruim ou muito ruim, conforme indica o gráfico abaixo (gráfico 45):

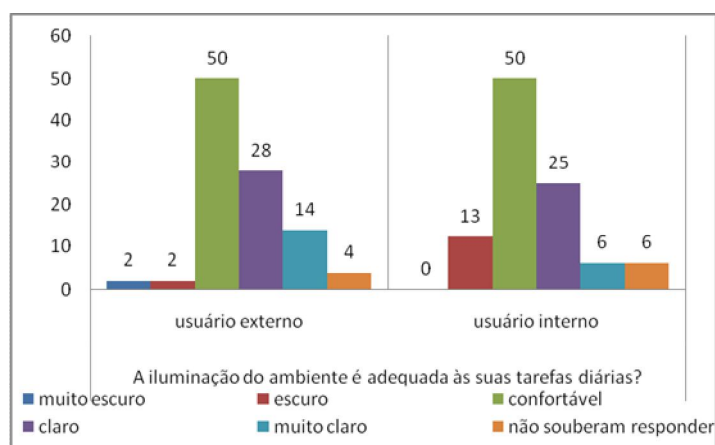


Gráfico 45 - Adequação da iluminação na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.10. Segurança física

Para perceber se os usuários se sentem seguros no ambiente em que estão, perguntou-se sobre as medidas de prevenção de acidentes nas enfermarias da SCM-JF (gráfico 46). Tanto os usuários externos quanto os internos responderam positivamente: 78% dos externos e 88% dos internos.

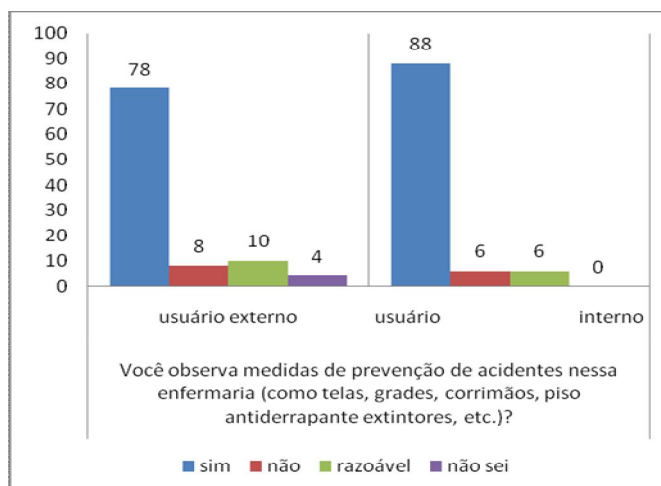


Gráfico 46 - Percepção dos usuários quanto à segurança física na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.11. Acessibilidade

Através da questão a seguir, foi possível verificar a percepção dos usuários quanto às adaptações às necessidades especiais que os pacientes possam vir a ter. As respostas dos usuários externos foi bastante positiva: 74% dos acompanhantes afirmam observar adequações às necessidades especiais. Apesar do índice também alto de usuários internos que responderam sim (66%), 13% responderam que não observam essas adequações e outros 22% acham que o espaço atende razoavelmente (gráfico 47).

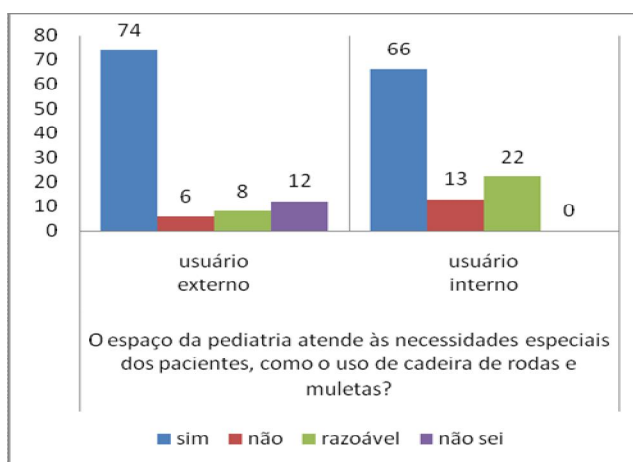


Gráfico 47 - Acessibilidade na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.12. Higienização

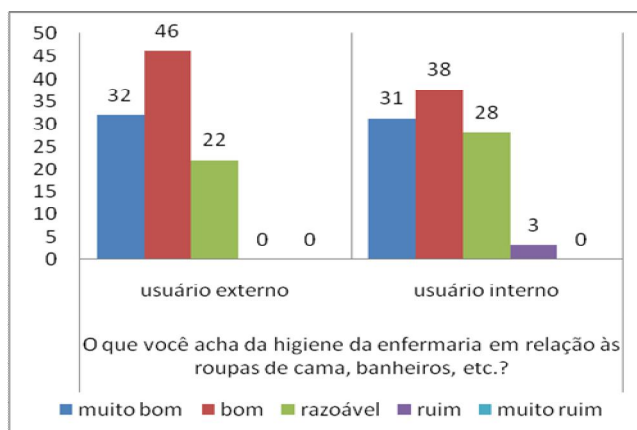


Gráfico 48 - Percepção dos usuários quanto à higiene na SCM (fonte: a autora).

Quanto à percepção de higiene e limpeza das enfermarias, as respostas foram bastante positivas, mas não unânimes. 78% dos usuários externos acham a higienização das enfermarias boa ou muito boa e 22% a consideram razoável. Já os funcionários apontam em 69% das vezes como sendo muito boa ou boa, 28% como razoável e 3% como sendo ruim, conforme demonstra o gráfico 48.

5.3.3.13. Qualidade do sono e repouso

Um aspecto importante para esta pesquisa foi perceber a qualidade do sono e repouso que se tem nas enfermarias pediátricas da SCM-JF. Investigou-se o caso dos pacientes e também dos acompanhantes, separadamente (gráfico 49).

Os usuários externos avaliaram a qualidade do sono e repouso dos pacientes como sendo boa ou muito boa em 46% das respostas e como razoável em 34%. Já os usuários internos consideram muito boa ou boa em 60% dos casos e como sendo razoável em 38%.

Já a avaliação da qualidade do sono e repouso do acompanhante teve um índice de insatisfação considerável. Para 66% dos acompanhantes a qualidade do sono e descanso é considerada como sendo ruim ou muito ruim e como sendo razoável para outros 20%. Já os usuários internos apontam em 53% das respostas como sendo razoável e 26% como ruim ou muito ruim.

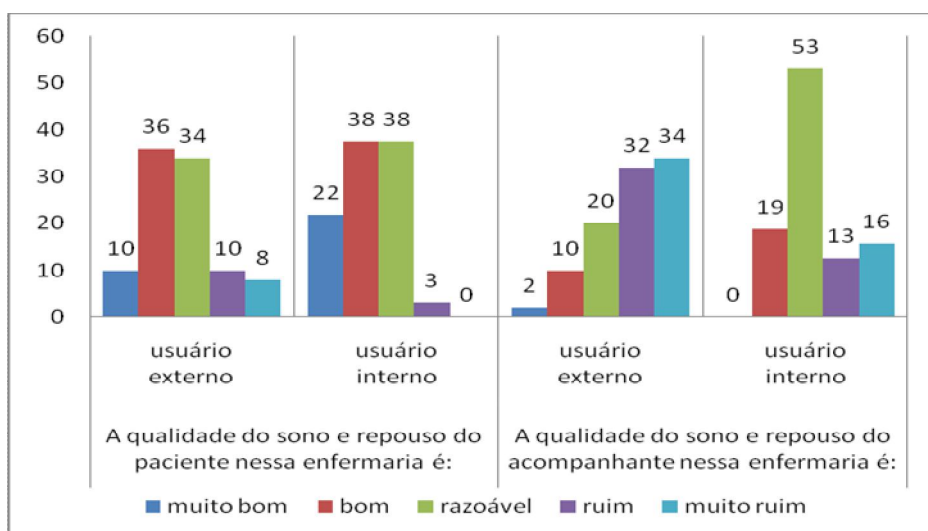


Gráfico 49 - Qualidade do sono e repouso na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.14. Privacidade e confidencialidade

Outro ponto abordado por esta pesquisa foi a questão de privacidade que os pacientes têm nas enfermarias pediátricas para fazerem revelações confidenciais (gráfico 50). Foi possível identificar através das respostas que 38% dos usuários externos consideraram como sendo boa ou muito boa, 34% como sendo razoável e 22% como sendo ruim ou muito ruim. Na opinião dos internos, 29% afirmam que a privacidade é boa ou muito boa, 31% que é razoável e 38% que é ruim ou muito ruim. O alto índice de insatisfação nesta questão pode ser relacionada ao número de leitos existentes em cada enfermaria (seis, ou doze, se considerarmos que há ligação interna a cada duas).

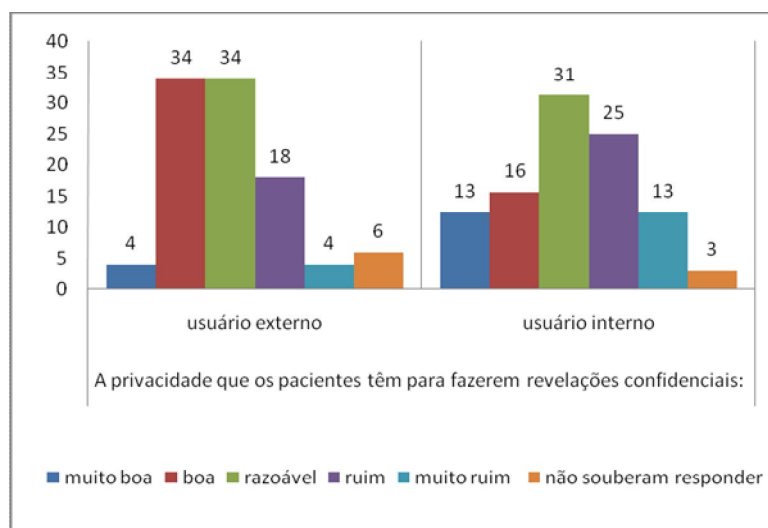


Gráfico 50 - Privacidade na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.15. Suporte nutricional

Neste item, buscou-se entender a opinião dos usuários quanto ao espaço em que são realizadas as refeições. Foi observada uma diferença significativa entre a opinião dos usuários externos e dos internos (gráfico 51). Enquanto 38% dos acompanhantes acham o espaço bom ou muito bom e 46% como razoável, os funcionários avaliaram positivamente como muito bom ou bom em 75% das respostas.

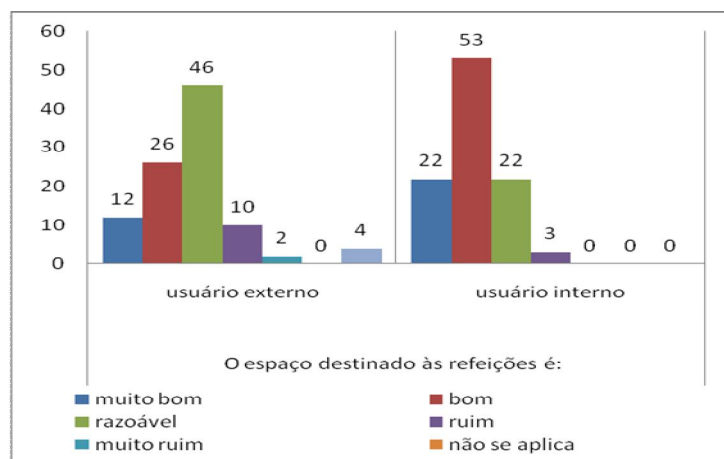


Gráfico 51 - Percepção dos usuários da SCM quanto ao espaço para refeições (fonte: a autora).

5.3.3.16. Distrações positivas

Por se tratar de um ambiente hospitalar, em particular uma pediatria, foi de fundamental relevância investigar a opinião dos usuários quanto às distrações positivas existentes no ambiente.

A primeira questão perguntava a respeito dos espaços em que são realizadas atividades de distração, como música, arte, assistir à TV. A resposta dos usuários externos foi muito boa ou boa em 34% dos casos e razoável para 46% (gráfico 52). Os internos concordam com os acompanhantes, uma vez que 34% acham bom ou muito bom e 53% apontam como sendo razoável.

Outra pergunta destinada às distrações positivas investigava sobre o local para brincadeiras e recreações. As respostas dos acompanhantes apontaram como sendo razoável em 34% das opiniões, como sendo bom ou muito bom em para outros 34% e como ruim ou muito ruim para 16%. Os funcionários acham que o local é bom ou muito bom em 47% das vezes, que é razoável em 38% e ruim ou muito ruim em 15% dos casos (gráfico 52). Observa-se, assim, que há certo grau de insatisfação em relação aos locais de distração positiva.

Buscou-se perceber ainda a opinião das pessoas quanto à paisagem a partir da janela da enfermaria. Para 46% dos internos a paisagem é boa ou muito boa, para 30% é razoável e para 16% é ruim ou muito ruim (gráfico 52). Já os internos responderam como sendo boa ou muito boa em 69% dos casos e como razoável em outros 25%.

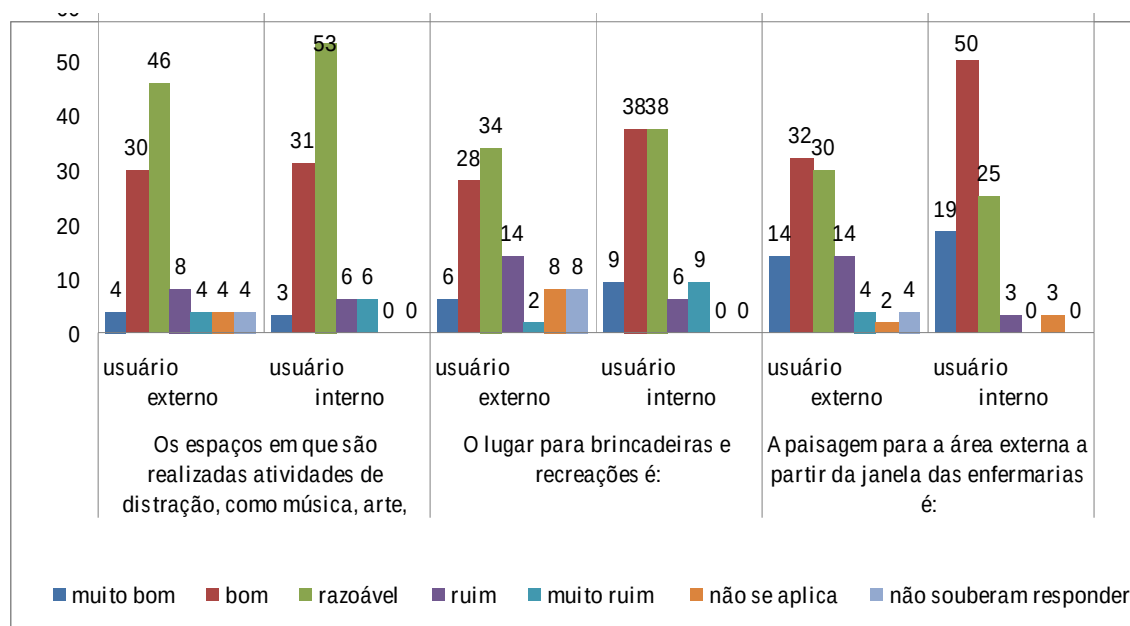


Gráfico 52 - Distrações positivas na SCM (fonte: a autora).

5.3.3.17. Ambientes técnicos

As perguntas relacionadas aos ambientes técnicos foram respondidas apenas pelos usuários internos, ou seja, funcionários do setor. Quando questionados sobre o que achavam a respeito da dimensão do posto de enfermagem, a resposta foi em sua maioria positiva, já que 66% consideram como bom ou muito bom (gráfico 53). Os outros ambientes técnicos, como DML, depósitos e utilidades, foram avaliados por 53% dos usuários internos como sendo bom e por 28% como sendo razoável (gráfico 53).

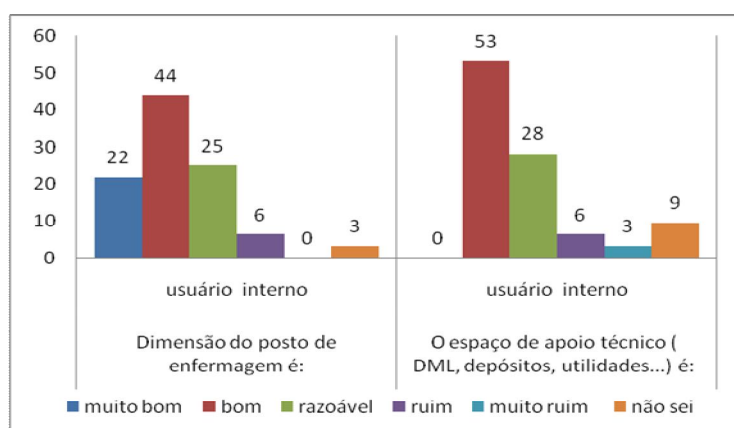


Gráfico 53 - Percepção dos funcionários da SCM quanto aos ambientes técnicos (fonte: a autora).

5.3.3.18. Conforto de funcionários

Buscou-se ainda avaliar o conforto de funcionários, tanto em seu ambiente social quanto de trabalho.

Observou-se que as respostas quanto ao espaço de socialização foi bastante segregada, conforme aponta o gráfico 54, onde 31% dos funcionários consideram bom ou muito bom, 28% como razoável e 32% como sendo ruim ou muito ruim. A pesquisadora observou que, de fato, não há um ambiente destinado ao conforto de funcionários no setor e estes utilizam a sala da enfermeira chefe para pequenas pausas. Já os espaços de atividades de rotina da equipe assistencial foi avaliado positivamente por 65% dos respondentes e como sendo razoável por 28% (gráfico 54).

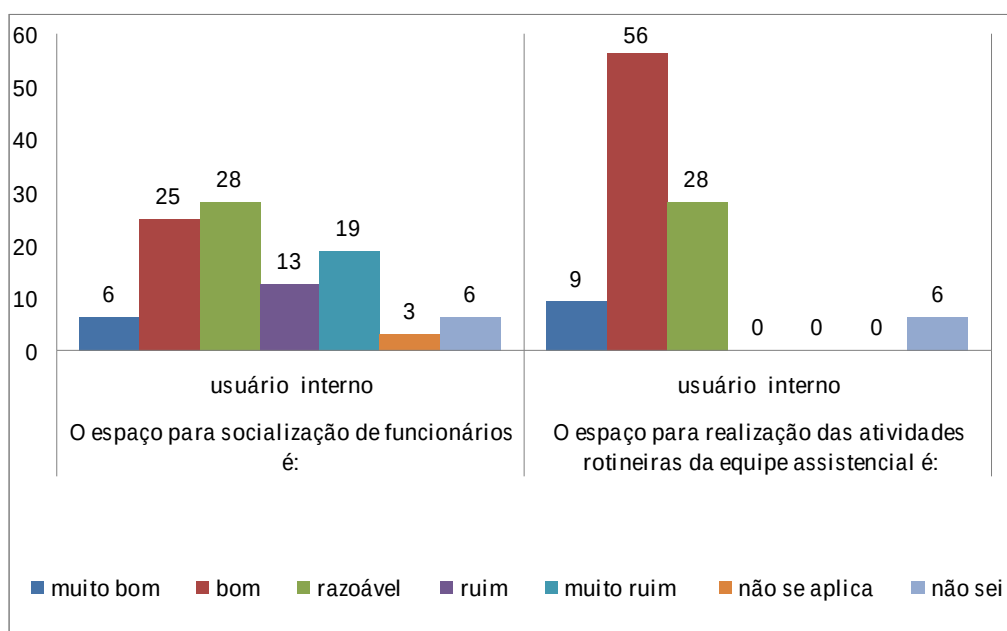


Gráfico 54 - Conforto de funcionários da SCM (fonte: a autora).

6. RECOMENDAÇÕES

A revisão teórica e os estudos de casos realizados durante este trabalho permitiu-nos estabelecer alguns critérios de desenvolvimento de projeto para ambientes de enfermarias de pediatrias que contribuem para uma arquitetura mais humanizada. As recomendações visam propor um ambiente mais favorável à vivência do paciente infanto-juvenil, de seus acompanhantes e dos funcionários em enfermarias pediátricas e estão relacionadas a seguir, segundo uma lógica de criticidade no projeto.

- Um aspecto a ser observado na concepção de enfermarias pediátricas é a adequação às diferentes faixas etárias, sendo sugerido pela pesquisadora que este seja o critério de divisão das enfermarias. Durante o estudo foram constatadas dificuldades de adaptação das diferentes idades ao mobiliário. Tal fato não se restringe apenas ao grupo de adolescentes, uma vez que crianças maiores também se sentem deslocadas quando colocadas na mesma enfermaria de pacientes como menos idade. Isso acaba por acarretar, por exemplo, como visto nos estudos de caso, em dificuldades com o uso dos banheiros que, ou são pequenos para os adolescentes, ou são grandes para as crianças menores. Desta forma, sugere-se que as enfermarias sejam projetadas de acordo com as faixas etárias dos usuários, o que facilitaria, inclusive, a questão de ambiência.
- Um componente citado, tanto pelos acompanhantes, quanto pelos funcionários dos dois estudos de caso, aponta para a ambientação lúdica, com mais referências infantis, tais como figuras nas paredes e murais de fotografia. Além disso, o uso de texturas e cores é visto pelos usuários como uma forma de alegrar o hospital, amenizando o impacto da internação para a criança. Essas medidas são consideradas pela pesquisadora como sendo importantes, uma vez que tornam os ambientes mais familiares e mais próximos ao universo cotidiano do paciente e de seus familiares.
- Os resultados dos funcionários, pacientes e acompanhantes apontam para melhorias na recreação, que nem sempre recebe a atenção necessária das instituições. Não generalizando, apesar dos esforços existentes, ainda são muitos

os aspectos a serem aperfeiçoados quanto às distrações positivas em enfermarias pediátricas. O “brincar” é para a criança parte de seu contexto cotidiano e auxilia na organização dos pensamentos e sentimentos, aliando as sensações quanto ao momento característico que estão vivendo. Segundo Carmo (2008):

Uma vez em que a criança hospitalizada entre em contato com o brinquedo, estará explorando, sentindo, experimentando essa nova realidade de maneira menos estressante. Quando o ambiente hospitalar é preparado de forma criativa, alegre e carinhosa, estimula a criança desenvolver relações interpessoais, além de favorecer os sentimentos de realização, competência e independência, contribuindo para a sua auto-estima, e auxiliando no enfrentamento da doença e da hospitalização. (...) Salientamos ainda a necessidade de existir nos hospitais, um profissional especializado para intervir no tratamento da criança por meio da brinquedoteca.

Desta forma, é fundamental que enfermarias pediátricas disponham de brinquedoteca estruturada, com equipamentos e brinquedos para as diferentes faixas etárias, além de atividades também para os adolescentes. É preciso ainda que haja uma equipe multidisciplinar envolvida, entretendo e auxiliando nas dificuldades que possam vir a existir. É desejável ainda que, quando possível, haja recreação em área aberta, como, por exemplo, um parquinho, distraindo e contextualizando os pacientes quanto às condições externas ao quarto em que estão. Sugerem-se também brinquedos e atividades realizadas nos quartos para as crianças que não podem se locomover. Após as visitas e aplicação dos questionários, foi solicitado por todos os tipos de usuários TVs nas enfermarias, sob a alegação de que “o tempo passa mais rápido”.

- Foi constatado, ainda, após sugestões de todos os tipos de usuários, que a acomodação dos acompanhantes seja de melhor qualidade. Segundo o Artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), os pacientes têm direito à permanência dos pais em período integral. Os pais e/ou acompanhantes devem ter o mínimo de conforto, a fim de que tenham condições de repouso que os deixem preparados para auxiliar no cuidado com os pacientes, já que permanecem horas, dias ou até meses nestes locais. Foi observado que, por vezes, alguns funcionários argumentam com os pais que o hospital não é hotel e por isso não tem que dispor de acomodações confortáveis para os mesmos. Isso reflete uma falha grave de humanização, visto que os pais já estão desgastados devido ao estresse

que a própria situação lhes impõe e acaba por refletir nos pacientes, que invariavelmente ouvem reclamações dos acompanhantes e se sentem culpados pelo desconforto vivido por eles.

- Foi constatado durante a pesquisa que outras questões influenciam e poderiam contribuir para melhorar a estadia dos pacientes nas enfermarias. Nos dois hospitais estudados, houve reclamação de acompanhantes e funcionários quanto aos mobiliários. Ambos apresentam inadequações, como por exemplo, serem muito antigos, o que dificulta a execução de tarefas, a mobilidade e causam ruídos indesejados diante da situação de fragilidade própria a um ambiente hospitalar. O ideal é que fossem trocados por equipamentos de melhor design. Sugerem-se também armários para os objetos pessoais de cada paciente, evitando desorganização e incômodos aos usuários da enfermaria. Outro ponto sugerido pelos pacientes e acompanhantes se refere aos enxovais das enfermarias. Por exemplo, deveriam ter travesseiros e cobertores para todos, pois muitas vezes esses usuários têm que revezá-los, gerando desconforto devido ao número insuficiente que é disponibilizado. Devido às dificuldades no momento das refeições nos quartos, o uso de bandejas é algo simples de ser implantado e de grande eficácia para a alimentação, que usualmente é realizada sem suporte.
- Nas enfermarias dos estudos de caso, foi observado um número excessivo de leitos em algumas delas. Não que estejam necessariamente contrariando a norma RDC 50, que permite até seis leitos por quarto, mas que dificultam a humanização. É necessário um maior distanciamento entre os leitos, notado que há tumulto entre a equipe, acompanhantes e outros leitos quando a área é reduzida. Tal melhoria facilitaria alguma privacidade ao paciente e também uma melhoria na realização dos procedimentos pela equipe assistencial. É recomendada, assim, a redução do número de leitos por enfermaria.
- Ainda considerando a vivência do espaço pelos acompanhantes, em ambos os hospitais houve reclamações quanto ao banheiro dos mesmos. Em ambos os estudos, há reclamações quanto à distância entre os banheiros e as enfermarias, o que acarreta em que os responsáveis deixem os pacientes desacompanhados. O

ideal seria que houvesse melhor distribuição dos banheiros, como, por exemplo, um banheiro de acompanhantes por enfermaria.

- Com esta dissertação foi possível perceber que cada enfermaria necessita de uma atenção particular, tanto no que se refere à demanda observada pelo nível da assistência, quanto à própria organização espacial da arquitetura, visto que ambientes em uma mesma edificação, com estrutura similar, podem apresentar condições diferentes. Foi verificado que é fundamental que se evitem espaços enclausurados, com o uso de janelas nos ambientes, o que proporcionará aos usuários percepções temporais e contextuais. De uma maneira geral, é preciso considerar, ainda, aspectos de conforto ambiental como iluminação, ventilação, controle de temperatura e ruídos.
- A partir dos estudos de casos, foi possível constatar que é preciso maior atenção aos funcionários no projeto de enfermarias pediátricas. Três pontos são destacáveis e recomendados para projetos futuros: (1) descanso de médicos próximo às enfermarias, uma vez que, devido à fragilidade dos pacientes pediátricos, estes necessitem de um atendimento mais imediato; (2) local para o conforto da equipe de enfermagem, visto que constantemente estes não conseguem relaxar e voltar ao trabalho descansados após seu horário de direito; e, por fim, (3) copa para os funcionários, para que esses possam fazer breves pausas, o que permitira um relaxamento, com redução do estresse, para retomar o serviço.
- Algumas recomendações citadas por funcionários ainda valem ser ressaltadas. A primeira é que deve haver um controle de entrada e saída de pessoas no setor pediátrico, isso tendo em vista problemas já ocorridos em outros momentos. O ideal é que esse fluxo fosse restringido pela equipe de enfermagem, através de um posto de enfermagem. Recomenda-se, também, que os hospitais tenham salas/auditórios para reuniões de acadêmicos e residentes, evitando tumulto, barulho ou que ambientes não destinados a esta função tenham que ceder seu espaço, atrasando o cumprimento de suas reais funções. Quanto à sala de curativos e procedimentos, é recomendável que seja ampla, ventilada, próxima ao posto de enfermagem e com ambientação adequada ao setor pediátrico.

- Na concepção do espaço em saúde, cabe ainda ressaltar que a atitude da equipe para com o paciente e o acompanhante faz toda diferença durante a hospitalização. Lembrando que é fundamental, ainda, haver um acompanhamento psicológico para os pacientes e acompanhantes, ajudando-os a lidar da melhor maneira possível com o momento que estão vivendo. Além disso, o acompanhamento pedagógico para as crianças em período escolar torna-se essencial, evitando, assim, que as mesmas fiquem defasadas e ainda mais estressadas durante o período que permanecem internadas. Fato é que a criança e o adolescente devem ser tratados com paciência, atenção e carinho diferenciados.

Abaixo segue a tabela 3 com a síntese das recomendações projetuais até aqui apresentadas, de acordo com o grau de criticidade apontado pelos estudos de casos.

Tabela 3 – Síntese das recomendações projetuais (fonte: a autora).

	OS ESTUDOS DE CASOS DEMONSTRARAM...	RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS	PROPÓSITO
1	• Pacientes de diferentes idades dividindo as mesmas enfermarias.	• Separação das enfermarias e também dos espaços recreativos de acordo com a faixa etária.	• Fazer com que os pacientes se sintam mais familiarizados com o ambiente hospitalar, uma vez que dividirão o espaço com pessoas de idades semelhantes; • Mais conforto no uso dos mobiliários e louças sanitárias; • Adequação da ambiência.
2	• Ambientes com poucos estímulos visuais.	• Uso de referências lúdicas, como imagens infantis nos ambientes para crianças, grafite nos ambientes dos adolescentes, murais de fotografia, dentre outros. • Uso de textura, cores e formas.	• Estimular a percepção dos pacientes quanto ao espaço físico em que se encontram; • Remeter às situações cotidianas; • Propor um ambiente mais alegre.
3	• Ambientes pequenos para recreação, com poucos brinquedos e atividades em horários restritos.	• Brinquedoteca estruturada; • Equipamentos e brinquedos para as diferentes faixas etárias;	• Atender às necessidades não médicas dos pacientes pediátricos, como é o caso de “o brincar”;

		• Recreação em área aberta (ex. parquinho); • Brinquedos e atividades nos quartos, para as crianças que não podem se locomover; • Distrações positivas para pacientes e acompanhantes, como TV e computadores, por exemplo.	• Propor distrações para pacientes e acompanhantes, permitindo a sensação de “o tempo passar mais rápido”; • Fazer com que, mesmo que temporariamente, pacientes e acompanhantes tirem o foco da doença.
4	• Acomodações de acompanhantes precárias, com mobiliários inapropriados e desconfortáveis.	• Poltronas que possam ser abertas como camas; • Mobiliário de melhor qualidade e mais confortáveis.	• Evitar o desgaste físico e emocional dos acompanhantes; • Poupar os pacientes do sentimento de culpa devido à situação inadequada dos acompanhantes.
5	• Mobiliários antigos e barulhentos; • Ausência de armários para guarda de objetos pessoais; • Revezamento de enxovais; • Quando a alimentação é realizada nas enfermarias, não há suporte, dificultando ainda mais o momento da refeição.	• Melhor design de mobiliários, proporcionando maior conforto, facilitando a execução de tarefas, a mobilidade e evitando ruídos; • Prever armários para objetos pessoais; • Prever enxovais (travesseiros e cobertores) para todos, evitando revezamento; • Bandejas para as refeições nos quartos.	• Adequar mobiliários, ajustando às necessidades e anseios dos pacientes e acompanhantes; • Melhorar as condições de conforto; • Evitar desorganização nas enfermarias, minimizando incômodos aos demais pacientes e acompanhantes que dividem o espaço; • Melhorar as condições de trabalho da equipe assistencial.
6	• Enfermarias com muitos leitos.	• Reduzir o número de leitos por enfermarias; • Propor um maior afastamento entre os leitos.	• Melhorar a humanização, já que atender à norma não basta; • Evitar tumulto; • Melhorar a privacidade dos pacientes; • Facilitar a realização de procedimentos pela equipe assistencial.
7	• Banheiro de acompanhantes distantes das enfermarias.	• Melhor distribuição dos banheiros, como, por exemplo, um banheiro de acompanhantes por enfermaria.	• Evita-se que os acompanhantes deixem os pacientes desacompanhados; • Mais comodidade.
8	• Problemas de conforto ambiental, como iluminação	• Planejar a iluminação artificial e natural, adequando às tarefas	• Melhorar as condições de conforto ambiental; • Promover a sensação de

	insatisfatória, ambientes sem controle de temperatura e ruidosos; • Espaços enclausurados.	realizadas no local; • Dispor de barreiras contra ruídos, como esquadrias com tratamento acústico; • Prever formas de amenizar as condições térmicas extremas nas enfermarias (muito quentes ou muito frias); • Evitar espaços enclausurados, com o uso de janelas nos ambientes.	neutralidade em relação ao ambiente; • Percepções temporais e contextuais.
9	• Ausência ou espaços poucos satisfatórios para integração e descanso dos funcionários.	• Descanso de médicos próximo às enfermarias; • Conforto da equipe de enfermagem; • Copa para os funcionários.	• Menor estresse; • Maior produtividade; • Vivência mais sadia nos ambientes hospitalares.
10	• Alguns ambientes técnicos são utilizados em atividades extras, além das quais são inicialmente destinados; • Para que haja um melhor funcionamento do setor, há ambientes que são desejáveis, apesar de no momento não existirem.	• Controle de acesso no setor pediátrico, através de posto de enfermagem com visão direta da entrada; • Salas e/ou auditórios para reuniões de acadêmicos e residentes; • Salas para curativos e procedimentos que sejam amplas, ventiladas, próximas ao posto de enfermagem e com ambientação adequada ao setor pediátrico.	• Restrição do fluxo no setor pediátrico; • Redução de tumultos, ruídos e funções alteradas em corredores e demais ambientes; • Oferecer aos funcionários condições adequadas para o desempenho de suas funções.

7. CONCLUSÃO

7.1. SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS

Esta dissertação foi desenvolvida com a finalidade de compreender como a arquitetura pode contribuir na construção de um ambiente de saúde mais humanizado, auxiliando na recuperação de pacientes, particularmente quando se consideram as enfermarias pediátricas. Para se construir tal conhecimento foi somado aos trabalhos de gabinete, os trabalhos de campo, a partir do estudo de caso em duas instituições em Juiz de Fora, MG. Em ambos os locais foi realizada a caracterização de suas enfermarias pediátricas, a identificação do perfil de seus usuários e os anseios desses para os espaços de saúde ideais.

Os estudos de casos reiteraram o entendimento de que o espaço físico influencia diretamente na vivência dos ambientes de saúde por seus usuários, visto que as condições físicas dos hospitais refletem na conduta social e também no estado psicológico dos mesmos. Isso reforça a idéia de Foucault (ver p.29) e dá uma dimensão a mais da importância do que se tem chamado humanização arquitetônica dos hospitais, pois, além do que ele coloca como função e efeito do ambiente para o procedimento e cura, também há o emocional do paciente. Percebeu-se que a pressão dos sofrimentos e da dor vividos fora do ambiente familiar podem ser amenizados pela boa condição da infra-estrutura física do hospital, proporcionando um ambiente mais confortável e que gere menos transtornos sociais. Como afirma Corbella & Yannas (2003), uma pessoa considera o ambiente confortável quando observa ou sente um acontecimento ou fenômeno sem preocupação ou incômodo ou então quando está em um ambiente físico se sentindo em neutralidade em relação a ele.

Este trabalho demonstrou que, teoricamente, há sim uma crescente preocupação em estabelecer espaços e relações mais humanizadas nos ambientes pediátricos. Na prática, porém, nem sempre essa preocupação se traduz em elementos concretos. Os estabelecimentos de saúde que atendem à criança e ao adolescente, ainda não refletem a plena importância do espaço físico e da ambiência para a recuperação dos pacientes e também para os processos de trabalho mais eficientes.

As particularidades da infância e da adolescência, o lúdico e a aproximação com o universo das brincadeiras, muitas vezes ainda são vistos como supérfluos nas pediatrias, sendo desempenhados de maneira improvisada, sem projeto e em espaços adaptados, quando

estes ainda existem. É preciso que na construção de espaços de saúde pediátricos haja a preocupação com as particularidades de seus usuários, gerando ambientes planejados, uma vez que se entende que as necessidades da infância e adolescência ultrapassam o aspecto médico e simplesmente formal.

Cabe ressaltar que em ambos os estudos de casos ocorrem improvisações com adaptações dos ambientes, não exclusivamente do setor de pediatria, mas praticamente em todo espaço físico das duas instituições. Isso indica a necessidade de que os projetos de arquitetura permitam alterações nos ambientes, dado a evolução própria da saúde por meio da inclusão e/ou mudança de conceitos, técnicas e tecnologias na abordagem da assistência. Em outros termos, o projeto da arquitetura em saúde precisa considerar a possibilidade de flexibilização nos ambientes construídos e de ampliação das edificações.

Outra constatação é a larga abrangência de faixas etárias nas enfermarias pediátricas. Apesar de a infância e a adolescência estarem próximas cronologicamente falando, elas apresentam um abismo entre os seus aspectos físicos, emocionais e intelectuais. Ao mesmo tempo em que a enfermaria pediátrica tende a se configurar em espaços infantilizados, agradando aos pacientes menores, aos pais e até mesmo aos funcionários, os adolescentes sentem-se agredidos, deslocados e ainda mais fragilizados. Ressalta-se, assim, a importância de serem consideradas as particularidades de cada faixa etária de usuário, orientando na configuração de espaços que contribuam para a qualidade de vida durante a hospitalização, desde a ambiência até a adequação de mobiliários e atividades.

Este trabalho corrobora ainda a importância da presença do acompanhante em período integral nas enfermarias pediátricas. E não basta simplesmente “permanecer”, como garante a Lei. As necessidades dos acompanhantes devem ser consideradas não só no projeto arquitetônico como também pela instituição como um todo, uma vez que estas não são as mesmas dos pacientes. Para o bem-estar das crianças e adolescentes internados, seus acompanhantes devem ser tratados dignamente. Mais do que isso, os pais devem estar em condições não só de cuidarem de seus filhos como também de influenciá-los quanto à vivência do espaço, fazendo com que se sintam seguros e protegidos no ambiente hospitalar.

Conclui-se que, para o bom funcionamento de uma enfermaria pediátrica, os funcionários devem ter condições adequadas para o desempenho de suas funções. Reitera-se aqui que, além da importância do planejamento dos espaços técnicos para a equipe assistencial, o projeto de arquitetura deve prever espaços de integração e descanso para os funcionários, propondo uma vivência mais sadia nos ambientes hospitalares. Assim, a concepção de espaços de saúde deve atender necessariamente às demandas de funcionalidade

e conforto, o que certamente minimiza o estresse no ambiente de trabalho e resulta em melhor qualidade de vida. Entretanto, cabe salientar que não se observou durante as entrevistas um questionamento explícito quanto à estética dos ambientes. Suposições podem ser levantadas, como a emergência dos aspectos funcionais para o bom andamento dos serviços, mas isso mereceria um estudo específico.

Seguindo a lógica dos resultados, conclui-se então que, para a efetivação do processo de humanização, são necessários esforços multidisciplinares. Os projetos de arquitetura devem considerar, antes de tudo, os indivíduos que neles habitarão, orientando e planejando espaços que facilitem sua vivência, em todos os aspectos, respeitando a individualidade e as particularidades de cada tipo de usuário envolvido no processo de produção da saúde.

Portanto, além de atender tecnicamente, os projetos para ambientes de saúde devem atender todas às necessidades do ser humano, principalmente quando se considera a criança e o adolescente. É preciso lembrar que a criança, quando em um ambiente de saúde, continua sendo criança e os adolescentes continuam a se descobrir. Não basta, assim, atender apenas às normatizações. O propósito do arquiteto deve ser ir além, criando espaços pediátricos alegres, dinâmicos e motivadores, que atuem em consonância com o bem-estar dos usuários e com as atividades terapêuticas desenvolvidas, a fim de contribuir para a qualidade de vida, promoção da saúde, bem estar físico, mental e emocional de todos os envolvidos no processo.

7.2. SOBRE OS MÉTODOS

Na presente pesquisa, diferentes métodos de investigação foram adotados, buscando caracterizar o ambiente físico das enfermarias pediátricas estudadas e, também, avaliar a percepção dos seus usuários. Cabe aqui uma reflexão sobre tais métodos, considerando o contexto desta pesquisa e as possíveis adequações para trabalhos futuros.

As visitas exploratórias e as leituras espaciais apresentaram resultados significativos para este trabalho, proporcionando uma visão abrangente dos hospitais visitados e das atividades realizadas nos mesmos. As fichas de inventário espacial (apêndice I) contribuíram para a objetividade das informações coletadas. O intuito primordial de tais visitas foi detectar, através das fichas de inventário espacial, os aspectos físico-espaciais das enfermarias. Porém, através da repetição dos trajetos e das conversas informais nesta etapa da pesquisa, foi possível perceber quais são as situações vivenciadas pelos usuários no cotidiano das

pediatrias, o que agregou conteúdo à pesquisa. É interessante salientar que este método dependeu de desprendimento de tempo, dificultando o acompanhamento dos funcionários, que estavam atarefados.

Outros dois métodos foram utilizados para essa investigação: o “Poema dos desejos” e o questionário, baseado no EBD. Neste trabalho, estes dois instrumentos foram agregados em um questionário semi-estruturado (apêndice II), gerando uma aplicação conjunta dos métodos. O “Poema dos desejos” – como descrito no capítulo três desta dissertação – se baseia na espontaneidade das respostas, através do preenchimento da sentença aberta: *“Eu gostaria que esta pediatria fosse (ou tivesse)...”*. Já que este foi aplicado juntamente com às questões objetivas, as respostas, em alguns casos, foram influenciadas por essas perguntas. Isso, porém, não foi avaliado de forma negativa para este trabalho. Enquanto as questões objetivas evitaram que os respondentes perdessem o foco da temática arquitetônica, as respostas à sentença aberta permitiram a expressão mais livre e despreocupada de diferentes pontos. Destaca-se que os usuários apontaram anseios e insatisfações a respeito de diversos assuntos, inclusive quanto ao espaço arquitetônico existente, explicitando e desenvolvendo pontos que identificaram como sendo relevantes nas questões objetivas.

Assim, o cruzamento dos dados obtidos através dos diferentes instrumentos permitiu a compreensão mais aprofundada do universo cotidiano nos ambientes de saúde pediátricos, sendo possível desenvolver recomendações que refletissem na realidade vivenciada por esses usuários. Ressalta-se, assim, que a variedade de métodos permitiu que as informações obtidas se completassem, gerando um maior domínio do tema e maior segurança na análise dos resultados.

7.3. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Tendo em vista os resultados, as análises e as conclusões, acredita-se que os objetivos desta dissertação foram alcançados. É importante, para que ocorra um espaço mais humanizado no ambiente da saúde, que as direções das unidades entendam que a arquitetura tem reflexos na assistência e que também o ambiente hospitalar é percebido pelo usuário como um dos meios do tratamento. Contudo, constata-se a complexidade do assunto, principalmente ao abordar a criança e o adolescente. Neste sentido, acredita-se que o material desenvolvido possa contribuir para a expansão do conhecimento científico e para o auxílio de

futuros projetos de enfermarias pediátricas mais humanizadas. Mais ainda, os resultados obtidos sugerem questões que suscitam temas para novos trabalhos, uma vez que o assunto não pode ser considerado como esgotado. São eles:

- Avaliar as adequações de equipamentos, mobiliários e ambiência às necessidades de cada faixa etária nas enfermarias pediátricas;
- Investigar a percepção dos adolescentes quanto ao espaço hospitalar, entendendo suas necessidades e gerando recomendações práticas de adequação;
- Aprofundar a discussão a respeito das condições de permanência colocadas aos acompanhantes pediátricos nas enfermarias;
- Investigar elementos do espaço físico que podem facilitar o desempenho das funções da equipe assistencial de um EAS;
- Comparar as normatizações existentes à realidade da humanização aplicada em unidades de saúde pediátricas;
- A importância da estética para os funcionários dos ambientes de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, José Gustavo Francis; ASSIS, Adriana de; COSME, Rosângela de Oliveira; JUNQUEIRA, Waina Bella de Castro. O invisível de quem cuida: a humanização das unidades de apoio em ambientes de saúde - uma experiência em Juiz de Fora. *In: I Congresso Nacional da ABDEH / IV Seminário de Engenharia Clínica. Anais...* Salvador: FAUBA / GEA-hosp, 2004.
- ABDALLA, José Gustavo Francis; BORGES, Marcos Martins; OLIVEIRA, Juliana Simili de. Arquitetura para equipamentos públicos e as redes em saúde. *In: I ENANPARQ (Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Arquitetura, Cidade, Paisagem e Território: percursos e perspectivas, 2010, Rio de Janeiro. Anais ...* Rio de Janeiro: 2010.
- ALMEIDA, Agostinha Mariana C. de; VIEIRA, Isabel Daniela Carrilho; MORI, Lúcia Akemi. Brinquedoteca: construção de um espaço terapêutico na unidade de pediatria. **Revista Omnia Saúde**. ADAMANTINA (SP): Edições Omnia, 2007.
- ALMEIDA, Inez Silva de; RODRIGUES, Benedita Maria do R. D.; SIMOES, Sônia Mara Faria. Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. **Revista brasileira de Enfermagem** [online]. Brasília: 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/ez25.periodicos.capes.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200003&lng=en&nrm=iso. Acessado em 27 de dezembro de 2011.
- ARMOND, Lindalva Carvalho. **Buscando compreender o fenômeno da hospitalização para o adolescente**. Dissertação de Mestrado (Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais). Belo Horizonte (MG): UFMG, 1996.
- BAUDRILLARD, Jean. **O sistema dos objetos**. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- BERGAN, Carla; BURSZTYN, Ivani; SANTOS, Mauro César de Oliveira; TURA, Luiz Fernando Rangel. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. Porto Alegre (RS): 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400011. Acessado em 6 de setembro de 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 50 de 21/02/2002**. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: 1965 [1944].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CARMO, Andresa do. **A brinquedoteca hospitalar: uma intervenção positiva para criança hospitalizada**. Monografia (Departamento de Educação do Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem). São Paulo: 2008.

CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em estudo** [online]. Maringá: 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>. Acessado em 01 de dezembro de 2011.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi. **A humanização de Unidades clínicas de Hospital-Dia: vivência e apropriação pelos usuários**. Tese de doutorado (PROARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª. Brasília: 1987. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

COSTA, Lúcio. **Lúcio Costa: registro de uma vivência**. São Paulo: Empresa da Artes, 1995.

CORBELLA, Oscar; YANNAS, Simos. **Em busca de uma arquitetura sustentável para os trópicos**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

FLEMMING, Liane. **Conforto lumínico e acústico em edificação hospitalar: uma APO qualitativa da Unidade de Tratamento Intensivo neuro-vascular do Hospital da Beneficência Portuguesa – RJ**. Dissertação de Mestrado (PROARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2000.

FUNALFA – Fundação Cultural Alfredo Ferreira Lage (org.). **Memória da urbe: bens tombados**. Juiz de Fora (MG): FUNALFA Edições, 2004.

GOÉS, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

HONICKY, Marilise; SILVA, Rosanna Rita. O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. **Psicologia hospitalar** [online]. São Paulo: 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v7n1/v7n1a04.pdf>. Acessado em 27 de dezembro de 2011.

HU-UFJF. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Histórico**. [sem data]. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/hu/institucional/historico/>>. Acessado em: 26 de novembro de 2010.

LANGER, Susanne K. **Sentimento e forma**: uma teoria da arte desenvolvida a partir de filosofia em nova chave. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LUKIANCHUKI, Marieli Azoia; SOUZA, Gisela Barcellos de. **Humanização da arquitetura hospitalar**: Entre ensaios de definições e materializações híbridas. São Paulo: Arqtextos, 2010. Disponível em <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arqtextos/10.118/3372>>. Acessado em: 04 de abril de 2010.

MACHADO, Ernani Simplício ; AZEVEDO, Giselle Arteiro N. ; ABDALLA, José Gustavo Francis . A Importância do Olhar dos Usuários em Ambientes da Arquitetura Hospitalar: uma aplicação do Poema dos Desejos. In: 2º Simpósio Brasileiro de Qualidade do Projeto no Ambiente Construído, 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: 2011.

MARINELLI, Alexandra; TRAMONTANO, Marcelo. **Evolução da assistência a Saúde**. Universidade de São Paulo - Escola de Engenharia de São Carlos. São Carlos: USP/EESC, 2006.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Humanização na Saúde - relação médico paciente no microscópio. **Revista Ser Médico**. 2002. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/sapis/opinioes2.htm>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2010.

MARTINS, Vânia Paiva. A humanização e o ambiente físico hospitalar. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH, 1, 2004. **Anais ...** ABDEH, 2004.

MCCULLOUGH, Cynthia (org.). **Evidence-based design for healthcare facilities**. EUA: Edwards Brothers, Inc., 2009.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MITRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2004.

Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000100015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em: 13 de novembro de 2010.

NOBLIS. For the best of reasons. **Evidence-Based Design**: Application in the MHS. EUA: 2007. Disponível em: <<http://www.noblis.org/MissionAreas/HI/public/Documents/EBDInMHS.pdf>>. Acesso em 27 de fevereiro de 2011.

OLIVEIRA, Helena de. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em: 14 de novembro de 2010.

ORNSTEIN, Sheila; ROMÉRO, Marcelo (colab.). **Avaliação Pós-ocupação do ambiente construído**. São Paulo: Studio Nobel; EDUSP, 1992.

PASCHE, Dário Frederico. Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2009.

PECHMAN, Robert Moses. **Olhares sobre a cidade**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1994. (p.106).

PENNA, Ana Cláudia Meirelles. **A influência do ambiente construído na promoção da saúde**: O caso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Fiocruz/RJ. Dissertação de Mestrado (PROARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2004.

PORTAL DA SAÚDE. **IHAC**. [Sem data]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229>. Acessado em 25 de outubro de 2011.

RHEINGANTZ, Paulo A.; AZEVEDO, Gisele; BRASILEIRO, Alice; ALCANTARA, Denise de; QUEIROZ, Mônica. **Observando a Qualidade do Lugar**: procedimentos para o trabalho de campo. [livro eletrônico] Rio de Janeiro: PROARQ/UFRJ-FAU, 2009.

RYKWERT, Joseph. **A casa de adão no paraíso**. São Paulo, Perspectiva, 2003.

SAMPAIO, Ana Virgínia Carvalhaes de Faria. **Arquitetura hospitalar**: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade; proposta de um instrumento de avaliação. Tese de doutorado (FAUUSP – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo). São Paulo: FAUUSP, 2005.

SAMPAIO, Ana Virgínia Carvalhaes de Faria ; CHAGAS, Suzana Sousa . Avaliação de conforto qualidade de ambientes hospitalares. **Gestão & tecnologia de projetos**, v. 5, nº 2, 2010.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA. **História**. [Sem data]. Disponível em: < <http://www.santacasajf.org.br/historia.htm>>. Acessado em: 26 de novembro de 2010.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2007.

SOUZA, L. L. C ; CAMARGO, R. A. ; LIMA, W. C. ; DOMINGUES, S. K. A.. O planejamento arquitetônico como aliado na promoção da saúde dos clientes. *In: Global Forum América Latina – 2008. Anais do...* Curitiba: 2008.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000200008&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acessado em: 24 de maio de 2010.

TOLEDO, Luis Carlos de Menezes. **Feitos para curar**. Arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil. 2002. Dissertação de Mestrado (PROARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2002.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e Lugar**. São Paulo: Difel, 1983.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. 2004. Dissertação de Mestrado (PósARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo). Florianópolis: UFSC, 2004.

VELUDO DE OLIVEIRA, Tânia Modesto. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração Online: prática, pesquisa, ensino**. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm>. Acessado em: 17 abril de 2011.

VERDERBER, Stephen; FINE, David. **Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation**. New Haven and London: Yale University Press, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Ficha de Inventário Espacial



Universidade Federal de Juiz de Fora
Mestrado em Ambiente Construído

P R O C

INVENTÁRIO ESPACIAL PEDIATRIA

Hospital:

Data:

Horário:

Dados técnicos		
Ambiente:		Pavimento:
Área:	Adequado à demanda?	Pé-direito:

Uso – Horas/Dia:	Uso – Dias/Semana:
------------------	--------------------

Ocupantes	Atividades realizadas
Nº:	

Conforto	
Térmico:	() Muito quente () Quente () Confortável () Frio () Muito frio
Iluminação	() Muito escuro () Escuro () Confortável () Claro () Muito claro
Acústica:	() Muito ruído () Ruído () Confortável () Silencioso () Muito Silencioso

Grau de privacidade:		
() público	() semi-público	() privativo
() compartilhado p/ pessoas em momentos diferentes	() compartilhado p/ pessoas ao mesmo tempo	

Comentários	

Registro dos Revestimentos Existentes no ambiente	Cores
Piso:	Piso:
Parede:	Parede:
Teto:	Teto:
Mobiliário:	Mobiliário:

Croqui Layout Fotografia (mobiliários e equipamentos)

APÊNDICE II – Questionário semi-estruturado



Universidade Federal de Juiz de Fora
Mestrado em Ambiente Construído

P R O C

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Hospital: _____ Data: _____ Horário: _____
 Usuário: () Paciente () Acompanhante () Enfermeiro () Médico () Outro: _____
 Nome e contato (opcional - não serão divulgados): _____
 Idade: _____ Sexo: () F () M Sua família têm: _____ pessoas
 Escolaridade: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Bom dia! Este trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado em Ambiente Construído – UFJF em que está sendo estudado o espaço físico das pediatrias, de acordo com a percepção dos pacientes, acompanhantes e funcionários. Com esta pesquisa, busca-se entender as suas necessidades em relação ao ambiente, de forma a elaborar recomendações para melhorias do local e também para recomendações de projetos futuros.

Sua colaboração é muito importante!

1) Gostaríamos que você descrevesse como seria o ambiente ideal de pediatria na sua opinião. Fique à vontade para desenhar ou escrever o que desejar!

“Eu gostaria que essa pediatria fosse (ou tivesse)...”

Obrigado pela sua contribuição!

2) Marque a alternativa que melhor expresse a sua opinião sobre o ambiente da pediatria:

1) a) O acesso à região do Hospital é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

b) A sinalização da entrada é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

2) Aparência externa do edifício (fachadas, volumes dos blocos, jardins...) é:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim

3) Capacidade de se localizar dentro do hospital, somente com a ajuda das placas é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim

4) Como é a aparência (decoração) dessa pediatria?

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim

5) Como é o conforto e aconchego dessa pediatria?

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim

6) O que você acha da higiene da enfermaria em relação às roupas de cama, banheiros, etc.?

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim

7) O mobiliário é adequado para o uso das crianças e dos adolescentes?

() sim; () não; () não sei;

8) Você observa medidas de prevenção de acidentes nessa enfermaria (como telas, grades, corrimãos, piso antiderrapante extintores, etc.)?

() sim; () não; () algumas () não sei

9) O espaço da pediatria atende às necessidades especiais dos pacientes, como o uso de cadeira de rodas e muletas?

() sim; () não; () razoável; () não sei;

10) O espaço para os acompanhantes nas enfermarias é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim

11) Os espaços em que são realizadas atividades de distração, como música, arte, assistir televisão, etc., são:

() muito bons; () bons; () razoáveis; () ruins; () muito ruins () não se aplica

12) A possibilidade que o paciente tem de personalizar o espaço com objetos do seu gosto é:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

13) O lugar para brincadeiras e recreações é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

14) O espaço destinado às refeições é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

15) A privacidade que os pacientes têm para fazerem revelações confidenciais:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim

16) a) A qualidade do sono e repouso do paciente nessa enfermaria é:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim

b) A qualidade do sono e repouso do acompanhante nessa enfermaria é:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim

17) As janelas permitem a entrada da luz do dia?

() sim; () não; () razoável; () não sei; () não se aplica

18) a) A exposição ao sol da manhã é:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

b) A exposição à luz natural é:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

19) Existem meios que permitem ao paciente controlar a luz (cortinas, persianas)?

() sim; () não; () não sei;

20) A iluminação do ambiente é adequada às suas tarefas diárias?

() muito escuro; () escuro; () confortável; () claro; () muito claro;

21) Em relação aos sons, a pediatria é?

() muito barulhenta; () barulhenta; () confortável; () silenciosa; () muito silenciosa;

22) A temperatura (frio/calor) na enfermaria pediátrica é:

() muito quente; () quente; () confortável; () frio; () muito frio

23) Quando você está dentro do hospital, consegue identificar se é dia ou noite, se está com sol ou chuva do lado de fora?

() sim; () não; () razoável;

24) A paisagem para a área externa a partir da janela das enfermarias é:

() muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se aplica

25) Os ambientes destinados às atividades de rotina dos acompanhantes são:

Banheiros: () muito bons; () bons; () razoáveis; () ruins; () muito ruins () não se aplica

Refeitórios: () muito bons; () bons; () razoáveis; () ruins; () muito ruins () não se aplica

Outros: _____ () muito bons; () bons; () razoáveis; () ruins; () muito ruins () não se aplica

_____ () muito bons; () bons; () razoáveis; () ruins; () muito ruins () não se aplica

26) Dimensão da enfermaria é: () muito boa; () boa; () razoável; () ruim; () muito ruim () não se sei

***As perguntas abaixo são destinada apenas aos profissionais da equipe médica e de enfermagem:**

27) O espaço para realização das atividades rotineiras da equipe assistencial é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não sei

28) Dimensão do posto de enfermagem é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não sei

29) O espaço para socialização de funcionários é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não sei () não se aplica

30) O espaço de apoio técnico (DML, depósitos, utilidades...) é:

() muito bom; () bom; () razoável; () ruim; () muito ruim () não sei

Obrigado pela sua contribuição!

APÊNDICE III - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFJF

Página 1 de 2



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Parecer nº 094/2011

Protocolo CEP-UFJF: 041-420-2011 **FR:** 414237 **CAAE:** 0021.0.420.000-11**Projeto de Pesquisa:** Humanização em saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas**Versão do Protocolo e Data:****Grupo:** III**Pesquisador Responsável:** Juliana Simili de Oliveira**Pesquisadores Participantes:** José Gustavo Francis Abdalla; Marcos Martins Borges**Instituição:** Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora**Matéria para análise:** Folha de Rosto; Projeto de pesquisa; TCLE;**Sumário/comentários do protocolo:**

Justificativa: objeto bem delimitado, tema relevante para a área de saúde. A humanização hospitalar – tanto no âmbito assistencial quanto no do espaço físico – é algo a se observar nos dias atuais, a fim de se estudar diferentes propostas para a Pediatria, tornando-a menos dura e normativa e aproximando-a do universo da criança, sobretudo quando se considera a criança doente, naturalmente frágil e vulnerável.

Objetivo: Identificar, com base na literatura da área, elementos arquitetônico-espaciais que colaboram para compreender e apontar soluções para a humanização de enfermarias, particularmente as pediátricas; verificar quais medidas de humanização vêm sendo aplicadas às enfermarias pediátricas em Juiz de Fora e como a arquitetura influencia na vivência dos seus usuários; analisar e apontar diretrizes que indicam os benefícios da qualidade do ambiente para a humanização.

Metodologia: pesquisa exploratória, sendo a abordagem de natureza qualitativa e tendo como campos de estudo o Hospital Regional João Penido, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Em uma primeira fase, será realizada revisão bibliográfica sobre o tema. Em seguida, serão delimitadas as bases conceituais do estudo, destacando elementos que dão suporte metodológico para a pesquisa de campo e, em um terceiro momento, serão realizados os estudos de casos com levantamentos in loco. Através do desenvolvimento teórico, optou-se pela utilização dos seguintes instrumentos para a realização do Trabalho de Campo: (a) Análise *Walkthrough*, (b) questionários semi-estruturados, com (b-1) perguntas fechadas baseadas na teoria do EBD (Evidence Based-Design) somado (b-2) uma questão aberta apontada pela teoria “Poema dos Desejos” (Wish Poem). A análise dos dados será realizada a partir da organização, classificação e categorização das respostas obtidas na coleta, seguindo uma sequência lógica e visando apreender os aspectos relevantes da infra-estrutura física das pediatrias, de acordo com a percepção do usuário.

Características da população a estudar: , será abordada uma pessoa por leito de internação (paciente acima de 10 anos ou acompanhante) e todos os funcionários do setor de pediatria/em cada um dos turnos (diurno e noturno), estimando-se um total aproximado de 70 questionários

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL - Fone: 40095205
www.cep.hu.ufjf.br - cep.hu@ufjf.edu.br

Prof.^a Dra. Angélica Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU CAS da UFJF

Página 1 de 2

preenchidos no Hospital Universitário da universidade Federal de Juiz de Fora. No Hospital Regional João Penido, estima-se também cerca 70 aplicações de questionários e na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, cerca de 140.

Orçamento: de responsabilidade da pesquisadora.

Cronograma: a coleta de dados será realizada durante os meses de junho a setembro deste, após aprovação do projeto pelo CEP.

Revisão e referências: pertinente ao estudo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, descrição suficiente dos procedimentos, benefícios esperados, forma de assistência e responsável, garantia de sigilo e privacidade, e forma de indenização. A pesquisa oferece risco mínimo

Pesquisadora: apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

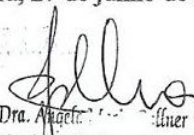
O CEP solicita ao pesquisador que atenda a Carta Circular nº 003/2011 CONEP/CNS datada de 21 de março de 2011, que torna obrigatória a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador em todos os TCLEs com data posterior a 01 de abril de 2011.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 27 de junho de 2011.


Prof.ª Dra. Angélica
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

RECEBI DATA: 04 / 07 / 2011 ASS: Juliana S. Oliveira
--

APÊNDICE IV – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da SCM-JF



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA

PROJETO DE PESQUISA: “Humanização em saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas”.

PESQUISADOR PRINCIPAL: Juliana Simili de Oliveira

INSTITUIÇÃO: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Parecer Consubstanciado 032/2011

I- Identificação:

Título: “Humanização em saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas”.

Pesquisadora Responsável: Juliana Simili de Oliveira

Pesquisadores Participantes: José Gustavo Francis Abdalla e Marcos Martins Borges

II- Objetivos do Projeto:

Investigar as questões relevantes na infra-estrutura física de pediatrias hospitalares, buscando identificar os elementos ambientais que colaboram para humanização do espaço.

III- Sumário do Projeto:

Trata-se de um estudo de casos das enfermarias pediátricas de 3 hospitais de Juiz de Fora (Hospital Regional Dr. João Penido, Hospital Universitário da UFJF e Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora), onde o ambiente físico será avaliado e as aspirações de uma futura unidade “ideal” serão pesquisadas através de entrevistas e questionários, a serem realizados com pacientes, acompanhantes e funcionários das pediatrias hospitalares.

IV- Comentários do relator à Resolução 196/96 e suas complementares em particular sobre:

Análise de Riscos e Benefícios: Não haverá riscos para os sujeitos da pesquisa

Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade: Um maior conhecimento do tema, bem como das aspirações dos usuários e funcionários poderá gerar recomendações para futuros projetos arquitetônicos nos locais do estudo, melhorando a humanização do ambiente hospitalar.

Adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado

Informações adequadas quanto aos financiamentos: Sim

V- Parecer do CEP:

Em relação ao presente projeto de pesquisa, somos de parecer favorável à aprovação.

Data: 21 de junho de 2011

Assinatura do Coordenador:


Dr. Maria José G. Gondim
COORDENADORA DO CEP/SCMJF

APÊNDICE V - TCLE Responsável pelo paciente pediátrico no HU-UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF

JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Mestrado em Ambiente Construído - UFJF.

Pesquisador Responsável: Juliana Simili de Oliveira

Endereço: Faculdade de Engenharia 4ª Plataforma Setor de Tecnologia – sala 4156

Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário

Bairro São Pedro – CEP: 36036-330 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 91267375

E-mail: juliana.simili@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável pelo paciente pediátrico

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”. Neste estudo pretendemos investigar as questões que são relevantes na infra-estrutura física de pediatrias hospitalares, buscando identificar os elementos ambientais que colaboram para a humanização do espaço.

O motivo que nos leva a estudar é o fato de a hospitalização na infância poder se configurar em uma experiência potencialmente traumática, visto que a criança é afastada de seu cotidiano e do ambiente familiar, perdendo assim grande parte de suas referências e causando alterações em sua rotina e na de seus familiares. A humanização hospitalar – tanto no âmbito assistencial quanto no do espaço físico – é algo a se observar nos dias atuais, a fim de se estudar diferentes propostas para a Pediatria, tornando-a menos dura e normativa e aproximando-a do universo da criança, sobretudo quando se considera a criança doente, naturalmente frágil e vulnerável.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: preenchimento de questionário semi-estruturado (em anexo), aplicado sem a presença do pesquisador, com perguntas fechadas (de marcar X) e uma sentença aberta, que poderá ser preenchida com frases ou desenhos, levando em consideração a sua percepção a respeito do ambiente físico da Pediatria. Isso permitirá ao pesquisador verificar a adequação do espaço às atividades que nele ocorrem. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, e responsável pelo paciente pediátrico _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome do responsável pelo paciente pediátrico:

Data:

Pesquisadora: Arquiteta Juliana Simili de Oliveira

Data:

Nome da testemunha:

Data:

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF.

*Hospital universitário Unidade Santa Catarina
Prédio da Administração Sala 27
CEP 36036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br*

APÊNDICE VI - TCLE Funcionário do HU-UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF

JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Mestrado em Ambiente Construído - UFJF.

Pesquisador Responsável: Juliana Simili de Oliveira

Endereço: Faculdade de Engenharia 4ª Plataforma Setor de Tecnologia – sala 4156

Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário

Bairro São Pedro – CEP: 36036-330 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 91267375

E-mail: juliana.simili@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Funcionário da Pediatria,

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”. Neste estudo pretendemos investigar as questões que são relevantes na infra-estrutura física de pediatrias hospitalares, buscando identificar os elementos ambientais que colaboram para a humanização do espaço.

O motivo que nos leva a estudar é o fato de a hospitalização na infância poder se configurar em uma experiência potencialmente traumática, visto que a criança é afastada de seu cotidiano e do ambiente familiar, perdendo assim grande parte de suas referências e causando alterações em sua rotina e na de seus familiares. A humanização hospitalar – tanto no âmbito assistencial quanto no do espaço físico – é algo a se observar nos dias atuais, a fim de se estudar diferentes propostas para a Pediatria, tornando-a menos dura e normativa e aproximando-a do universo da criança, sobretudo quando se considera a criança doente, naturalmente frágil e vulnerável.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: preenchimento de questionário semi-estruturado (em anexo), aplicado sem a presença do pesquisador, com perguntas fechadas (de marcar X) e uma sentença aberta, que poderá ser preenchida com frases ou desenhos, levando em consideração a sua percepção a respeito do ambiente físico da Pediatria. Isso permitirá ao pesquisador verificar a adequação do espaço às atividades que nele ocorrem. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, funcionário da Pediatria do HU-UFJF, fui informado (a) dos objetivos do estudo “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome do participante:

Data:

Pesquisadora: Arquiteta Juliana Simili de Oliveira

Data:

Nome da testemunha:

Data:

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF.

*Hospital universitário Unidade Santa Catarina
Prédio da Administração Sala 27
CEP 36036-110
E-mail: cep.hu@ufff.edu.br*

APÊNDICE VII - TCLE Responsável pelo paciente pediátrico na SCM-JF

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP/SCMJF

JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Mestrado em Ambiente Construído - UFJF.

Pesquisador Responsável: Juliana Simili de Oliveira

Endereço: Faculdade de Engenharia 4ª Plataforma Setor de Tecnologia – sala 4156

Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário

Bairro São Pedro – CEP: 36036-330 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 91267375

E-mail: juliana.simili@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável pelo paciente pediátrico

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”. Neste estudo pretendemos investigar as questões que são relevantes na infra-estrutura física de pediatrias hospitalares, buscando identificar os elementos ambientais que colaboram para a humanização do espaço.

O motivo que nos leva a estudar é o fato de a hospitalização na infância poder se configurar em uma experiência potencialmente traumática, visto que a criança é afastada de seu cotidiano e do ambiente familiar, perdendo assim grande parte de suas referências e causando alterações em sua rotina e na de seus familiares. A humanização hospitalar – tanto no âmbito assistencial quanto no do espaço físico – é algo a se observar nos dias atuais, a fim de se estudar diferentes propostas para a Pediatria, tornando-a menos dura e normativa e aproximando-a do universo da criança, sobretudo quando se considera a criança doente, naturalmente frágil e vulnerável.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: entrevista e questionários a respeito do ambiente (em anexo), Poema dos Desejos (texto ou desenho com opiniões do que deveria ter em um projeto de uma futura unidade), observação direta e sistemática do ambiente durante o uso (feita pelo pesquisador no sentido de verificar a adequação do espaço às atividades que nele ocorrem). Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, e responsável pelo paciente pediátrico _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome do responsável pelo paciente pediátrico:

Data:

Pesquisadora: Arquiteta Juliana Simili de Oliveira

Data:

Nome da testemunha:

Data:

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/SCMJF – Comitê de Ética em Pesquisa SCMJF.

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
Av. Rio Branco, n° 3353 - Centro Juiz de Fora CEP 36.021-630
comitedeetica@santacasajf.org.br

APÊNDICE VIII – TCLE Funcionário da SCM-JF

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP/SCMJF

JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Mestrado em Ambiente Construído - UFJF.

Pesquisador Responsável: Juliana Simili de Oliveira

Endereço: Faculdade de Engenharia 4ª Plataforma Setor de Tecnologia – sala 4156

Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário

Bairro São Pedro – CEP: 36036-330 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 91267375

E-mail: juliana.simili@ufff.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Funcionário da Pediatria,

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”. Neste estudo pretendemos investigar as questões que são relevantes na infra-estrutura física de pediatrias hospitalares, buscando identificar os elementos ambientais que colaboram para a humanização do espaço.

O motivo que nos leva a estudar é o fato de a hospitalização na infância poder se configurar em uma experiência potencialmente traumática, visto que a criança é afastada de seu cotidiano e do ambiente familiar, perdendo assim grande parte de suas referências e causando alterações em sua rotina e na de seus familiares. A humanização hospitalar – tanto no âmbito assistencial quanto no do espaço físico – é algo a se observar nos dias atuais, a fim de se estudar diferentes propostas para a Pediatria, tornando-a menos dura e normativa e aproximando-a do universo da criança, sobretudo quando se considera a criança doente, naturalmente frágil e vulnerável.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: entrevista e questionários a respeito do ambiente (em anexo), Poema dos Desejos (texto ou desenho com opiniões do que deveria ter em um projeto de uma futura unidade), observação direta e sistemática do ambiente durante o uso (feita pelo pesquisador no sentido de verificar a adequação do espaço às atividades que nele ocorrem). Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, funcionário da Pediatria da SCMJF, fui informado (a) dos objetivos do estudo “HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: arquitetura em enfermarias pediátricas”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome do participante:

Data:

Pesquisadora: Arquiteta Juliana Simili de Oliveira

Data:

Nome da testemunha:

Data:

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/SCMJF – Comitê de Ética em Pesquisa SCMJF.

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
Av. Rio Branco, nº 3353 - Centro Juiz de Fora CEP 36.021-630
comitedeetica@santacasajf.org.br

ANEXO I – RDC nº 50/2002 (p.44 e 45)

UNIDADE FUNCIONAL: 3 – INTERNAÇÃO						
Nº ATIV.	UNIDADE/ AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			INSTALAÇÕES	
		QUANTIFICAÇÃO (mín.)	DIMENSÃO(mín.)			
3.1	<i>Internação geral (lactente, criança, adolescente e adulto) ¹</i>					
3.1.2.3.1.3	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos	6,0 m ²		HF;EE	
3.1.3	Sala de serviço	1 sala p/ cada posto de enfermagem	5,7 m ²		HF;EE	
3.1.2.3.1.3	Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha sub-divisão física dos leitos)	7,5 m ²		HF;FAM;EE	
3.1.2	Área para prescrição médica	1 a cada 12 berços ou fração	2,0 m ²			
3.1.3	Área de cuidados e higienização de lactente	15 % dos leitos do estabelecimento.	4,0 m ²		HF;HQ	
3.1.1 a 3.1.5.3.1.7	Enfermária de lactente	Deve haver no mínimo 1 quarto que possa servir para isolamento a cada 30 leitos ou fração	4,5m ² por leito = lactente 9,0m ² = quarto de 1 leito 5,0m ² por leito = criança Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12		HF;HQ;FQ;FAM; EE;ED; FVC (no caso do uso para “ppp”);EE;AC ¹	
3.1.1 a 3.1.5.3.1.7	Enfermária de criança					
3.1.1 a 3.1.5.4.5.9; 4.7.2.4.7.3	Quarto de adolescente		10,0m ² = quarto de 1 leito, ou 14,0m ² com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para “ppp” 7,0m ² por leito = quarto de 2 leitos 6,0m ² por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabecera = inexistente; pé do leito = 1,2 m, lateral = 0,5m Para alojamento conjunto, o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.			
3.1.1 a 3.1.5	Enfermária de adolescente					
3.1.1 a 3.1.5.4.5.9; 4.7.2.4.7.3.2.1	Quarto de adulto	A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento				
3.1.1 a 3.1.5.3.2.1	Enfermária de adulto					
3.1.6	Área de recreação / lazer / refeitório	1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos	1,2 m ² por paciente em condições recreativas / lazer		HF	
8.6.3. 8.6.4	Área ou antecâmara de acesso ao quarto de isolamento		1,8 m ²		HF	
3.1.7	Sala de aula		0,8m ² por aluno			

AMBIENTES DE APOIO:

- Sala de utilidades
- Banheiro para acompanhantes na pediatria (quando existir enfermaria)
- Sanitários para público e funcionário (mas. e fem.)
- Rouparia
- Sala de estar para acompanhantes na pediatria
- Deposito de material de limpeza
- Banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria, exceto lactente, deve ter acesso direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias)
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- *-Sala administrativa
- *-Sanitários para funcionários
- *-Sala de estar para pacientes, acompanhantes e visitantes
- *-Deposito de equipamentos e materiais
- *-Sala para coleta de leite humano (somente para enfermarias)
- *-Copa de distribuição

Obs.: - O posto pode se apresentar dividido em sub-unidades. Neste caso deve haver ao menos uma sala de serviço a cada 30 leitos. Estas sub-unidades podem ter variações quanto à dimensão mínima.

- Na pediatria e na geriatria devem ser previstos espaços para poltrona de acompanhante ao lado do leito. O mesmo deve acontecer no caso de alojamento conjunto, reservando-se um espaço para o berço ao lado da cama da mãe. Nesse último caso as meiragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela. Vide Portaria da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/90).

- Na internação de idosos em hospitais públicos deve ser previsto espaço para poltrona de acompanhante ao lado do leito. Nesse caso as meiragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela. Vide Portaria MSGAB nº 280 DE 07/04/99 publicada no DO de 08/04/99.

- No caso da adoção da técnica de alojamento conjunto, o quarto ou a enfermaria deve possuir uma bancada servida por água quente para higienização do RN, quando esse serviço não for realizado na neonatologia.

- PPP = pré-parto/parto/pós-parto - técnica para partos através de processos fisiológicos. O quarto deve possuir ar para reanimação de RN. No caso do uso de sala separada para reanimação de RN, vide tabela de CPN.

- A área de cuidados e higienização de lactente deve possuir uma pia de despejo.

- A sala de estar para acompanhantes na pediatria é optativa quando a unidade de internação pediátrica, for composta por somente quartos individuais.

- Para internação de transplantados de medula óssea é exigida uma sub-unidade exclusiva, com capacidade de no mínimo 3 quartos individuais com filtragem absoluta do ar interior. no caso de transplantados alógenos e um sub-posto de enfermagem. Os ambientes de apoio poderão ser compartilhados com os da unidade de internação, desde que no mesmo pavimento. Vide Portaria MSGAB nº 1316 de 30/11/00 – Regulamento Técnico para transplante de medula óssea e outros precursores hematopoiéticos.