

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**A humanização de ambientes hospitalares oncológicos
pediátricos – vozes e discursos**

RENATA MOURA DE CARVALHO

Goiânia - Goiás

2016



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**A humanização de ambientes hospitalares oncológicos
pediátricos – vozes e discursos**

RENATA MOURA DE CARVALHO

Orientador: Prof. Dr. LUC VANDENBERGHE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia - Goiás

2016

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

C331h Carvalho, Renata Moura de.
A humanização de ambientes hospitalares oncológicos pediátricos [manuscrito] : vozes e discursos / Renata Moura de Carvalho – Goiânia, 2016.
xiii, 115 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde, 2016.
“Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe”.
Bibliografia.

1. Humanização dos serviços de saúde. 2. Arquitetura – Fatores humanos. 3. Hospitais. I. Título.

CDU 614.21(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 24 DE FEVEREIRO DE 2016 E CONSIDERADA

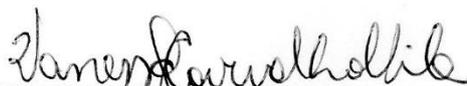
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 

Prof. Dr. Luc Marcel Ademar Vandenberghe / PUC Goiás (Presidente)

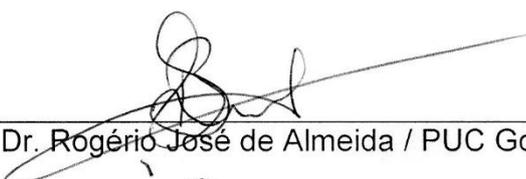
2)

Prof. Dr. Érico Naves Rosa / UFG (Membro Externo)

3) 

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Membro)

4)


Prof. Dr. Rogério José de Almeida / PUC Goiás (Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu o dom do questionamento, de querer buscar aprender sempre mais.

Ao meu pai e Prof. Dr. Gélcio Sisteroli de Carvalho, que sempre cobrou o melhor de mim e serviu de exemplo para buscar cada vez mais meu crescimento profissional.

A minha mãe e Profa. Dra. Iracema Gonzaga Moura de Carvalho, que sempre esteve ao meu lado, compartilhando frustrações e conquistas que surgiram durante meu trabalho. Agradeço também pela companhia nas visitas de campo as quais se tornaram divertidas ao seu lado.

Ao meu professor orientador Luc Vandenberghe, que muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

A todos os participantes da pesquisa.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os participantes da pesquisa que me auxiliaram, me acolheram durante as visitas de campo e me ofereceram subsídios para comprovações e descobertas, em especial à guerreira Anna Clara (*in memoriam*) e à sua mãe Ludimila. Vocês me deram força para terminar esse trabalho. Ao meu mestre Luc Vandenberghe e a cada leitor que utilizar do meu trabalho para melhorar as estruturas físicas das instituições de saúde do Brasil e do mundo.

“Ninguém se cura somente da dor física, tem de curar a dor espiritual também. Passamos a pensar a funcionalidade como uma palavra mais abrangente: é funcional criar ambientes em que o paciente esteja à vontade, que possibilitem sua cura psíquica. Porque a beleza pode não alimentar a barriga, mas alimenta o espírito”.

João Figueiras Lima, Lelé

RESUMO

Com o passar dos anos os hospitais foram se transformando em espaços com alta tecnologia e infraestruturas para atender com mais eficiência uma maior parcela da população. Esse processo gerou a despersonalização devido ao caráter tecnicista que esses ambientes passaram a ter. Muitos ambientes se tornaram frios, assustadores e desumanos repercutindo na qualidade de vida dentro desses espaços. Quando a atenção em saúde é focada na criança ou no adolescente as questões de humanização devem ser levantadas como pontos-chave para o bem-estar durante a hospitalização sendo importante entender a percepção que os usuários e profissionais têm quanto ao ambiente em que estão.

Este trabalho tem como objetivo explorar as perspectivas dos usuários e profissionais de um hospital oncológico pediátrico em Goiânia e de arquitetos regionais quanto à contribuição do ambiente físico arquitetônico para o processo de humanização. Teve como metodologia a pesquisa qualitativa com o suporte teórico na Teoria Fundamentada em Dados Construtivista de Kathy Charmaz (2009), onde os dados foram obtidos a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas com dez acompanhantes, sete pacientes, seis profissionais da saúde e três arquitetos. Dos resultados emergiram seis categorias: Tentativas de adaptação; Desgaste no hospital; Qualidade da estrutura funcional do hospital; Falhas na qualidade do funcionamento do hospital; Qualidade da estrutura física do hospital e Falhas na qualidade da estrutura física do hospital.

Palavras-chave: Humanização, Arquitetura, Espaço, Hospitalar.

ABSTRACT

Over the years hospitals were turning into places with high technology and infrastructure to serve more efficiently a greater share of the population. This process generated depersonalization due to the technicistic nature that these environments became to have. Many environments have become cold, frightening and ruthless reflecting on the quality of life within these spaces. When health care is focused on a child or teenager the patient centered care's issues should be raised as key points to their well-being during hospital stay being important to understand the perception that users and professionals have about the environment they are in.

This study aims to explore the perspectives of users and professionals at a Pediatric Oncology Hospital in Goiânia and of regional architects about the contribution of the architectural physical environment for the process of patient centered care. It had as methodology the qualitative research with the theoretical support in Grounded Theory in Constructivist Data by Kathy Charmaz (2009) where the data was obtained from shared experiences and the relationships with participants. It was used as data collection instrument, semi-structured interviews with ten companions, seven patients, six healthcare professionals and three architects. The results highlight six categories: Attempts to adapt; Wear in the hospital; Quality of the functional structure of the hospital; Failures in quality of the hospital's operation; Quality of hospital's physical structure and failures in the quality of the hospital's physical structure.

Keywords: Patient Centered Care, Architecture, Environment, Hospital.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	2
2.1	Objetivo geral.....	2
2.2	Objetivos específicos.....	2
3	REVISÃO DE LITERATURA	3
3.1	Artigo 1: Humanização de Ambientes Hospitalares – Uma Revisão Integrativa	
4	MÉTODO	23
4.1	Paradigma da pesquisa.....	23
4.2	Características da pesquisadora e reflexividade.....	23
4.3	Ambiente da pesquisa.....	24
4.4	Planejamento para coleta de dados.....	25
4.5	Participantes.....	25
4.6	Execução da pesquisa.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1	Artigo 2: Sentimentos positivos e negativos dentro do hospital.....	34
5.2	Artigo 3: Qualidades e deficiências da estrutura funcional de um hospital oncológico pediátrico.....	48
5.3	Artigo 4: Qualidades e deficiências da estrutura física de um hospital oncológico pediátrico em Goiânia, Goiás.....	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108

REFERÊNCIAS 110

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Relação de artigos para revisão integrativa.....	18
Tabela 2	Categorias, códigos e subcódigos encontrados nas entrevistas.....	40

SIGLAS E ABREVIACOES

DF	Distrito Federal
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Introdução

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico dessa enfermidade. A região centro-oeste é a quarta região com maior incidência da doença (INCA, 2014). Em Goiânia, os hospitais e as clínicas especializadas são responsáveis pelo atendimento dessa demanda.

Quando o paciente é uma criança ou um adolescente, uma atenção maior deve ser dada. São pacientes psicologicamente mais vulneráveis e mais frágeis, os quais necessitam de cuidados especiais (ZANNON, 1991). A oncologia pediátrica surgiu para criar condições necessárias ao atendimento e convivência social, não apenas para tratar dos tumores em si. Com isso, há a ampliação de parcerias, tanto internas quanto externas, ao setor da saúde, levando à organização do Fórum Permanente de Atenção Integral a Criança e ao Adolescente com Câncer. Esse fórum tem como objetivo estabelecer um padrão de qualidade para a assistência de alta complexidade, na Oncopediatria do Sistema Único de Saúde – SUS (INCA, 2014).

De acordo com Waldow e Borges (2011), o cuidado e humanização constitui em uma atividade que lida com o ser humano em situações de vulnerabilidade. Suas ações ultrapassam as tradicionais de cunho mais técnico e com objetivos quase que exclusivamente terapêuticos. O ser humano passa a ser visualizado em sua integralidade sendo assistida a sua subjetividade também com ações estéticas e éticas. Humanizar significa "*tornar humano, dar condição humana, humanizar*". É também definida como "*tornar benévolo, afável, tratável*" e ainda "*fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar*" (FERREIRA ABH, 2009).

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), propõe uma nova relação entre o usuário do SUS e o profissional que o atenderá. A política estimula a implantação de práticas de humanização e as contribuições entre os gestores, profissionais de saúde e usuários. A ideia é trabalhar em parceria, para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e com locais de prestação de serviço mais confortáveis. Essas ações provocam melhorias na ambiência, nas condições de trabalho e no atendimento (BRASIL, 2010).

O projeto arquitetônico incorpora uma visão cada vez mais abrangente. A humanização dos espaços deve ser uma preocupação para que a edificação tenha

um impacto positivo na qualidade do tratamento dispensado aos usuários. Somada ao acolhimento e à ambiência deve agregar ações estruturadas em um conceito de desenvolvimento, objetivando a qualidade de vida e o cuidado nas áreas hospitalares (LORENZATTO, 2009).

O que se observa é que a teorização sobre a humanização e as políticas envolvidas desconsideram as reais vozes envolvidas nos espaços de assistência à saúde. Há uma despersonalização devido ao caráter tecnicista desses locais. As edificações muitas vezes se tornam estereotipadas, amedrontadoras e frias, provocando mal-estar entre os usuários antes mesmo do ingresso ao ambiente. Assim, a justificativa desse trabalho esteia na constatação que há muita coisa a ser feita em torno da humanização e quem pode informar o que deve ser feito são as pessoas que vivenciam essa realidade.

Faz-se o questionamento: Quais são as vivências dos usuários e profissionais no hospital e como essas perspectivas podem informar a teorização sobre o ambiente como fator que interfere no processo de humanização do cuidado hospitalar?

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Descrever a relação entre ambiente físico e funcional e o cuidar em saúde em um hospital oncológico pediátrico.

2.2 Objetivos específicos

1. Apreender as necessidades e as vivências dos pacientes, acompanhantes e profissionais de um hospital oncológico pediátrico;
2. Compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os espaços arquitetônicos humanizados;
3. Identificar a visão dos arquitetos a respeito do papel do espaço físico na humanização.

3. Revisão de Literatura

3.1 Artigo 1

A HUMANIZAÇÃO DE AMBIENTES HOSPITALARES – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

Objetivo: Levantar, sintetizar e descrever os resultados da literatura brasileira sobre a temática da humanização hospitalar nos últimos cinco anos. **Métodos:** Revisão integrativa que permite buscar, avaliar, sintetizar os múltiplos estudos publicados sobre o assunto humanização hospitalar. A busca foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde - BVS e no programa de busca Google Acadêmico, com os descritores: humanização, arquitetura, espaço, hospitalar. **Resultados:** Foram obtidos 23 estudos. Os conteúdos foram agrupados em cinco categorias: problemas do hospital, apoio, missão e dever do hospital, papel da arquitetura e Política Nacional de Humanização. **Conclusão:** a humanização é um ponto relevante para a qualidade das Instituições de atenção à saúde sejam ela relacionada ao espaço físico ou ao atendimento.

Palavras-chave: Humanização, Arquitetura, Espaço, Hospitalar.

Introdução

Cada momento histórico possui características próprias percebidas devido às peculiaridades e necessidades da época. Até meados do século XVIII as pessoas, na maioria pobres e com algum tipo de enfermidade, eram levadas para instituições religiosas onde, ao contrário do que existe hoje, não recebiam tratamento e reabilitação e sim rezas e interseções para salvação de suas almas. Nesses locais havia uma grande incidência de mortes e os médicos ficavam restritos a observações e às análises da pessoa enferma (COSTEIRA, 2014).

Segundo Costeira (2014), o hospital como local destinado ao tratamento terapêutico surgiu após essa época, com as diversas observações, experimentos, proporcionando o avanço da medicina. A doença deixou seu caráter sobrenatural e

inédito para um fato patológico, necessitando assim, de um local próprio para a intervenção, o hospital terapêutico.

Ele passou a ser um ambiente com grande fluxo de pessoas, com diferentes tipos de doença e de riscos de contaminações alarmantes. Percebeu-se então, a importância de se estabelecer ordem nas questões funcionais e espaciais. Surgiram assim, os primeiros projetos destinados a edificações hospitalares, uns mais eficientes que outros, no que diz respeito a funcionalidade. Viu-se então a necessidade de padronização desses espaços, com normas e resoluções rígidas, principalmente as sanitárias (COSTEIRA, 2014).

O hospital de hoje surge então, segundo Costeira (2014), a partir do desenvolvimento e aprimoramento desses processos, devido às necessidades de cada época. Se pensarmos, por exemplo, as necessidades atuais no que diz respeito a saúde, perceberemos que esses espaços devem possuir grande dimensões devido ao maior consumo dos serviços de saúde, ocasionado pela redução da mortalidade infantil somada ao envelhecimento da população.

Juntamente com o aumento de pessoas, em busca de serviços de saúde e de hospitais, sejam eles públicos ou privados, houve também o aumento das exigências quanto à qualidade deles, advindas da humanização dos espaços físicos e do atendimento.

Com base nessas exposições questiona-se: Qual a produção de conhecimento relacionado à humanização dos ambientes hospitalares? A fim de responder essa questão é que se iniciou o estudo com o objetivo de levantar, sintetizar, mapear e descrever os resultados da literatura brasileira sobre a temática de humanização hospitalar nos últimos cinco anos.

Método

Esse estudo utilizou como método a revisão narrativa que permite buscar, avaliar, sintetizar os múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo: humanização dos espaços hospitalares. Para a elaboração dele foram desenvolvidas as devidas etapas: 1. Identificação do tema 2. Seleção da questão de pesquisa 3. Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

de artigos 4. Amostragens e busca na literatura 5. Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados 6. Categorização dos artigos 7. Avaliação dos artigos incluídos na revisão integrativa 8. Interpretação dos resultados 9. Discussão e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

O universo do estudo é composto por artigos brasileiros retirados da Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde, onde foi escolhido entre as áreas temáticas o assunto 'humanização hospitalar' e por publicações indexadas no programa de busca Google Acadêmico com critério de inclusão os descritores humanização, arquitetura, espaço, hospitalar, publicadas em revistas ou jornais ambas no idioma português, no período de 2010 a 2014. A escolha do período é justificada pela implementação do HumanizaSUS no Brasil.

Por meio da base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, a busca resultou em um total de 41 estudos. Desses, após a leitura de títulos foram excluídos 15, resultando 26 para leitura de resumos. Desses, 10 estudos foram excluídos devido fuga a temática desejada, a não publicação em revistas e periódicos e repetição do estudo. O resultado foram 16 artigos para a leitura na íntegra.

No programa de busca Google Acadêmico, a busca resultou em um total de 586 estudos, dos quais por meio de leitura de títulos foram excluídos 530. Desses, após a leitura de resumos foram excluídos 50 devido repetições, estudos não publicados em revistas e fuga à temática proposta. O resultado foram 6 artigos para a leitura na íntegra.

Para análise dos dados foram feitas codificações dos conteúdos em que foi possível classificar os códigos, separá-los e agrupá-los em cinco categorias: 1. Os problemas dos hospitais; 2. A figura do acompanhante; 3. Missão e dever do Hospital; 4. Papel da arquitetura e 5. Política Nacional de Humanização.

Resultados

Os resultados obtidos são visualizados no Quadro 1 o qual são identificados os autores, ano de publicação, objetivos e resultados.

Quadro 1 – Relação de artigos para revisão integrativa

Autor / Ano	Objetivos	Resultados
Lima e Gonçalves (2010)	Firmar a evolução hospitalar, arquitetura versus funcionalidade.	A participação de uma equipe multiprofissional no projeto arquitetônico hospitalar moderno contribui para a eficiência tanto funcional quanto técnica e psicossocial do hospital.
Pinochet e Galvão (2010)	Resgatar teoricamente a interface entre a humanização e a gestão em saúde.	As humanizações do hospital nos aspectos físicos arquitetônicos influenciam a fidelização do cliente assim como relações internas.
Sampaio Neto et al. (2010)	Mensurar os níveis de ruídos de uma uti e avaliar a percepção pelos profissionais da unidade.	A maioria dos profissionais acha que a unidade de terapia intensiva tem ruído de moderado a intenso, e sentem prejudicados pelo barulho acreditando ser possível reduzir o nível de ruídos.
Souza e Costa et al. (2010)	Identificar a percepção dos profissionais sobre os elementos de seu processo de trabalho (objeto, instrumentos, finalidade e produto).	Os profissionais expõem a importância de uma abordagem multidisciplinar no projeto de EAS. Reconhecem a importância de seus cuidados e expõem a satisfação em salvar vidas.
Marcon e Uchimura (2010)	Conhecer a percepção dos acompanhantes sobre o diagnóstico médico pediátrico e os agravantes da hospitalização.	Acompanhantes expuseram a necessidade que possuem em acompanhar seus filhos. E a não-humanização é vista como falta de fornecimento de informações pelos pais.
Costa (2011)	Extraír de pesquisas sobre a arquitetura hospitalar, elementos arquitetônicos desses espaços.	A trajetória arquitetônica dos espaços destinados a saúde é ampla. Passando de pavilhões à monoblocos de transição e modernista.
Nehmy et al (2011)	Conhecer a percepção dos pais quanto ao diagnóstico de leucemia em seus filhos.	Os pais possuem desgastes emocionais devido: demora do diagnóstico definitivo, dificuldades relacionadas à escuta dos sintomas, particularidades clínicas da leucemia e ao encaminhamento no sistema de saúde.

- Vedotto e Silva (2011) Identificar e analisar a humanização percebida pelos acompanhantes de pacientes internados em uma UTI. Na percepção do familiar, a sala de espera é acolhedora, pois possibilita o diálogo sobre a dor e a esperança, além de ser o local onde recebem informações da equipe médica que muitas vezes esclarece a situação do paciente.
- Costa e Padilha (2011) Analisar de que forma vem sendo instituído o saber em relação à presença da família na unidade de terapia intensiva neonatal. Enfermeiros reconhecem o direito que acompanhantes têm de acompanhar seus filhos afirmando ser de extrema importância para a saúde da criança.
- Predebon et al. (2011) Descrever a percepção da equipe de enfermagem sobre a visita dos familiares de pacientes internados em unidades intensivas. Enfermeiros reconhecem a importância do acolhimento meio a um ambiente hostil e do fornecimento de informações para tranquilidade dos cuidadores. Expõem as suas angústias meio às intensas abordagens dos pais.
- Andrade e Panza (2011) Analisar a contribuição das redes de apoio no enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer de mama. As redes de apoio são importantes para o enfrentamento do câncer sendo fator determinante na adaptação ao tratamento e possível cura.
- Taets et al. (2012) Analisar a percepção de pacientes sobre a humanização da assistência hospitalar em uma UTI. Aspectos como o ambiente físico, o cuidado com o paciente e seus familiares e a atenção dos profissionais foram levantados por usuários como essenciais para a humanização.
- Sprandel e Vaghetti (2012) Identificar a percepção dos enfermeiros sobre a valorização do trabalho e motivação profissional. Os enfermeiros afirmam que sentir-se bem cuidado é fator determinante para um atendimento humanizado devendo o hospital fazer ações de humanização para os trabalhadores.
- Furtado et al. (2012) Apresentar a percepção de mães acerca do As mães reconhecem que há uma brusca mudança na vida dos pacientes pediátricos. Precisam ser fortes para

	cuidado da criança em tratamento dialítico.	transmitir segurança para seus filhos. Porém, apoio da equipe é essencial.
Rangel e Garcia (2012)	Analisar como certas condições materiais e políticas vêm dia a dia se concretizando em um serviço de pediatria da rede pública municipal.	A participação de terceiros na condução médico-assistencial de crianças hospitalizadas em unidades de saúde tem consequências diretas sobre a qualidade do ambiente físico hospitalar.
Gomes et al. (2012)	Entender a percepção da hospitalização pelo olhar da criança e do adolescente, observada por meio de seus sentimentos e vivências.	A hospitalização, se feita em ambientes desprovidos de humanização, é vista como experiência estressante para pacientes pediátricos, causando agravos emocionais.
Willrich et al. (2013)	Apreender a importância da ambiência de Centro de Atenção Psicossocial e sua relação com o processo terapêutico em saúde mental.	A construção de um ambiente confortável fisicamente e de boas relações entre profissionais e pacientes potencializa o processo de reabilitação psicossocial.
Carneiro et al. (2013)	Entender a experiência de mulheres internadas devido abortamento, a partir do percurso e das interações com outras usuárias e profissionais.	A experiência das mulheres foi marcada por sentimentos negativos, pela dor física e emocional, mas, também, pelo alívio com o fim da gravidez e do risco de morte. Sofrimento adicional atitudes de discriminação.
Oliveira, Teixeira e Almeida (2013)	Identificar humanização da assistência em relação a significado, fonte de informação e percepção da equipe de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica (UIP) sobre a sua própria assistência.	Os profissionais de enfermagem consideram que prestam assistência humanizada e que a humanização é condição primordial para o estabelecimento de uma assistência de qualidade

Santana e Madeira (2013)	Conhecer a percepção de médicas e enfermeiras acerca da presença da mãe na UTI Neonatal e analisar os fatores facilitadores e dificultadores das relações interpessoais.	A importância do trabalho multiprofissional é ressaltada, além do reconhecimento dos aspectos emocionais das mães e a interação com a família, a fim de proporcionar segurança, afetividade e atendimento qualificado.
Guida, Lima e Pereira (2013)	Escrever os critérios que os enfermeiros usam para indicar o ambiente de relaxamento às parturientes	Segundo as enfermeiras, o ambiente influencia no estado emocional da mulher e, por conseguinte, na evolução do parto sendo necessário um ambiente de relaxamento.
Fernandes e Göttems (2013)	Analisar se a estrutura médica de hospital público do Distrito Federal (DF) é aceitável aos padrões da ambiência propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH).	Os dispositivos propostos pela PNH, como: Morfologia, luz, cheiro, som, sinestesia, arte, cor, áreas externas e privacidade e individualidade, não estão completamente implantados no hospital público do DF.

Interpretação da literatura revisada

Os problemas dos hospitais

Contemplaram o tema “Problemas dos Hospitais”, 18 artigos. Entre os diversos problemas, aqueles relacionados às angústias dos usuários merecem destaque, uma vez que foram encontrados em maior número de artigos. De acordo com eles, a desumanização do trabalhador, seja por falta de condições de trabalho ou por desvalorização como profissional, causa angústias e decepções podendo afetar a forma de tratar o paciente.

De acordo com Sprandel e Vagheti (2012), muitas instituições estão deficientes quanto às políticas de valorização dos trabalhadores que também são expostos a fragilidades emocionais. Os profissionais da saúde convivem diariamente com as dificuldades e fraquezas de outros seres humanos, que os conduzem a refletir e agir

sobre sua relação com o trabalho, levando a organizar ou desorganizar mentalmente, fisicamente ou afetivamente os desafios diários.

Oliveira, Teixeira e Almeida (2013) afirmaram que humanizar o ambiente de trabalho não diz respeito a um local impecável e de extremo conforto, mas se relaciona às condições favoráveis de trabalho, com disponibilidade de materiais para a assistência. Complementarmente, as autoras Sprandel e Vagheti (2012) levantaram que a “inadaptação entre as necessidades provenientes da estrutura mental e o conteúdo ergonômico da tarefa pode traduzir-se por uma insatisfação ou por um sofrimento, ou até mesmo por um estado de ansiedade do profissional”.

A instituição que busca uma assistência humanizada não deve se atentar à apenas um tipo de usuário. Deve abordar também os profissionais oferecendo um ambiente propício para um atendimento humanizado. Segundo Oliveira, Teixeira e Almeida (2013) “como você vai oferecer serviço humanizado se você não foi humanizado pelo serviço? ”.

As angústias dos acompanhantes também foram expostas nos artigos que afirmam que elas são vistas decorrentes dos medos da doença do filho, do cansaço que o cuidado causa e da falta de informação por parte da equipe médica, fator este levantado como de extrema importância para a humanização (FURTADO et al., 2012)

Nehmy et al. (2011) afirmaram que com o diagnóstico de doenças graves em crianças vem à tona o medo da morte, a inversão da ordem natural da vida e a possibilidade de perda tornando uma catástrofe para a família. Melo, Marcon e Uchimura (2010) apresentaram que os cuidadores se sentem extremamente impotentes, por não saber o que fazer para ajudar a minimizar a dor do filho, intensificando ainda mais suas angústias e medos.

Outros fatores de estresse foram expostos por Furtado et al. (2012) que afirmaram que ficar longe dos outros filhos, ser a única cuidadora da criança, ou ter que cuidar do filho doente e ainda da organização do lar, da família, da própria saúde levam as mães a um intenso cansaço, desesperança e desgaste.

Santana e Madeira (2013) levantaram que nesses períodos de incertezas dos pais as relações estabelecidas com os profissionais têm um papel fundamental.

Segundo as autoras, a comunicação efetiva entre eles é uma estratégia importante para a minimização das angústias e conflitos, podendo ser determinante para que os pais se sintam seguros em um ambiente que lhes é adverso.

Por outro lado, a falta de comunicação pode comprometer o processo de humanização da assistência à saúde da criança e na satisfação com o atendimento recebido. Fornecer informações aos pais é uma ação que deve ser incorporada à prática médica (MELO; MARCON; UHIMURA, 2010).

As angústias das crianças foram levantadas nos artigos, que abordam a mudança do cotidiano, abandono da escola, falta de atividades lúdicas e afastamento da família como fator estressante (GOMES et al., 2012)

A hospitalização configura uma experiência difícil para a criança que passa grandes períodos longe de casa, dos amigos e de familiares. Além disso, afirmaram que procedimentos invasivos e dolorosos, falta de humanização do atendimento e serviços de saúde geram ansiedade, já que estão sensíveis e com medo dessa nova realidade (MELO; MARCON; UCHIMURA, 2010).

Furtado et al. (2012) afirmaram que as alterações da saúde desencadeiam na criança estresse, que colabora para as alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento. Além disso, levantaram que elas sentem falta do brincar. Gomes et al. (2012) complementaram afirmando que a falta de diversão leva a outros sentimentos como o da tristeza, saudade de casa e dos amigos e solidão. “O brincar faz parte da infância, constitui uma ferramenta necessária para os processos de socialização, comunicação, habilidades e amplia as possibilidades de desenvolvimento”. Assim, atividades lúdicas são de grande importância para a humanização do atendimento devendo o hospital dispor de um local e de profissionais capacitados para promover atividades recreativas e lúdicas, que despertem sensações de alegria.

Outro problema exposto diz respeito a tecnicidade dos profissionais que são acometidos pelas rotinas intensas de trabalho. Melo, Marcon e Uchimura (2010) afirmaram que a formação acadêmica desses profissionais privilegia a tecnologia às humanidades, não dando a necessária atenção à construção de habilidades comunicativas, habilidades essas que foram levantadas pelos artigos como deficitária.

Predebon et al. (2011) complementaram ao afirmar que existe acomodação dos profissionais, que acabam detendo-se nos procedimentos rotineiros. O que faz com que não percebam que a orientação aos familiares também faz parte do cuidado. Santana e Madeira (2013) defendem que os profissionais devem valorizar os aspectos emocionais, identificando situações de vulnerabilidade, bem como a interação com a família, buscando proporcionar segurança, afetividade e atendimento qualificado.

Por último, problemas físicos do hospital foram expostos nos artigos, sejam eles relacionados a má iluminação, maus odores, ruídos ou falta de privacidades. A iluminação, seja ela natural ou artificial, além de necessária para a realização de atividades médicas, contribui para uma ambiência mais aconchegante quando utilizada de forma correta. Quanto aos odores e ruídos, Fernandes e Göttems (2013) afirmaram que são fatores que visualmente podem ser imperceptíveis, mas que exercem forte influência sobre o estado de bem-estar do usuário no espaço hospitalar, assim como as questões de privacidade. As autoras defenderam que a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente e pode ser garantida com o uso de divisórias, cortinas, elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade.

A figura do acompanhante

Sobre o tema “A figura do acompanhante”, 11 artigos foram utilizados. Eles tratavam da importância que o apoio de familiares promove, por meio da permanência no hospital, na qualidade e aceitação do tratamento pelos pacientes pediátricos, sendo defendido pelos profissionais e pelo estatuto da criança o direito da criança ao acompanhante.

Rangel e Garcia (2012) afirmaram que o hospital é um ambiente hostil para a criança enferma e só a permanência de referências significativas para a criança pode amenizar o sofrimento e o medo que estão sentindo. É a presença dos pais que ajuda a criança a vivenciar e suportar o incômodo e a dor da hospitalização e nas respostas mais rápidas e positivas ao tratamento. Além disso, a presença dos pais ajuda no acesso do médico à criança que se torna mais segura. Para as pesquisadoras, os próprios membros da equipe de saúde passaram a reconhecer o direito que mães e

crianças internadas tinham de permanecerem juntas devido a recuperação das crianças e às respostas positivas ao tratamento.

Vedotto e Silva (2011) complementaram ao afirmar que o familiar imprime a sensação de bem-estar e segurança, influenciando no processo de recuperação, diminuindo o sentimento de desamparo e solidão diante de um ambiente, que para o paciente, pode ser agressivo e traumatizante.

Assim, o Ministério da Saúde Brasileiro, por exemplo, coloca a presença e a participação da família como elementos fundamentais no apoio à criança. De acordo com Santana e Madeira (2013), o Estatuto da Criança e do Adolescente determina no artigo 12 que “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”.

Os artigos também trazem a importância do apoio para os acompanhantes como meta de melhoria da capacidade de resiliência em meio a um ambiente hostil com consequência para a eficiência no cuidado com o filho.

Predebon et al. (2011) afirmaram que é importante o acolhimento dos familiares, por parte da equipe médica, compreendendo seus medos, angústias e aflições e lhe forneça orientações que os tranquilizem. Willrich et al. (2013) complementaram ao afirmar que os pais têm necessidades desse acolhimento, sendo valorizadas as ações do profissional de saúde que compartilha a experiência da família e o cuidado da criança. Após essas ações de humanização, os acompanhantes se tornam capazes de adaptar à rotina hospitalar, melhor ostentando seu papel de cuidador.

Missão e Dever do Hospital

Foram abordados 13 artigos que trataram do tema “Missão e Dever do Hospital”. Segundo eles a humanização é primordial para uma boa qualidade do ambiente. Sendo assim, as instituições de saúde devem contemplar ações de humanização em prol do bem-estar dos usuários, sejam eles acompanhantes, pacientes ou profissionais, nas diversas esferas que envolvem um ambiente hospitalar.

Fernandes e Göttems (2013) afirmaram que a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. É a busca constante de harmonia entre trabalhadores, gestores, pacientes e acompanhantes visando o cuidado integral.

Para Taets et al. (2012), a unidade de saúde deve ter como objetivo o atendimento de qualidade à população. Para isso é necessário pensar em um conjunto de ações capazes de atender três dimensões: a humanização do atendimento ao usuário; a humanização das condições de trabalho do profissional e o atendimento da instituição em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas.

Complementarmente, Sprandel e Vagheti (2012) defenderam que o hospital humanizado contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa a valorização e o respeito à dignidade da pessoa, garantindo condições para um atendimento de qualidade. Assim, o desafio é criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos, na qual cotidianamente se façam presentes os valores da humanização.

Os artigos também abordaram sobre a capacidade que os usuários passaram a ter de perceber o espaço físico em que estão. Segundo eles, pacientes e acompanhante se tornaram mais exigentes quanto ao conforto oferecido e destacaram a importância da intervenção de profissionais na exposição para gestores das necessidades gerais.

Willrich et al. (2013) afirmaram que os usuários estão atentos às condições ambientais a que estão expostos como ventilação, ruídos, poeira e espaço físico insuficiente, denotando o conhecimento sobre o território onde circulam e o entendimento da influência desses fatores ambientais na construção de um espaço com qualidade.

Fernandes e Göttems (2013) expuseram que o próprio usuário começou a questionar e a sentir necessidade da oferta não só do cuidado, como também da segurança, conforto e, principalmente, bem-estar. Afirmaram que os profissionais têm maior capacidade crítica que os usuários. Sendo assim, eles devem conhecer melhor as políticas públicas e seus direitos, para maior empoderamento dos usuários e

buscas por maiores articulações com os gestores para implantação de planos e metas no sentido da efetivação da Política Nacional de Humanização.

Complementarmente os artigos levantaram a importância de uma abordagem multidisciplinar com participação da sociedade, das diferentes áreas médicas, gestores e engenheiros na elaboração dos projetos arquitetônicos.

Para Souza et al. (2010) o trabalho institucional em saúde é desenvolvido, predominantemente, como um trabalho coletivo. A não articulação interdisciplinar, em prol da atenção à saúde, gera fragmentação da assistência. Sendo assim, é importante que nos projetos desses espaços sejam levantadas as necessidades de todas as áreas envolvidas.

Lima e Gonçalves (2010) complementaram expondo que arquitetos e consultores devem trabalhar juntos combinando os conhecimentos da administração com o funcionamento hospitalar, porém sem esquecer o conhecimento da Política Nacional de Humanização.

Papel da Arquitetura

O papel da arquitetura foi abordado em 8 estudos. De acordo com eles, a arquitetura moderna deve adaptar-se às novas exigências da sociedade, com preocupações relacionadas principalmente ao acolhimento, porém sem deixar de lado as normas técnicas norteadoras desses espaços.

Brito (2013) defendeu que a arquitetura hospitalar deve ser adequada às novas exigências e demandas hospitalares no que se refere às instalações, bem-estar do paciente, acolhimento e respectiva humanização. Para ele, o projeto hospitalar que engloba todos esses fatores é um desafio para os arquitetos, pois as normas são cada vez mais inflexíveis dificultando ações de humanização do espaço.

Lima e Gonçalves (2010) levantaram que os profissionais da área de construção possuem uma resolução específica, a Resolução das Diretrizes Colegiadas nº 50, que dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ao qual todos devem obrigatoriamente seguir.

Além disso, os artigos afirmaram que os espaços físicos desses estabelecimentos devem favorecer a cura e as relações pessoais sejam elas entre familiares ou médico-paciente. Brito (2013) defendeu que a arquitetura hospitalar é fundamental para a construção de um ambiente mais acolhedor, aconchegante e humanizado, fatores esses que facilitam o processo de adaptação e cura do cliente de saúde. A tipologia da edificação pode ajudar bastante no tratamento de algumas doenças. O sistema pavilhonar, por exemplo, atendia de forma eficiente ao tratamento da tuberculose pulmonar, que exigia áreas livres e verdes e o aproveitamento dos ventos.

Para projetos de instituições de saúde eficientes, os artigos tratam da importância de serem feitos estudos pelos arquitetos, tanto das características dos usuários quanto do terreno, clima e viabilidade econômica.

Lima e Gonçalves (2010) afirmaram que o hospital trabalha diretamente com o ser humano e precisa explorar todos os aspectos para trazer conforto e facilidade no dia a dia do usuário. Segundo eles, ao realizar o projeto hospitalar os arquitetos devem respeitar as condições ambientais, criar espaços lúdicos e lembrar que podem ocorrer expansões futuras.

Vedotto e Silva (2011) defenderam que a humanização hospitalar necessita ser implementada de acordo com a singularidade de cada pessoa. Sendo assim, é imprescindível estudar as características de cada tipo de usuário para um projeto eficiente.

Complementarmente afirmaram que hospitais geram lucro e, por isso, é imprescindível o entendimento das necessidades dos usuários para a competitividade no mercado. Hospitais passam a ser vistos como hotéis dos quais aqueles que oferecem maiores quantidades de bens e serviços saem ganhando.

A hotelaria hospitalar visa o bem-estar do cliente, desde a sua chegada ao hospital até a sua saída. Durante todo o período em que estiver no hospital, ele poderá receber o atendimento mais humanizado. O objetivo é oferecer uma gama de serviços, sejam eles conforto, bem-estar ou segurança (FERNANDES; GÖTTEMS, 2013)

Fernandes e Göttems (2013) expuseram que com o passar do tempo forma-se uma nova imagem de hospital, que não existe apenas para tratar doenças, mas para promover qualidade de vida, produzir conhecimento e oferecer o principal serviço, a promoção da saúde.

Lima e Gonçalves (2010) atentaram para um fator importante. Os recursos físicos nos hospitais assumem grande importância e a busca pela excelência ficou acirrada. O aprimoramento contínuo de forma a entender as exigências dos usuários para que estes se sintam satisfeitos no ambiente e fidelizem com o hospital passa a ser primordial, pois as instituições deixaram de serem instituições de caridade e agora visam lucros.

A Política Nacional de Humanização

Contemplaram o tema “Política Nacional de Humanização”, 14 artigos. Segundo eles, a PNH propõe investir no tratamento dado à ambiência, que valoriza o trabalho e o trabalhador, defende os direitos do usuário ao acolhimento e tem aversão às formas tecnicistas que os hospitais têm de lidar com seus usuários.

Vedotto e Silva (2011) afirmaram que a política foi implantada como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente em que a humanização pode ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. De acordo com as autoras, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento.

Oliveira, Teixeira e Almeida (2013) complementaram expondo que essa política é recomendada pelo Ministério da Saúde como eixo norteador das práticas de assistência e gestão no Sistema Único de Saúde. Segundo eles, os princípios da política destacam a valorização dos profissionais da saúde, condições de trabalho e estrutura adequadas, fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional e a educação permanente.

Os artigos expuseram a importância da humanização dos trabalhadores, principalmente para a melhoria da qualidade do atendimento, elemento chave no cuidado e essencial para a humanização.

Fernandes e Göttems (2013) argumentaram que em hospitais onde a ambiência foi implantada, mesmo que parcialmente, aumentou a satisfação, adesão ao tratamento, confiança e o respeito entre profissionais e usuários, além de tornar o ambiente harmoniosamente organizado com melhor locomoção e segurança.

Oliveira, Teixeira e Almeida (2013) destacaram que a assistência humanizada depende da estrutura física do hospital, bem como de questões de organização e gestão do serviço. Para eles, só existe assistência humanizada quando o protagonista da ação se sente humanizado.

Além disso, os artigos expuseram que enfermeiros são de grande importância para o entendimento das necessidades dos clientes hospitalares, uma vez que estão mais próximos deles, e por isso devem levar em consideração todos os aspectos que os envolvem para o cuidado eficiente.

Taets et al. (2012) defenderam que focalizar a humanização no paciente requer dos profissionais de saúde um cuidado integral e comprometido desde o ingresso no hospital, reconhecendo suas necessidades e angústias.

Gomes et al. (2012) concordou afirmando que os profissionais necessitam não só ter conhecimento e cuidar dos aspectos patológicos da criança e do adolescente, mas percebê-los em seus aspectos emocionais e sociais. Assim, conseguirão utilizar técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento.

Andrade, Panza e Vargens (2011) afirmaram que é importante conhecer a experiência vivenciada pelos pacientes e acompanhantes para então oferecer-lhes não só o cuidado relacionado aos procedimentos técnicos, mas também um suporte às suas condições de vida e de relação com seu meio

Os artigos expuseram, também, que esses profissionais se sentem bem com a capacidade de salvar vidas e proporcionar um tratamento menos invasivo. Sprandel e Vagheti (2012) afirmaram que os enfermeiros se sentem satisfeitos com o trabalho que desenvolvem no hospital. Dentro os motivos da satisfação, a afinidade com a especialidade que desenvolvem foi levantada como positiva, além da crença de estar fazendo um bom trabalho e de dar conta da demanda cumprindo as tarefas pré-determinadas. Outros motivos de satisfação foram a visualização dos resultados

positivos advindos da assistência prestada, além do bom relacionamento com a equipe de trabalho.

Conclusão

É indiscutível a influência que o ambiente hospitalar causa na saúde dos usuários. A preocupação, por exemplo, com questões relacionadas à qualidade de vida de profissionais não traz apenas benefícios para essa classe, mas influencia também a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes e acompanhantes. Complementarmente, pacientes e acompanhantes sentir-se bem cuidados tanto relacionado às questões interpessoais quanto àquelas físicas do espaço, provocam uma maior qualidade de vida e aceitação do tratamento, podendo repercutir no processo de cura.

O apoio também exerce grande influência para a qualidade de vida nesses espaços. Os autores utilizados nesta revisão expuseram a importância que a presença dos pais causa na aceitação do tratamento pelo filho, principalmente por serem peças chave para a relação médico-paciente. Por outro lado, o apoio a esses acompanhantes por meio de esclarecimentos também é essencial para a qualidade de vida, uma vez que se tornam mais fortes para exercerem o cuidado.

É importante criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos na qual, cotidianamente, se façam presentes os valores da humanização.

Bibliografia

ABNT. Resolução – RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BR). **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos.**

ANDRADE, G. N.; PANZA, A. R.; VERGENS, O. M. C. **As Redes de Apoio no Enfrentamento do Câncer de Mama: Uma Abordagem Compreensiva.** Ciênc. cuid. saúde. 2011 Jan-Mar; 10(1):82-88.

BRASIL. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990 (BR). **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

- BRITO, R. R. **Os Novos Caminhos da Arquitetura Hospitalar e o Conceito de Humanização**. Rev. Cereus. 2013 Set-Dez; 5 (3): 172-180.
- CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. de S. "**Largada sozinha, mas tudo bem**": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por **abortamento provocado em Salvador, Bahia**. Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu. 2013 Jun; 17(45): 405-418.
- COSTA, R.; PADILHA, M.I. **Percepção da Equipe de Saúde Sobre a Família na Uti Neonatal: Resistência aos Novos Saberes**. Rev. enferm. UERJ. 2011 Abri-Jun;19(2):231-5.
- COSTA, R.G.R. **Notes on hospital architecture in Brazil: between the traditional and the modern**. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2011 Dez.
- COSTEIRA, E. **Arquitetura Hospitalar: história, evolução e novas visões**. Revista Sustinere. 2014.
- FERNANDES, L.D.; GÖTTEMS, L.B.D. **Humanização e Ambiência na Clínica Médica do Hospital de Base do Distrito Federal**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2013; 4(2): 38-52.
- FURTADO, A.Z.M. et al. **Percepção Materna Sobre o Cuidado da Criança em Tratamento Dialítico**. Revista RENE. 2012; 13(4):775-83.
- GOMES, I. L.V. et al. **A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e experiências vivenciadas**. 2012 Out-Dez; 17(4):703-9.
- GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. **O Ambiente de Relaxamento e a Humanização do Cuidado ao Parto Hospitalar**. REME rev. min. enferm. 2013 Jul-Set; 17(3): 531-537.
- LIMA, C. D.; LOPES M. A.; GONÇALVES, V. M. S. **O Enfermeiro no Planejamento do Espaço Físico Hospitalar**. Rev Enferm UFSM. 2013 Set-Dez; 3(3):374-382.
- MELO, W. A.; MARCON, S.S.; UCHIMURA, T.T. **A Hospitalização de Crianças na Perspectiva de Seus Acompanhantes**. Rev Enferm UERJ. 2010;18(4):565-71.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm. 2008, vol.17, n.4, pp. 758-764.

NEHMY, R. M. Q. et al. **A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2011 Set.

SAMPAIO NETO, R. A. et al. **Ruídos na Unidade de Terapia Intensiva: Quantificação e Percepção dos profissionais de saúde.** Rev. bras. ter. intensiva. 2010; 22(4): 369-374.

OLIVEIRA, E. C. V.; TEIXEIRA, J. B. A.; ALMEIDA, D.V. **Assistência Humanizada Para a Equipe de Enfermagem de uma Unidade de Internação Pediátrica.** Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online). 2013 Jan-Mar; 5(1): 3375-3382.

PINOCHET, L.H.C.; GALVÃO, C.R. **Aspectos humanos na gestão hospitalar.** O mundo da saúde. Out.- dez. 2010; 34 (4): 498-507.

PREDEBON, G. R. et al. **A Visita de Familiares em Unidades Intensivas na Ótica da Equipe de Enfermagem.** Ciênc. cuid. saúde;2011 Out-Dez; 10(4):705-712.

RANGEL, A.H.; GARCIA, J. **As Diversas Faces do Acompanhamento de crianças Hospitalizadas.** Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2012 Mar;6 (1).

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L.M. **A Mãe Acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Desafios Para A Equipe Assistencial.** Revista Enferm. Cent. O. Min. 2013 Jan-Abr; 3, (1):475-487.

SOUZA, S.S. et al. **Reflexões de Profissionais de Saúde Acerca do Seu Processo de Trabalho.** Rev. Eletrônica de Enfermagem. 2010, 449.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H.H. **Valorização e Motivação de Enfermeiros na Perspectiva da Humanização do Trabalho nos Hospitais.** Rev eletrônica enferm. [online]. 2012 Oct-Dec; 14(4): 794-802.

TAETS, G. G. C. et al. **Humanização na Unidade Cardio-Intensiva: O Cuidado Sob a Ótica do Paciente**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online). 2012; 3: 2458, 2012.

VEDOOTTO, D. O.; SILVA R. M. **Humanização com o Familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Descritivo**. Online braz. Online braz. j. nurs. (Online). 2011; 9(3):1-15.

WILLRICH, J. Q et al. **A Hospitalização de Crianças na Perspectiva de Seus Acompanhantes**. Rev. enferm. UERJ. 2010 Out-Dez; 18(4):565-571.

4. Método

4.1 Paradigma da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de acordo com os preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados, na sua vertente construtivista, proposta por Charmaz (2009), a qual vê tanto os dados como a análise como processos gerados a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes. Esse método é usado com o objetivo de compreender a vivência de um grupo na sua diversidade contextual. O trabalho depende da sensibilidade teórica da pesquisadora, para elaborar suas interpretações cuidadosamente acerca das narrativas dos participantes e das observações realizadas no processo da coleta de dados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob CAAE 31093414.7.0000.0037, obedecendo todos os princípios da Resolução 466/2012, que prescreve as exigências na pesquisa envolvendo seres humanos.

4.2 Características da pesquisadora e reflexividade

A pesquisadora possui graduação em arquitetura e urbanismo com especialização em Arquitetura e Iluminação, cursando Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. Seu campo de atuação é em arquitetura de edificação residencial e de assistência à saúde com alguns projetos de interiores.

O interesse pela área hospitalar iniciou-se a partir dos dois últimos períodos de faculdade, quando projetou em seu trabalho de conclusão de curso um Centro Integrado de Oncologia Pediátrica. A sensibilidade foi intensificada pelas diversas visitas que a pesquisadora fez ao hospital oncológico pediátrico que seria o estudo de caso para seu trabalho. O projeto ideal ensinado na universidade, contrastando com a realidade percebida durante visitas ao hospital, despertou o interesse da pesquisadora de entender o que realmente está ocorrendo no movimento de humanização. Ela sentiu a necessidade de conhecer e assumir a diferença entre o modelo teórico e a realidade desses espaços e apontar, onde são necessárias, soluções arquitetônicas eficientes para uma humanização hospitalar que podem incidir na realidade vivida da população. Sendo assim, após conclusão do seu curso,

a pesquisadora iniciou o Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde com foco na humanização do ambiente físico e sua relação com a saúde do usuário de instituições de saúde.

Durante seu trabalho de mestrado, a pesquisadora participou de simpósios e encontros que tinham como tema arquitetura/hotelaria hospitalar. Neles, ela percebeu uma grande lacuna: a perspectiva dos pacientes é ausente nas discussões. Com isso, aumentou a vontade da pesquisadora em executar o projeto de pesquisa onde incluísse não somente a perspectiva de gestores ou médicos, mas, principalmente, a perspectiva de acompanhantes e pacientes sobre a humanização.

As perguntas foram baseadas na sensibilidade da pesquisadora em diferenciar os objetivos e necessidades das diversas pessoas que utilizam o hospital tanto como lugar de cura quanto como espaço de trabalho. Sendo assim, escolheu perguntas norteadoras diferentes para os diversos tipos de usuários e profissionais, permitindo uma variedade de vozes na construção das categorias e a construção de um modelo polifônico que integra uma variedade de perspectivas. Um conceito sensibilizador foi o “Privilegio Epistêmico”, conceito de acordo com qual quem se situa na base da pirâmide do poder está melhor habilitado para compreender como o sistema funciona. Assim, as contribuições mais importantes foram vindas dos pacientes e acompanhantes, que sabem como as coisas realmente funcionam dentro do hospital, pois as vivenciam.

A pesquisadora então, consciente dos seus conceitos sensibilizadores, foi habilitada a considerar o porquê das perguntas selecionadas e capacitada a refletir de forma crítica o processo de coleta e interpretação de dados. Essa consciência ajudou tanto a enxergar melhor os dados e o processo de interpretação como também de evitar que os conceitos sensibilizadores tomassem conta das suas interpretações e conseqüentemente pudessem distorcer as observações.

4.3. Ambiente da pesquisa

As entrevistas aconteceram em Goiânia, na ala pediátrica de um hospital oncológico durante um período de três meses. Elas se iniciaram após aprovação pelo

comitê de ética em pesquisa da instituição proponente e coparticipante. As entrevistas com arquitetos foram feitas nos escritórios dos mesmos, mediante o contato prévio.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora percebeu o desconforto dos usuários do hospital, principalmente pelo fato de não haver local para as entrevistas, sendo feitas no próprio leito ou em salas barulhentas.

4.4. Planejamento para coleta de dados

Após parecer consubstanciado liberado pela instituição coparticipante, foi feito o contato com a pediatra responsável pela ala pediátrica para o agendamento da apresentação da pesquisa que seria feita no hospital. Sendo assim, foi feito o esclarecimento quanto aos objetivos, às fases e aos aspectos que seriam abordados.

A entrada em campo foi feita cautelosamente, construindo vínculos afetivos entre a pesquisadora e os potenciais participantes (pacientes, acompanhantes e profissionais). Durante um mês a pesquisadora esteve presente no hospital para que familiarizassem com ela. Após isso, foram feitas abordagens sobre o trabalho e observação dos aspectos que norteariam este estudo.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas. A intenção foi descrever e entender a percepção dos pacientes, acompanhantes, profissionais do hospital e arquitetos, quanto à importância da humanização do ambiente físico em um hospital oncológico pediátrico em Goiânia.

A utilização das entrevistas semiestruturadas permitiu a flexibilidade do questionamento ao determinar a sequência de perguntas-chave e maior controle sobre a situação uma vez que houve maior avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento não verbal do participante (LODI, 1991).

4.5. Participantes

A pesquisa teve um total de 26 participantes. Para inclusão na pesquisa, foram selecionados pacientes em tratamento oncológico e acompanhantes que estavam disponíveis no momento da visita e que concordaram assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento. Os profissionais do hospital foram selecionados pelas diferentes áreas de atuação, que estavam disponíveis

no momento da visita vespertina e que concordaram assinando o TCLE. A escolha pelo turno vespertino se deu após observações pela pesquisadora dos momentos de maior movimento de pacientes e médicos dentro do hospital (matutino), os quais prejudicavam as disponibilidades para a entrevista. Quanto aos arquitetos, foram escolhidos devido contatos pessoais e históricos de projetos hospitalares.

As acompanhantes foram compostas 100% por mães, totalizando 10 pessoas (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10). Os pacientes foram compostos por 5 adolescentes (P1, P2, P3, P4 e P5) e 2 crianças (P6 e P7). Quanto à essa população infantil, a pesquisadora teve dificuldades na obtenção completa de informações, devido respostas incompletas ou objetivas, característicos desta faixa etária.

Os profissionais foram compostos por 2 enfermeiras, 1 pediatra, 1 recepcionista, 1 professora e 1 assistente de administração, totalizando 6 profissionais do hospital (T1, T2, T3, T4, T5 e T6), os quais se mostraram bastante atenciosos em responder as perguntas feitas. Quanto aos arquitetos, totalizaram 3 (Arquiteto 1, Arquiteto 2 e Arquiteto 3) os quais contribuíram para uma abordagem mais técnica do tema humanização.

4.6. Execução da pesquisa

A pesquisa possuiu seis fases: documentação, familiarização, entrevista, transcrição, codificação de dados, análise e discussão dos mesmos.

A fase de familiarização ocorreu no mês de outubro de 2014, nos diversos turnos para identificação de momentos de menor fluxo (para as futuras entrevistas) e para analisar aspectos físicos do ambiente para estabelecer uma mesma linguagem com os participantes da pesquisa.

Em seguida, na fase de entrevistas, a pesquisadora se apresentou para o participante como estudante de pós-graduação e explicou a pesquisa detalhadamente fazendo a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE ou Termo de Assentimento. Os participantes foram questionados tanto relacionado aos sentimentos que vivenciam dentro do hospital, maiores dificuldades enfrentadas, melhores momentos, ambientes mais frequentados e suas características até locais de preferencias ou desagradáveis. As entrevistas duraram em média 30 minutos, com auxílio de um gravador, com a autorização e assinatura em duas vias do TCLE ou do

Termo de Assentimento, quando necessário. Elas aconteceram em locais de preferência do participante, sendo no próprio leito, na sala lúdica e na recepção quando se tratados de pacientes e acompanhantes. Nas salas específicas dos profissionais quando os participantes eram da equipe do hospital e nos escritórios de arquitetura dos respectivos arquitetos participantes. Os participantes foram questionados quanto aos seus sentimentos em relação ao hospital, percepções quanto a distribuição dos ambientes, à humanização, aos momentos de distrações, o que seria um hospital perfeito e as deficiências e potencialidades do hospital.

Os dados obtidos das entrevistas foram transcritos na íntegra e a partir daí a pesquisadora fez uma leitura analítica onde avaliou linha a linha o conteúdo para a criação dos códigos que resultaram nas linhas do modelo. Foi feita uma leitura compreensiva do conjunto do material, de forma exaustiva, para apreender os sentidos globais das experiências relatadas. Depois, a pesquisadora procedeu à identificação de unidades de significados, construindo para cada um, um novo código que poderia resumir o significado desse fragmento textual. Esse procedimento de codificação aberto ou codificação analítico foi seguido por repetidas releituras, levando à reformulação dos códigos e agrupamento de unidade de texto com significados semelhantes, construindo assim, categorias e subcategorias que organizaram os códigos aparentados. A categoria se refere aos contextos, atividades, relações entre pessoas, vivências e modos de lidar com situações e desafios, apontando cada um dos elementos próprios para responder à questão da pesquisa (CHARMAZ, 2009)

Nessa análise emergiram seis categorias, que juntamente com os memorandos da pesquisadora, permitiram a confecção dos resultados, que foram fundamentados pela discussão e construção da teoria. Os resultados foram agrupados em três artigos ordenados segundo necessidade de entender primeiramente os sentimentos dos usuários e profissionais com suas respectivas experiências no contexto hospitalar para em um segundo momento verificar como o ambiente físico e o funcionamento influenciam essas experiências sendo capazes de ajudar no processo de atendimento qualificado.

5. Resultados e Discussão

Foi possível identificar um total de 6 categorias: falhas na qualidade do funcionamento do hospital; falhas na qualidade da estrutura física do hospital; qualidade da estrutura funcional do hospital; qualidade da estrutura física do hospital; tentativas de adaptação e desgastes no hospital.

Foram 4 códigos relacionados a tentativas de adaptação no hospital; 5 códigos relacionados ao desgaste no hospital; 2 códigos relacionados à qualidade da estrutura funcional do hospital; 7 códigos relacionados às falhas na qualidade do funcionamento do hospital; 4 códigos relacionados à qualidade da estrutura física do hospital e 11 códigos relacionados às falhas na qualidade da estrutura física do hospital. A seguir, na Tabela 3, foram expostas as categorias encontradas, com os respectivos códigos e subcódigos encontrados.

Tabela 3 – Categorias, códigos e subcódigos encontrados nas entrevistas

CÓDIGOS	SUBCÓDIGOS / PARTICIPANTES
TENTATIVAS DE ADAPTAÇÃO	
FLEXIBILIDADE DOS USUÁRIOS COM AS LIMITAÇÕES DO HOSPITAL	Aceitando a ausência de ar condicionado (A7 e A8) Adaptação pessoal dos usuários (A5, A8, A9, A10 e P1)
FLEXIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS COM AS LIMITAÇÕES DO HOSPITAL	Adaptação pessoal dos profissionais (T1 e T4)
AUTO AJUDA	Desenvolvendo atividades de distração (A4, A5, A7, P2, P3, P4 e T4)
PARTICIPANTE CONTEXTUALIZA PERSPECTIVA DA SAÚDE	Falhas no sistema de saúde (T1) Hospital pior em comparação a outros (P1, P3 e T1)
DESGASTE NO HOSPITAL	
MISSÃO DA ACOMPANHANTE NO HOSPITAL	Dificuldades no cuidado com o filho (A6 e A9)

	Dedicando-se ao filho (A4 e A8)
PREOCUPANDO COM A FACILIDADE DE CONTAMINAÇÃO DO FILHO	Facilidade de contaminação em lugares cheios (A7, A8 e T4) Dificuldade do cuidado pela facilidade de contaminação do filho (A1, A5, A6 e A7)
ANGÚSTIAS E ABANDONO	Incomodada com a falta de informação (A6, A8 e A9) Insegurança com a inexistência de plantonista (A2 e A9) Momentos de estresse dos profissionais (T4) Angústias dos usuários (A1, A5, A6, A8, P1, P2, P3, P4 e T4) Angústias dos profissionais (T2, T3 e T4)
NECESSIDADE DE APOIO E ATENÇÃO PARA AS MÃES	Necessidade de apoio (A9) Maiores atenções às mães (A9 e A10)
PROBLEMAS DA ESTADIA NO HOSPITAL	Longos períodos no hospital (A2, A6, A8 e T3) Ambiente hospitalar causa mudanças psicológicas (A2, A4, A6, A7, A8, A9 e A10)
QUALIDADE DA ESTRUTURA FUNCIONAL DO HOSPITAL	
SENTIMENTO POSITIVO EM RELAÇÃO AO FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL	Sentindo bem com o tratamento (A7, A8 e A10) Sentimentos positivos dos pacientes e acompanhantes em relação ao hospital (A1, A5 e A9) Sentimentos positivos dos profissionais em relação ao hospital (T1, T2, T3 e T4) Qualidades do hospital relacionadas a humanização de profissionais (T1, T2, T3 e T4) Sistema funcional organizado e limpo (A5, A6, A7, A8, T2 e T3)
SENTIMENTO POSITIVO EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS DENTRO DO HOSPITAL	Sentimentos positivos dos pacientes e acompanhantes em relação a equipe profissional (A3, A4, A5, A6, A7 e P3) Sentimentos positivos dos profissionais em relação a equipe profissional (T1 e T4) Sentindo bem com as amigas dentro do hospital (P2 e P3) Sentindo bem com outra pessoa dividindo o quarto (A1, A8, P1, P3 e T4) Percebendo o ambiente físico como coadjuvante no processo de tratamento (T1, T2 e T4)

FALHAS NA QUALIDADE DO FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL	
FALTA DE CUIDADOS COM O BEM-ESTAR FÍSICO	Necessidades de atividades físicas (A2, A8, A9 e P2) Estadia no hospital prejudica a saúde (A4, A8 e A9)
FALTA DE AÇÕES DE DISTRAÇÃO	Falta de atividades de distração (A8, A9 e T2) Incômodo com a falta de objetos para distração (A7, P2, P3 e T2) Necessidade de distrações para pacientes (A5, A7, A9, P2 e P3) Necessidades de distração para usuários (A1, A2, A8 e A10) Inadequação da distração oferecida (A2, A7, P2, P7 e T4)
PROBLEMAS NA HOTELARIA HOSPITAL	Necessidade de melhor alimentação (A2, A3, A4, A9 e P3) Dificuldades com roupas sujas (A4 e A5) Necessidade de ações do hospital (T1) Percebendo problemas na gestão do hospital (A7, A9 e T1) Sentindo-se mal com os profissionais (A9, P1, P2 e P3) Falta de equipamentos para profissionais (T5)
FALHAS DE HIGIENE	Preocupação com a presença de baratas (A1, A8 e A9) Insatisfeita com a limpeza dos banheiros (A2, A6, A7, A8, A9, A10 e P1)
IMPORTÂNCIA DE UM AMBIENTE LIMPO	Importância da Limpeza (T1 e T3)
FALHAS NA HUMANIZAÇÃO DIRECIONADAS AO USUÁRIO	Falta de Interesse de gestores quanto à humanização (ARQUITETO 1 e ARQUITETO 2)
FALHAS NA HUMANIZAÇÃO DIRECIONADAS AO PROFISSIONAL	Necessidades do hospital quanto a humanização de profissionais (T5)

QUALIDADES DA ESTRUTURA FÍSICA DO HOSPITAL	
CONFORTO COM A ESTRUTURA FÍSICA DO HOSPITAL	<p>Ambiente físico organizado (A5, A6, A7, A8, T2 e T3)</p> <p>Sentindo-se bem com a recepção (A4, A7, A9, P2, P7 e T3)</p> <p>Sentindo-se bem com a distribuição dos espaços (A3, A4, T2, T3 e T4)</p> <p>Conforto do trabalhador da saúde (T1, T2, T3 e T4)</p> <p>Hospital melhor em comparação a outros (A2, A4, A5, A6 e T3)</p>
LEITO AGRADÁVEL	Bem-estar no leito (A1, A4, A5, T3 e T4)
BENEFÍCIOS DA SALA LÚDICA	<p>Sala lúdica é local de distrações (A6, A8, A9 e P1)</p> <p>Sentindo-se bem com a sala lúdica (A2, A10, P3, P6, P7, T2, T3 e T4)</p>
PERCEBENDO O AMBIENTE ALEGRE E HUMANIZADO	<p>Ambiente Alegre (T2, T3 e T4)</p> <p>Percebendo a importância da humanização para o tratamento (P1, T1, T3 e T4)</p> <p>Preocupando-se com questões de humanização (ARQUITETO 1, ARQUITETO 2 e ARQUITETO 3)</p> <p>Importância de áreas verdes para humanização (ARQUITETO 1 e ARQUITETO 2)</p> <p>Reconhecem a importância da humanização também nas relações interpessoais (ARQUITETO 2)</p> <p>Entender a importância central do arquiteto na humanização hospitalar (ARQUITETO 1 e ARQUITETO 2)</p> <p>Aplicando a humanização nos projetos arquitetônicos (ARQUITETO 1, ARQUITETO 2 e ARQUITETO 3)</p> <p>Estudando os usuários para humanização (ARQUITETO 1)</p> <p>Ouvir pacientes (ARQUITETO 1)</p>
FALHAS NA QUALIDADE DA ESTRUTURA FÍSICA DO HOSPITAL	
FALHAS DOS QUARTOS	<p>Falhas quanto à privacidade dos pacientes e acompanhantes nos quartos (A5, A10, P1, P2, P4, P8, T1, T3 e T4)</p> <p>Sentimentos negativos com a mistura de gêneros nos quartos (A6, A9, P2 e T4)</p> <p>Armários são insuficientes e pequenos (A1, A4, A5, A7, A9 e A10)</p> <p>Incômodo com luzes diretas nos quartos (A1, A8, A9, A10, P1 e P2)</p>

	<p>Necessidade de equipamentos e utensílios para conforto (A1, A2 e A9)</p> <p>Camas velhas e rasgadas (A7)</p> <p>Quartos pequenos (A6, A7, A9, P1, P2 e T4)</p> <p>Contradição entre bem-estar pela presença de outras pessoas no quarto e incômodo pela redução do espaço (A6, A9 e A10)</p> <p>Incômodo pela quantidade de pessoas por leito (A6, A8, A9, A10, T2, T3 e T4)</p> <p>Sentindo calor no quarto (A3, A4, A5, A7, A8, A9, A10, P1, P2, P3, P4 e T1)</p> <p>Preferindo locais mais arejados (A1, A10, P1 e P2)</p> <p>Sentindo o ambiente fechado e abafado (A3, A4, A6, A8, P4 e P7)</p> <p>Importância de janelas (A1, A3, A4, A6, A8, A7, A8, A9, A10, P6 e T2)</p> <p>Necessidade de maior ventilação no quarto (A1, A4, A7, A10 e P1)</p> <p>Problemas de um ambiente fechado e quente (A3, A4, A6 e A8)</p>
FALHAS DO BANHEIRO	<p>Falta de exaustores nos banheiros (A8 e A9)</p> <p>Banheiro Pequeno (A8 e A9)</p> <p>Dificuldade no processo do banho devido banheiro pequeno (A8 e P1)</p> <p>Incômodo em dividir banheiro (A1, A6, A9 e T3)</p> <p>Muitas pessoas por banheiro (A1, A6, A7, A10, P1, T3 e T4)</p> <p>Falta de privacidade dos banheiros (A1, A5 e A9)</p>
FALTA DE AMBIENTES	<p>Insatisfação com a sala de emergência (A7 e P1)</p> <p>Falta de leito (A6, A7, T3 e T4)</p> <p>Falta de quarto de Isolamento (T3)</p> <p>Falta de sala de espera para internação (T3)</p> <p>Necessidade de locais para alimentação (A2, A9, P1 e T2)</p> <p>Falta de sala de descanso para funcionários (T1, T3 e T4)</p> <p>Problemas no telhado do hospital (T1 e T2)</p>
FALHA NA DISTRIBUIÇÃO DE AMBIENTES	<p>Problemas na distribuição de espaços para pacientes e acompanhantes (A2, A8, A9, P1, P2, P3, T1 e T4)</p> <p>Problemas na distribuição de espaços para profissionais (T1, T2 e T3)</p>

	Incômodo com a localização da recepção (A2, A6, P1, P2 e T3)
PROBLEMAS DA SALA LÚDICA	Incômodo pela demanda da sala lúdica (A6 e A9) Problemas em hospedar-se na sala lúdica (A6, A7 e A10) Problemas de conforto térmico na sala lúdica (P2, T1 e T2)
AMBIENTE ALEGRE E ESTIMULANTE INSUFICIENTE	Necessidade de ambientação estimulante para aprendizagem (A1 e A6) Necessidade de ambientação alegre (A6 e A7) Comercialização da medicina (ARQUITETO 1 e ARQUITETO 2) Normas inflexíveis (ARQUITETO 1) Sentindo dificuldade da inflexibilidade da ANVISA (ARQUITETO 1) Humanização é cara (ARQUITETO 1)
IMPORTÂNCIA DE ÁREAS ABERTAS	Necessidade de área aberta para tomar sol (A1, A2 e A4) Necessidade de área aberta para distrações de pacientes e acompanhantes (A1, A2, A6, A8, A9, A10, P1, T1, T2 e T4) Necessidade de área aberta para movimentação de pacientes e acompanhantes (A7, T1 e T2) Importância de áreas abertas (A6, A7, A8, A9, A10, P1, P2, T1 e T2) Importância de áreas abertas para profissionais (T1, T5 e T6)
DEFICIÊNCIAS DO POSTO DE ENFERMAGEM	Problemas de privacidade (T2 e T4) Problemas de conforto térmico (T2 e T4)
AMBIENTES PEQUENOS	Ambientes são pequenos (A3, A5, A8, A9, P3 e T1) Necessidade de ambientes maiores (A7, A8, P1, P4 e T1)
FALTA DE PRIVACIDADE PARA PROFISISONAIS	Deficiências do hospital quanto à privacidade dos profissionais (T2 e T4)
INADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO PARA ADOLESCENTES	Deficiência do espaço físico direcionado para adolescentes (T4 e P1)

5.1 Artigo 2

ANGÚSTIA E ENFRENTAMENTO EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

Resumo

Apesar do hospital ser um estabelecimento que presa pelo tratamento e cura, ele também pode adoecer ou contribuir para a saúde, enquanto ambiente físico de seus usuários, sejam eles pacientes, acompanhantes ou profissionais. O edifício hospitalar é um ambiente frio que pode proporcionar estresse e agravos psíquicos caso a pessoa não tenha uma boa capacidade de adaptação, ou uma boa resiliência. **Objetivo** Materializar as perspectivas de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde de um hospital oncológico pediátrico em Goiânia, Goiás, quanto aos seus sentimentos dentro do ambiente hospitalar. **Método** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o suporte teórico da Teoria Fundamentada em Dados Construtivista de Kathy Charmaz (2009), a qual vê tanto os dados como a análise como tendo sido gerados a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados, as entrevistas semiestruturadas que permitiram à pesquisadora elaborar suas interpretações cuidadosamente acerca das narrativas dos participantes e das observações realizadas no processo da coleta de dados. **Resultado** Emergiram duas categorias: “Tentativas de adaptação”, onde foram levantadas a resiliência e tentativas de adaptação ao ambiente hospitalar e “Desgastes no hospital” com os respectivos sentimentos de angústia, medo e cansaço que são acometidos durante a permanência no hospital.

Palavras-chave: Humanização, Arquitetura, Espaço, Hospitalar.

Introdução

A vivência em um ambiente hospitalar pode mobilizar diversos sentimentos, sejam de angústias ou enfrentamentos, por meio de sua capacidade de resiliência, envolvendo tanto pacientes e acompanhantes quanto profissionais.

O processo de resiliência refere-se a fenômenos caracterizados por bons resultados mesmo diante de ameaças à adaptação ou ao desenvolvimento (YUNES, 2003), ou seja, mesmo diante de condições desfavoráveis do meio, o indivíduo consegue produzir características saudáveis e se adaptar.

Nem todos possuem o dom da resiliência. De acordo com Bueno (2012), a resiliência pode ser uma característica de nascença, em que algumas pessoas nascem mais resilientes, com a capacidade de se reestruturar e se transformar, e pode ser também resultado de fatores internos, como a subjetividade, e externos como as circunstâncias sociais em que o apoio do grupo em que se está inserido, e o amor das pessoas é essencial.

O paciente oncológico deixa sua rotina, seus amigos, para ingressar em ambiente totalmente desconhecido e amedrontador. Eles perdem a privacidade do lar e sofrem a redução considerável do próprio espaço, experimentando o sentimento de medo, de isolamento, de dependência ou de sofrimento (AMIN, 2001).

Quanto aos profissionais, passam a possuir um alto grau de envolvimento com o paciente e o familiar, lidando sempre com a vida, doença e morte, desencadeando estados de ansiedade, tensão física e mental que são intensificados quando lhes faltam condições favoráveis de trabalho (CAMPOS; GUTIERREZ, 2005).

As instituições de atendimento à saúde devem reconhecer os fatores socioculturais e ambientais, visando promover uma assistência humanizada e integral capaz de contribuir para a capacidade de resiliência de cada usuário. Para humanizar o ambiente, o Ministério da Saúde expõe a importância da ambiência hospitalar tanto relacionada ao espaço físico quanto ao social, profissional e de relações. Esse espaço deve ser acolhedor, humano e resolutivo e deve oferecer ao sujeito produtor de saúde conforto e individualidade. (BRASIL, 2010)

Assim, a justificativa deste trabalho esteia na compreensão da importância de ouvir as diferentes vozes envolvidas em um ambiente hospitalar afim de elaborar uma eficiente humanização que sane os sentimentos negativos contribuindo para a resiliência com consequências positivas na saúde e bem-estar.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de acordo com os preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados, na sua vertente construtivista, proposta por Charmaz (2009) na qual, a partir de experiências compartilhadas entre os participantes e a pesquisadora, foram obtidas informações para as análises e evidências.

A intenção foi entender as perspectivas dos usuários e profissionais de saúde quanto aos seus sentimentos dentro de um hospital oncológico. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas que permitiram uma maior flexibilidade do questionamento e assim um maior entendimento da pesquisadora dos sentimentos envolvidos.

A pesquisa teve um total de 26 participantes, com 10 mães de pacientes (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10), 5 adolescentes internados (P1, P2, P3, P4 e P5), 2 crianças internadas (P6 e P7), 2 enfermeiras (T3 e T5), 1 pediatra (T4), 1 recepcionista (T1), 1 professora (T6), 1 assistente de administração (T2) e 3 arquitetos (Arquiteto 1, Arquiteto 2 e Arquiteto 3). Os dados obtidos das entrevistas foram transcritos, codificados de forma analítica e categorizados segundo significados semelhantes. Assim, emergiram as categorias “Tentativas de adaptação” e “Desgastes no hospital”, tendo como cenário prático um hospital oncológico pediátrico em Goiânia, Goiás”.

Resultados

Tentativas de adaptação

As acompanhantes expuseram que são capazes de adaptar ao ambiente de diversas maneiras. Nas falas foi possível identificar algumas ações onde a resiliência, de forma sutil, aparece. Elas afirmaram ser capazes de adaptar às más condições térmicas do ambiente ou aos problemas de espaço e privacidade.

Olha, eu sei que um ambiente frio faz mal para meu menino. Então eu tenho que acostumar com esse calor, né. Eu diminuo minhas roupas e pronto. Uso roupas fresquinhas. No frio minha mãe me mandou uma roupa de frio e eu logo disse que podia levar de volta. Aqui é quente sempre, mas eu sei que é o melhor para meu menino. (A8)

Eu viro a cama ao contrário e pronto. Fico mais protegida aqui. É apertado, mas fazer o que. (A5)

Dois profissionais expuseram sua capacidade de adaptação às condições oferecidas. Segundo os entrevistados, mesmo sentindo necessidade de ambientes maiores, acreditam que na pediatria foi feito o máximo para o aproveitamento do

espaço. Além disso, entendem que mesmo algumas mães atrapalhando com perguntas constantes, sabem que devem lidar com as abordagens pois afirmam que os esclarecimentos fazem parte de suas missões.

Eu acho que mesmo com alguns problemas de espaço eu vejo que tentou-se fazer o máximo. É muito limitado o espaço, mas eu gosto. (T1)

Eu tenho que saber lidar com as abordagens constantes das mães. Eu estou aqui por conta dela, para tratar os filhos delas. Nada mais justo. (T4)

Pacientes e acompanhantes apresentaram momentos de distrações que os fazem sentir bem. Segundo eles, procuram meios alternativos para distrações, buscam atividades noturnas, sentem-se bem com as aulas de bordados, gostam de jogar vídeo game, unem-se com outras mães para buscar meios alternativos de distração para os filhos e se entretêm com seus celulares.

Eu não gosto de ficar parada, nem minha filha. Ela adora mexer no tablete e eu no celular. (A7)

Eu gosto de sair para tomar o sopão lá fora. Você conversa, distrai. As enfermeiras ficam cuidando do meu menino. (A4)

Falta muita coisa de distração aqui. As mães se interagem para ver o que faz. (A2)

Desgastes no hospital

As dificuldades que as acompanhantes possuem no cuidado com o filho foram levantadas por alguns entrevistados que afirmaram sentir dificuldade em atender os pedidos feitos por ele, em mantê-lo dentro do quarto e de conseguir alguém para compartilhar os cuidados.

É muito difícil manter ele aqui. Ele me pede para sair e eu levo ele para a salinha. Mas ele aponta para fora. Ele quer ir é para a rua. (A6)

Acaba que você não tem com quem compartilhar o cuidado. Fica tudo nas minhas costas. (A9)

Além disso, deixaram claro que sempre estão se esforçando para fazer suas vontades e o acompanhando, dedicando o seu tempo integralmente a ele.

Eu fico o tempo todo com ele. Eu amamento né. Então sou só eu. Quando interna sou eu, quando vem fazer só quimio eu venho também. Passo o dia todo aqui com ele. (A8)

Sendo assim, afirmaram que sentem necessidade de apoio e atenção. Segundo os entrevistados, na sua totalidade mães, é importante não somente o carinho, mas a religiosidade, pois ela ajuda bastante no enfrentamento da enfermidade.

Eu me sinto bem quando as pessoas vêm conversar com a gente. Ficava na salinha, conversava. As vezes até aqui no quarto. Tinha a capelania também. É bom. Faz a gente sentir bem. (A9)

Além disso, reivindicaram maior conforto uma vez que sentem incomodadas com as acomodações e os espaços destinados a elas.

Eu acho que deveria ter mais coisas para as mãezinhas. Alguma coisa adaptada a elas. De distração, por exemplo. (A10)

Eu acho que os quartos poderiam ser mais espaçosos. Olha o tanto que a gente fica apertadinha. (A9)

Quanto as angústias, as acompanhantes afirmaram estar vivenciando uma fase ruim da sua vida pela doença e por isso sentem-se ruins e tristes. Ao ir para o hospital apresentam pânico, tristeza e mal-estar. Já os pacientes afirmaram que sentem apreensivos com a possibilidade de chegar no hospital e o colega ter morrido, ou um amigo. Outros pacientes sentem aterrorizados por alguns procedimentos hospitalares ou pelo simples fato de sentirem-se presos dentro do ambiente.

Quando eu cheguei no hospital eu recebi um choque. Sabe quando você recebe aquele choque? É uma fase muito complicada. Tudo é diferente. (A5)

Eu acho aqui meio aterrorizante. Eu não tenho mais veia né, então as enfermeiras demoram um século para pegar minha veia. Dói muito [...]

Eu fico meio apreensiva quando eu venho. Tenho medo de ter perdido algum amigo. (P2)

A longa estadia dentro do hospital foi levantada pelas acompanhantes e profissionais como maltrato psicológico e apontaram alguns problemas que isso causa na saúde do paciente. Segundo eles, por exemplo, a perda da noção do tempo é um fator estressante.

Quando eu estou aqui dentro fico perdidinha. Só tem aquela janela no outro quarto. Dá muita agonia. Quando você fica muito tempo internado então. Credo. Eu acho que deveria ter uma área verde. (A6)

Tem mães que ficam tanto tempo aqui. Eu fico triste por elas. Imagino que não seja legal. As vezes pego algumas olhando a janela. Você percebe que elas querem ir embora. (T3)

Complementarmente os profissionais perceberam as angústias dos pacientes no que diz respeito ao medo de perder o ano letivo e ao medo de morrer dos adolescentes que já entendem o significado do adoecer. Quanto as mães, os profissionais perceberam as angústias delas e as consequências que podem causar no paciente.

Eu percebo que o maior medo dos adolescentes é em perder o ano letivo. A maioria quer continuar com a turma e acredita na cura. (T6)

Por mais que as mães aparentam estar bem elas não estão sempre ansiosas. Se eu cuidar da ansiedade delas eu acabo cuidando da dos filhos também. (T4)

Os arquitetos, também expuseram os medos gerais que os pacientes costumam possuir nos ambientes destinados a saúde e expuseram a importância da humanização para minimização deles.

O paciente chega naquele ambiente com medo...não sabe o que pode vim. O ambiente que você faz para a pessoa que está se tratando influencia diretamente no desempenho de cura. Você está oferecendo qualidade de vida para ela. Ela se sente mais animada porque o ambiente transmite isso a ela. (Arquiteto 1)

Outro ponto levantado pelas acompanhantes e profissionais como intensificador de preocupações e medos foi relacionado a facilidade de contaminação que os pacientes oncológicos possuem. Segundo eles, sentem incomodados com a desproteção que os pacientes têm no meio do tumulto de pessoas e reconhecem que ambientes apertados facilitam mais ainda essas contaminações.

Eu acho que aqui deveria ter mais espaço. Ia ser melhor porque eles têm a imunidade baixa. Então já é meio tumultuado, por isso tinha que ser maior. Tem muita criança. (A7)

Eu vejo que a recepção poderia ser um pouco diferente. Tem um conflito de fluxo grande ali. Consulta e internação se misturam e isso é muito perigoso. (T4)

Sendo assim as mães, por exemplo, sentem preocupadas e temerosas com a imunidade do filho, pela facilidade de se pegar doenças dentro e fora do hospital, como por meio do banheiro comunitário que muitas vezes é usado por mães com educações diferentes.

A minha filha tem imunidade baixa e vem a outra mãe e joga o xixi do menino na pia. Tem gente muito sem consciência. (A1)

Eu penso que só de respirar uma coisa úmida e suja já pega alguma coisa. Qualquer coisa eles pegam doença. Perigoso aqui dentro, mas lá fora eu acho que é mais. (A6)

Outros sentimentos de angústia diz respeito às mortes ocorridas no período que estavam internados, ou pela simples correria dos médicos. Afirmaram que muitas vezes não conseguem disfarçar seus medos e sentimentos, repercutindo diretamente nas alterações de humor e comportamento do filho

Minha filha fica muito nervosa aqui. É muito tempo né. Não tem como não ficar. (A7)

Quando tem morte é horrível. Nossa. Gosto nem de lembrar. As vezes você só fica sabendo da notícia, as vezes você ouve barulho, as vezes alguém pede ajuda para você. O ambiente não ajuda. (A9)

Eu não gosto dessa correria dos médicos. Quando uma criança passa mal por exemplo, é um corre corre. Dá agonia. (A6)

Entre as angústias mais comentadas, àquelas pessoais e sentimento de abandono foram as mais abordadas. Segundo os entrevistados, sentem-se incomodados pela falta de informações, tanto por não entender alguns procedimentos médicos quanto pela superficialidade da equipe médica.

Os médicos poderiam ser mais verdadeiros, porque eles conversam muito por cima. (A9)

Eu não sei, por exemplo, porque vem aquele tanto de gente e ficam falando aqui o que meu menino tem. (A6)

Além disso, sentem-se inseguros com a inexistência de plantonistas sentindo necessidade desses profissionais para tranquilidade noturna.

Eu acho que aqui não poderia faltar de forma alguma um médico plantonista. A gente sentiria mais seguras. (A2)

Por outro lado, os profissionais entrevistados demonstraram momentos de estresse devido as constantes abordagens das mães e afirmaram que vários trabalhadores do hospital apresentam problemas psicológicos. Segundo eles, os usuários absorvem muita energia deles, sentindo assim desgastados. Outras angústias citadas dizem respeito as preocupações que tem ao ir no hospital, seja por medo da falta de leitos, ou medo da perda de pacientes.

As vezes dá vontade de matar, mas eu tento puxar a orelha das mães brincando. Eu tenho esse jeito da minha natureza de brincar, mas elas perguntam sempre a mesma coisa. (T4)

Nós temos muitos profissionais com problemas psicológicos. Que pegaram atestado por conta de depressão. A convivência com a realidade abala. (T5)

Discussão

As mães possuem como principal desejo a cura da doença do filho e demonstraram empenhadas para a adaptação ao ambiente, que as tornem fortes para

desempenharem seus papéis de cuidadoras, seja pela busca de distrações ou por meios alternativos que as permitam ter um maior conforto térmico ou privacidade.

Para Melo, Marcon e Uchimura (2010), essa capacidade de lidar com o diagnóstico, vivenciar o processo de sofrimento de seus filhos e de adaptar-se a um cenário novo e à rotina hospitalar incerta, é aconselhada pela equipe de saúde para que os sentimentos negativos não sejam perceptivos aos pacientes.

O hospital deve entender que esses cuidadores precisam estar fortes frente às adversidades e, por isso, carecem de ações de humanização, preocupadas com o bem-estar, sejam elas relacionadas a um maior conforto, maior privacidade ou o simples apoio com rodas de conversas e religiosidade, assim como sugeridos pelas acompanhantes. O viver digno dentro do hospital proporciona força para o enfrentamento da doença, aumento da capacidade de resiliência repercutindo diretamente na qualidade do cuidado dispensado ao filho.

As redes de apoio, de acordo com Andrade, Panza e Vargens (2011), atuam como fator determinante no processo de tratamento e cura do câncer. A presença dos membros dessas redes, segundo eles, funciona como fator de difusão do pensamento positivo entre acompanhantes e pacientes e motivação para adesão ao tratamento e ao cuidado.

O apoio informativo e material também é bastante importante para que os cuidadores conheçam melhor a doença e aprendam a lidar com o doente. Segundo Furtado et al. (2012), oferecer ao familiar a condição do cuidado com o filho doente, é empoderá-lo. Esse aspecto favorece a redução de sentimento de impotência e insegurança como os apresentados pelos acompanhantes. Além disso, a presença dos pais no cuidado é essencial para a segurança e apoio dos pacientes.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo, determina no artigo 12 que “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” (BRASIL, 2002)

Os próprios membros da equipe de saúde passaram a reconhecer o direito que mães e crianças internadas tinham de permanecer juntos durante o tempo que

durasse a hospitalização, pois resultava na recuperação das crianças, na redução dos riscos da hospitalização e nas respostas mais rápidas e positivas ao tratamento.

Santana e Madeira (2013) defenderam que os profissionais devem valorizar os aspectos emocionais, identificando nos familiares, situações de vulnerabilidade, estabelecendo boas interações com eles e sempre buscando proporcionar segurança, afetividade e atendimento qualificado.

A prestação de esclarecimentos aos familiares, por exemplo, é uma estratégia que garante o direito deles à informação, contribuindo assim, para uma melhor relação com a equipe médica, maior segurança e maior envolvimento no cuidado. O objetivo é tornar a vivência no hospital menos traumatizante e menos desgastante (SANTANA; MADEIRA, 2013).

O desgaste físico de familiares é inevitável. Furtado et al. (2012) expuseram que as responsabilidades dos cuidadores e a árdua carga de trabalho comprometem a saúde física e mental dessas pessoas, ou seja, a qualidade de vida.

Frente a dificuldades no período de internação hospitalar, as mães possuem necessidades físicas e emocionais peculiares. De acordo com Nehmy et al. (2011), o estigma que ronda o câncer como sinônimo de deterioração e morte pode dificultar a possibilidade do tratamento e da cura, intensificando ainda mais o medo entre familiares e pacientes. A família vivencia o sofrimento uma vez que se sente muitas vezes incapacitada ao cuidado com o filho, apresentando-se preocupações, ansiedades, falta de confiança e irritabilidade quanto à possibilidade de contaminações e infecções dentro do ambiente hospitalar, cabendo ao hospital empreender esforços para minimizar esses medos, seja através do emprego de ambientes maiores, ou maiores controles interpessoais.

Outra ação essencial do hospital diz respeito à informação e ao esclarecimento para que o familiar compreenda a situação enfrentada. A falta dela pode causar ansiedade e apreensão, intensificando ainda mais os sentimentos de insegurança apresentados, comprometendo assim o processo de humanização na assistência à saúde e na satisfação com o atendimento recebido.

É imprescindível que pacientes e acompanhantes se sintam seguros dentro das instituições de atendimento à saúde. Complementarmente, Guida, Lima e Pereira (2013) expuseram que um ambiente favorável é aquele que promove o cuidado, é acolhedor, atencioso, que propicia o alívio, segurança, proteção e bem-estar. Sendo assim, pela união desses elementos é possível a promoção da força, do empoderamento, da capacidade de enfrentamento, desempenho dos papéis de cuidado, adaptando assim, à condição que se está vivenciando.

Por outro lado, os profissionais também vivenciam momentos de estresse dentro dos hospitais, segundo os discursos. Constantemente são bombardeados por perguntas às quais muitas vezes não estão aos seus alcances, sentem-se vigiados, faltam-lhes materiais para procedimentos médicos, entre outros problemas.

O hospital deve diante disso, prestar uma assistência humanizada não somente para pacientes e acompanhantes, mas também para esses profissionais. Atividades de relaxamento, ambientes para descanso, materiais básicos para desempenho do trabalho e ambientes que os proporcione privacidade são essenciais para a qualidade de vida dessas pessoas.

Na Política Nacional de Humanização, utilizada em várias instituições de assistência à saúde, a ambiência aparece como aliada a produção de saúde, tendo em vista a possibilidade de se potencializarem, na arquitetura, na organização do espaço e das pessoas (usuários do ambiente hospitalar), as trocas sociais e os vínculos, os quais se tornam mais intensos, sejam eles relacionados a profissionais-pacientes, pacientes-pacientes, pacientes-acompanhantes, entre outros.

A arquitetura hospitalar, aliada a administração hospitalar deve ser adequada às novas exigências e demandas hospitalares no que se refere às instalações, bem-estar do paciente, acolhimento, apoio e humanização.

Gomes et al. (2012) expuseram que os hospitais que recebem crianças devem dispor de um local e de profissionais capacitados para promover um atendimento com ludicidade que desperte sensações de alegria. Para Veodotto e Silva (2011), o hospital deve compartilhar calor humano nas relações com seus clientes. Ele deve

ofertar atenção individualizada e permitir que essas pessoas se sintam confortáveis dentro do espaço hospitalar e esqueçam da sua real situação.

Conclusão

Os entrevistados demonstraram, em sua maioria, capacidade de resistir às adversidades que um ambiente hospitalar causa na saúde física e mental deles. Pacientes, acompanhantes e profissionais se mostraram fortes ao enfrentarem algumas limitações do hospital, ao buscarem atividades de distrações para sentirem-se melhores e ao reconhecerem os problemas que englobam um sistema de saúde eficiente.

Apresentaram também momentos de fragilidade dentro do hospital. As acompanhantes, por exemplo, reconheceram suas dificuldades e suas obrigações no cuidado com o filho. Juntamente com profissionais, preocuparam-se com a facilidade de contaminação das crianças e dos adolescentes em tratamento. Mas, de forma geral, pacientes, profissionais e acompanhantes apresentaram sentimentos ruins devido a angústias pessoais e alguns ainda se sentiam abandonados. As acompanhantes, por exemplo, sentiam necessidade de apoio emocional e atenção do hospital por meio de ações direcionadas a elas. Outras pessoas perceberam períodos longos de estadia no hospital como facilitadores do maltrato psicológico repercutindo negativamente na saúde do paciente.

Cabe ao hospital, então, compreender seus usuários em sua totalidade, levantando os pontos que favoreceram a estadia dentro do espaço hospitalar, mas também levantando aqueles que são dificultadores do processo de humanização para então saná-los.

Referências

ANDRADE, G. N.; PANZA, A. R.; VERGENS, O. M. C. **As Redes de Apoio no Enfrentamento do Câncer de Mama: Uma Abordagem Compreensiva**. Ciênc. cuid. saúde. 2011 Jan-Mar; 10(1):82-88.

ARMIN, T. C. C. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários**. LILACS. Rio de Janeiro; s.n; 2001. vii, 106 p.

BRASIL. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990 (BR). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010.

BUENO, C. **Pessoas resilientes têm a capacidade de dar a volta por cima; você é uma delas?**. UOL. São Paulo, 2012. Acesso em 20 de janeiro de 2015. <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/09/07/pessoas-resilientes-tem-a-capacidade-de-dar-a-volta-por-cima-voce-e-uma-delas.htm>

CAMPOS, A.L.A.;GUTIERREZ, P.S.G. **A Assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005. 58 (4): 458-461.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada: Guia Prático para a Análise Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FURTADO, A.Z.M. et al. **Percepção Materna Sobre o Cuidado da Criança em Tratamento Dialítico**. Revista RENE. 2012; 13(4):775-83.

GOMES, I. L.V. et al. **A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e experiências vivenciadas**. 2012 Out-Dez; 17(4):703-9.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. **O Ambiente de Relaxamento e a Humanização do Cuidado ao Parto Hospitalar**. REME rev. min. enferm. 2013 Jul-Set; 17(3): 531-537.

MELO, W. A.; MARCON, S.S.; UCHIMURA, T.T. **A Hospitalização de Crianças na Perspectiva de Seus Acompanhantes**. Rev Enferm UERJ. 2010;18(4):565-71.

NEHMY, R. M. Q. et al. **A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2011 Set.

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L.M. **A Mãe Acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Desafios Para A Equipe Assistencial**. Revista Enferm. Cent. O. Min. 2013 Jan-Abr; 3, (1):475-487.

VEDOOTTO, D. O.; SILVA R. M. **Humanização com o Familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Descritivo**. Online braz. Online braz. j. nurs. (Online). 2011; 9(3):1-15.

YUNES, M.A.M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família**. Psicol. estud., 2003, vol.8, no.spe, p.75-84. ISSN 1413-7372.

5.2 Artigo 3

QUALIDADES E DEFICIÊNCIAS DA ESTRUTURA FUNCIONAL DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO.

Resumo

O presente estudo trata do funcionamento de um hospital como espaço de cura. **Objetivo** Explorar a percepção dos usuários e profissionais de saúde quanto à contribuição da estrutura funcional no processo de humanização de um hospital oncológico em Goiânia, Goiás. **Método** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o suporte teórico na Teoria Fundamentada em Dados Construtivista de Kathy Charmaz (2009), a qual vê tanto os dados como a análise como tendo sido gerados a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas que permitiram à pesquisadora elaborar cuidadosamente suas interpretações acerca das narrativas dos participantes e das observações realizadas no processo da coleta de dados. **Resultados** Emergiram dois principais pontos relacionados à estrutura funcional do hospital. O primeiro, “Qualidade da estrutura funcional do hospital”, descreve as potencialidades da Instituição relacionadas ao funcionamento do hospital a partir dos sentimentos das pessoas inseridas neste cenário. O segundo, “Deficiências da estrutura funcional do hospital”, descreve os pontos que o hospital deve se atentar para uma melhor acolhida na relação serviço-usuário-comunidade, que vão desde falhas do hospital em providenciar ações para o bem-estar físico, ações lúdicas, hotelaria hospitalar, higiene até a humanização dos atendimentos e procedimentos terapêuticos.

Palavras-chave: Humanização, Arquitetura, Espaço, Hospitalar.

Introdução

A humanização dos estabelecimentos de assistência à saúde deve ser uma preocupação para que a edificação tenha um impacto positivo na qualidade do tratamento dispensado aos usuários.

De acordo com Carneiro e Macedo (2003), um aspecto crucial para a humanização do atendimento é promovido pela gestão dos hospitais, a qual necessita de novos caminhos. Segundo eles, “dentre os vários matizes de gestão, as equipes intervenientes depararam-se com uma estrutura altamente verticalizada, submetida a uma racionalidade gerencial burocrática e formalista”.

Nos hospitais onde o sofrimento é a tônica, promover mudanças e inovações na forma de efetivar um atendimento mais humanizado, com eficiência e satisfação dos usuários e trabalhadores, normalmente representa o desafio dos programas e políticas voltadas para o setor (CARNEIRO; MACEDO, 2003).

O processo de humanização traz em seu espírito um questionamento deste modelo, uma vez que faz apelo à reflexão dos coletivos sobre o sentido de suas práticas e um convite à participação, à democratização e à solidariedade.

Assim, a justificativa deste trabalho esteia na compreensão da importância de ouvir as diferentes vozes envolvidas em um ambiente hospitalar, afim de elaborar uma eficiente humanização do ambiente hospitalar que traga saúde e bem-estar aos usuários e profissionais.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de acordo com os preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados, na sua vertente construtivista, proposta por Charmaz (2009).

A intenção foi descrever e entender a percepção dos usuários e profissionais de saúde quanto à contribuição da estrutura funcional no processo de humanização de um hospital oncológico pediátrico em Goiânia, Goiás, utilizando como técnica de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas.

A pesquisa teve um total de 26 participantes, com 10 mães de pacientes (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10), 5 adolescentes internados (P1, P2, P3, P4 e

P5), 2 crianças internadas (P6 e P7), 2 enfermeiras (T3 e T5), 1 pediatra (T4), 1 recepcionista (T1), 1 professora (T6), 1 assistente de administração (T2) e 3 arquitetos (Arquiteto 1, Arquiteto 2 e Arquiteto 3).

Os dados obtidos das entrevistas foram transcritos, codificados de forma analítica e categorizados segundo significados semelhantes. Assim, emergiram as categorias “Qualidades da estrutura funcional” e “Deficiências da estrutura funcional”, tendo como cenário prático um hospital oncológico pediátrico.

Resultados e Discussão

Qualidade da estrutura funcional do hospital

Dentre os sentimentos positivos que os entrevistados expuseram em relação ao funcionamento do hospital, aqueles relacionados ao tratamento foram constantemente abordados pelas acompanhantes. Segundo elas, houve satisfação com o tratamento que foi oferecido para seus filhos e, conseqüentemente, sentiram-se seguras e aliviadas.

Não é fácil vir para cá. A gente sabe que aqui é hospital que trata câncer. Mas aqui nós temos segurança. Temos o acompanhamento de todos os funcionários. (A10)

Nossa, esse hospital é uma bênção. As médicas são muito atenciosas. Minha menina foi atendida rápida. Foi um alívio mudar de hospital. (A7)

Andrade, Panza e Vargens (2011) afirmaram que o ser humano, na vivência do adoecimento, seja ele paciente ou familiar, possui aumento da demanda afetiva, tendo em vista os medos e angústias, sendo as redes de apoio essenciais para a minimização do sofrimento. Segundo elas, o tratamento humanizado é um fator determinante no processo de cura do câncer. Os profissionais exercem o papel de disseminadores de pensamentos positivos e motivação para a adesão ao tratamento. Pacientes e familiares se sentem valorizados, incentivando-os assim neste processo.

As boas relações entre profissionais, acompanhantes e pacientes por meio de conversas diárias, esclarecimentos ou preocupações, além de trazerem maior segurança trazem o sentimento de acolhimento sendo essenciais para o processo de cuidado das acompanhantes e de aceitação do tratamento pelos pacientes, contribuindo assim para a qualidade de vida durante a hospitalização.

Outros motivos que os deixaram satisfeitos foi em relação a algumas iniciativas do hospital, tanto relacionadas à preocupação e o cuidado em relação às crianças, quanto à simples atitude de deixar entrar com mochilas e malas, o que é negado por muitos outros hospitais.

Aqui eu fui muito bem recebida. No outro eles não deixavam eu entrar nem com mochila. Agora nesse? Aqui não. Você pode entrar com mochila, pode trazer roupa de cama. (A5)

Eu gosto da forma com que eles recebem as crianças. Eu vejo que eles se esforçam muito em distanciar o lado mais triste da doença. Tem essa sala lúdica, as cores nas paredes, as enfermeiras legais. (A9)

Gomes et al. (2012) defendem que os hospitais que recebem crianças devem dispor de um local e de profissionais capacitados para promover um atendimento com ludicidade que desperte sensações de alegria. Além disso, deve estar preocupado em ofertar conforto e bem-estar para seus usuários. Para Veodotto e Silva (2011), o hospital deve compartilhar calor humano nas relações com seus clientes. Ele deve ofertar atenção individualizada e permitir que essas pessoas se sintam confortáveis dentro do espaço hospitalar, como evidenciado nas vozes e discursos dos participantes da pesquisa.

Complementarmente os profissionais expõem uma gama de razões que os fazem sentir-se bem ao ir trabalhar. Elogiam a rapidez das manutenções que são feitas, os espaços bem definidos e organizados, as preocupações que o hospital tem ao disponibilizar sempre EPI's fazendo com que sintam prazer no trabalho.

Aqui não temos o que reclamar. O hospital fornece todos os materiais que são para nossa proteção [...]. Quando a enfermaria está com algum problema, como por exemplo uma lâmpada queimada, o pessoal da manutenção sempre faz as mudanças rapidamente. (T3)

Aqui é muito organizado. Tem salas para todos os tipos de profissionais. O espaço é bem definido. Isso ajuda demais os trabalhos. Facilita muito. (T1)

Além disso, eles se sentem bem com as atividades que são feitas para distrações deles e com o treinamento para o máximo de humanização do atendimento, pois sabem da importância do treinamento de conduta.

O hospital tem algumas atividades para nós. Uma vez uma psicóloga fez umas atividades relacionadas ao estresse profissional. Foi bom.
(T5)

Nós recebemos treinamento em relação ao atender bem [...]. Eu acho muito importante, pois não adianta em um dia, porque você estar bem, atender a pessoa bem e quando não está, atender mal. (T1)

A edificação deve assim, auxiliar o trabalho desses profissionais dentro da instituição e ajudar nos fluxos otimizados, menores percursos internos, disponibilidade de materiais e equipamentos que foram expostos pelas vozes da pesquisa como fatores importantes para a humanização de profissionais. Lima, Lopes e Gonçalves (2010) afirmaram que há muitos casos relacionados com danos à saúde do trabalhador devido ao espaço físico hospitalar inadequado. Fernandes e Göttems (2013) complementam defendendo que, em seus estudos, em hospitais onde a ambiência foi implantada houve uma melhoria na satisfação, na confiança e no respeito entre profissionais, o que é concordante com os relatos identificados no estudo.

A própria Política Nacional de Humanização visa a valorização desses profissionais. Segundo ela, as unidades de saúde devem garantir investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e fornecimento de espaços saudáveis e acolhedores que foram expostos nos discursos dos profissionais como essenciais para o processo de trabalho.

Outros pontos que os pacientes, acompanhantes e profissionais apresentaram foi o respeito às relações interpessoais dentro do hospital. Pacientes e acompanhantes, por exemplo, expõem seu apreço pela equipe profissional quando afirmam que as enfermeiras são atenciosas, esclarecem suas dúvidas e os tratam bem. Outra relação satisfatória evidenciada, diz respeito aos pacientes com seus colegas de quarto. Eles afirmaram que sentem bem com as amizades feitas dentro do hospital. Além disso, descreveram o ambiente acolhedor pela companhia deles no

mesmo quarto e a necessidade de minimizar a ideia de solidão. Já os profissionais se sentem bem com seus colegas. Segundo eles a equipe médica é de referência, bastante agradável e sempre preocupada em esclarecer com detalhe a doença para os familiares.

As enfermeiras tratam a gente muito bem. Se a gente precisar de alguma coisa ela sempre vem ajudar. Ela vem, coloca o remédio e já explica o que é. Tem uns hospitais que colocam e não falam nada, aqui elas explicam tudinho. (A6)

Eu acho o atendimento deles bom. Não tem ninguém mal-educado. (P4)

Eu acho o ambiente bastante acolhedor e aconchegante, porque você não fica em um lugar sozinha. A mocinha, por exemplo, me explicou várias coisas porque ela está a mais tempo com câncer. (A1)

É ruim ficar sozinha em um quarto. É bom sempre ter alguém do lado, mesmo tendo acompanhante. (P1)

A equipe médica é bastante competente. Você vê que elas tentam esclarecer sempre as mães, que sempre estão preocupadas. (T1)

De acordo com Andrade, Panza e Vargens (2011), para melhor enfrentamento da doença, as redes de apoio são essenciais. Elas promovem o auxílio biopsicossocial no enfrentamento da doença. Essas redes podem ser compostas por familiares, amigos, colegas de quarto, colegas de profissão, e até por profissionais que atuam na assistência direta ao paciente.

Além disso, é importante que essas pessoas sejam sempre esclarecidas quanto a doença, uma vez que as incertezas e os medos estão intensificados. Santana e Madeira (2013) defenderam que a comunicação entre profissionais e familiares/pacientes é a principal estratégia para que eles se sintam seguros em um ambiente que lhes é estranho, considerando todas as fragilidades e sentimentos frente a hospitalização que possuem, concordante com a discussão acima.

Os profissionais diante das suas percepções diárias complementaram sobre as relações interpessoais afirmando que elas são muito mais importantes do que o

próprio ambiente físico. Reconheceram que a medicação e a questão da humanização do atendimento são mais importantes que o espaço físico.

A gente não mistura com o espaço físico. Eu acredito no que é administrado pelas médicas, que é a droga que ele toma. Mas ainda com um espaço físico agradável, é outra coisa. Os dois devem andar juntos. (T1)

Os arquitetos da pesquisa defenderam ser o ambiente físico maior facilitador da adaptabilidade ao tratamento. Segundo eles, o tratamento deve ser realizado de qualquer forma, seja em um espaço humanizado ou não. Agora, a capacidade de adesão ao tratamento está relacionada com a ambiência.

Eu acho o espaço o mais importante sim. Não que o tratamento não seja. Mas ele será feito de qualquer forma. Em um lugar bom ou ruim. Agora, se o espaço é bom, o desempenho é melhor ainda. (Arquiteto1)

De acordo com Thibaud (2004), cada espaço possui ambiências que o caracterizam. Essa ambiência é estabelecida pelos fatores visíveis e invisíveis “que impregnam o lugar e definem sua identidade, influenciando o comportamento das pessoas que vivem no local ou o percorrem”. Entre os diversos aspectos que a compõem, os físicos exercem grande influência não sendo menos importantes os culturais, sociais, de uso e de temporalidade.

De acordo com Martins (2003), existem instituições de assistência à saúde que se dizem “humanizadas” somente devido a melhorias na estrutura física dos prédios. Para ela, assim como para os discursos dos profissionais da pesquisa, são medidas relevantes numa instituição, mas podem ser fatores meramente pontuais se não estiverem inseridos em um processo amplo de humanização onde também são levados em conta outros aspectos da ambiência citados acima.

Guida, Lima e Pereira (2013) complementaram afirmando que muitos enfermeiros reconhecem o papel do ambiente físico para o processo de cura. Segundo elas, o ambiente influencia o estado emocional do usuário e, por conseguinte, na evolução da cura, sendo essencial sua humanização.

Falhas na qualidade do funcionamento do hospital

Pacientes, acompanhantes e profissionais expuseram uma gama de falhas que o hospital possui em seu funcionamento que repercutem diretamente na saúde dos usuários, no conforto e na percepção de cuidado.

Entre as principais queixas, aquelas relacionadas ao bem-estar físico dos pacientes e acompanhantes. Eles apontaram os problemas de saúde durante a longa permanência no hospital devido a falta de movimentação. Com isso, sugeriram ações para proporcionar atividades físicas, por meio de aulas de relaxamento, yoga ou mesmo atividades aeróbicas.

Tipo, eu gostaria que tivesse uma aula de Yoga. As células do corpo melhoram com a yoga, a imunidade aumenta. O que custava? (P2)

Aqui a gente não tem espaço. A gente vai para lá e para cá.... Tem o corredor, mas acaba que fico mais sentada. Aí você incha, engorda. Aqui a gente retém muito líquido [...] Gases também. Porque você sabe que todo mundo escuta, né? Para quem tem intestino preso é uma tortura. (A8)

Uma vez por semana podia ter uma aula de aeróbica para as mães, porque é uma atividade mais fácil de fazer, né? Porque para você montar uma academia ia ter que construir um espaço grande, com aqueles aparelhos e sairia bem caro. (A9)

Seria interessante se tivesse uma pessoa, um educador físico, porque as mães precisam de um alongamento [...] A gente precisa relaxar. Aqui tem pouco tempo de atividade e é sempre a mesma coisa. (A2)

O paciente P2 referiu que a yoga repercute diretamente no seu tratamento devido alterações fisiológicas que ela proporciona. Já a acompanhante A8 apresentou dois principais problemas que, frequentemente, são enfrentados pelas mães: inchaços e gases. Inchaços causados pela falta de movimentação devido a inexistência de locais próprios para andar (são limitadas aos corredores), e os gases devido presenças de outras pessoas nos quartos, que as inibem quanto o tratamento intestinal.

As acompanhantes A9 e A2 complementaram afirmando que entendem que o hospital não possui uma estrutura física para uma academia assim como verba, mas aulas aeróbicas ou de alongamento são possíveis de adaptar ao hospital, uma vez que necessitam de apenas uma sala e de um professor.

Essas pessoas, que passam a morar nos ambientes hospitalares, possuem maior fragilidade em sua saúde. De acordo com Furtado et al. (2012) o cuidador, por exemplo, dedica seu tempo integralmente à criança, o que ocasiona desgaste físico, privação do sono e sobrecarga emocional. Esses problemas podem repercutir diretamente na vida desses usuários com aumento de irritabilidade, depressão, problemas físicos como os expostos nos discursos.

Battaglini e Bottaro et al. (2004) expuseram que a atividade física produz alterações metabólicas e morfológicas crônicas. Sendo assim, é uma opção importante no tratamento e no processo de recuperação envolvendo pacientes com câncer.

Outra deficiência muito comentada do hospital, diz respeito às falhas que ele tem quanto às ações fornecidas para distração e entretenimento de pacientes e acompanhantes. Segundo os entrevistados, não há atividades ou elementos suficientes para distração, que para eles são de extrema importância. Os usuários sentem necessidade desse tipo de ação, pois precisam de atividades que o faça esquecer os problemas que estão vivendo, tanto relacionados à doença, quanto aqueles relacionados ao desconforto que o ambiente hospitalar proporciona.

Para as mães que gostam de bordado, até que tem atividade. Mas quem não gosta, fica esquentando o colchão no quarto, assistindo tv [...] Podiam trabalhar mais com a gente. Voltar a ter aula de violão. Têm muitas mães que gostam. (A9)

Antigamente tinha mais coisa para fazer. Eles estão tirando um pouco dos desenhos e dos lanches comunitários. (A8)

Aqui a gente só tem o bordado e a pintura para as crianças. Podia ter um leque mais amplo de coisas para fazer. Serio melhor [...] Falta alguma coisa para passar o tempo. Yoga, trabalho... alguma coisa para a gente ocupar a cabeça e não ficar só no quarto. (A2)

Eu acho que aqui deveria ter alguma coisa para dar uma sacudida, uma animada. A criança fica toda entediada. A mãe já não dorme direito. Deveria ter alguma coisa para incentivar ela. Só olhar o remédio dos meninos não é legal. [...] A gente tem que ter alguma atividade de noite também. Não tem nada. (A1)

Deveria ter alguma coisa para as mãezinhas. Alguma coisa adaptada para a gente. Como por exemplo, trazer um cursinho para a gente fazer aqui. Alguma coisa de formação. Ensinar a gente a fazer a unha, por exemplo. (A10)

Aqui deveria ter mais uns brinquedinhos para eles. Principalmente nesses quartos. Apesar que também tem adolescentes né? [...] As crianças gostam de brinquedos. A minha menina gosta de boneca. Gosta de ver desenho. Ela vê no tablete. Eles tinham liberado a internet mas não ficou nem uma semana e já tiraram. [...] Aqui precisa também de mais livros. Está tudo velho. Essas coisas alegram o ambiente. (A7)

Eu acho que deveria ter uma televisão para cada paciente. Porque tem mãe que gosta de alguma coisa e tem outra que gosta de ver outra coisa. As vezes quero jogar vídeo game e não posso porque a mãe está vendo novela. (P3)

Eu gosto muito de ficar no quarto, na internet, mas ela não é boa não. Eu até desisto. Não dá para entrar no facebook, só no whatsapp. Para os meninos até que tem vídeo game, mas não sobra para as meninas [...] Eu até podia trazer meu vídeo game de casa, mas a outra mão não gosta. Tinha que ter mais tv [...] A gente precisa de diversão. A gente tem um monte de passeio, mas aqui no hospital mesmo a gente não tem. (P2)

Eu acho que falta aqui no hospital um local para as mães se cuidarem. Porque elas precisam melhorar a autoestima delas. Sentir-se bem, porque não são elas que estão doentes. (T6)

Com esses discursos foi possível perceber que todas as acompanhantes queixaram da falta de atividades. Segundo as acompanhantes A9 e A2, as atividades

oferecidas são restritas a bordados e que possuem necessidade de espalhar com outros tipos de atividades. Complementarmente, a acompanhante A8, se queixou da diminuição das atividades que eram feitas no hospital como por exemplo, aula de pinturas. Já a acompanhante A10, se mostrou completamente incomodada pela improdutividade pessoal dentro do hospital e sugeriu cursos profissionalizantes para minimizar esse sentimento. A acompanhante A1, por outro lado, sentiu a necessidade de animação dentro do hospital para distração da sua filha e dela mesma. Afirmou da importância de atividades noturnas que são inexistentes no hospital. A acompanhante A7, por outro lado, criticou a falta de brinquedos, livros e internet eficiente para sua filha.

A internet foi um assunto abordado também pelos pacientes. Segundo a paciente P2, a internet é muito lenta e por isso acaba desistindo de acessar. A paciente complementou afirmando da insuficiência de televisões nos quartos, pois não consegue se distrair utilizando o vídeo game devido queixa da acompanhante do colega de quarto. Esse fato também foi criticado pelo paciente P3, que declarou incômodo por querer brincar e não poder.

A profissional T6 demonstrou preocupação com as atividades envolvendo o cuidado com a aparência das mães, pois reconhece que elas não estão doentes e por isso não devem deixar de ser cuidadas.

A preocupação com o impacto da hospitalização nos pacientes e acompanhantes foi um ponto que merece destaque e deve ser sempre reconhecido pelos profissionais e gestores das instituições de saúde.

As crianças, adolescentes e seus responsáveis, segundo Rangel e Garcia (2012), estão sujeitas a dois fenômenos: o sofrimento que experimenta e o esforço que empreende na busca de recursos para enfrentar esse sofrimento. Assim como nas vozes acima, as brincadeiras e distrações através de atividades específicas podem ser um meio bastante eficiente para isso.

Gomes et al. (2012) afirmaram que atividades lúdicas promovem fatores significativos para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afetivo da criança, promovendo assim, um tratamento humanizado eficiente.

Um ponto muito interessante relatado foi quanto à inadequação, da pouca distração que há, para os jovens.

Meu menino não aguenta mais ver palhaço. Ele fala: Mãe, eu tenho trauma de palhaço [...] Quando o palhaço vem, ele entra para dentro do banheiro. (A2)

Aqui a gente fica só vendo branco e palhaço. Quando os palhaços vinham eu fingia que estava dormindo para não conversarem comigo. Eles chegam fazendo o escarcéu. (P2)

A acompanhante A2 declarou o repúdio do filho com palhaços o fazendo deixar seu leito para a fuga de sua visita. Complementarmente, a paciente P2 expôs que eles fazem muita bagunça e por isso acaba fingindo um sono para evitar a abordagem.

Costa e Ceolim (2010) alertaram quanto à maior incidência de problemas psicológicos em adolescentes, em comparação com as crianças menores que 7 anos devido ao fato dos adolescentes terem maior compreensão da morte. Com isso, é imprescindível que haja estudos com os diferentes usuários envolvidos em uma instituição de saúde a fim de focar em ações de humanização específicas para cada um e não apenas para uma parcela, como acima exemplificado.

Fernandes (2011) defendeu assim, que o hospital deve fornecer ações específicas para adolescentes. A internet aparece então como fator indispensável para uma boa comunicação com o ambiente externo, a qual é imprescindível para essa faixa etária. Segundo ela, a comunicação neste período é extremamente importante, pois alivia o sofrimento e expressa desejos.

Os entrevistados também levantaram alguns fatores que deveriam ser proporcionadas pelo hospital e queixaram de outros que são oferecidos, porém deficientemente. As roupas sujas, por exemplo, provocam desconforto para as mães que muitas vezes não tem onde colocar, e sentem dificuldade de buscar novas em casa. Sendo assim, uma grande queixa foi quanto a inexistência de uma lavanderia interna e espaços maiores nos armários dos leitos.

Aqui a gente tem um armarinho para guardar as roupas. As vezes dá para caber, mas tem vezes que tem que ficar na sacola [...] Muitas

vezes eu tenho que ir em casa buscar roupa, aí meu marido fica com ela. Seria legal uma lavanderia, porque tem vezes que não dá para buscar roupa na minha cidade [...] Você tem que ficar ligando para os outros. (A5)

Eu acho que aqui deveria ter uma lavanderia. Muitas mães são de outras cidades e não têm como buscar sempre. (A4)

As questões de roupas sujas foram abordadas apenas pelas acompanhantes. As acompanhantes A4 e A5 afirmaram ser as roupas sujas graves problemas enfrentados por elas dentro do hospital, por dois principais motivos: muitas mães não moram em Goiânia e têm dificuldades em buscar novas ou há insuficiência de armários para guardá-las. Sendo assim, apontaram como solução a presença de uma lavanderia.

Outro fator descrito fez referência à alimentação. Muitos entrevistados reclamaram da comida oferecida para pacientes e acompanhantes. As mães, por exemplo, declararam injustiçadas pela padronização da comida, por não estarem doentes.

Eu acho que deveria melhorar a alimentação. A mesma alimentação que vem para os pacientes, vem para os acompanhantes. E a gente não está doente. (A3)

Aqui você se alimenta muito mal. Eu não sei explicar, mas quando eu passo muito tempo aqui, toda vez que eu saio, eu fico gripada. (A9)

A comida aqui deveria ser diferenciada. Não sei se cabe, mas o próprio hospital poderia ter uma lanchonete. (A2)

A acompanhante A3 sentiu incomodada pela padronização da alimentação de acompanhantes e pacientes. Afirmou que não estava doente e por isso a alimentação deveria ser melhorada. Complementarmente a ela, a acompanhante A2 sugeriu a necessidade de uma lanchonete dentro do hospital e a acompanhante A9 relacionou a má alimentação com problemas de saúde.

Falta de orientações para localização dentro do hospital, problemas quanto ao mau atendimento oferecido por alguns profissionais e falta de alguns equipamentos

básicos para procedimentos médicos e bem-estar no leito foram outros problemas relatados, porém com menor proporção pelos entrevistados.

A falta de orientação dentro do hospital, foi abordada apenas pela profissional T1. Segundo ela, muitas pessoas (principalmente de cidades interioranas) se sentem perdidas ao procurar meios alternativos que não sejam por elevadores. Sendo assim, a presença de uma pessoa orientando-as ou de sinalização seria de extrema importância para otimização de fluxos dentro do hospital.

Eu acho que tem que ter uma pessoa orientando as pessoas dentro do hospital. Sabe aquela pessoa “Posso ajudar?” [...] Pelo menos para ficar de manhã no elevador [...] Tem muitas pessoas que têm medo de elevador, então fica perdido. (T1)

Apenas uma acompanhante (A9) apresentou o problema da falta de produtos oferecidos pelo hospital. Declarou a necessidade de fornecimento de toalhas e troca de lençóis diária. Além disso, evidenciou o problema de má acomodação de crianças mais velhas.

Os lençóis aqui não vêm empacotados. Eu não moro aqui [...] Eu vou passar sete dias aqui e não tenho sete toalhas. Eu acho que o hospital deveria fornecer para a gente. (A9)

Eu acho que todos os pacientes deveriam ser internados em camas, porque todas as camas têm grades. Eu acho um absurdo crianças de sete anos em berço. (A9)

Os hospitais de hoje em dia têm que estar preparados para a competitividade do mercado e pelas exigências de seus usuários como vistos nos discursos dos entrevistados. Esses ambientes passaram a ser vistos como hotéis em que aqueles que oferecerem maior quantidade e qualidade de serviços saem na frente. O objetivo dessa nova hotelaria hospitalar é oferecer condições de conforto, bem-estar, assistência, segurança e qualidade no atendimento. Porém, nunca esquecendo da principal missão de uma instituição de assistência à saúde: adequada capacidade terapêutico/diagnóstica.

Outro ponto criticado pela maioria dos pacientes, fez referência à má conduta de alguns profissionais. Segundo eles:

Eu sinto necessidade de uma enfermeira mais legal. Porque tem umas que a gente fecha o soro um pouco porque a mão da gente dói e elas vêm e abrem tudo [...] Elas demoram para colocar aí querem abrir tudo para acabar logo. (P3)

Eu tenho muita dificuldade em dormir à noite [...] As enfermeiras vêm toda hora e deixam a luz ligada. (P1)

Nossa, podia mudar a visita dos profissionais. Aquele tanto de gente vem aqui falando o que a gente tem. As vezes a gente pede segredo e vem o danado e fala. Fala para todo mundo [...] Eu morro de vergonha. É uma tropa. (P2)

Os pacientes P3 e P1 afirmaram problemas nas atitudes de enfermeiras que muitas vezes esquecem luzes ligadas de noite além de aumentar o gotejamento de soro, causando dor na mão do paciente. Já a paciente P2, sentiu extremamente incomodada com a visita da equipe multidisciplinar nos leitos. Afirmou sensação de desconforto e vergonha.

A equipe médica em muitas vezes preza pelo atendimento técnico. Souza et al. (2010) expõem que esses cuidados estão mais relacionados a atividades específicas, como verificação de sinais vitais, administração de medicamentos, curativos, deixando de lado às práticas de cuidado, na perspectiva de integridade e especificidade de cada usuário do serviço.

Sendo assim os profissionais devem valorizar os aspectos emocionais desses usuários, identificando situações de vulnerabilidade, bem como a interação com a família, buscando proporcionar segurança, afetividade e atendimento qualificado tão exigido pelos entrevistados.

Quanto a falta de equipamentos para profissionais, apenas um profissional expôs sua crítica. Segundo ele:

Qualquer coisa que a gente tenha que fazer dentro do leito causa desconforto [...] A gente não tem onde apoiar nossos materiais. Temos

que trazer outras mesinhas. E quando não tem, temos que colocar no leito do paciente. (T5)

A profissional T5 apresentou o problema de não ter local próprio para apoiar equipamentos durante algum procedimento, tendo que apoiar na cama do paciente, causando desconforto para ambos.

Esse dado remete ao desconforto do trabalhador, pois ele acaba se sentindo desvalorizado e sem apoio institucional para desempenhar de forma eficiente o seu trabalho. As instituições devem fornecer condições básicas, no mínimo, para que esses profissionais consigam desempenhar todos os procedimentos técnicos que caibam a eles como a simples disponibilização de mesas de apoio para procedimentos.

As questões de higiene foram extremamente criticadas, principalmente pelas acompanhantes. Com unanimidade, queixaram da presença de insetos dentro dos quartos e expuseram os problemas que isso pode ocorrer na saúde de seus dependentes, os quais possuem imunidade muito baixa. Em relação ao banheiro do leito, também houve insatisfação quanto à limpeza.

Teve um dia que a gente teve que passar álcool em tudo aqui, porque estava dando barata. As enfermeiras disseram que as paredes são ocas e que infelizmente elas estavam passando pelos buracos. Um absurdo. (A1)

Aqui é cheio de barata. A limpeza não está assim muito boa [...] Tem muito tempo que não dedetiza. Maior perigo para os meninos. (A8)

Aqui tem tanta barata. Fora do comum. Eu nunca vi barata em um hospital. As enfermeiras falam para não trazer comida, mas eu guardo nessa vasilha tampadinha. (A9)

A presença de baratas causou preocupação para as acompanhantes A1, A8 e A9. Segundo elas, a má limpeza ocasionou o surgimento de baratas. Demonstaram preocupação quanto à saúde de seus filhos. Complementarmente à elas, as questões de higiene do banheiro também foram levantadas, como a seguir:

Eu acho o banheiro muito complicado [...] O cheiro é muito forte. (A6)

Eu acho que os banheiros deveriam ser separados dos quartos, porque o cheiro é muito forte. (P1)

De acordo com a acompanhante A6 e a paciente P1, o cheiro do banheiro causou bastante incômodo, sendo levantado até a opção de separá-los dos quartos.

Nossa, tem banheiro que é uma bagunça. Tem mães que deixam tudo sujo e não rapam. (A7)

Os profissionais reconheceram a importância de uma limpeza impecável do ambiente hospitalar, pelo entendimento que ela repercute positivamente para a saúde dos usuários, vulneráveis às contaminações, como nas falas a seguir:

Um hospital mais próximo da perfeição deveria se o mais limpo possível. Que tenha uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar mais atuante. Livre de bactérias e infecções. (T5)

A limpeza de um hospital deve ser impecável. O lance de contaminações. É importante para quem trabalha e para quem vai também. (T1)

Nas falas dos profissionais T5 e T1, foi possível identificar a importância que eles dão para a limpeza do hospital. Sentem que ela pode contribuir para a qualidade de vida tanto de profissionais quanto de acompanhantes e pacientes. E afirmaram que o controle constante não deve ser ignorado.

A limpeza hospitalar, quando feita de forma correta, favorece a eficiência do atendimento dando conforto e bem-estar aos usuários de instituições de assistência à saúde. Ela tem importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e equipamentos, reduzindo assim as infecções cruzadas. Além disso, cuidados com a higiene pessoal também são essenciais para a não proliferação de doenças.

Outro ponto exposto foi relacionado à falta de ações de humanização para profissionais, seja por meio de atividades de relaxamento ou pela falta de cursos profissionalizantes e de aprimoramento pessoal. Segundo eles, sentir-se bem amparados dentro do hospital repercute diretamente na qualidade do atendimento prestado por eles aos pacientes e acompanhantes.

É importante que o hospital valorize o profissional. Oferecesse alguma educação continuada, algum tipo de estímulo para o profissional trabalhar sempre satisfeito [...] São muitas cobranças [...] Seria legal um psicólogo, uma gratificação, a questão de folgas, palestras, atividades de movimentação. (T5)

Na fala da profissional T5 foi possível perceber a necessidade que ela possui quanto às ações voltadas para as atividades de movimentação, palestras ou até remunerações justas. Ela reclamou da jornada de trabalho sem benefícios e afirmou que sentir-se malculado pode influenciar na qualidade do seu trabalho.

Oliveira, Teixeira e Almeida (2013) afirmaram que a assistência humanizada depende não somente da estrutura física, mas também da organização e gestão dos serviços, respeito e valorização dos profissionais pelo hospital, remuneração adequada e capacitação. De acordo com eles e com os discursos expostos, “só existe assistência humanizada quando o protagonista da ação se sente humanizado”.

De forma mais geral, os arquitetos reconheceram a preocupação com a desumanização hospitalar.

Os gestores não se preocupam tanto assim com questões de humanização. Parece que eles acham assim... A pessoa chega, faz o exame e vai embora. Para eles, isso é rotineiro. Mas para o paciente não [...] Eles buscam otimização de espaços. (Arquiteto 1)

Em momento nenhum os médicos se preocuparam com a questão da humanização. Se preocupavam com o espaço no sentido de querer ampliar, mas não se preocupavam com a humanização, ventilação, iluminação [...] (Arquiteto 2)

Foi possível identificar que ambos trabalhadores arquitetos (Arquiteto 1 e Arquiteto 2) reconheceram a falta de interesse de gestores e médicos quanto às questões de humanização. Segundo eles, essas pessoas se preocupam mais com questões técnicas de uma unidade de saúde do que aquelas relacionadas a conforto e bem-estar.

Complementam criticando o novo modelo de hospital afirmando que a medicina está com um caráter comercial e que as pessoas estão sendo tratadas como mercadorias.

Talvez eu possa estar enganado, mas a medicina ultimamente está com um caráter muito comercial. Empresa...dinheiro entrando, saindo.... Quanto mais cadeiras você girar em uma clínica, melhor. Então focam bem mais questões técnicas do que humanísticas. Talvez as pessoas têm sido tratadas como mercadorias. (Arquiteto 2)

De acordo com Sprandel e Vagheti (2012), o hospital humanizado deve contemplar na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa a valorização e o respeito à dignidade da pessoa, garantindo condições para um atendimento de qualidade. Além dos aspectos técnicos criticados pelos discursos dos arquitetos, as instituições devem criar uma nova cultura de funcionamento que, cotidianamente, se façam presentes os valores da humanização.

Conclusão

As vozes e discursos apresentados nos fazem refletir quanto às reais exigências e necessidades dos usuários dentro de um ambiente de assistência à saúde. Essas vão desde a disponibilidade de atividades físicas e de distrações até fornecimento de suprimentos básicos para a estadia no espaço hospitalar.

O principal objetivo de gestores hospitalares deve ser a prestação do atendimento de qualidade. A atenção e o carinho para com o usuário trarão segurança e conforto em um dos momentos mais difíceis para o ser humano que vive a dor e o medo da morte. Além do atendimento, é por meio também do ambiente do hospital, que os usuários desses espaços se sentirão acolhidos pela instituição. Assim, quando a estrutura física do hospital parece com um hotel ou com o próprio lar, faz com que seja esquecida a característica dos hospitais tradicionais, trazendo a qualidade de vida e o bem-estar dentro desses espaços, com adequada interação serviço-usuário-comunidade, na visão biopsicossocial do adoecer e de recuperação, quando possível, de saúde.

É imprescindível escutar as diferentes vozes envolvidas dentro de um ambiente de assistência à saúde para estabelecer ações focadas nas reais necessidades. Decisões participativas devem incorporar os usuários sejam eles pacientes, acompanhantes e profissionais, como fator decisivo para sanar as lacunas do hospital moderno que muitas vezes preza pela otimização da ocupação esquecendo das questões humanísticas.

Referências

ANDRADE, G. N.; PANZA, A. R.; VERGENS, O. M. da C. **As Redes de Apoio no Enfrentamento do Câncer de Mama: Uma Abordagem Compreensiva.** Ciênc. cuid. saúde. 2011 Jan-Mar; 10(1):82-88.

BATTAGLINI, C. et al. **Atividade Física e Níveis de Fadiga em Pacientes Portadores do Câncer.** Rev Bras Med Esporte. 2004 Mar-Abri; 10(2).

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada: Guia Prático para a Análise Qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

COSTA, T. F.; CEOLIN, M. F. **A Enfermagem nos Cuidados Paliativos à Criança e adolescente com Câncer: Revisão Integrativa da Literatura.** Rev Gaúcha Enferm, 2010 Dez; 31(4):776-84.

FERNANDES, C. **A Ludoterapia Dentro do Contexto Hospitalar.** 2011

FERNANDES, L. D.; GÖTTEMS, L. B. D. **Humanização e Ambiência na Clínica Médica do Hospital de Base do Distrito Federal.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2013; 4(2): 38-52.

FURTADO, A. Z. M. et al. **Percepção Materna Sobre o Cuidado da Criança em Tratamento Dialítico.** Revista RENE. 2012; 13(4):775-83.

GOMES, I. L. V. et al. **A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e experiências vivenciadas.** 2012 Out-Dez; 17(4):703-9.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. de F. **O Ambiente de Relaxamento e a Humanização do Cuidado ao Parto Hospitalar.** REME rev. min. enferm. 2013 Jul-Set; 17(3): 531-537.

LIMA, C. D.; LOPES, M. de A.; GONÇALVES, V. M. da S. G. **O Enfermeiro no Planejamento do Espaço Físico Hospitalar.** Rev Enferm UFSM. 2013 Set-Dez; 3(3):374-382.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde.** Psychiatry on line Brazil. 2003; v. 8, n. 5.

OLIVEIRA, E. C. V. et al. **A Visita de Familiares em Unidades Intensivas na Ótica da Equipe de Enfermagem.** Ciênc. cuid. saúde. 2011 Out-Dez; 10(4):705-712.

RANGEL, A. H.; GARCIA, J. **As Diversas Faces do Acompanhamento de crianças Hospitalizadas.** Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2012 Mar;6 (1).

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L. M. **A Mãe Acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Desafios Para A Equipe Assistencial.** Revista Enferm. Cent. O. Min. 2013 Jan-Abr; 3, (1):475-487.

SOUZA, S. S. et al. **Reflexões de Profissionais de Saúde Acerca do Seu Processo de Trabalho.** Rev. Eletrônica de Enfermagem. 2010, 449.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. **Valorização e Motivação de Enfermeiros na Perspectiva da Humanização do Trabalho nos Hospitais.** Rev eletrônica enferm. [online]. 2012 Oct-Dec; 14(4): 794-802.

THIBAUD, J.P. (2004). **O ambiente sensorial das cidades: para uma abordagem de ambiências urbanas.** In E.T. Tassara; E.P. Rabinovich; M.C. Guedes (Orgs.). Psicologia e ambiente. SP: EDUC.347-361.

VEDOOTTO, D. de O.; SILVA, R. M. **Humanização com o Familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Descritivo.** Online braz. Online braz. j. nurs. (Online). 2011; 9(3):1-15.

5.3 Artigo 4

QUALIDADES E DEFICIÊNCIAS DA ESTRUTURA FÍSICA DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

Resumo

A arquitetura pode ser um fator facilitador do bem-estar físico dos usuários de ambientes de assistência à saúde quando há a criação de espaços, que além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanos. Para isso é imprescindível entender as necessidades e exigências dos usuários, sejam eles pacientes, acompanhantes ou profissionais afim de estabelecer soluções eficientes de projeto. Sendo assim, o trabalho tem como **Objetivo** Entender a percepção dos usuários e profissionais de saúde quanto à contribuição do ambiente físico no processo de humanização dos hospitais oncológicos pediátricos **Método** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o suporte teórico na Teoria Fundamentada em Dados Construtivista de Kathy Charmaz (2009) a qual vê tanto os dados como a análise como tendo sido gerados a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas que permitiram à pesquisadora elaborar suas interpretações cuidadosamente acerca das narrativas dos participantes e das observações realizadas no processo da coleta de dados. **Resultados** Emergiram duas categorias: a primeira, “Qualidade da estrutura física do hospital”, identificada as potencialidades quanto à organização, à distribuição dos ambientes e o bem-estar no leito. Já a segunda categoria, “Deficiências da estrutura física do hospital”, elenca os problemas do ambiente físico encontrados, como no tamanho dos ambientes, na falta de espaços, má distribuição de ambientes, problemas térmicos, acústicos, entre outros. A partir disso foi possível concluir que um tratamento eficiente depende de um conjunto de variáveis, sendo o ambiente físico essencial no papel de conforto e assim qualidade de vida e bem-estar.

Palavras-chave: Humanização, Arquitetura, Espaço, Hospitalar.

Introdução

O hospital a cada dia vem sofrendo modificações nas suas estruturas e políticas. O que se percebe nos ambientes de assistência à saúde é a preocupação dos atores envolvidos em prestar ou receber atendimento de qualidade. A humanização desses espaços deve ser uma preocupação para que a edificação tenha um impacto positivo na qualidade do tratamento dispensado aos usuários, sejam eles pacientes, acompanhantes ou profissionais (MARTINS, 2004).

O hospital deve promover uma “ambiência acolhedora e confortável” com consequências positivas aos processos de cura dos pacientes internados (BRASIL, 2010).

O que se percebe, por outro lado, é a falta de algumas ações pontuais que qualifiquem o espaço hospitalar. De acordo com Martins (2004), esses ambientes muitas vezes são despersonalizados, frios, mal distribuídos, com inexistência de preocupações relacionadas à humanização dos espaços, que prejudicam a qualidade de vida e bem-estar durante a permanência.

No desenvolvimento de projetos, os usuários de maneira geral devem ser ouvidos para que suas necessidades e expectativas sejam sanadas por meio de ações eficientes e específicas de humanização.

Assim, a justificativa deste trabalho esteia na compreensão da importância de ouvir as diferentes vozes envolvidas em um ambiente hospitalar afim de elaborar uma eficiente humanização do ambiente físico hospitalar que traga saúde e bem-estar aos usuários e profissionais.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de acordo com os preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados, na vertente construtivista, proposta por Charmaz (2009), em que a partir de experiências compartilhadas entre os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora, foram obtidas informações para as análises e evidências.

A intenção foi descrever e entender a percepção dos pacientes, acompanhantes, profissionais e arquitetos quanto à importância da humanização do ambiente físico em um hospital oncológico.

A pesquisa teve um total de 26 participantes, com 10 mães de pacientes (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10), 5 adolescentes internados (P1, P2, P3, P4 e P5), 2 crianças internadas (P6 e P7), 2 enfermeiras (T3 e T5), 1 pediatra (T4), 1 recepcionista (T1), 1 professora (T6), 1 assistente de administração (T2) e 3 arquitetos (Arquiteto 1, Arquiteto 2 e Arquiteto 3).

Os dados obtidos das entrevistas foram transcritos, codificados de forma analítica e categorizados segundo significados semelhantes. Assim, emergiram as categorias “Qualidades da estrutura física” e “Deficiências da estrutura física”, tendo como cenário prático um hospital oncológico pediátrico em Goiânia, Goiás”.

Resultados

Qualidades da estrutura física

Os entrevistados levantaram muitas qualidades que o hospital possui relacionadas aos leitos, aos benefícios da sala lúdica ou relacionadas ao espaço alegre e humanizado.

No que diz respeito à estrutura física do hospital, dentre as qualidades expostas, apenas os acompanhantes e um profissional reconheceram o ambiente como organizado. De acordo com os discursos, organização foi relacionada às amplas dimensões, à separação entre a ala dos adultos e exames internos, às acomodações para pacientes e acompanhantes, além de locais próprios para guardar seus pertences.

A quimioterapia é bem organizada porque tem a cadeira do paciente, do acompanhante, tem local para colocar o equipamento, o espaço é grande, é bom. (A8)

Aqui é organizado. A pediatria é separada dos adultos. E tem a ala de exames. Aí é bom, porque você não precisa ficar indo para outro lugar. Faz tudo aqui no hospital. Exame de sangue, tomografia, ultrassom... (A7)

Eu gosto daqui. É tudo muito arrumadinho. Eu já passei por outros lugares e eram bastante bagunçados. Eu dormia numa cadeira. Aqui

não. Eu tenho uma cama para dormir. Assim, sofá-cama né. Fui muito bem recebida aqui. (A5)

Nossa, só de ter um armário para eu colocar minhas coisas me deixa feliz demais. Assim, ele não é grande, mas já é alguma coisa né. Achei aqui muito organizado. (A4)

Em relação à recepção, acompanhantes, pacientes e apenas um profissional se mostraram satisfeitos pela organização da recepção com acomodações suficientes, água fria sempre disponível e brinquedos:

A visão que eu tenho é que a recepção é bem organizada. E tem que ser assim mesmo, porque tem muita gente lá. Já pensou se fosse pequena? O espaço lá é bom. (A9)

Eu acho aqui tão organizado, porque assim, tem acomodação para todo mundo. Para os pacientes, para os acompanhantes, para os pacientes que estão aguardando consulta. E são até muitas aqui na recepção. (T3)

Eu gosto do bebedor que tem na recepção. A água é fria todo dia. (A4)

Eu gosto muito daqui, porque tem brinquedo para eu brincar. (P7)

Os arquitetos complementaram expondo que a recepção é um local onde deve sempre haver ações de humanização, como as de acima citadas, por ser um espaço de tensão e incertezas.

A recepção é um espaço de tensão. A pessoa chega e fica alí, tensa, ansiosa. Por isso é importante abordar bem as questões de humanização nesse espaço. (Arquiteto 2)

Outro ponto levantado como bom diz respeito à distribuição dos espaços. As acompanhantes, por exemplo, elogiaram a localização do posto de enfermagem uma vez que está centralizado, próximo dos leitos, contribuindo para a sensação de segurança caso haja algum problema com seus filhos nos leitos. Já os profissionais reconheceram que algumas divisões de ambientes foram benéficas para a otimização de fluxos e assim para a qualidade dos seus serviços e perceberam a qualidade no ambiente pela não segregação total dos pacientes graves.

O espaço é bom. Eu acho tudo perto. A assistência está perto. Isso me deixa bastante segura, porque eu posso deixar a criança sozinha rapidinho para ir chamar uma enfermeira. (A3)

Eu acho o ambiente bem distribuído. Por exemplo, o paciente passa pela consulta, aí é decidido que ele não vai tomar quimio. Ele volta e vai para sala de quimio. Se for internado ele já é encaminhado para a internação. Não tem choque de fluxo. (T3)

A gente percebe que aqui não tem aquela segregação total dos pacientes graves e dos ativos. É importante ter essa relação com outros pacientes. As vezes aquele paciente que está muito grave é muito amigo daquele outro que está bem. Não podemos separar totalmente porque eles infelizmente têm que vivenciar aquilo. (T4)

Os arquitetos complementaram atentando quanto a importância de se estabelecer bons fluxos para facilidade no trabalho dos profissionais no hospital

Uma das coisas mais importantes no projeto de um hospital é o estudo de fluxos. Como é desagradável, por exemplo, passar a maca com um paciente doente na frente dos outros. Isso polpa desgastes. (Arquiteto 3)

Outro ponto levantado nos discursos diz respeito à privacidade. Os profissionais afirmaram que se sentem bem com o espaço destinado a eles uma vez que podem exercer seu trabalho com tranquilidade sem que haja barulhos e movimentações que prejudicam suas atenções. Além disso, sentem-se bem pela presença de banheiros privativos e ar condicionado nas salas. Outros profissionais levantaram a proximidade que existe entre alguns ambientes como benéfica para sua proteção repercutindo na facilidade do trabalho e segurança. Além disso, elogiaram as diferentes salas que existem para as várias áreas de atuação.

Eu não posso reclamar do meu trabalho. Aqui eu tenho muita liberdade. Antes a gente ficava em um espaço muito cheio, muito fluxo de gente, muito calor. Agora, quando separou os ambientes a gente tem bem mais privacidade. Agora sou só eu e a mãe. Não tem mais o incomodo de outras pessoas conversando ao meu redor [...]. Na

questão de calor aqui melhorou bastante com o ar condicionado. É outra coisa o trabalho. (T2)

Aqui no hospital foi muito bom a questão do consultório que a gente não tinha. A gente não tinha, por exemplo, o consultório com banheiro. Não tinha como você parar para fazer xixi. Agora você já consegue. (T4)

Aqui os ambientes estão todos muito próximos para a gente. A sala de emergência está próxima do posto de enfermagem, o que facilita o nosso controle. Eu vejo que aqui tem humanização para a gente por isso. Porque tem lugares que a enfermaria está lá longe e o profissional tem que ir umas 10 vezes. No final do dia estamos mortinhos. Aqui, por mais que a gente tem que ir várias vezes para a enfermaria, ela está logo ali. Ahhh, e o expurgo. É perto também. A gente não precisa correr o risco de contaminação durante o caminho. (T3)

Nossa, facilita muito ter os ambientes bem definidos. Consultórios das pediatras, sala da administração, recepção, sala da assistente social... Nosso trabalho vira outra coisa, é um tipo de conforto, porque você sabe que pode ir lá, que tem a pessoa certa para aquele serviço. (T1)

Os entrevistados também expuseram uma gama de fatores ao comparar o hospital com outros já frequentados. Destacaram melhor organização e conforto devido disponibilidade de acomodações, melhores banheiros e ambientes mais espaçosos.

Nossa, aqui é bem mais confortável que os outros hospitais que eu já fui. Eu ficava em uma cadeira dura, escorada. Só cochilava. O berço do lado. Cabia só eu e o menino. Nem banheiro tinha. Aqui já é diferente [...] O banheiro é até grandinho. Da para entrar de cadeira de rodas de boa. Aqui está bem melhor. (A4)

Onde eu estava antes eram três pessoas por quarto. Aqui são quatro, mas mesmo assim é mais espaçoso. O meu filho, por exemplo, até agora não reclamou. Aqui é bom. (A6)

Em relação aos leitos, acompanhantes e profissionais expuseram alguns fatores do ambiente físico que o tornam agradável e acolhedor. A acústica, tamanho

do quarto, pia e cama para acompanhantes foram expostas pontualmente por algumas pessoas.

Aqui é bom porque a gente não escuta o barulho do outro quarto. (A4)

Nossa eu acho aquela pia boa demais. A gente cuida dela para ficar limpinha sempre. Só usamos ela porque aquela no banheiro todos usam e nem sempre têm a mesma preocupação com limpeza. (A1)

Antes ela ficava no berço, agora ela está no quarto com cama. Nossa é bem melhor. Lá era muito pequeno. (A5)

Eu acho o banheiro daqui parecido com o lá de casa. Mesmo tamanho. (A4)

Eu acho o quarto grande. Ficam duas pessoas de lá e duas pessoas de cá com o banheiro no meio. Eu gosto. (A1)

Aqui no hospital nós vemos coisas que os outros não têm. As camas para acompanhantes por exemplo. (T3)

Os arquitetos complementaram afirmando que o tratamento acústico eficiente contribui para a humanização desses ambientes uma que que faz com que os pacientes esqueçam que estão em um ambiente hospitalar.

As questões de ruídos são essenciais para a qualidade de vida dentro dos hospitais. É importante fazer a pessoa esquecer de onde ela está e o motivo. Por isso é importante não escutar os choros, barulhos de máquinas, etc. É importante o sossego. Nós sabemos que isso não é o motivo da cura, mas pelo menos acreditamos que a pessoa bem tratada se torna mais motivada para tratar a doença e aceita o tratamento mais facilmente. (Arquiteto 1)

A sala lúdica também foi apreciada pelos entrevistados. Acompanhantes e uma paciente ressaltaram como de extrema importância para atividades de lazer e distração.

A minha filha passa a maior parte do tempo na sala lúdica. Lá tem brinquedos, vídeo game. Ela gosta de lá (A9)

A salinha é importante para a gente distrair. Lá tem atividades que fazem a gente esquecer um pouco os problemas (A6)

Realmente eu acho muito importante o vídeo game para os adolescentes. A gente fica muito entediado aqui e não são todas atividades que a gente gosta de fazer. (P1)

Além disso, acompanhantes, pacientes e profissionais admitiram sentir-se bem com a sala lúdica pela capacidade que eles têm de interação nela, pelas dimensões amplas e devido à preferência das crianças por um ambiente cheio de brinquedos e atividades. Complementarmente os profissionais reconheceram que a sala é positiva para o bem-estar com consequências positivas para o tratamento. Já para algumas crianças, é o melhor lugar dentro do hospital, porque há brinquedos e atividades de pintura.

Eu gosto daquela salinha, porque ela é grande e você pode interagir com outras pessoas. (A2)

A salinha não tem tanto conforto, mas eu percebo que as crianças gostam muito de ficar lá por conta das brincadeira e brinquedos. (A10)

Eu gosto da salinha, porque tem brincadeira. (P3)

Eu gosto mais daqui (sala lúdica) porque tem pinturinha de gesso e eu brinco (P6)

Quando os pacientes conseguem sair dos leitos, eles acabam passando grande parte do tempo na sala lúdica. Lá tem cadeira, tem televisão, tem DVD, tem brinquedos, então eles ficam grande parte do tempo nessa salinha. É importante não ficar restrito apenas ao leito. (T3)

A humanização também foi citada nos discursos. De acordo com os participantes há qualidades no hospital quanto à humanização do ambiente físico, uma vez que houve preocupação em afastá-lo da tipologia hospitalar. Expuseram, ainda, as necessidades da humanização voltadas para os profissionais e relataram as consequências que pode causar para o bem-estar. Os profissionais também

reconheceram a diferença positiva que há entre a ala pediátrica e o restante do hospital, repercutindo nos sentimentos positivos vivenciados dentro do espaço.

Quando você entra aqui na pediatria você vê que é um ambiente mais colorido, por se tratar de pediatria. Ele é mais organizado. Eu me sinto mais disposta a vir trabalhar. (T3)

Aqui teve uma ação assertiva para criar uma atmosfera lúdica voltada realmente para ser uma ala infantil. É bonito de estar olhando. (T1)

Os arquitetos em seus discursos também levantaram a importância das cores para a humanização, uma vez que provocam diversas sensações dentro do espaço.

Eu acho a exploração de cores com seus respectivos significados muito importantes para a humanização. As cores despertam sensações e devem ser trabalhadas no projeto de humanização. (Arquiteto 2)

Ainda sobre a humanização, os entrevistados expuseram sobre a importância que ela tem para o tratamento. Segundo os profissionais, a humanização é facilitadora da estadia no hospital, uma vez que um espaço físico agradável e o sentir-se bem cuidado colaboram para a aceitação do tratamento pelos usuários.

Os arquitetos complementaram reconhecendo a missão que possuem na disseminação de ações de humanização. De forma geral, deixaram claro a influência que o ambiente físico hospitalar tem no processo de cura e na qualidade de vida dos usuários, sejam pacientes ou mesmo profissionais.

A questão da humanização nós que colocamos quando fomos apresentar o anteprojeto, já com a maquete. Até então nosso cliente não tinha tocado nesse assunto. (Arquiteto 1)

É importante não trabalhar com espaços mínimos. Você tem um espaço útil, mas você tem também um espaço psicológico para a pessoa se sentir bem. Espaços verdes, pés direitos altos, jardins [...] A recepção, por exemplo, deve ser superdimensionada. Ela é o

ambiente em que o paciente fica mais tempo. Tem que ser confortável. (Arquiteto 3)

Para mim a humanização é o mais importante [...] O ambiente com certeza influencia o processo de cura, até porque nós temos cores que elevam sentimentos, percepções que outras diminuem. Tem cores que trazem paz, outras trazem ansiedade [...] O ambiente agradável pode mudar o estado de espírito da pessoa. Se o ambiente é bonito e confortável a fim de fazer a pessoa esquecer da sua condição, eu acho sim que ele pode influenciar o tratamento. (Arquiteto 2)

Eu acho que o espaço é o mais importante. Não que o tratamento não seja, mas ele será feito de qualquer forma. Em um lugar bom ou ruim. Agora, se o espaço é bom, o desempenho é bem melhor. (Arquiteto 3)

Os arquitetos defenderam, ainda, a importância de se estudar as características dos usuários que utilizarão dos espaços hospitalares para que sejam feitas ações de humanização eficientes.

Primeiro eu começo a fazer uma pesquisa de como o paciente chega na clínica. Quando ela chega, já está no estado de descobrir alguma coisa ou chega no estado de sofrimento já, como por exemplo com uma perna quebrada. Comecei a considerar esses estados psicológicos e em meios para minimizar esse sentimento por meio do espaço físico. (Arquiteto 2)

A missão dos arquitetos é considerar as questões psicológicas das pessoas. Como elas vão utilizar o ambiente. É diferente de fazer uma casa, pois o nosso cliente está alí na nossa frente. Aqui, nosso cliente é o médico ou investidor, mas quem vai usar de fato o ambiente são os pacientes. Eles têm que ser escutados. Tem que atender às necessidades deles. (Arquiteto 2)

Outro ponto exposto diz respeito à importância que um ambiente próximo da ideia de casa causa na saúde dos pacientes e acompanhantes.

Quando eu cheguei aqui na pediatria já tinha essa característica colorida. Eu acho que isso ajuda bastante, porque essas cadeiras

pequeninhas, as mesas pequenas ajudam até na hora que a criança está esperando para a consulta. Elas se divertem. (T3)

A gente percebe que quando as mães se sentem mais cuidadas, elas aceitam mais o tratamento do filho e até os próprios pacientes. O espaço físico aqui da pediatria ajudou bastante nesse sentido e quanto mais melhorias, melhor. (T4)

Eu acho que espaço físico e tratamento devem andar sempre juntos. A gente não pode imaginar um tratamento sem um ambiente agradável e saudável [...]. Essa sensação de sentir-se bem cuidado no hospital é muito importante. Talvez não seja curativo, pois eu acredito no que é administrado pelas doutoras. Agora, eu tenho convicção que o espaço ajuda. (T1)

Tinha um paciente que falava que aqui era a casa dele. Ele achava que o leito era a casa dele. Então assim, a gente vê que tem uma certa humanização aqui porque eles se identificam com o local. Sentem necessidade de delimitar seu cantinho. (T6)

Complementarmente, em seus discursos, os arquitetos afirmaram que sentem necessidade de soluções arquitetônicas que afastem as fachadas da tipologia hospitalar e sentem necessidade de trabalhar em seus projetos além dos espaços mínimos permitidos.

É importante buscar soluções nas fachadas também para que a pessoa não visse o espaço físico como assustador, como estereótipo de hospital e doença. Por isso o uso de cores alegres e vegetações. Já na recepção cores mais calmantes para relaxar enquanto espera atendimento. (Arquiteto 2)

Falhas na qualidade da estrutura física do hospital

Os entrevistados expuseram uma gama de falhas que o hospital possui em sua estrutura física que podem repercutir diretamente na saúde dos usuários, no conforto e na percepção de cuidado.

Dentre as deficiências encontradas no hospital, a mais comentada diz respeito aos quartos, tendo sido citados por alguns entrevistados. Pacientes, acompanhantes

e profissionais levantaram uma série de problemas no ambiente físico dos leitos que prejudicam o conforto físico e psicológico. A falta de privacidade foi algo bastante abordada nos discursos.

Nossa, eu sinto falta de casa. Não sei, na casa da gente nós não temos o costume de dividir as coisas. Aqui é tudo dividido. Todo mundo junto...é diferente. Na casa da gente temos privacidade. Aqui não. Isso incomoda (A10)

A gente escuta tudo o que passa aqui no quarto, principalmente quando uma criança chora [...] Acho que o barulho vai tudo aqui para o fundo. Prefiro bem mais o quarto de isolamento, porque é bem silencioso. A pessoa passa mal e a gente nem escuta. É uma beleza. Um descanso. Aqui deveria ter mais privacidade. (P2)

Eu acho importante ter quartos mais reservados para aqueles pacientes que não estão muito bem. Quartos mais silenciosos. (T4)

Complementarmente, algumas mulheres citaram o desconforto que passam em alguns momentos devido a presença de homens nos quartos. Criticaram essa mistura de gêneros afirmando ser intensificador de constrangimento e invasão.

Aqui, as vezes internam pacientes homens com pacientes mulheres. Acho bastante invasivo isso. (A9)

Aqui põe a menina e o menino. A menina passando mal e o menino passando mal. Fica meio constrangedor, né? (P2)

Aqui a enfermaria é bastante misturada. Tem homens misturado com mulheres, pacientes graves misturados com pacientes mais ativos. Eu acho que seria de extrema importância não separar totalmente, mas ter mais controle disso. (T4)

Ainda sobre os leitos, os armários foram criticados em sua maioria pelas acompanhantes e por uma paciente. Segundo elas, sentem dificuldades com roupas limpas e sujas devido insuficiência de locais próprios e muitas vezes têm que achar meios alternativos para guardar seus pertences.

O armário não dá para guardar muita coisa. Eu coloco pouquinha coisa, porque ainda tem que dividir ele com a outra mãe. (A7)

Não cabe as roupas no armário. As roupas ficam no chão. (P5)

As luzes diretas nesses ambientes foram citadas nos discursos como intensificadoras de calor e afirmaram ser o ofuscamento bastante incômodo. Por isso, em muitas vezes, acabam optando por deixar as luzes apagadas, deixando o ambiente escuro.

Eu acho a luz aqui do quarto muito forte [...] o pouquinho de tempo que você deixa ela acessa já começa a suar. É bem quente. (A8)

Eu tenho muita dificuldade para dormir. Meu sono é leve [...] Toda hora as enfermeiras entram aqui e deixam a luz ligada. Atrapalha muito. (P1)

De acordo com a acompanhante A8, luzes acessas são significado de quarto quente. Por isso acabam as deixando apagadas trazendo desconforto visual devido ao quarto escuro, principalmente aqueles sem janelas. A paciente P1, por outro lado, criticou o incômodo que as luzes acessas de noite ocasionam para seu sono. E sente extremamente irritada com as enfermeiras que esquecem de apaga-las após algum procedimento.

Outro problema exposto que provoca desconforto durante a noite foi exposto pela acompanhante A7, diz respeito às camas velhas e rasgadas.

Eu acho aqui bom, só essas caminhas que podiam melhorar [...] Essa caminha aqui é muito velhinha. Meio rasgada. O colchão está horrível. Eu durmo muito mal. (A7)

As acompanhantes expuseram seus interesses por alguns equipamentos dentro dos quartos para melhor comodidade.

Aqui deveria ter uma cafeteira e um micro-ondas. As vezes a gente quer comer algo e não tem. (A1)

Eu acho que aqui precisa de um bebedor. Não tem. Quando a gente quer beber água, tem que ir lá na recepção pegar [...] Passa por todo mundo lá. (A9)

As dimensões reduzidas do quarto e quantidade de pessoas distribuídas nele foram expostas nos discursos como intensificadoras de brigas entre mães. Permitem uma maior sensação de sentir-se preso e atrapalham na hora de dormir.

Aqui deveria ter no máximo dois leitos por enfermaria, pois têm mães com educação diferente. Tem mães que são cuidadosas, que são extremamente higiênicas, mas também têm aquelas que nem sempre têm as mesmas preocupações. Uma mãe acaba reclamando que a outra deixou o banheiro molhado...essas coisas. (T3)

Se o quarto fosse um pouco maior poderia tentar receber visita. Porque na hora da visita fica um tumulto [...] Tem muita gente que vem de longe visitar, aí chega aqui e não deixam subir, porque está cheio. (A6)

Atualmente na nossa estrutura, o paciente fica preso em quatro paredes [...] Os ambientes não são grande, então a gente vê que eles não gostam. (T4)

O quarto é pequeno. As mães dormem com o pé recolhido para as enfermeiras não esbarrarem a noite. Acaba atrapalhando a dormir quando esbarra. (A9)

Eu acho que no quarto deveriam ter no máximo duas pessoas, porque ele é pequeno. (P2)

Porém, em contradição aos discursos anteriores, as acompanhantes e pacientes também sentiram necessidade da companhia de outras pessoas no leito compartilhando experiências e sentimentos.

Eu não quero um quarto só para mim. Podiam ser duas pessoas mesmo, mas com um quarto mais arejado. Maior um pouco. Porque aqui é muito abafado. Principalmente à noite. (A6)

Eu acho assim, se não tem espaço, por que eles recebem essa quantidade de pacientes? Mas eu também entendo o lado como se fosse mais humano de todos ter direito a se tratar, mas acaba que fica difícil para as pessoas que ficam aqui. (A9)

Nessa última fala é possível perceber a culpa que a acompanhante possui de reclamar da quantidade de pessoas atendidas no hospital, pois ela se sente desconfortável com o tumulto dentro da ala pediátrica, mas também entende que todos têm direito ao tratamento.

A ventilação apareceu como ponto de extrema deficiência dentro do hospital, especificamente dentro dos leitos. Em todas as entrevistas o ponto ventilação foi levantado das mais diversas formas.

Eu acho que deveria ter alguma forma de entrar ventilação de fora. Tipo na salinha. Lá entra um ventinho. Aqui também deveria ser assim. Eu adoro ficar na salinha. Lá é bem melhor para dormir. Assim, em questão de ventilação lá é mais confortável. (A10)

Em época de calor eu fico desconfortável em saber quem vai ficar no quarto sem janela, porque praticamente não tem fluxo de ar. É complicado, porque é um setor que sempre fica muito cheio. Mas a gente tenta melhorar a qualidade da assistência. (T5)

Se eu fosse projetar um hospital eu ia colocar um ar ou um ventilador, porque eu durmo e acordo com a camisa ensopada. (P3)

Um ponto interessante nas respostas dos entrevistados foi a percepção que eles possuem quanto aos benefícios que a presença de janelas causa em sua saúde. De acordo com eles, além de aumentar a ventilação, as janelas servem para distraí-los, uma vez que possibilitam enxergar o ambiente externo.

Esse quarto é muito ruim. Não tem janela. Aqui é fechado, não dá para ver o mundo lá fora, não dá para ver nada. Muitas vezes falam que está chovendo e você não vê. Só vê depois que você desce lá embaixo. (A6)

A questão foi percebida também por uma criança de seis anos, que deixou bem claro sua preferência por ambientes com janelas amplas dentro do hospital.

O quarto é quente. Não tem janela... eu gosto de ficar aqui (sala lúdica) porque a janela é grandona e eu vejo a rua. (P6)

Já os profissionais vêem as janelas como grandes facilitadoras dos seus serviços. Segundo eles, a iluminação dentro dos leitos é essencial.

As vezes a luz aqui não é adequada. A gente tenta fazer algum procedimento e sente dificuldade pela iluminação. (T5)

Os arquitetos complementaram afirmando que os usuários têm necessidades de enxergar o ambiente externo e afirmaram ser grandes os benefícios na saúde.

Uma das maiores reclamações dos pacientes em um hospital que eu reformei foi quanto a falta de janelas. O não enxergar lá fora incomodava a todos, principalmente as pessoas que moravam no interior. Muitos sentiam-se tristes e desmotivados. (Arquiteto1)

As acompanhantes levantaram em seus discursos pontos críticos sobre ambientes quentes e sem janela que afetam suas saúdes e de seus filhos. Afirmaram que ambientes abafados são intensificadores de inchaços, alergias e provocam até problemas psicológicos.

O quarto é muito abafado, meus olhos começam a coçar, e eu fico com vontade de chorar. Eu acho que tenho alergia. (A4)

Quando eu fico em um ambiente fechado eu fico fadigada, com falta de ar, sem respirar mesmo. Tem vezes que me dá umas crises esquisitas por ficar em lugar fechado. (A6)

Hoje eu não estou inchada porque não está tão quente, mas quando está... fico muito inchada. A gente retém muito liquido. (A8)

Outro ponto do hospital criticado pelos entrevistados diz respeito aos banheiros. Segundo eles são pequenos, sem ventilação e sem privacidade.

O banheiro é muito pequeno. É muita gente para um banheiro só, são oito pessoas dividindo. E ele é quente, porque tem exaustor, mas ele não funciona. (A9)

Eu não acho o banheiro agradável. É muita gente utilizando um banheiro. E se todo mundo passar mal de uma vez, como que vai fazer? Tinha que ter por exemplo, um local para dar banho nas crianças. Ah, e o cheio...fica um cheiro muito forte o tempo todo. (P1)

Eu prefiro o quarto de isolamento, porque o banheiro é só meu e da minha filha. Só nós usamos. É organizadinho, toda hora eles limpam. Não tem sujeira. (A5)

Aqui são 4 crianças e 4 acompanhantes utilizando o mesmo banheiro. Eu acho que realmente isso não é o ideal. (T4)

Em relação à sala de emergência, acompanhantes e profissionais sentiram necessidade de mais salas destinadas à emergência e também da melhoria da única existente uma vez que foi constatada como desconfortável. Complementarmente, os arquitetos expuseram a necessidade de humanização desses espaços para o bem-estar dos usuários.

Eu acho que deveria ter mais uma sala de emergência. Aqui na pediatria só tem uma. Achei muito pequena para esse tanto de criança. E é muito desconfortável. Eu, por exemplo, tive que dormir em uma cadeira. Nossa, foi uma canseira. (A7)

Nossa sala de emergência eu acho não muito adequada. Lógico que a gente tenta adequar de forma que o fluxo dê para atender as necessidades de todos os pacientes, mas deveria ser melhor estruturada. Ela é muito pequena. E única né. (T5)

A humanização deve ser aplicada na UTI também. Todas as pessoas que vão para lá falam que é a pior coisa. Você fica em uma sala com vários equipamentos, fechado.... Não é fácil. (Arquiteto 1)

Outro problema estrutural, diz respeito a falta de leito. Segundo os entrevistados, eles se sentem extremamente preocupados e estressados com a possibilidade de não ter leito, sentindo assim a necessidade de maior quantidade de quartos.

As vezes aqui é muito cheio. Tinha que ser um pouco maior. Tinham que ter mais leitos, porque quando não tem lugar para ficar colocam a gente naquela salinha lúdica. Eu não gosto. (A7)

Eu sinto um pouco de estresse, porque se tiver muita gente internada e outras precisando de internar, eu tenho que ficar bem concentrada para ver qual realmente tem condição de ir embora, qual eu vou ter que internar primeiro... E isso gera um certo estresse, um medo de não conseguir administrar. (T4)

Além dos leitos, a falta de quarto de isolamento e de uma sala de espera para a internação também foram criticadas dentro do hospital por uma profissional. Segundo ela:

O isolamento a gente quase não tem. As vezes a gente tem muita dificuldade daquele paciente que tem que ser isolado. E por falta de quarto próprio tem que ficar junto com os outros... Eu acho que aqui o mais necessário seriam mais quartos de isolamento. (T3)

Infelizmente aqui não temos aquele lugar para os pacientes que estão aguardando internação esperarem. Eles ficam aqui fora junto com os pacientes que vão apenas fazer consulta. (T3)

Outro ponto apontado como falho nos discursos de acompanhantes, de um paciente e um profissional, diz respeito à falta de um refeitório ou de locais para armazenamento de alimentos.

Aqui teria que ter um refeitório. Não tem frigobar, não tem armário. Acaba que começa a aparecer baratinhas. Eles falam para a gente não trazer comida, mas como que faz, se tivesse pelo menos lugar próprio para colocar as comidas né. (A9)

Ah, eu acho que deveria ser tudo separadinho aqui. A gente come nos quartos, que é do lado do banheiro. Muitas vezes o banheiro fede, e você acaba não querendo comer. Tinha que ter um refeitório separado. Isolado do quarto. (P1)

Eu acho que deveria ter um refeitório para a gente aqui na pediatria. Uma sala boa, sabe. Nós temos uma sala embaixo, mas não é

confortável. É apertada, pequena, sem ventilação. Suporta só duas pessoas, mais que isso impossível. Ahhh, e é para todo mundo do hospital. (T2)

A localização da recepção também foi criticada pelos entrevistados. De acordo com os discursos, todos apresentaram-se desconfortáveis ao ter que passar pela recepção para algum procedimento médico, seja pelo tumulto, pela vergonha ou pela mistura de pacientes e risco de contaminação.

Eu não gosto de passar com meu filho pela recepção para fazer exame. É desconfortável. Ela fica cheia. E assim, a imunidade do meu filho já é baixa, né. Abre o portão e todo mundo te olha daquele jeito. Isso me incomoda. (A2)

Nossa, eu já passei muita vergonha aqui. Uma vez eu estava de maca, oxigênio, e tive que passar pela recepção. Morri de vergonha. E ainda para na frente do elevador para esperar. Todo mundo ficou olhando. Parece que eles estavam achando que... sei lá. Eu ia morrer. (P2)

Eu percebo um pequeno problema de fluxo aqui na recepção. Por exemplo, se chega um paciente que está extremamente grave ele passa por aqui da mesma forma que outros que vão fazer só consulta. Assim, passa na frente dos outros pacientes, a gente vê a cara de pavor dos outros. (T3)

Complementarmente aos problemas encontrados na recepção devido sua localização na ala pediátrica, o problema da distribuição de outros ambientes também foi percebido pelos usuários e pelos profissionais do hospital. Entre eles é possível citar a insatisfação de pacientes, acompanhantes e profissionais com a diferença de tamanho entre enfermaria e quimioterapia, a localização próxima da sala lúdica barulhenta e quartos atrapalhando o descanso, a inexistência da separação de quartos, banheiros e refeitório, a localização do quarto de isolamento, a falta de uma sala própria para estudos e a falta de preocupação do hospital com os pacientes e profissionais que molham em épocas de chuva quando têm que fazer procedimentos em outro bloco.

A quimioterapia é enorme. Apesar de as vezes ela encher. Lá é maior que aqui. E não pode dormir lá. Eles têm muito espaço, mas nós que estamos no confinamento, ficamos no 'apertume'. Eu acho muito ruim. (A9)

Eu gosto da sala lúdica, mas eu acho que deveria ser afastada desse quarto. É importante sair um pouco desse ambiente hospitalar, mas também é importante o descanso. E aqui faz muito barulho. (A2)

Eu acho que deveria ter ala dos quartos, ala de comer e a ala dos banheiros. Tudo dentro do quarto não é legal. E é nojento né. (P1)

Aqui tem quarto que é muito pequeno e tem quarto que é grande. (P3)

O quarto de isolamento tem um problema sério. Infelizmente pela estrutura física, ele ficou sem janela. Então não é o ideal né, principalmente na questão de contaminações. (T4)

As atividades da sala lúdica muitas vezes atrapalham as aulas. Tem pintura, tem bordado, música e aí quem quiser mesmo estudar, sente um pouco perdido. Se separasse seria bem melhor, o atendimento seria diferenciado, todos ficariam mais à vontade. (T6)

Nossa, aqui tem que melhorar muito. Por exemplo, aqui tem falta de conexão de uma ala para uma outra parte do ambulatório. Quando chove é um tormento, porque a gente molha. As vezes até o paciente molha. (T1)

Já os problemas da distribuição dos espaços relacionados ao conforto dos profissionais foram levantados apenas pelos trabalhadores do hospital. Os problemas vão desde os longos caminhos que percorrem para bater o ponto e almoçar até o desconforto em ter que passar com um paciente que foi a óbito na frente da enfermaria.

Lá embaixo a gente não tem lugar para ficar esperando dar o horário para bater o ponto. O refeitório é muito pequeno. Não tem lugar nem para a gente sentar. A gente acaba comendo aqui mesmo, batendo o ponto e subindo. Sem descanso. O tempo também não ajuda. É muito curto! (T1)

Eu sei que não tem como mudar, mas me chama muita atenção quando nós temos pacientes que vão a óbito e não temos saída deles. Temos que passar com esse paciente na frente das enfermarias. Acaba que não conseguimos colocar todas as mães dentro dos quartos para fechar a porta. É bem ruim. (T3)

O que me incomoda são os intervalos. Temos 15 minutos para descer, descansar, bater o ponto e voltar. Não dá tempo de nada. Lá não tem espaço para descansar. Tem um refeitório, mas nem cabe gente. (T5)

Nossa, para dar aula é uma dificuldade. Atrapalha muito o barulho aqui na sala lúdica. Se vem outra pessoa, com a maior boa vontade, e traz brinquedo, presentes, desconcentra meu aluno. (T6)

Além dos problemas relacionados à distribuição dos ambientes, a falta de conforto para funcionários também foi exposta nas falas dos entrevistados. Segundo eles, não há área de descanso no hospital e muito menos na ala pediátrica, as cadeiras são desconfortáveis, não há estacionamento próprio para eles e nem sala para atividades de distração.

Vários profissionais se queixam da falta da sala de descanso. Não temos lugar para lanchar. (T6)

O posto de enfermagem tem que ser mais confortável. A cadeira é muito desconfortável, quando está mexendo no computador. (T4)

Nossa, eu sinto falta de um estacionamento para a gente. Não temos. Temos que estacionar na rua ou nesses estacionamentos mais próximos. Mas eles são pagos [...]. Acho que falta aqui uma sala específica para algumas atividades relacionadas ao estresse profissional. Nós não temos uma sala. Quando tem alguma atividade é feita na sala de reuniões...e com aquela mesa gigante não dá. (T5)

Outro fator levantado como falho no hospital, apresentado nos discursos de profissionais, foi quanto a problemas básicos prediais. Entre eles estão problemas no telhado com algumas goteiras, no refeitório devido dimensões reduzidas, na inclinação acentuada da rampa interna proporcionando risco a saúde de profissionais

e pacientes, nas larguras reduzidas das portas, na iluminação insuficiente dentro dos ambientes e na inexistência de um estacionamento para o ambulatório.

Aqui quando chove tem muito problema no telhado. Eu acho que deveriam investir em um telhado bem bacana, sem vazamentos. (T1)

O refeitório é bem apertado. Não cabem muitas pessoas e é bem sem ventilação, viu. (T2)

Na questão de acessibilidade o hospital deixa um pouco a desejar. Aqui na radioterapia tem até uma rampa boa e tal, cadeirante tem acesso, mas é totalmente íngreme. Você tem que ser extremamente forte [...]. Não tem estacionamento para o ambulatório. Você estaciona e logo tem que sair [...]. Quando a gente tem que pegar alguma criança para fazer algum procedimento, a gente tem que entrar com a maca nas enfermarias. Para entrar a gente tem que tirar o armário, passar com a maca, colocar a criança... uma novela. Sem falar que as vezes quando vamos fazer um procedimento aqui temos que trazer o celular para enxergar, porque a iluminação é muito baixa. (T5)

A sala lúdica também sofreu críticas pelos entrevistados, em sua totalidade mães, que se sentem incomodadas com a quantidade de pessoas que a frequentam uma vez que precisam deixa-la até que seja desocupada por algumas pessoas.

Toda hora é muita gente que fica lá. Eu acho aquela sala muito pequena para o tanto de gente. Como o quarto é muito abafado, todos querem ir para lá para brincar. Tem hora que você vai e não dá para ficar, então você tem que voltar, esperar alguns saírem para depois levar seu filho. (A9)

Além disso, o hospedar-se na sala, devido à falta de leito, foi alvo de grandes reclamações pela falta de banheiro, falta de acomodações, barulho e falta de privacidade.

Teve uma vez que não tinha leito e eu tive eu dormir na sala lúdica. Na questão de calor até que ela é mais fresca que os quartos, mas lá não tem banheiro. A gente tem que usar das outras enfermarias.

Incomodou demais, porque eles falam que não podem utilizar o banheiro de outras enfermarias, mas como que faz? (A10)

Eu já internei na sala lúdica. Nossa, é ruim demais. Não tem lugar para você ficar, muito menos para você dormir. São só aquelas cadeiras duras mesmo para você sentar. (A6)

Tem muitas crianças que choram durante a noite. As mães para não incomodarem as outras pessoas no quarto, levam para a salinha. Tem sempre alguém dormindo lá porque não tem leito. Elas não tomam atitude. Tem gente que fala: Não vamos lá, vamos evitar..., mas muitas vão, ligam a TV. Você até que não consegue dormir mesmo, mas a criança acabou de dormir. Você não quer que ela acorde. É muito barulho. (A7)

Complementarmente, os profissionais levantaram uma gama de problemas que eles perceberam quanto a esse ambiente. Segundo eles, a sala deveria ser maior, com uma melhor acústica e mais reservada, principalmente quando há aulas particulares.

Eu acho que a sala lúdica podia ser maior, porque é um espaço onde a maioria das crianças ficam. Acho que traria maior conforto, mais qualidade de estar ali. (T1)

A sala lúdica é muito barulhenta. É difícil manter meu aluno concentrado. Eu já atendi pessoas desorientadas porque não queriam perder o ano escolar. Ela sabe que vai recuperar. Então me olha do tipo: faça alguma coisa, mas eu não posso fazer nada. Eu acho que deveria ser mais reservada a sala. Na verdade, eu acho que deveria ter uma só para dar aula. (T6)

A insuficiência de um ambiente alegre e estimulante. Primeiramente, as acompanhantes sentem falta de um ambiente que estimule a aprendizagem. Segundo elas, a decoração pode ajudar e muito na atenção e estimulação do filho.

Como aqui são crianças, eu acho que deveria ser um ambiente mais alegre né? Sei lá, colocar alguma coisa para incentivar, tipo o alfabeto na parede, uma historinha que você vai explicando, porque para ficar

aqui é tudo muito fechado, tudo preso.... É bem difícil manter a criança aqui dentro. (A6)

Se eu fosse contribuir com alguma coisa aqui eu encheria esse quarto de coisas bem coloridas para esses meninos. Para mim eu queria um monte de adesivos, uma prateleira cheia de brinquedos para eles. Coisa bem colorida. Menino gosta de coisa colorida. (A1)

Um ponto de grande destaque levantado pelos entrevistados diz respeito às áreas abertas. Eles sentem necessidade de áreas abertas no hospital devido aos diversos benefícios que essas áreas causam para o conforto dos usuários.

As necessidades dessas áreas abertas vão desde a vontade de ver o céu, ver o verde, tomar sol até o simples lembrar de suas casas.

Nossa, eu sinto tanta falta de um espaço aberto para ver o céu lá bonitinho. Me distrair. (A1)

Eu queria um jardim para a gente distrair e tomar sol. Aqui não tem sol, é muito abafado e quente. Meu menino sempre pede: Mãe, me leva lá fora. (A2)

Eu queria uma área aberta para eu lembrar a minha casa. Lá tem uma plantaçoão. Eu sinto muita falta desse verde que eu tinha em casa. (A5)

Quanto à necessidade de áreas abertas para distrações, os entrevistados expuseram a importância que jardins, parquinhos, brinquedos, pracinha e vegetações causam para as distrações dos usuários, principalmente pacientes e, conseqüentemente, para a qualidade do tratamento.

Eu sinto necessidade de uma área aberta para as crianças. Mas teria que ter brinquedos, tipo um parquinho, sabe. Com muitas coisas para eles brincarem. (A10)

Se a gente tivesse uma área verde a gente ia se sentir melhor. Não sou só eu, mas tem muita mãe aqui que gosta de fumar. Como você faz dentro de um hospital? Você tem que sair para a rua. Agora, se tivesse uma área verde, seria bom, ia lá, fazia o que fosse para fazer e voltava. (A6)

Eu acho que aqui deveria ter tipo uma praça. Eu acho que deveriam ter alguns brinquedos, alguma coisa para alegrar. Me dá agonia ver a mãe olhando pela janela. Elas ficam olhando parecendo que não tem fim os pensamentos. (T2)

Deveria ter uma área aberta com parquinho, mas sem deixar de estabelecer horários, senão eles todos vão ficar só lá fora. E assim, para as crianças essa área. Não é para a mãe ir fumar não. (T1)

Eu acho que seria bem legal se o lugar da televisão, dos vídeos games, colocasse um espaço aberto, com plantas, flores, horta, onde eles pudessem cuidar. (T6)

Além de distrações, os entrevistados expuseram a importância que esses espaços podem causar para a saúde. Segundo eles, nessas áreas eles podem se movimentar, caminhar e até correr.

Se tivesse área verde as crianças iam gostar muito, porque o único lugar que eles têm para andar são nos corredores. De noite pode ficar até na recepção, mas de dia não pode. Então a gente fica só na recepção e aqui nos quartos. (A7)

Às vezes eu percebo que eles ficam inquietos. Falta espaço aqui. As vezes eles ficam aqui querendo descer e não pode. Acho que deve ser por conta de bactérias. Eles quase não descem. (T2)

Podia ter uma área aberta para todo mundo dar uma voltinha. Podia até ser elaborada uma pista de cooper, porque as vezes você vê os fisioterapeutas fazendo caminhada com o paciente lá embaixo adulto... por que não? (T1)

Os entrevistados afirmaram ser essas áreas importantes para a fuga do confinamento, para deixar o ambiente mais agradável e para melhorar o humor do filho, ou seja, para melhorar a qualidade de vida dentro do hospital.

Eu acho interessante ter um pátio com parquinho para as crianças e até para a gente mesmo. Igual a gente aqui... ficamos confinadas. Não podemos descer por nada. (A9)

Eu ia querer uma pracinha, com banco, flores. Eu acho que tornaria o ambiente mais agradável. (P1)

Eu acho que uma área aberta seria muito boa aqui para a gente. Meu filho fica muito preso aqui. É muito fechado. Quando eu estou em casa, coloco ele no quintal... Nossa ele acha bom, brinca, diverte até. (A8)

Se tivesse uma área aberta, eu acho que melhoraria um pouco a cabecinhas deles, porque tem criança que fica muito sentida, sabe, pensando no emocional. De ficar muito tempo aqui. Se tivesse uma área mais aberta, mais espaçosa para eles também com mais coisas para eles esquecerem dos problemas... seria melhor. (A10)

Apesar de não gostar de sol, eu acho importante um lugar para tomar um ar livre né. Ar circulando. A gente fica vendo só o branco das paredes. (P2)

Eu queria ver grama e florzinha. (P7)

Os profissionais não deixaram de defender sua classe ao expor a importância que essas áreas têm para a saúde deles. Segundo eles, sentem necessidade da área de convivência para descansarem e respirarem da exaustiva rotina hospitalar.

Deveria ter um espaço de convivência aqui dentro. Tanto para o funcionário quanto para o paciente. Não para dormir, apenas para dar uma voltinha. (T1)

Eu sinto importante uma área verde para os profissionais descansarem. Sei lá, ter um local diferenciado. Para os pacientes é complicado, porque tem que descer com todo o apoio. Tem remédio, soro..., mas eles iriam gostar muito. (T5)

Já para os arquitetos, são espaços que trazem tranquilidade e, através deles, é possível ter iluminação e ventilação natural, pontos levantados como de extrema importância quando o assunto é humanização.

Eu sempre tive preocupação com o emprego de áreas verdes nos meus projetos. É importante escutarmos os pássaros cantando, ver o ambiente externo, natural para não sentir aprisionado e assim ficarmos

mais tranquilos [...] Sem falar que esses espaço podem trazer iluminação e ventilação natural, que é essencial para o conforto dos usuários. (Arquiteto 3)

Outro fator abordado pelos profissionais como deficiente no ambiente hospitalar diz respeito ao posto de enfermagem. Sentem o ambiente quente, o qual prejudica o conforto das enfermeiras e a qualidade do seu trabalho. Segundo os entrevistados, sentem necessidade de ar condicionado e melhor privacidade.

Eu acho que tem que melhorar o posto de saúde e de prescrição médica. No sentido próprio da climatização, porque a gente sente muito calor. Às vezes precisamos também de mais privacidade. Por mais que queiramos dar atenção para as mães, temos que estar concentrados. (T4)

Os profissionais se queixaram da falta de ambientes que proporcionem privacidade, os quais podem contribuir para as tarefas diárias. Segundo eles, sentem necessidade de um ambiente mais tranquilo para concentrar, de maior privacidade no posto de enfermagem devido abordagens constantes de mães em busca de informações e de ter quartos individuais para melhor controle médico.

O posto de enfermagem é aberto. As mães entram, sentam tudo ao redor. As enfermeiras não têm privacidade principalmente de falar de algum paciente. O que as mães escutam elas passam para frente. As vezes escutam de um jeito e passam de outro completamente distorcido. Elas não têm a privacidade que eu tenho. Eu fecho a minha porta e pronto. Ligo meu ar e fico trabalhando sossegada. (T2)

Outro ponto levantado nas entrevistas foi quanto a inequação do espaço físico para adolescentes. Segundo os entrevistados, não há espaço físico próprio para eles. Além disso, as decorações coloridas das paredes influenciam positivamente apenas crianças, necessitando de um espaço mais dinâmico para os pacientes adolescentes ativos.

Uma coisa que o pessoal da psicologia tenta fazer são atividades com adolescentes, porque aqui tem muitas coisas para crianças. Por mais que não tenham espaços próprios para adolescentes, elas tentam

fazer atividades com eles. Seria muito importante uma estrutura física mais direcionada para eles, alguma coisa que façam eles saírem dessa coisa infantil. (T4)

Eu não gosto dessa decoração. Ela é boa só para as crianças, mas a gente.... Eu quero é vídeo game, uma área grandona. Eu vi um hospital passando na televisão que tinha vídeo game para os pacientes e era enorme. (P1)

Os adolescentes entrevistados se queixaram da presença de crianças no mesmo quarto, sentindo-se incomodados com o barulho que elas fazem.

Eu queria que separassem o quarto das crianças pequenos e o quarto dos adolescentes. Choraram muito. Às vezes ficam muitas crianças.... Elas fazem muito barulho. (P5)

Diante das constatações dos problemas relacionados a iluminação, acústica, dimensionamentos, etc., os arquitetos vêem a necessidade de se criarem normas em prol da humanização.

Se fossem exigidas em normas algumas questões de humanização seria melhor.... Porque seria obrigação e os arquitetos não poderiam fugir. Não digo as questões de estética, pois é pessoal, mas as questões das aberturas, dos dimensionamentos mínimos, exigir que alguns ambientes tenham iluminação e ventilação natural. (Arquiteto1)

Por outro lado, sentem dificuldade em humanizar, por exemplo, salas de exame por imagens devido especificações da ANVISA. Quando sugerem a compra de equipamentos humanizados, seus clientes não compram a ideia pelo custo alto que possuem.

Na sala de exames não dá para fazer muita coisa. Só colocar a cor nas paredes. Na sala de ressonância por exemplo, envolve um campo magnético que não é qualquer coisa que pode ter dentro da sala. Nada de metal. Então a humanização tem que vir do aparelho, mas é muito caro. (Arquiteto 1)

Além disso, afirmam que as normas de modo geral dificultam o processo de humanização e os gestores sempre têm o interesse de otimizar o espaço através da utilização dos espaços mínimos sugeridos, como nas falas a seguir citadas:

Eu acho que as normas favorecem a não humanização. Tudo é muito mínimo. O tamanho do consultório por exemplo é mínimo. A gente pode até superdimensionar, mas como a norma determina, o cliente prefere seguir ela para aproveitar mais o espaço. A pessoa que está construindo está focada na rentabilidade. Alguma coisa vai ter que ser sacrificada e o que será? Os espaços confortáveis para se tratar o ambiente. (Arquiteto 3)

Discussão

De forma geral, tanto pacientes, acompanhantes quanto profissionais reconheceram a importância em se ter um ambiente confortável para a qualidade de vida dentro do hospital. Segundo eles, a humanização é facilitadora da estadia, pois afasta os estabelecimentos de assistência à saúde do estereótipo de doença e despersonalização. Para eles um espaço físico agradável e o sentir-se bem cuidado no hospital colabora com o tratamento, uma vez que influencia na aceitação dele.

Os arquitetos entrevistados reconheceram a importância que a humanização tem para seus projetos. Para isso, veem a necessidade de entender as angústias, vivências e características de cada usuário para ações de humanização pontuais que os atinjam de forma certa. Willrich et al. (2013) defenderam o mesmo ponto, ao afirmarem que a sensibilidade que os usuários possuem acerca do espaço que os circundam é importante para a construção de um território digno e de qualidade. O hospital trabalha diretamente com o ser humano em seus aspectos mais sensíveis. Ele precisa então explorar todos os pontos que influenciam a saúde física e mental dos seus usuários para trazer conforto e facilidades no dia a dia do usuário, seja ele paciente, acompanhante ou profissional.

O hospital passa a exigir desses profissionais ações que permitam condições de conforto e bem-estar, além do tratamento e atendimento que já possuíam. Para Brito (2013) os novos ambientes hospitalares devem contemplar a individualidade e o aconchego, proporcionando liberdade de movimento, promovendo a privacidade e o respeito à dignidade humana. Por isso, assim como os arquitetos entrevistados

expuseram, é de extrema importância que o hospital trabalhe com espaços mínimos somados a espaços psicológicos fazendo com que esses usuários não se sintam oprimidos pelo meio físico em que estão inseridos.

De acordo com os arquitetos da pesquisa, a questão da humanização, principalmente relacionada aos espaços mínimos, deve ser uma preocupação e imposição deles, pois seus clientes, sejam eles médicos, odontólogos ou gestores, são técnicos e se esquecem muitas vezes das questões de humanização que são levantadas como de extrema importância na graduação dos arquitetos. Para eles, uma boa arquitetura favorece a cura, uma vez que provoca maior aceitação do tratamento pelos usuários. Brito (2013) defendeu que a arquitetura hospitalar é fundamental para a construção de um ambiente mais acolhedor, aconchegante e humanizado, fatores estes que facilitam o processo de adaptação do cliente de saúde.

Alguns entrevistados reconheceu que o espaço hospitalar em que estão inseridos possui ações de humanização. Sentiram-se extremamente satisfeitos, por exemplo, com a presença de uma sala lúdica para desenvolvimento de atividades e brincadeiras. A teoria complementa os discursos quando em seu trabalho Fernandes (2011) defendeu que a sala de ludoterapia é o local onde a criança ganha autonomia sobre seus atos. Nesse ambiente é dada a oportunidade de, brincando, expandir seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança e medo.

Barreto (2007) reforçou a importância do brincar ao afirmar que brincadeiras promovem encontros com seus iguais, possibilitando assim, interação social, autonomia, reciprocidade, capacidade de raciocínio e de argumentação. Porém esses ambientes não são benéficos apenas para as crianças e adolescentes. Os acompanhantes afirmaram que sentem bem com esse espaço uma vez que podem desenvolver também atividades de distração. Eles costumam ficar entediados nos leitos, sem desenvolvimento de atividades comprometendo a saúde física e mental, repercutindo no cuidado com o filho.

Furtado et al. (2012) expuseram que a criança possui a capacidade de perceber as angústias de seus pais, o que colabora para que fique vulnerável ao perceber que sua doença traz consequências negativas a eles. A literatura expõe a importância de ações de humanização não apenas para pacientes, mas para acompanhantes e profissionais, afim de que desenvolvam o cuidado eficaz.

Não somente a sala lúdica foi alvo de elogios. O ambiente colorido da pediatria também foi levantado como positivo para o bem-estar no hospital. Os participantes da pesquisa reconheceram a decoração existente na ala pediátrica como parte da humanização e atentaram para a importância de um ambiente diferenciado para a fuga ao medo, à adaptabilidade ao tratamento e a possível cura.

A literatura complementa os discursos dos participantes quando em seu trabalho Gomes et al. (2012), afirmaram que as paredes de espaços pediátricos de atendimento à saúde devem ser coloridas, receber pinturas de personagens infantis e brincadeiras, pois assim, oferece a esses pacientes a oportunidade de conhecer, desmitificar os procedimentos médicos por meio da participação interativa e da brincadeira no processo terapêutico.

Além disso, Fernandes e Göttems (2013) afirmaram que as cores podem ser um recurso útil, pois estimulam os sentidos e podem encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Além disso, podem fazer o usuário sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Sendo assim, ações de humanização são eficientes quando utilizadas de forma correta.

Lima e Mesquisa (2011) corroboram afirmando que as cores carregam significados e produzem efeitos emocionais, devendo o arquiteto, ao planejar tais espaços, estar atento às peculiaridades dos seus diferentes usuários.

A crítica, por outro lado, que houve desse ambiente pelos entrevistados diz respeito a localização, demanda e respectivo barulho que essa sala causa na ala de internação localizada próxima. Sampaio Neto et al. (2010), em seu trabalho, alertaram quanto aos problemas que os elevados níveis de ruído causam. Segundo eles, interferem na comunicação, perda da atenção, irritabilidade, fadiga arterial, além da piora na qualidade do sono, tanto na equipe profissional quanto nos pacientes e acompanhantes.

Outro ponto exposto pelos entrevistados como positivos diz respeito à distribuição dos ambientes. Os acompanhantes levantaram como positiva a localização centralizada do posto de enfermagem, pois se sentem seguros em saber que em caso de emergência a assistência será imediata. Paralelamente, os profissionais afirmaram que a distribuição de ambientes para os diferentes profissionais envolvidos é facilitadora do processo de trabalho e de sua privacidade.

A literatura expõe a importância do sentir-se seguro dentro do hospital. Ulrich (2004), por exemplo, afirmou em seu trabalho que a arquitetura hospitalar tem como objetivo criar hospitais que ajudem efetivamente seus usuários à se sentirem seguros, ajudando também seus trabalhadores a desempenharem melhor seus trabalhos como nos discursos levantados.

Porém, problemas na distribuição de ambientes também foram expostos nos discursos de acompanhantes e pacientes, como por exemplo no incômodo que sentem ao ter que passar pela recepção para fazer algum exame, pois sentem-se mal pelos olhares e pela facilidade de contaminações meio a ambientes muito cheios.

A arquitetura deve favorecer a cura. Sendo assim, estudos de fluxos são essenciais para controle de contaminações como levantados pelos arquitetos entrevistados. Na literatura, Brito (2013), afirmou que “a arquitetura hospitalar é responsável pelo adequado desenho de fluxos, pela eliminação de desperdícios de tempo [...] facilitando o acesso dos usuários aos diversos ambientes do hospital”. Porém, sem comprometer a saúde física e mental dos mesmos.

Em relação ao espaço da recepção, foi visto como lugar confortável, organizado de boas relações pessoais pelos entrevistados. Veodotto e Silva (2011) expuseram em seu trabalho que a recepção possibilita o diálogo sobre a dor e a esperança, além de ser o local onde recebem informações da equipe médica esclarecendo muitas vezes a situação do paciente. Com isso, defendeu a importância de serem locais agradáveis e confortáveis como defendidos nas falas dos entrevistados.

A organização foi citada também em relação aos leitos, uma vez que possuem locais próprios para guardar seus pertences. Além disso, os acompanhantes sentem-se bem com os cuidados que são direcionados a eles. Diferentemente de muitos hospitais expostos por eles, esse em estudo possui acomodações justas, alvo de elogios quanto ao conforto na hora de dormir.

O problema aparece, por outro lado, pela falta de espaço entre um leito e outro. Pacientes e acompanhantes sentiram necessidade de quartos maiores para conforto e os profissionais defenderam que esses ambientes devem promover a saúde. Para isso, é de extrema importância que haja distancias consideráveis entre um leito e outro para minimizar a probabilidade de contaminações entre pacientes ou acompanhantes.

Para Zannon (1991), a despersonalização encontrada nesses ambientes traz sentimentos de depressão. Lima e Mesquita (2011) afirmaram que o leito é um importante exemplo de caracterização mórbida de um hospital, pois o paciente é enfileirado, ordenado e numerado em um mínimo espaço para procedimentos médicos sendo inevitável a ocorrência de sentimentos como a depressão.

Assim, pensando-se em números apenas, há a mistura de gêneros em um mesmo leito e o excesso de pessoas para otimização de espaço prejudicando mais ainda a privacidade tão criticada pelos entrevistados de forma geral. Concordantemente Guida, Lima e Pereira (2013) afirmaram que manter muitos pacientes em um mesmo quarto ocasiona a falta de privacidade e a dificuldade para expressar a dor ou outros sentimentos trazendo problemas para a qualidade de vida no espaço.

Para Fernandes e Göttems (2013), a privacidade protege a intimidade e a individualidade do paciente. No contexto hospitalar, a privacidade pode ser garantida com o uso de divisórias, cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade como defendido pelos acompanhantes. Segundo eles, há vontade de compartilhar suas vivências com outras mães, mas também sentem necessidade de momentos apenas com o filho.

A falta de privacidade para profissionais também foi levantada nos discursos. Para eles, o posto de enfermagem possibilita o acesso direto das mães fazendo com que haja abordagens constantes sobre o estado do filho prejudicando muitas vezes a concentração nas suas funções. Um ponto sobre essa privacidade que não foi levantado pelos entrevistados, mas que é encontrado na literatura foi levantado por Veodotto e Silva (2011) em seu trabalho, onde expõem que a família pode ser vista como um desconforto para a equipe que se sente fiscalizada em alguns momentos sendo necessárias assim, limitações de espaços.

O calor dos leitos, com a falta de ventilação e excesso de iluminação foi apontada como maior problema por todos os acompanhantes e pacientes entrevistados. Segundo eles, o maior dificultador da experiência no hospital diz respeito a esse ponto, pois promove inchaços, alergias. Apenas um profissional levantou essa questão como desconfortável pelo fato de permanecer mais tempo no leito com o paciente. Além disso, reconhecem a importância de janelas para que esse

problema seja sanado. Segundo os entrevistados, elas tornam o ambiente mais fresco além de permitir enxergar o ambiente externo, tão valorizado nesses períodos de internação.

Os entrevistados afirmaram que sentem falta de áreas abertas e verdes. De acordo com os entrevistados, acompanhantes e pacientes necessitam dessas áreas para distrações e movimentações. Já os profissionais sentem essas áreas importantes para descansos. Fernandes e Göttems (2013), afirmaram que as áreas abertas constituem muitas vezes em locais de descanso e que jardins e áreas com bancos podem se tornar lugares de bem-estar e relaxamento, o que não é percebido no hospital devido inexistência desses espaços.

A insatisfação dos entrevistados quanto à inexistência ou insuficiência de alguns ambientes, de forma geral, chama a atenção devido ao caráter de urgência para conforto e bem-estar durante a hospitalização de acordo com os discursos. Nehmy et al. (2011) afirmaram que quando há medo nos acompanhantes e pacientes, a trajetória dessas famílias pelos serviços de saúde se torna mais dramática. Sendo assim, o hospital deve promover inicialmente a certeza da disponibilidade de leitos, o que foi levantada como maior preocupação quando estão a caminho do hospital, seja por acompanhantes quanto por profissionais.

A necessidade de um refeitório está associada ao mal odor nos horários de almoço dentro dos quartos. Fernandes e Göttems (2013) atentaram ao fato que fatores visualmente imperceptíveis como odores exercem forte influência sobre o estado de bem-estar do usuário de uma instituição de assistência à saúde. Assim, necessariamente é importante que haja local próprio para alimentação.

Em relação aos ambientes destinados ao descanso de médicos e enfermeiros, sentem necessidade não somente do ambiente, mas também de momentos próprios uma vez que muitas vezes são inexistentes esses períodos. Oliveira, Teixeira e Almeida (2013) defenderam que a instituição deve prestar assistência humanizada também para esses profissionais, oferecendo um ambiente propício para que exerça o trabalho com qualidade. Sendo assim, o descanso é essencial para a excelência do atendimento como evidenciados pelos discursos.

A questão das mortes na pediatria foi um ponto crítico exposto nos discursos. Segundo um profissional, quando há morte na pediatria não tem um lugar isolado para

passar com o corpo da criança. Sendo assim, acabam transitando na frente da enfermaria. Para ela, acaba sendo um ponto positivo para a preparação das outras mães quanto ao possível fato. Porém, em entrevistas com as acompanhantes uma salientou que foi a pior experiência da vida dela ver aquele corpo em cima da maca. Esse fato pode ser explicado por Melo, Marcon e Uchimura (2010) que afirmaram que a formação acadêmica desses profissionais os afastam do caráter mais humano. Já Predebon et al. (2011) expuseram que existe a acomodação dos profissionais que acabam detendo-se nos procedimentos e vivências rotineiras deixando de lado os reais medos e necessidades das mães e pacientes.

Lago et al. (2013) afirmaram que o que é notado nesses ambientes é que a maioria é anterior à norma base para projetos hospitalares, sendo assim muitas reformas não conseguem se adaptar a ela. No hospital abordado na pesquisa alguns pontos básicos foram levantados como deficientes. A inclinação da rampa e a largura das portas foram criticadas pelos profissionais que afirmaram ser dificultadores dos seus trabalhos.

Por fim, a questão dos espaços destinados aos adolescentes foi levantada como ponto de deficiência no hospital. Segundo os entrevistados, não há espaço próprio para adolescentes nem decoração que acolha seus sentimentos e sensibilidades. Segundo alguns pacientes, o colorido das paredes agrada somente as crianças, pois para eles não faz diferença.

Na literatura, a importância desses espaços voltados para cada tipo de usuário também é defendida. Segundo Fernandes (2011) é fundamental um espaço onde o jovem possa expressar seus sentimentos. Sendo assim, sugeriu a criação de ala específica para eles, onde seriam permitidas algumas peculiaridades, como dormir até tarde, usar roupas especiais, espaços para encontros especiais e cuidados com aparência.

Os arquitetos devem entender as necessidades de cada tipo de usuário para traçar ações eficientes de humanização. Lima, Lopes e Gonçalves (2010) expuseram que o hospital por trabalhar diretamente com o ser humano, precisa explorar todos os aspectos para trazer conforto e bem-estar. Os adolescentes não reconhecem ações de humanização focadas para eles dentro do hospital. Por outro lado, defenderam que

para eles, iniciativas que os proporcionem capacidade de estudo de qualidade, em ambiente próprio são essenciais para o bem-estar.

O problema está, por outro lado, nas limitações que muitos arquitetos possuem quanto a ações de humanização pontuais. Eles expuseram, que há uma inflexibilidade normativa que prejudica o processo de humanização. Ainda afirmaram que ela deve ser um ponto imposto em norma, mas reconheceram a dificuldade de estabelecer uma vez que é uma questão subjetiva. A palavra “humanização”, por exemplo, não foi encontrada na RDC 50, resolução base para os projetos hospitalares comprovando assim a deficiência que há nesse setor.

Complementarmente em seu trabalho, Lago et al. (2013) alertaram que existe uma preocupação tecnicista com climatização, por exemplo, e não com qualidade ambiental, sinalizando uma preocupação com o controle artificial da temperatura, desconsiderando fatores importantíssimos em alguns ambientes, como os de espera, com a qualidade da ventilação natural, do contato do usuário com o exterior. Segundo eles, a norma além de induzir o profissional arquiteto ao erro, e talvez até a subdimensionar os espaços, não se enquadra no planejamento global de um estabelecimento de assistência à saúde.

O projeto arquitetônico requer uma programação ampla e complexa, para que todo o tipo de necessidade possa ser atendida. Não se pode estagnar o projeto, ele deve ter flexibilidade buscando sempre o aprimoramento da qualidade de vida dentro desses espaços.

Conclusão

A arquitetura hospitalar é fundamental para o projeto de um ambiente acolhedor, aconchegante e humanizado. Preocupar-se com cada usuário e suas reais e pontuais necessidades provocam sentimentos positivos de amparo e segurança fazendo com que o processo de adaptação e cura seja intensificado, porém, sem perder a tecnicidade que esses ambientes exigem.

Os arquitetos devem atender às demandas da área hospitalar, pensando em fatores como fluxo, setorização, circulação e flexibilidade, obedecendo às necessidades e características da unidade. Assim, devem ser capazes de contribuir

para a recuperação terapêutica no tratamento do cliente, além de bem-estar aos familiares e acompanhantes.

Com isso, a arquitetura hospitalar se depara com um novo desafio, incorporar aos projetos a dimensão do conforto ambiental agregado à dimensão humana dos hospitais, adequando a tecnologia para o exercício da medicina à visão e anseios do paciente, pesquisando suas aspirações e suas angústias, tentando estabelecer relações psicológicas do indivíduo com o espaço que o acolhe, como elemento fundamental da desejada cura.

É vista, também, a importância de repensar as reais necessidades dos ambientes hospitalares e as exigências legais, pois a normatização no planejamento arquitetônico possui lacunas. Critérios equivocados tendo como principal aspecto a função e os aspectos quantitativos de área visam somente um controle de área mínima. Cabe ao arquiteto ter o bom senso mesclar os inúmeros condicionantes do projeto arquitetônico as normas e a legislação, organizando os conceitos de forma que além das normas, sejam contemplados no projeto o bem-estar dos usuários.

Referências

BARRETO, P. **A Importância do Brincar**. Disponível em: www.redepsi.com.br/portal. Acesso: 02 de novembro de 2015.

BRITO, R. R. **Os Novos Caminhos da Arquitetura Hospitalar e o Conceito de Humanização**. Rev. Cereus. 2013 Set-Dez; 5 (3): 172-180.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada: Guia Prático para a Análise Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FERNANDES, C. **A Ludoterapia Dentro do Contexto Hospitalar**. 2011

FERNANDES, K. D.; GÖTTEMS, L. B. D. **Humanização e Ambiência na Clínica Médica do Hospital de Base do Distrito Federal**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2013; 4(2): 38-52.

FURTADO, A. Z. M. et al. **Percepção Materna Sobre o Cuidado da Criança em Tratamento Dialítico**. Revista RENE. 2012; 13(4):775-83.

GOMES, I. L.V. et al. **A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e experiências vivenciadas**. 2012 Out-Dez; 17(4):703-9.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. de F. **O Ambiente de Relaxamento e a Humanização do Cuidado ao Parto Hospitalar**. REME rev. min. enferm. 2013 Jul-Set; 17(3): 531-537.

LAGO, J. D. et al. **Análise Crítica dos Ambientes Hospitalares: Um Estudo de Caso em um Hospital da Região da Serra Gaúcha**. 2º Convibra - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2013.

LIMA, C. D.; LOPES, M. de A.; GONÇALVES, V. M. da S. G. **O Enfermeiro no Planejamento do Espaço Físico Hospitalar**. Rev Enferm UFSM. 2013 Set-Dez; 3(3):374-382.

LIMA, L. N.; MESQUITA, A. P. **Arquitetura Terapêutica Aliada ao Tratamento Clínico**. E-RAC. 2011; 1(1).

MARTINS, V. P. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica. 2004.

MELO, W. A.; MARCON, S. S.; UCHIMURA T. T. **A Hospitalização de Crianças na Perspectiva de Seus Acompanhantes**. Rev Enferm UERJ. 2010;18(4):565-71.

NEHMY, R. Ma. Q. et al. **A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2011 Set.

SAMPAIO NETO, R. A. et al. **Ruídos na Unidade de Terapia Intensiva: Quantificação e Percepção dos profissionais de saúde**. Rev. bras. ter. intensiva. 2010; 22(4): 369-374.

OLIVEIRA, E. C. V.; TEIXEIRA, J. B. do A.; ALMEIDA, D. V. **Assistência Humanizada Para a Equipe de Enfermagem de uma Unidade de Internação Pediátrica**. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online). 2013 Jan-Mar; 5(1): 3375-3382.

PREDEBON, G. R. et al. **A Visita de Familiares em Unidades Intensivas na Ótica da Equipe de Enfermagem.** Ciênc. cuid. saúde. 2011 Out-Dez; 10(4):705-712.

ULRICH, R. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity.** Environment and Behavior. 2004; 40(3):355-381.

VEDOOTTO, D. de O.; SILVA, R. M. **Humanização com o Familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Descritivo.** Online braz. Online braz. j. nurs. (Online). 2011; 9(3):1-15.

WILLRICH, J. Q. et al. **Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: Fator Estruturante do Processo Terapêutico.** Rev. enferm. UERJ. 2010 Out-Dez; 18(4):565-571.

ZANNON, C. M. da C. **Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar.** Teoria e Pesquisa. 1991; 7 (2), 119-136.

6. Considerações Finais

Os usuários e profissionais do hospital possuem capacidade de perceber o ambiente em que estão inseridos indicando pontos positivos que os fazem sentir-se bem, porém também levantaram aqueles que são facilitadores do maltrato psicológico e físico.

Diante das falhas do hospital citadas foi possível fazer uma separação entre aquelas oriundas de problemas de fluxograma e de programação. Os problemas de fluxograma englobam a localização da recepção, dos atendimentos médicos, a necessidade dos acompanhantes e dos pacientes se sentindo expostos a caminho de procedimentos no restante do hospital, com risco de contaminação e vergonha por serem vistos no estado deles, por pessoas esperando consultas, a proximidade da sala lúdica, sempre muito barulhenta, com a ala dos quartos, a necessidade de passagem das crianças falecidas pela enfermaria, e outros problemas de fluxograma.

Os problemas de programação incluem a inexistência de janelas em certos quartos e nos banheiros, a falta de luz direta nos quartos, a insuficiência no tamanho dos quartos e de armários e falta de espaços para descanso dos profissionais. Foi citada também a concentração de pessoas em ambiente pequeno e o uso não diferenciado dos banheiros. Quanto à hotelaria hospitalar faltam recursos de lavanderia e ainda de local adequado destinado a guarda de pertence e alimentos.

Problemas de humanização englobam falhas do hospital em proporcionar ações de distração, ações focadas nas reais necessidades do usuário, alimentação diferenciada para pacientes, acompanhantes e profissionais. Privacidade, ventilação e limpeza foram também alvo de críticas. Os entrevistados perceberam a humanização do ambiente hospitalar como facilitador da qualidade de vida, com consequências positivas para a saúde, quando em seus discursos apresentaram algumas qualidades do espaço que os fazem bem, como a proximidade do posto de enfermagem proporcionando segurança, a existência de uma sala lúdica para recreação, a organização dos horários de atendimento e consultas, o ambiente físico alegre, a presença de salas específicas médicas, entre outros.

Foi notada a necessidade de se trabalhar além de aspectos técnicos os aspectos humanos. Esses usuários necessitam de um ambiente que o satisfaça de forma a promover a adaptabilidade ou a produção do cuidado. Sugerem melhorias na

decoreção de ambientes, inserção de aspectos naturais no ambiente, além de ações no funcionamento do hospital, com disponibilidade de serviços hoteleiros e de entretenimento e distração. Porém, mesmo com os problemas levantados, os entrevistados mantêm boa relação interpessoal e com o hospital, apontando que más relações são fatores de desumanização. Assim, percebemos a qualidade das relações humanas com os profissionais como um aspecto crucial na humanização do serviço de saúde.

Tendo como base os discursos e discussões abordadas anteriormente é possível afirmar que a arquitetura deve ser utilizada para humanizar os edifícios hospitalares. Ela não somente garante a funcionalidade dos serviços, mas também é responsável para aspectos subjetivos, como sentimento de privacidade e segurança, que são tão importantes para pessoas num estado fragilizado e o bem-estar que ajuda no processo de tratamento. Sendo assim, a arquitetura hospitalar deve ser estrategicamente pensada.

A iluminação artificial deve ser adequada às diferentes exigências, sejam elas relacionadas ao bom desempenho dos profissionais durante procedimentos ou ao conforto do paciente e acompanhante nos momentos de recuperação e descanso. Além disso, a iluminação natural com amplas janelas e peitoris baixos deve ser exigência nos espaços para minimizar o sentimento de aprisionamento, facilitar a visualização dos usuários do mundo fora do ambiente hospitalar, ou intensificar o conforto térmico.

Quanto aos leitos, esses devem ser de cores suaves, ter um bom conforto termo acústico, permitir a individualidade de cada família através da utilização de divisórias ou cortinas e possuir espaços e mobiliários aceitáveis para a valorização do indivíduo.

O estudo bem pensado de fluxos é fator fundamental para um bom projeto hospitalar. O posicionamento adequado dos ambientes proporciona privacidade e discrição. O posto de enfermagem deve ser centralizado para maior controle dos pacientes internados e maior segurança pelos usuários. A recepção deve ser localizada em ponto estratégico para que não haja conflito de fluxos entre pacientes graves e estáveis. Os consultórios devem dispor de banheiros privativos para melhor conforto de médicos que possuem grande carga de trabalho, assim como as salas de descanso devem ser próximas devido a necessidade de otimizar a utilização do tempo.

É importante que os arquitetos entrem como protagonistas no processo de concepção dos estabelecimentos de assistência à saúde, tendo o apoio de uma equipe multidisciplinar e mantendo sempre o contato com os profissionais que vão atuar diariamente no local onde está sendo projetado, assim como com os usuários que utilizarão do espaço. Devem ter a responsabilidade de proporcionar as condições funcionais e de conforto ao bom desempenho das práticas médicas e do bem-estar, contribuindo com o processo do tratamento.

Para que se concretize a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde é necessário que se considere toda a organização hospitalar. Essa organização deve envolver no processo de concepção desses espaços as vozes para quem os espaços vão servir. Devemos salientar que o atendimento de qualidade é efetivado quando os usuários se sentem humanizados. É preciso saber ouvir essas pessoas as quais podem contribuir com suas reais necessidades para que não sejam feitas ações de humanização desnecessárias.

Que esta pesquisa sirva como base para trabalhos futuros, que possam desenvolver mais ações, mais sugestões e mais descobertas para a melhoria do ambiente físico hospitalar, principalmente no que diz respeito às ações de humanização e que ela alerte quanto a importância do ouvir, entender e buscar sempre sanar as necessidades de todos os envolvidos em um ambiente de assistência à saúde.

Referências

ABNT. Resolução – RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BR). **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos.**

ANDRADE, G. N.; PANZA, A. R.; VERGENS, O. M. C. **As Redes de Apoio no Enfrentamento do Câncer de Mama: Uma Abordagem Compreensiva.** Ciênc. cuid. saúde. 2011 Jan-Mar; 10(1):82-88.

ARMIN, T. C. C. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários.** LILACS. Rio de Janeiro; s.n; 2001. vii, 106 p.

BARRETO, P. **A Importância do Brincar**. Disponível em: www.redepsi.com.br/portal. Acesso: 02 de novembro de 2015.

BATTAGLINI, C. et al. **Atividade Física e Níveis de Fadiga em Pacientes Portadores do Câncer**. Rev Bras Med Esporte. 2004 Mar-Abri; 10(2).

BRASIL. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990 (BR). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2014: Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014 (Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010.

BRITO, R. R. **Os Novos Caminhos da Arquitetura Hospitalar e o Conceito de Humanização**. Rev. Cereus. 2013 Set-Dez; 5 (3): 172-180.

BUENO, C. **Pessoas resilientes têm a capacidade de dar a volta por cima; você é uma delas?**. UOL. São Paulo, 2012. Acesso em 20 de janeiro de 2015.

CAMPOS, A.L.A.;GUTIERREZ, P.S.G. **A Assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005. 58 (4): 458-461.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. de S. **"Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia**. Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu. 2013 Jun; 17(45): 405-418.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada: Guia Prático para a Análise Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. **Percepção da Equipe de Saúde Sobre a Família na Uti Neonatal: Resistência aos Novos Saberes**. Rev. enferm. UERJ. 2011 Abri-Jun;19(2):231-5.

COSTA, R.G.R. **Notes on hospital architecture in Brazil: between the traditional and the modern.** Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2011 Dez.

COSTA, T. F.; CEOLIN, M. F. **A Enfermagem nos Cuidados Paliativos à Criança e adolescente com Câncer: Revisão Integrativa da Literatura.** Rev Gaúcha Enferm, 2010 Dez; 31(4):776-84.

COSTEIRA, E. **Arquitetura Hospitalar: história, evolução e novas visões.** Revista Sustinere. 2014.

FERNANDES, C. **A Ludoterapia Dentro do Contexto Hospitalar.** 2011

FERNANDES, K. D.; GÖTTEMS, L. B. D. **Humanização e Ambiência na Clínica Médica do Hospital de Base do Distrito Federal.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2013; 4(2): 38-52.

FERREIRA ABH. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 4a ed. Curitiba: Positivo; c2009.

FURTADO, A.Z.M. et al. **Percepção Materna Sobre o Cuidado da Criança em Tratamento Dialítico.** Revista RENE. 2012; 13(4):775-83.

GOMES, I. L. V. et al. **A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e experiências vivenciadas.** 2012 Out-Dez; 17(4):703-9.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. de F. **O Ambiente de Relaxamento e a Humanização do Cuidado ao Parto Hospitalar.** REME rev. min. enferm. 2013 Jul-Set; 17(3): 531-537.

LAGO, J. D. et al. **Análise Crítica dos Ambientes Hospitalares: Um Estudo de Caso em um Hospital da Região da Serra Gaúcha.** 2º Convibra - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2013.

LIMA, C. D.; LOPES M. A.; GONÇALVES, V. M. S. **O Enfermeiro no Planejamento do Espaço Físico Hospitalar.** Rev Enferm UFSM. 2013 Set-Dez; 3(3):374-382.

LIMA, C. D.; LOPES, M. de A.; GONÇALVES, V. M. da S. G. **O Enfermeiro no Planejamento do Espaço Físico Hospitalar.** Rev Enferm UFSM. 2013 Set-Dez; 3(3):374-382.

LIMA, L. N.; MESQUITA, A. P. **Arquitetura Terapêutica Aliada ao Tratamento Clínico**. E-RAC. 2011; 1(1).

LODI, J. B. A entrevista: teoria e prática. 7.ed. São Paulo: Pioneira, 1991.

LORENZATTO, D. **Projeto arquitetônico de uma clínica de queimados para a cidade de Chapecó**. Santa Catarina, 2009.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde**. Psychiatry on line Brazil. 2003; v. 8, n. 5.

MARTINS, V. P. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica. 2004.

MELO, W. A.; MARCON, S. S.; UCHIMURA T. T. **A Hospitalização de Crianças na Perspectiva de Seus Acompanhantes**. Rev Enferm UERJ. 2010;18(4):565-71.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm. 2008, vol.17, n.4, pp. 758-764.

NEHMY, R. M. Q. et al. **A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2011 Set.

OLIVEIRA, E. C. V. et al. **A Visita de Familiares em Unidades Intensivas na Ótica da Equipe de Enfermagem**. Ciênc. cuid. saúde. 2011 Out-Dez; 10(4):705-712.

PINOCHET, L.H.C.; GALVÃO, C.R. **Aspectos humanos na gestão hospitalar**. O mundo da saúde. Out.- dez. 2010; 34 (4): 498-507.

PREDEBON, G. R. et al. **A Visita de Familiares em Unidades Intensivas na Ótica da Equipe de Enfermagem**. Ciênc. cuid. saúde;2011 Out-Dez; 10(4):705-712.

RANGEL, A. H.; GARCIA, J. **As Diversas Faces do Acompanhamento de crianças Hospitalizadas**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2012 Mar;6 (1).

SAMPAIO NETO, R. A. et al. **Ruídos na Unidade de Terapia Intensiva: Quantificação e Percepção dos profissionais de saúde.** Rev. bras. ter. intensiva. 2010; 22(4): 369-374.

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L.M. **A Mãe Acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Desafios Para A Equipe Assistencial.** Revista Enferm. Cent. O. Min. 2013 Jan-Abr; 3, (1):475-487.

SOUZA, S.S. et al. **Reflexões de Profissionais de Saúde Acerca do Seu Processo de Trabalho.** Rev. Eletrônica de Enfermagem. 2010, 449.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. **Valorização e Motivação de Enfermeiros na Perspectiva da Humanização do Trabalho nos Hospitais.** Rev eletrônica enferm. [online]. 2012 Oct-Dec; 14(4): 794-802.

TAETS, G. G. C. et al. **Humanização na Unidade Cardio-Intensiva: O Cuidado Sob a Ótica do Paciente.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online). 2012; 3: 2458, 2012.

THIBAUD, J.P. (2004). **O ambiente sensorial das cidades: para uma abordagem de ambiências urbanas.** In E.T. Tassara; E.P. Rabinovich; M.C. Guedes (Orgs.). Psicologia e ambiente. SP: EDUC.347-361.

ULRICH, R. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity.** Environment and Behavior. 2004; 40(3):355-381.

VEDOOTTO, D. de O.; SILVA, R. M. **Humanização com o Familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Descritivo.** Online braz. Online braz. j. nurs. (Online). 2011; 9(3):1-15.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. **Cuidar e humanizar: relações e significados.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WILLRICH, J. Q et al. **A Hospitalização de Crianças na Perspectiva de Seus Acompanhantes.** Rev. enferm. UERJ. 2010 Out-Dez; 18

WILLRICH, J. Q. et al. **Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: Fator Estruturante do Processo Terapêutico.** Rev. enferm. UERJ. 2010 Out-Dez; 18(4):565-571.

YUNES, M.A.M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.** Psicol. estud., 2003, vol.8, no.spe, p.75-84. ISSN 1413-7372.

ZANNON, C. M. da C. **Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar.** Teoria e Pesquisa. 1991; 7 (2), 119-136.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **A Humanização de Ambientes Hospitalares Oncológicos Pediátricos: Vozes e Discursos**. Meu nome é Renata Moura de Carvalho, sou arquiteta, pesquisadora responsável por esse estudo e mestranda em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Renata Moura de Carvalho no telefone (62) 8244-225 ou através do email renatamc.arqui@gmail.com, ou com o orientador da pesquisa Professor Dr. Luc Vandenberghe no telefone (62) 9619-3751 ou através do email luc.m.vandenberghe@gmail.com. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone (62)3946-1512 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, nos telefones: 3243 70 50 ou no endereço: Rua 239 nº 206 2º andar – Edifício Albergue Filhinha Nogueira – Setor Leste Universitário. Horário de atendimento: 8:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

- Será feita uma entrevista pela pesquisadora responsável Renata Moura de Carvalho. As informações coletadas irão compor a tese de mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da pesquisadora, sob orientação do Professor Dr. Luc Vandenberghe.
- A pesquisa objetiva identificar a sua percepção quanto à humanização dos espaços físicos do ambiente hospitalar oncológico pediátrico.
- A entrevista somente iniciará, após sua concordância, com assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.
- Sujeitos com menos de dezoito anos que desejarem participar da entrevista deverão, obrigatoriamente, ter a assinatura dos pais ou responsáveis, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.
- Crianças com idade até 12 anos serão entrevistadas juntamente com seus pais ou responsáveis.
- As entrevistas serão gravadas e após a transcrição pela pesquisadora, essas serão apagadas.
- O manuseio dessas gravações será feito somente pela pesquisadora.
- Em nenhuma situação será revelada a identidade dos participantes, ficando assegurados o sigilo e a privacidade.

- Estima-se o tempo médio da entrevista de 30min, porém esse tempo poderá variar de acordo com o sujeito da pesquisa (você).
- As entrevistas acontecerão no Hospital Araújo Jorge quando os sujeitos da pesquisa forem pacientes, responsáveis e profissionais da saúde.
- Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderá interromper a entrevista abandonando-a em qualquer fase, retirando seu consentimento. Não haverá penalização alguma e será assegurado pela pesquisadora o sigilo das informações confidenciais a ela.
- Sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de pagamento ou recompensa financeira.
- Será assegurado seu direito de pleitear indenização pelos possíveis prejuízos tidos durante a entrevista, devidamente comprovados, perante a justiça comum.
- Caso haja custos relacionados à participação na pesquisa, haverá ressarcimento dos mesmos pela pesquisadora mediante comprovação destes.
- Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisadora responsável para esclarecimentos de eventuais dúvidas, bem como será assistido e encaminhado para serviço de atendimento psicológico CEPPI da Pontifícia Universidade Católica de Goiás com acompanhamentos posteriores ao encerramento/interrupção do estudo, no caso de surgimento de problemas ou desconfortos decorrentes de sua participação.
- Esse estudo te proporcionará a oportunidade de se expressar e dar sua opinião sobre esse tema, além de poder contribuir na melhoria de projetos futuros de hospitais que irão o entender.
- O projeto final poderá ser divulgado em revistas científicas e congressos e poderá também colaborar com novos estudos para instituições acadêmicas, de pesquisas e instituições relacionadas à formação multidisciplinar e arquitetônica. Porém em nenhum caso será revelado o seu nome, sendo expostos apenas os resultados.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, discuti com a Pesquisadora Renata Moura de Carvalho sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento psicológico quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia (GO), ____/____/____

Assinatura do participante: _____ / /

Data

Assinatura da Testemunha: _____ / /

Data

Assinatura da Pesquisadora: _____ / /

Data

ANEXO II

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa. Esta pesquisa chama “A Humanização de Ambientes Hospitalares Oncológicos Pediátricos: Vozes e Discursos”. Meu nome é Renata Moura de Carvalho, sou arquiteta e pesquisadora responsável desse trabalho. Sou aluna do Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Nessa pesquisa eu gostaria de saber o que você acha das características dos lugares que você frequenta neste hospital, como por exemplo, as cores, os desenhos nas paredes, as janelas, brinquedos... Para isso eu vou conversar com você e durante nossa conversa irei fazer algumas perguntas como: o que você acha dessa sala que estamos? A seguir eu vou falar para você um pouco mais sobre a pesquisa que estou fazendo. Se você não entender alguma coisa, pode me perguntar. Meu telefone é (62)8244-2225 e meu email é renatamc.arqui@gmail.com. Após isso, se você quiser participar dessa pesquisa, você deverá assinar seu nome no lugar que estiver escrito “Assinatura do Participante” no final desse documento. Você vai assinar duas vezes, porque um papel desses é meu e o outro é seu. Mas vale lembrar que seus pais ou responsáveis também devem assinar se eles concordarem. Se você ou eles não concordarem não haverá problema algum. Se você tiver alguma dúvida e preferir entrar em contato com meu professor, o nome dele é Professor Dr. Luc Vandenberghe, (62) 9619-3751 e o email é luc.m.vandenberghe@gmail.com. Se seus pais tiverem dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, eles poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone (62)3946-1512 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, nos telefones: 3243 70 50 ou no endereço: Rua 239 nº 206 2º andar – Edifício Albergue Filhinha Nogueira – Setor Leste Universitário. Horário de atendimento: 8:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

- A entrevista só irá acontecer se você e seus pais concordarem em participar desse estudo assinando esse documento que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.
- Se você tiver menos que 12anos, as entrevistas acontecerão juntamente com seus pais ou responsáveis.
- As entrevistas serão gravadas e após o resultado elas serão apagadas.
- Somente eu, pesquisadora, irei fazer as entrevistas e escutar as gravações.
- Em nenhum momento será revelado o seu nome ou de seus pais. Ninguém saberá que você participou da entrevista.
- O tempo da entrevista será de aproximadamente 30min.
- As entrevistas acontecerão no Hospital Araújo Jorge.
- Se você não se sentir confortável em responder alguma pergunta, não precisa responder. E se não quiser mais participar, mesmo a pesquisadora já tendo feito algumas perguntas, pode interromper a entrevista. Não haverá nenhuma consequência e será garantido o segredo das informações faladas à pesquisadora.
- Sua participação é voluntária. Não há pagamento ou recompensa financeira.

- Se você tiver algum gasto relacionado à participação na pesquisa, esse valor será devolvido a você. Porém você deverá comprovar se realmente teve esses gastos.
- Eu estarei durante qualquer etapa do estudo a sua disposição para esclarecer as dúvidas que aparecerem.
- Esse estudo permite a oportunidade de você se expressar e dar sua opinião sobre esse tema. Ele contribui na melhoria de projetos de hospitais futuros.
- O projeto final poderá ser divulgado em revistas e congressos e poderá também colaborar com novos estudos. Porém em nenhum caso será revelado o seu nome, sendo apresentados apenas os resultados.

ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____ aceito participar da pesquisa **A Humanização de Ambientes Hospitalares Oncológicos Pediátricos: Vozes e Discursos**, que tem o objetivo de identificar o que eu acho das características dos lugares que eu frequento neste hospital. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que não haverá problemas. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Recebi uma cópia desse documento, li e concordo em participar da pesquisa.

Goiânia (GO), ____/____/____

Assinatura do Participante: _____ / /

Assinatura do Responsável: _____ / /

Assinatura da Pesquisadora: _____ / /