ANÁLISE CRÍTICA DOS AMBIENTES HOSPITALARES: UM ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DA SERRA GAÚCHA

Joceliane Dal Lago[1]
Paula Patricia Ganzer[2]
Zaida Cristiane dos Reis[3]
Cristine Hermann Nodari[4]
Claudio Manoel Soares Nunes[5]
Pelayo Munhoz Olea[6]
Eric Charles Henri Dorion[7]

RESUMO

Atualmente busca-se nos ambientes hospitalares, o conceito de hotelaria, pois existe a tendência para transformar os espaços dos estabelecimentos de saúde, em espaços aconchegantes e confortáveis, incorporando percepções mais completas das práticas assistenciais. Os hospitais não tratam mais somente o corpo biológico, mas a essência do serviço de atenção à saúde começa a ter outro significado, passa a ser muito além de suas limitações físicas ou biológicas. Para tanto se faz necessário mudar as práticas de saúde, e os espaços e ambientes dos estabelecimentos devem acompanhar estas mudanças conceituais. Isso reflete diretamente na normatização da arquitetura dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e significa que a legislação feita pela ANVISA necessita extrapolar a antiga visão sanitarista e de vigilância, ampliando seus horizontes para novos conceitos em arquitetura hospitalar. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi o estudo de caso, com pesquisa qualitativa exploratória em uma unidade de pronto atendimento situado em Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. A pesquisa visou estabelecer uma harmonia entre a atual legislação vigente destinada aos estabelecimentos de saúde e uma arquitetura baseada no foco de atenção dos seus usuários, pois isso passa a ser um forte aliado nos processos de cura de pacientes. Diante da pesquisa realizada pode-se perceber desajustes no projeto arquitetônico da unidade de pronto atendimento frente a legislação vigente para os EAS, a RDC-50, sendo este um regulamento técnico para planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais de saúde, que parecem não ter o real conteúdo para orientar, e sim uma visão estagnada somente na doença, não se preocupando com a qualidade de vida dos pacientes, usuários e profissionais de saúde, enfatizando aspectos quantitativos exagerados salientados na legislação, ou seja, ocorrem divergências entre a lei e o efetivo, mas também são encontradas deficiências na legislação.

[1] Especialista em Gestão em Serviços da Saúde pela Universidade de Caxias do Sul.
[2] Discente de Doutorado em Administração pela Universidade de Caxias do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestra em Administração pela Universidade de Caxias do Sul.
[3] Doutoranda em Administração pela Universidade de Caxias do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestra em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
[4] Doutoranda em Administração pela Universidade de Caxias do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestra em Administração pela Universidade de Caxias do Sul.
[5] Discente do Curso de Doutorado em Administração da Universidade de Caxias do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Medicina Esportiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
[6] Doutor em Administração e Direção de Empresas pela Universitat Politècnica de Catalunya. Professor da Universidade de Caxias do Sul e Universidade Feevale.
[7] Doutor em Administração de Empresas pela Université de Sherbrooke. Professor da Universidade de Caxias do Sul e Universidade Feevale.

Palavras-chave: arquitetura hospitalar, humanização, normatização EAS.

ABSTRACT
Currently looking up in hospital environments, the concept of hospitality, since there is a tendency to transform the spaces of healthcare facilities, cozy and comfortable spaces, incorporating more complete perceptions of care practices. The hospitals treat not only over the biological body, but the essence of health care service begins to have another meaning, becomes far beyond its physical limitations or biological. Therefore it is necessary to change health practices, and the spaces and environments establishments must follow these conceptual changes. This directly reflects the normalization of the architecture of the Health Care Facilities (EAS) and means that the laws made by ANVISA requires extrapolating the former view and sanitary surveillance, expanding their horizons to new concepts in hospital architecture. The methodology used in this research was the case study with qualitative research in a health care unit located in Caxias do Sul, Rio Grande do Sul The research aimed to establish a harmony between the current legislation aimed at health facilities and an architecture based on the focus of attention of their users, as this happens to be a strong ally in the healing process of patients. Before the survey can be seen in the architectural design of misfits emergency unit against legislation for the EAS, the RDC-50, which is a technical regulation for planning, implementing and evaluating projects' physical health care facilities, that seem to have no real content to guide, but a stagnant vision only in disease, not worrying about the quality of life of patients, users and health professionals, emphasizing quantitative aspects exaggerated highlighted in the legislation, in other words, differences occur between law and effective, but are also found deficiencies in the legislation.
Key-words: hospital architecture. humanization. standardization EAS.

1. INTRODUÇÃO

A humanização dos ambientes de saúde constitui um conjunto de ações sobre diversas práticas e condições dos serviços de saúde, pois durante anos a sociedade encarou o edifício hospitalar como um local de doença, morte e angústia, deixando de lado a função de curar. A concepção de hospital como ambiente de tratamento e cura, é relativamente recente, esta visão do hospital como instrumento terapêutico e equipamento integrante no processo de cura, faz com que os EAS busquem uma especialização progressiva de seus espaços. Segundo Lima (2004), não se cura somente a dor física, é preciso curar a dor espiritual também. Os centros de saúde atuais provam ser possível existir um hospital mais humano, sem abrir mão da funcionalidade. Se observa a funcionalidade como uma palavra mais abrangente, onde é funcional criar ambientes em que o paciente esteja à vontade, que possibilitem sua cura psíquica, pois a beleza pode não alimentar o corpo, mas alimenta o espírito.

A arquitetura de atenção à saúde deve considerar as riquezas das relações estabelecidas nos espaços e compatibilizá-las no projeto arquitetônico, aspectos funcionais, econômicos, bioclimáticos, emocionais, estéticos, simbólicos e ecológicos. Devem harmonizar-se e enquadrar-se à normatização vigente dos EAS. Além do programa arquitetônico dos EAS ser complexo, abrange diversos setores e inúmeras funções, portanto o projeto arquitetônico deve considerar que o ambiente pode criar oportunidades e limitações, influenciando diretamente os usuários e afetando o comportamento e a recuperação do paciente. Quando se trata de normatização, destaca-se o principal instrumento de planejamento da Arquitetura Hospitalar, a RDC-50. A ANVISA publicou a Portaria GM/MS nº 554, de 19 de março de 2002, com a Resolução da Diretoria Colegiada RDC-50, de 21 de fevereiro de 2002. Esta normatização dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de

saúde.

Qualquer intervenção nas construções dos EAS reforma ou ampliação, deve atender às RDC-50 de forma efetiva e eficiente à rede assistencial adotada, seja ela composta por estabelecimentos públicos ou privados (MIQUELIN, 2004, p. 9). O grande desafio da arquitetura voltada à área da saúde está em compatibilizar as necessidades dos profissionais às exigências do paciente, às diversas funções dos espaços, à norma vigente e é neste momento que a normatização vigente RDC-50, demonstra a falta de objetividade e concisão, gerando conflitos conceituais no projeto arquitetônico. As imprecisões e as lacunas da legislação dificultam a tomada de atitudes e a definição precisa do espaço.

Segundo Costi (2002) não se pode avaliar um lugar e nem se deve planejá-lo, até saber como seus usuários o compreendem e o valorizam. Como cada estabelecimento de saúde tem suas particularidades e características, não se pode generalizar, afinal o edifício hospitalar é a edificação que mais requer definições programáticas multidisciplinares. Assim não basta meramente a obra civil, paredes, tetos ou equipamentos. Existem inúmeros procedimentos específicos de cada especialidade, necessidades de conforto e acolhimento que devem ser consideradas.

Sem mencionar que a maioria dos estabelecimentos de saúde foram construídos anteriormente à legislação, e suas estruturas físicas não se enquadram na normatização vigente. São inúmeros desequilíbrios entre o discurso legal e a realidade, resta ao profissional arquiteto da área, encontrar uma forma de harmonizar todos estes conceitos e normas, contribuindo para que os ambientes físicos hospitalares se tornem mais humanizados, confortáveis e funcionais, contribuindo para o processo terapêutico do paciente e para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos.

Neste contexto a pesquisa abordou questões entre legislação dos EAS e humanização do ambiente físico hospitalar, devido a este fator colaborar no processo terapêutico do paciente e contribuir diretamente para a qualidade dos serviços de saúde prestados por todos os profissionais envolvidos. O principal objetivo desta pesquisa foi analisar o processo projetual das EAS, caracterizando lacunas na legislação e pontos falhos, auxiliando na qualidade projetual e relacionando a interação entre as necessidades funcionais com a obrigação legal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O HOSPITAL – BREVE HISTÓRICO

Ao longo de toda a história, observou-se o desenvolvimento das civilizações, as quais buscam a melhoria da qualidade de vida de sua população. A presença dos estabelecimentos de saúde, os aspectos sanitários e os avanços científicos e tecnológicos são práticas que minimizam o sofrimento do paciente e oportunizam a cura. O hospital em toda a sua história, vem adaptando-se a essas novas necessidades e à visão do paciente. Com o surgimento do cristianismo, a assistência à saúde, tanto individual como coletiva, ganha um aliado, a religião. Essa nova visão humanística do cristianismo, com novos preceitos toma importância fundamental na ajuda aos enfermos.

A partir do século XIII, os hospitais passam a ter menos influência do clero e as autoridades municipais começam a suplementar, no início, e depois, a assumir os encargos das atividades da Igreja. Esse período se estende até meados do século XVI, deste período em diante, o planejamento das edificações hospitalares muda, condições como conforto térmico, ventilação e iluminação são considerados importantes para a cura. Surge então os preceitos do hospital moderno, o perfil institucional muda de modo significativo, a sua função primeira é o tratamento ao doente, em seguida pensa-se na salvação da alma, e o hospital passa a ter o

papel de abrigar e segregar o doente, impedindo-o de disseminar seus males pela sociedade (LISBOA, 2002).

Com a crescente aceitação do serviço hospitalar e da diversidade de funções que a instituição pode oferecer, a medicina se desenvolveu e a administração hospitalar começou a ficar mais complexa. Novos padrões de utilização hospitalar apareceram, surgindo os consumidores, os clientes propriamente ditos, o qual devem estar satisfeitos com as instalações, com o atendimento, enfim com todo o serviço que lhe foi prestado. A função do hospital agora é a de prevenir a doença, restaurar a saúde, exercer funções educativas, promover a pesquisa. Deste momento em diante o hospital passa a ter um caráter de negócio, o qual necessita de uma eficiência administrativa, racional e produtiva.

2.1.1. A Arquitetura de Atenção à Saúde

As transformações do hospital religioso, do final do século XVIII, em hospital terapêutico, local e prática médica e científica, é tema principal de Foucault (2002 p. 100-111). Nesta época já se reconhecia a importância de estabelecer um programa para a unidade hospitalar, programa este que pudesse estabelecer técnicas de intervenção para tornar o ambiente hospitalar menos insalubre e mais agradável. Deste momento em diante o reconhecimento de quão importantes são a escolha do local de implantação do hospital, as condições de ventilação, a distribuição interna e a iluminação, apontaram para a necessidade de estabelecer normas arquitetônicas para estes espaços de saúde. O valor do planejamento do espaço físico no processo terapêutico de cura da doença se confirma.

O hospital é considerado uma obra aberta e é necessário que nele possa incorporar os progressos da medicina, a possibilidade de expansão, a acústica, a insolação, a movimentação e facilidade de acessos, a topografia e a viabilidade de todos estes fatores. A flexibilidade das plantas para se adaptar a diversos usos é um aspecto de extrema importância. Em relação a materiais há diferenças entre áreas técnicas e não técnicas, como setores de marcação de consulta, salas de espera, *lobby* e restaurante. Nestes espaços se tem a liberdade para trabalhar com materiais diversos, já nas áreas técnicas, os acabamentos devem corresponder às necessidades de assepsia, humanização e resistência a alto tráfego. Melhorar as instalações das EAS para que as pessoas sintam-se melhores, esta é a tendência para os espaços físicos hospitalares, pois eles podem contribuir para o bem estar dos pacientes e profissionais, afinal, hospital, é um lugar para a promoção da saúde. Racionalizar os espaços e aproveitá-los melhor, auxilia no trabalho dos funcionários (KARMAN, 2001).

Para Martins (2004) a humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos inseridos no processo de produção de saúde; usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimentos de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (2004) a ambiência é definida como ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas presentes quanto por componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, como a luminosidade e os ruídos do ambiente e a temperatura. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma de acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre trabalhadores e gestores. Devem-se destacar os

componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (MARTINS, 2004, p. 43).

A humanização do edifício hospitalar é resultante de um processo projetual amplo, que não se limita meramente à beleza, mas que diz respeito à funcionalidade, ao domínio dos aspectos construtivos, e além de todos estes aspectos, favoreça a recuperação da saúde e garanta o bem-estar físico e psicológico aos usuários, sejam eles pacientes acompanhantes ou funcionários. Muito além de cálculos, levantamentos, programa de necessidades, novas tecnologias, o projeto exige estudos profundos, de inúmeros setores e funções, para que se possa atingir a perfeita combinação entre os conceitos de arquitetura, tecnologia, conforto e bem-estar, sempre de acordo com as leis e orientações dos órgãos de saúde.

2.1.2. Normatização em Saúde

Um dos primeiros conjuntos de recomendações para os projetos hospitalares foi elaborado por uma comissão da Academia de Ciências de Paris, essa academia estabeleceu algumas diretrizes que nortearam, por mais de um século, a construção hospitalar (Góes, 2004, p. 10). O conteúdo destas recomendações era basicamente sanitário e humanitário, e começou a aparecer desde a época, a preocupação com o bem-estar do indivíduo. Itens como contato com o ar, a luz, a vegetação, demonstraram uma ligação com o espaço externo, assim com poucas recomendações se estabeleceu o que era mais relevante em uma construção hospitalar.

As primeiras normas para hospitais, anteriores a RDC-50 no Brasil, foram elaboradas em 1970, onde o paciente já era priorizado dentro do planejamento da estrutura hospitalar. Com a implantação do SUS, em 1999 criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA. A partir deste fato, a ANVISA exerceu o controle de todas as atividades que dizem respeito à área da saúde, seu caráter regulador e fiscalizador normatiza toda e qualquer elaboração de projetos arquitetônicos dos EAS.

Segundo Costa e Rozenfeld (2000, p. 20), leis e normas disciplinam a vida da sociedade, a despeito do desconhecimento do modo como os agentes causadores das doenças se relacionam com as mesmas. Afinal entende-se por norma aquilo que regula procedimentos ou atos, regras, princípios e padrões (Houaiss, 2001).

Com a criação da RDC-50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre todo o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, todos os projetos arquitetônicos de estabelecimentos de saúde devem se adequar à norma, inclusive os que foram edificados anteriormente a sua criação.

A RDC n° 50, descreve os passos a serem seguidos na elaboração de projetos físicos das EAS, a terminologia a ser utilizada, as etapas do projeto, as instalações, a estrutura e as fundações. Apesar de a norma ser um avanço no que diz respeito à legislação, pode ser considerada ainda utópica, pela distância entre o que é determinado por lei e o que é prática social. Sabe-se que a grande maioria das instituições de saúde, privadas ou públicas, sofrem com uma enorme crise em relação a verbas e investimentos, os hospitais cada vez mais enxugam gastos e diminuem seu quadro funcional devido à crise. Em meio a toda esta crise, é questionado se ainda existe um fundo financeiro para reformas e adequações a legislação, lembrando que a grande maioria dos hospitais no Brasil foram edificados anteriormente a legislação. Isso significa grandes desconformidades nos espaços físicos dos EAS, pois não estão adequados à norma vigente.

É fácil constatar que o processo está incoerente, e o que o principal instrumento de planejamento em arquitetura hospitalar é falho, pois seu conteúdo foca exclusivamente em aspectos funcionais e suas principais informações são a descrição de ambientes nas unidades

de atendimento, relacionando a dados quantitativos (área mínima para os ambientes em m²), para cada espaço, segundo as atividades realizadas nele. Felizmente a arquitetura hospitalar não se trata somente disso, os espaços obrigatórios são necessários, mas existem outras necessidades subjetivas à clínica médica, as necessidades do usuário. A norma além de induzir o profissional arquiteto ao erro, e talvez até a subdimensionar os espaços, não se enquadra no planejamento global de uma unidade de serviço hospitalar, o projeto arquitetônico de uma EAS 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, o que com certeza a norma não preconiza. No Quadro 1, segue um resumo do referencial sobre a história hospitalar e sua evolução.

Quadro 1- História e evolução hospitalar

Hospital - Breve Histórico	. Cristianismo - assistência a saúde e ajuda aos enfermos. . Século XIII - menos influência do clero, autoridades municipais começam a suplementar e assumir encargos da saúde. . Século XVI em diante - começa o planejamento das edificações hospitalares, chegando ao modelo hospitalar moderno.
A Arquitetura de Atenção à Saude	. O valor do planejamento do espaço físico no processo terapêutico. . Progressos da medicina. . Hospital passa a ser uma obra aberta. . Surge a preocupação com a humanização do espaço de saúde. . Preocupação com planejamento na área hospitalar.
Normatização em Saúde	. 1970 - Primeiras normas para edificação hospitalar. . 1999 - Com a implantação do SUS, cria-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. . 2002 - Criação da RDC-50

Fonte: Elaborado pelos autores.

3. MÉTODO DE PESQUISA

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi de abordagem qualitativa com objetivo exploratória e descritiva, com estratégia de pesquisa o estudo de caso em uma unidade de pronto atendimento situado em Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. O estudo de caso é utilizado como estratégia de pesquisa em diversas condições, na contribuição do conhecimento de acontecimentos individuais, organizacionais, sociais, políticos e grupais (YIN, 2010).

Esta pesquisa se desenvolveu especificamente em uma unidade de pronto atendimento, e teve o enfoque no projeto arquitetônico, consolidado pelo programa de necessidades, o qual caracteriza os espaços, as atividades e os equipamentos básicos médico-hospitalares e de infraestrutura. O objeto de estudo, o hospital, foi inaugurado em 1995, e conta atualmente com 144 leitos, possui 7 salas cirúrgicas, 10 leitos de UTI adulto e UTI neo-natal com 14 leitos. A instituição possui maternidade, centro obstétrico e pediatria. Fazem também parte da estrutura da instituição o pronto atendimento, a unidade de internação e a imagenologia.

O principal objetivo desta pesquisa foi analisar o processo projetual das EAS, caracterizando lacunas na legislação e pontos falhos, auxiliando na qualidade projetual e relacionando a interação entre as necessidades funcionais com a obrigação legal. A pesquisa utilizou como objetivo a pesquisa exploratória, por se tratar de envolver levantamento

bibliográfico e documental e entrevistas não padronizadas, este modelo de pesquisa possui o objetivo de proporcionar uma visão geral de um determinado fato. A abordagem é classificada como descritiva, por descrever as características do objeto de estudo, sendo assim, as pesquisas descritivas são, em conjunto com as exploratórias, as que tradicionalmente concretizam os pesquisadores sociais que se preocupam com a atuação prática (GIL, 2008).

Em relação à coleta de dados, denominou-se esta, a fase da pesquisa em que se pergunta e a partir de respostas se obtém dados da realidade pela aplicação de técnica, a forma de obtenção dos dados é definida em função do instrumento de pesquisa escolhido, podendo ser um questionário ou um encontro com o entrevistado (BARROS; LEHFELD, 1986).

A coleta de informações aconteceu por meio da realização de entrevista com o corpo clínico a fim de verificar as condições estruturais do hospital. A entrevista é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. A entrevista foi realizada com o sócio-gerente da empresa (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 197). Quanto à abordagem do problema, a pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa, não enumerando e não medindo os eventos estudados, mas sim abordando ações e opiniões dos envolvidos no estudo, ou seja, parte do foco ou assuntos de ampla importância são definidos no transcorrer do estudo (GODOY, 1995).

Para o desenvolvimento desta pesquisa se fez necessário uma visão geral do projeto, e da real necessidade dos usuários que utilizam o espaço. Após a constatação do problema, primeiramente foi realizado uma entrevista com o corpo clínico, com a finalidade de obter dados para o programa de necessidades, que é o conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades. Após o fechamento do programa de necessidades, foi realizado um estudo preliminar, que visou assegurar a viabilidade técnica a partir dos dados levantados no programa de necessidades. Em seguida foi lançado um fluxograma, identificando os fluxos internos da unidade. Baseado em todas as etapas anteriores originou-se o partido geral, o qual em contrapartida deve ser adequado à legislação vigente, que regulamenta os EAS, a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Em contrapartida o programa deverá ter interface direta com a legislação vigente, dessa forma adotou-se uma abordagem vinculada à realidade da instituição. Neste momento surgiram os paradigmas de adequação às normas das necessidades dos usuários, e da instituição. Segundo Peña e Parshall (2001, p. 36-37) a cada etapa desse planejamento arquitetônico, procura-se fazer interagir os seguintes itens: Função: pessoas, atividades, relações; Forma: sítio, entorno, qualidade; Economia: orçamento inicial, custo operacional, custos de ciclo de vida; Tempo: passado, presente, futuro.

A elaboração do projeto arquitetônico contempla a harmonia entre as necessidades apontadas pelos profissionais da saúde, com as características das atividades a serem realizadas no espaço e todas as suas especialidades, contemplando a adequação à legislação e à percepção do arquiteto para a correta interpretação do programa de saúde. Como resultado procurou-se ter uma identificação clara e precisa do espaço a ser projetado, de tal forma a contemplar: acessibilidade, segurança e conforto dos pacientes e dos demais usuários; eficiência dos profissionais e a total adequação espacial dos equipamentos. Outro critério importante foi as necessidades da população no presente e no futuro, portanto aspectos como funcionalidade, flexibilidade, sociabilidade e racionalização dos custos em função dos benefícios foram tomados com premissa no desenvolvimento da pesquisa.

Para Figueiredo (2005, p. 311), o ambiente hospitalar possui inúmeras características que se inter-relacionam e interagem, são dimensões culturais, simbólicas, sociais, organizacionais e físicas. Condicionantes ambientais também são aspectos importantes para o desenvolvimento da pesquisa, foram considerados a distribuição das atividades nos EAS, o

grau de permanência no ambiente, uso dos espaços, as categorias dos usuários (pacientes internos, externos, profissionais da saúde, visitantes e acompanhantes e pessoal de apoio), conforto térmico, lumínico, acústico e olfativo.

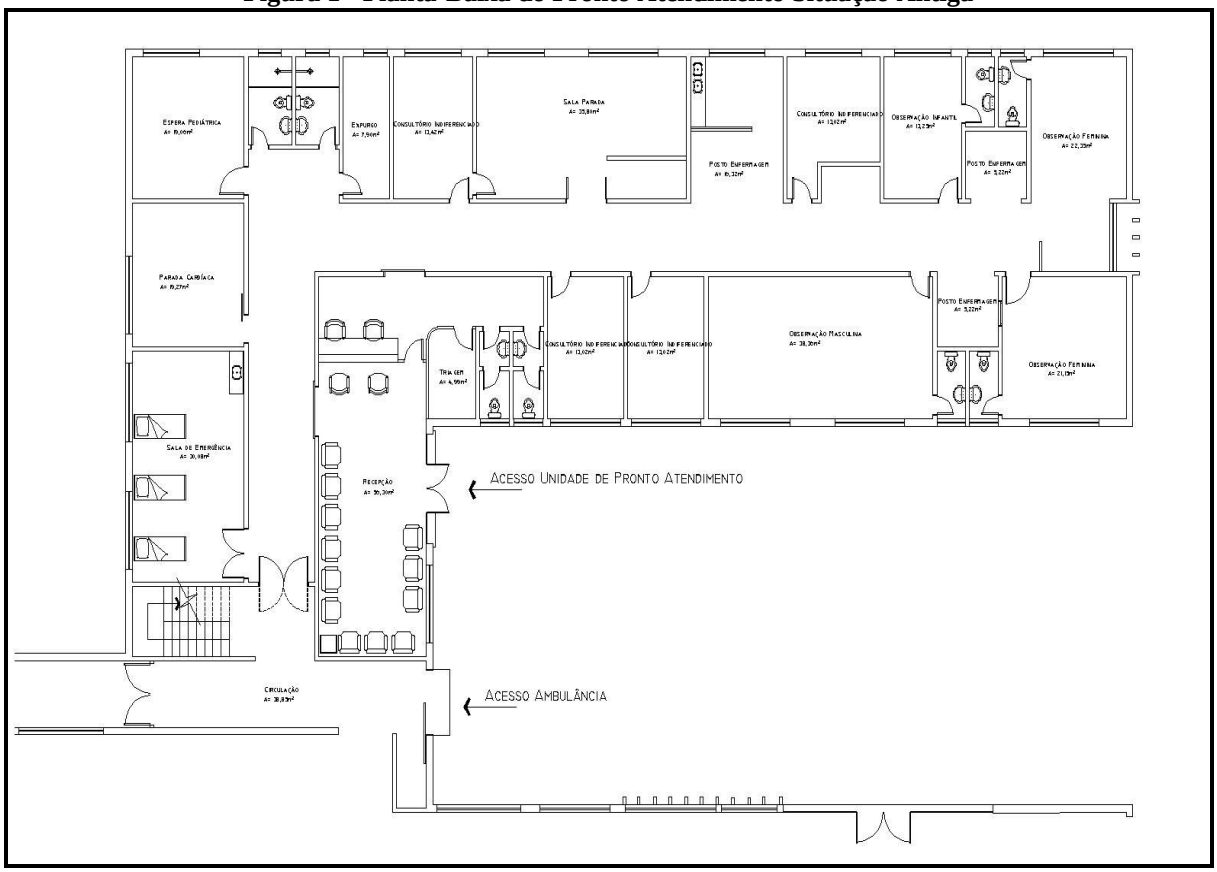
4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

4.1. O PROCESSO PROJETUAL

O processo projetual de uma Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência, de alta, média e baixa complexidade, pode ser considerado um desafio, pois neste espaço as mais variáveis demandas acontecem. Prestar o primeiro atendimento ao paciente, prestar atendimento social, fazer a higienização, realizar os mais variados tipos de procedimentos de enfermagem, realizar atendimentos e procedimentos de emergência e urgência de alta complexidade, prestar apoio diagnóstico e terapia 24hs, fornecer refeição ao paciente, enfim, atividades que ocorrem neste espaço. Devemos lembrar sempre que nestas situações de doença, o ser humano se encontra fragilizado, e é de extrema importância que os pacientes sejam tratados com equidade e integralidade, não importando sexo, cor, idade, condição econômica ou social. Embasado em todas estas características é que o processo projetual se desenvolveu, houve um levantamento de dados que envolvem uma equipe multidisciplinar de profissionais, que possuem uma participação conjunta.

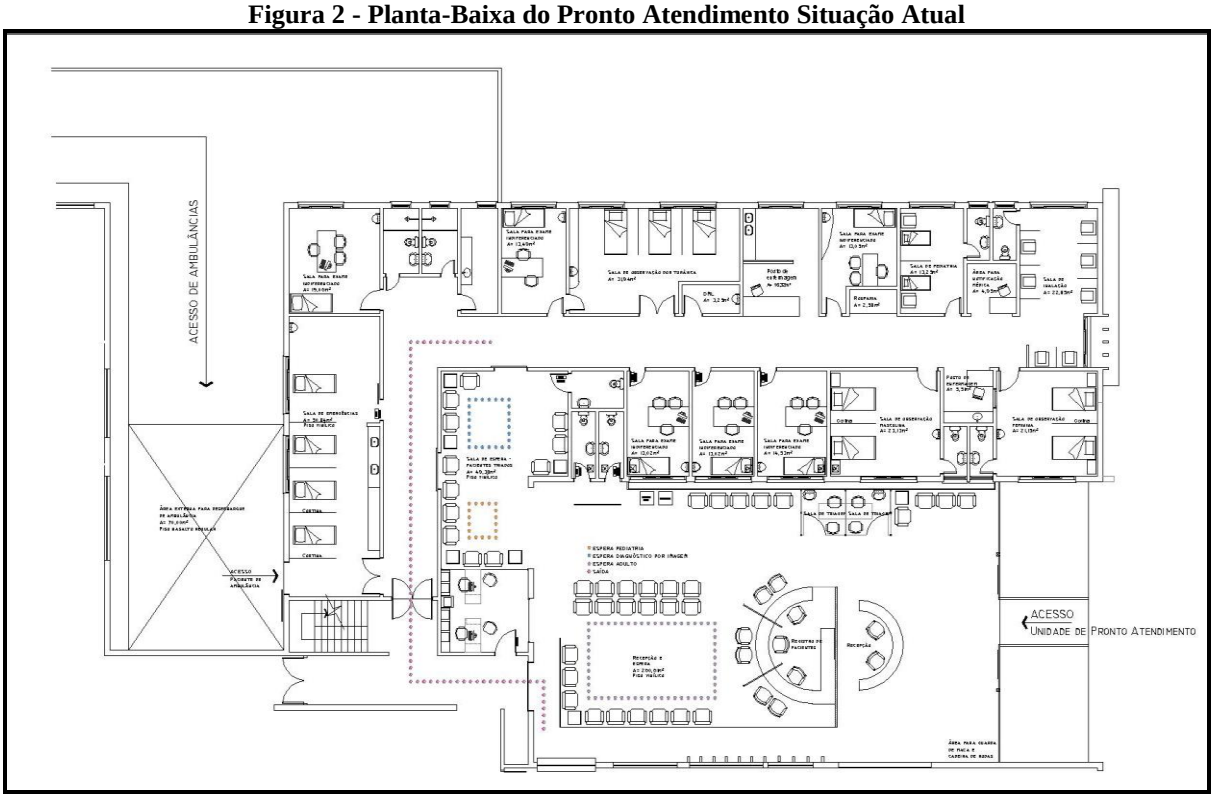
O ambiente pode criar oportunidades e limitações, e isso influencia direta e indiretamente os usuários, afetando o comportamento e a recuperação dos doentes. Para ilustrar, nas Figuras 1 e 2, temos a situação anterior à reforma e a situação atual do pronto atendimento.

Figura 1 - Planta-Baixa do Pronto Atendimento Situação Antiga



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2 - Planta-Baixa do Pronto Atendimento Situação Atual



Fonte: Elaborado pelos autores.

Observou-se que os fluxos internos e de pacientes externos não eram levados em conta na situação antiga, não havia uma separação de fluxos, o acesso da ambulância (paciente externo) era localizado próximo à porta da entrada principal, misturando pacientes que vinham da rua com os pacientes que chegavam de ambulância, os quais têm diferentes níveis de urgência para o atendimento. Outro aspecto relevante é que a espera além de ser muito pequena para o número de pacientes atendidos no local, cerca de 6000 atendimentos mês, não privilegiava a separação dos tipos de atendimento: pacientes adultos, pediátricos e espera de exames, gerando assim desconforto e demora no atendimento, causando a insatisfação do usuário.

4.1.1. Condicionantes Ambientais

Amenizar os fatores de estresse no ambiente hospitalar deve ser uma constante, visar o bem-estar, à recuperação dos doentes e o desempenho dos profissionais, aliados aos fatores estéticos devem atender diretamente aos efeitos terapêuticos desejados. Condicionando as instalações, a decoração, a iluminação e o esquema de cores, as boas condições de ventilação, temperatura, ruído, acesso ao exterior (físico e visual), bem como as acomodações dos pacientes e acompanhantes são de extrema importância aos cuidados de atenção à saúde, e colaboram diretamente para o tratamento, recuperação e reabilitação.

Para Hosking e Haggard (1999, p. 2) a estética significa a apreciação de todo o entorno por nossos sentidos, implica uma percepção mais sofisticada do ambiente, as autoras classificam esta percepção como: psicológica, que inclui alegria, brincadeira e prazer; espiritual, que sugere esperança, contentamento e paz; física, que implica bem-estar, tranquilidade e comodidade e intelectual, inspira humor, interesse e contemplação.

Os condicionantes ambientais aplicáveis para os projetos na área hospitalar são mais complexos dos que os destinados às demais áreas da arquitetura, os principais condicionantes são aqueles aplicados aos ambientes de trabalho como a distribuição das atividades,

prioridade para o maior grau de permanência, uso dos espaços, categoria dos usuários e características sensoriais (conforto térmico, acústico, lumínico, olfativo).

Observou-se que na situação antiga do pronto atendimento todos estes aspectos não eram considerados, a percepção e a interação do paciente com o espaço arquitetônico não era levada em conta. Na recepção do antigo pronto atendimento, o paciente além de ficar com a sensação de estar preso no ambiente, devido às dimensões reduzidas e ao grande número de pessoas aguardando atendimento, ele sentia-se desamparado, ansioso, pois estava perdido no ambiente, não existia sinalização que definisse as áreas para o paciente aguardar (atendimentos adulto, pediátrico e entrega de exames). Pelo fato do ambiente ter dimensões reduzidas as cores utilizadas na pintura das paredes não favoreciam o ambiente, pois não davam a sensação de amplitude no espaço. O conforto térmico também era um ponto crítico, como o espaço da recepção era reduzido e com poucas aberturas, a ventilação ficava prejudicada, causando mais desconforto ao paciente e acompanhante. A iluminação era deficiente, não existia uma iluminação natural, pois a quantidade de luz destina-se a assegurar não só a função visual, mas é fator essencial à visão das cores, formas e texturas.

Segundo Costi (2002) os pacientes e acompanhantes que estão na área hospitalar, sentem-se mal e tem medo de contaminações aéreas em ambientes com aglomeração de pessoas, com vários tipos de doenças. Existe a necessidade de aberturas para iluminar e ventilar os ambientes com grande fluxo de pessoas, como as circulações e áreas de espera.

Um cuidado maior com o mobiliário utilizado nos ambientes hospitalares pode transformar os ambientes frios em ambientes mais aconchegantes. O mobiliário deve ser além de cômodo, fácil de higienizar, esteticamente atraente, acolhedor e quantitativamente equilibrado, para que não diminua os espaços de circulação e convívio, deve se harmonizar com os demais condicionantes do ambiente, como luz, forma, cor e função.

A vegetação como instrumento de conforto também é importante, pois ela produz efeitos cromáticos na composição arquitetônica. Percebeu-se que na situação do pronto atendimento existiam limitações em relação à vegetação no interior das áreas de espera, portanto foi estudado o entorno do ambiente de espera, o caminho que o paciente percorria e optou-se por uma vegetação pequena nos acessos, em pontos focais do percurso. A vegetação também neste caso possui a função de direcionamento e papel essencial na humanização do espaço, tornando as áreas externas menos áridas e mais atraentes ao usuário.

Nas Figuras 4, 5 e 6 segue as imagens fotografadas com autorização do Pronto Atendimento.

Figura 4 - Recepção do Pronto Atendimento – Situação Antiga e Atual Situação

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 5 - Recepção Atual Pronto Atendimento

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 6 - Fachada do Pronto Atendimento

Fonte: Elaborado pelos autores.

4.1.2. Humanização no Ambiente Hospitalar e a RD-50

O termo humanização engloba políticas públicas, assistenciais e também está associado à arquitetura. Humanizar a arquitetura é torná-la mais aconchegante, usar das cores, dos elementos paisagísticos, da iluminação, das texturas, da decoração e da sinalização para tornar o espaço acolhedor. Assim, o ambiente hospitalar perde seu caráter opressor, tornando-se um agradável ambiente de cura e não de sofrimento.

A hospitalidade e a humanização são características importantes no ambiente hospitalar, podendo-se afirmar que os espaços eficientes e funcionais, porém frios, sem personalidade nem atrativos, são considerados ultrapassados. A funcionalidade é importante, mas o bem estar dos usuários dos serviços de saúde também são fatores decisivos no projeto.

O hospital além de ter qualidade, precisa parecer ter qualidade, a fim de passar a sensação de segurança, de confiança ao usuário. Formas, cores, iluminação, ambientação, sons, odores, tudo pode ser motivador ou depressor. A harmonia e o equilíbrio entre os aspectos funcionais, estruturais e de hospitalidade são cruciais nas estruturas hospitalares, os

espaços devem ser agradáveis e devem trazer a sensação de bem estar para proporcionarem a boa relação entre o paciente e o ambiente.

Além de integrar todos estes conceitos e condicionantes, é necessário que o projeto arquitetônico se enquadre na legislação vigente para os EAS, a RDC-50, de 21 de fevereiro de 2002. Esta norma é um regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, qualquer intervenção de construção, reforma ou ampliação deve atender a RDC-50, em estabelecimentos públicos ou privados. Portanto esta legislação se refere à adequação do projeto arquitetônico às atividades propostas pelas EAS, funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, as instalações ordinárias e especiais e a especificação básica de materiais. Muitas lacunas e vacâncias podem ser detectadas neste sistema normativo, descrevem-se aqui alguns pontos, para que futuramente possam ser reconsiderados no processo de aperfeiçoamento da legislação.

Aspectos quantitativos são exageradamente salientados na legislação, os ambientes necessariamente precisam ter as dimensões mínimas apontadas na norma, não existe uma flexibilidade de metragens, e nem um bom senso em relação a projetos de reforma, anteriores a norma, cabe salientar aqui, que a maioria dos ambientes hospitalares foram edificados anteriormente a 2002. Conflitos contextuais são comuns, existe uma preocupação com climatização 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.

Conflitos de competência são comuns, a avaliação do projeto físico deve ser realizada pela Vigilância Sanitária local, estadual ou municipal, que fará o licenciamento do projeto, mas nestas equipes nem sempre existe um profissional habilitado pelo sistema CREA/CONFEA, a fim de verificar a conformidade do projeto. Preocupações exageradas com o controle de infecção e poucos critérios para o fluxo de pacientes, na descrição das atribuições que representam as atividades e subatividades, não há descrição do perfil do usuário, para que se possa compreender as atribuições especificadas. Os acessos são outro fator conflitante na norma, podemos observar que a visão estagnada que a norma tem do ambiente hospitalar, faz com que inúmeras vezes a solução encontrada para se enquadrar a legislação não seja a mais adequada.

Figura 7 - Acesso Ambulância pela entrada de serviço do hospital

Fonte: Elaborado pelos autores.

Podemos observar que a solução de acessibilidade utilizada, não é a mais adequada, a ambulância utiliza o acesso pela entrada de serviço do hospital, e precisa fazer um percurso longo, com manobras para chegar à sala de emergência. Pode-se minimizar o problema limitando o público da recepção da visualização do paciente que vem de ambulância, em contrapartida, se estabelece outro problema, a dificuldade e o tempo perdido para a ambulância chegar até a sala de emergência.

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O processo projetual dos EAS passa por inúmeras etapas, e o aparato normativo relativo às questões dos espaços físicos destinados à saúde requer uma atenção especial e contínua. É necessário que os profissionais envolvidos em serviços de saúde, inclusive, o arquiteto, se relacionem nas atividades, para avançar no conhecimento da complexidade inerente à Arquitetura Hospitalar, pois compreender e planejar as EAS significa planejar a saúde integral. A programação arquitetônica deve ser fundamentada em um planejamento, tornando mais que uma relação de espaços ou atividades, mas um complexo estudo, que permeia os condicionantes funcionais e estéticos entre espaços e funções.

Ferramentas como o programa de necessidades, que identificam as necessidades e as características do ambiente hospitalar, podem amenizar o conflito de competências existente entre a equipe das EAS e o arquiteto. O arquiteto requer informações da equipe da EAS, e ao mesmo tempo a equipe espera deste profissional a melhor resposta, uns porque pensam que todos os problemas referentes ao espaço são de atribuição dele, outros porque acreditam que cabe exclusivamente ao arquiteto aplicar as normas da RDC-50 ao planejamento. Mas, no entanto, o espaço arquitetônico de saúde, compreende tantas dimensões quantas a complexidade das relações que acolhe pode determinar.

Segundo Karman (2001) o hospital tem que ser pensado como uma obra aberta, para que no futuro se possam incorporar os progressos da medicina. Esta frase é o reflexo da realidade de uma estrutura hospitalar, uma edificação dinâmica, aberta as tecnologias médicas, aos novos materiais, equipamentos, usos e instalações. Os desafios a serem superados no ambiente hospitalar são inúmeros, e o arquiteto necessita compreender os tipos de usuários e usos do ambiente, e a partir disso elaborar um complexo programa que atenda as necessidades da comunidade. De modo geral podem ser citados alguns pontos importantes para o planejamento satisfatório das EAS: identificar os tipos de hospitais e às necessidades da instituição; analisar a implantação do edifício no terreno, tendo em vista custo e qualidade; viabilizar a montagem e o programa de setorização; ter diretrizes de projeto baseadas em flexibilidade, expansibilidade, valência e conformidade; avaliar a legislação e as portarias exigidas; analisar criticamente as questões sobre sustentabilidade, racionalização, qualidade e humanização dos espaços.

Segundo Martins (2004) condicionantes ambientais como conforto térmico, acústico, lumínico e o uso da cor, atuam diretamente na percepção física do espaço e na percepção psicológica das pessoas do ambiente. A luz seja ela natural ou artificial é um fator determinante da cor e é a incidência da luz sob um plano colorido que faz com que o olho humano capte a sensação da cor, transmitindo as sensações térmicas e físicas. A iluminação pode provocar reações emocionais positivas ou negativas, por exemplo, luzes frias, brancas despertam o desejo de ir, e luzes mornas e difusas podem induzir ao relaxamento.

A luz natural é sempre bem vinda aos ambientes de saúde, pois interagem realizando uma sintonia entre ambiente interno e externo. Aliada a estes condicionantes a vegetação como instrumento de conforto é fator importante, pois ela tem papel importante para a formação de microclimas no meio edificado. A arquitetura é um campo inesgotável de possibilidades para o abrigo humano, cabe ao arquiteto estar atento a todas as variáveis, a fim

de que o edifício destinado à saúde tenha tantas qualidades quantas requerem as relações de conforto de seus usuários.

No planejamento das EAS, tanto o arquiteto quanto os demais profissionais de saúde envolvidos no processo, estão condicionados a várias normas que determinam cada ambiente na unidade hospitalar, e o grau de dificuldade de um projeto hospitalar é imensamente maior do que em um projeto com outra finalidade. O atendimento ao sistema normativo requer trabalho de equipe, são inúmeras etapas a serem vencidas, desde o diagnóstico até a viabilização do projeto e, o espaço construído reflete o grau de comprometimento de todos os profissionais e dos usuários com a qualidade dos serviços prestados.

Sob o ponto de vista normativo, a RDC-50 não atende integralmente aos objetivos que se propôs, existem falhas e lacunas, e a estrutura normativa passa a não ser precisa, lógica e objetiva. Inúmeros parâmetros nos EAS não são normatizados, mas são de extrema importância para que se atenda aos princípios da integralidade, do acolhimento, da ética e da cidadania. Percebe-se que a urgência em resolver os problemas pelas instituições de saúde, ditam o ritmo e o tempo do planejamento, e essa conduta afeta diretamente a resolutividade do planejamento, pela falta de uma interpretação adequada dos programas e das normas, acarretando retrabalhos e consequentemente, gastos desnecessários.

Nos projetos arquitetônicos destinados a ambientes de saúde, em geral, respeita-se as dimensões mínimas exigidas para cada espaço e atende-se o que está escrito na RDC-50, com o pretexto de que a edificação hospitalar é cara e de difícil manutenção, porém se é necessário qualificar o espaço da saúde, a interpretação da relação custo-benefício de cada área a ser construída deve ser repensada. Estabelecer uma relação harmônica com o entorno e garantir qualidade na assistência à saúde, são princípios da integralidade em saúde. Em relação aos resultados esperados, o projeto estudado atende ao conceito de integralidade e individualidade às necessidades dos usuários, pois contempla condicionantes ambientais, físicos, espaciais e normatização. Talvez para um aproveitamento otimizado do espaço arquitetônico, a flexibilização das normas e o consequente distanciamento em relação a uma busca pela melhoria da qualidade ambiental dos ambientes construídos, seja um fator relevante. Por isso se faz necessário que os profissionais que atuam em projetos na área da saúde estejam atentos à aplicação das normas, mas de forma crítica, procurando atendê-las, mas com o comprometimento de estar unindo as normas aos aspectos condicionantes do ambiente.

O valor inerente do ser humano, sua singularidade, integralidade, liberdade de ação, igualdade de status, seu compartilhamento de tomada de decisões e responsabilidades, sua empatia e o afeto e sentimentos positivos, aliados às questões arquitetônicas, transformam o ambiente hospitalar em um ambiente de cura e não mais de doença. No ambiente hospitalar moderno, o valor do paciente e sua percepção do espaço são os principais paradigmas na concepção do projeto, o paciente nunca esteve tão em foco. A edificação hospitalar possui inúmeras peculiaridades e um planejamento com olhar no futuro é essencial, pois um edifício voltado para a saúde com um longo ciclo de vida, permitindo que se adapte ao futuro, sem que para isso ocorram custos excessivos e paralisação do atendimento, deve ser um edifício moderno, aconchegante e com olhar no usuário. Para que isso aconteça às contribuições simultâneas de várias áreas do saber ligadas á saúde, entre elas, a arquitetura, atenta a necessidade do olhar transdisciplinar, podem dar conta de alcançar este objetivo.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade do espaço de um hospital tem influência real no processo de recuperação dos pacientes. Humanizar os espaços, implantar serviços, melhorar as instalações para que as

pessoas sintam-se melhores, esta é a ideia principal da arquitetura hospitalar. Os espaços físicos contribuem para o bem estar dos pacientes, acompanhantes e profissionais da saúde.

Ambientes mais agradáveis e também eficientes, graças ao melhor aproveitamento do espaço e da racionalização, agilizam o trabalho dos funcionários e tornam a rotina hospitalar menos cansativa. O planejamento arquitetônico é uma alternativa para atender as demandas da área hospitalar, desenvolvê-lo pensando em fatores como fluxo, setorização, circulação e flexibilidade, obedecendo às necessidades e características da unidade, são determinantes para haver segurança, eficiência, controle de infecções hospitalares, além de otimizar os serviços prestados. Assim o projeto arquitetônico deve ser capaz de contribuir para a recuperação terapêutica no tratamento do cliente, além de bem estar aos familiares e acompanhantes.

A percepção do equipamento hospitalar como componente integrante do processo da cura leva a uma progressiva especialização de seus espaços. Ao arquiteto cabe à humanização do edifício hospitalar, através de um processo projetual que contemple: o trabalho em equipe; um planejamento rigoroso sem interferências; uma visão aberta do processo e das atividades hospitalares; o conhecimento da complexidade do edifício hospitalar e sua permanente transformação. A arquitetura hospitalar se depara com um novo desafio, incorporar aos projetos à 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.

Inúmeros elementos podem ser incorporados aos projetos hospitalares, buscando elementos para estabelecer bases às ações de assistência à saúde, como conforto visual e acústico, iluminação suave, carpetes para a absorção de ruídos, cores suaves e obras de arte para tornar a atmosfera acolhedora e caseira, a possibilidade de delegar ao paciente o controle do espaço como controle de luzes, temperatura do ambiente, facilidades como televisões, internet, facilmente alcançadas do leito. O paciente pode usufruir do espaço com sua rotina normal, suas músicas, objetos favoritos e pertences pessoais, além de disporem de áreas comunitárias para que seus acompanhantes e familiares preparem seus pratos prediletos e disponham de itens de conforto que usufruem em seus lares.

Traçar um paralelo entre a real necessidade dos ambientes hospitalares e as exigências legais, também se faz necessário, pois a normatização no planejamento arquitetônico pode ter lacunas e vacâncias, mas se torna parte integrante no planejamento da área hospitalar. Sabe-se que existem distorções causadas por excessos e omissões na elaboração e a falta de representatividade, tendo com destaque os aspectos de conforto e bem-estar do paciente.

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 de mesclar os inúmeros condicionantes do projeto arquitetônico as normas e a legislação, organizando os conceitos de forma que além das normas seja contemplado no projeto o bem estar dos usuários da edificação hospitalar. O usuário dos EAS deixou de ser um paciente passivo e passou a ser o cliente, que exige segurança e qualidade nos serviços prestados pela instituição. O hospital precisa garantir ao funcionário um ambiente com segurança para que ele possa desenvolver, da melhor forma, o trabalho e proceder com eficiência nos tratamentos realizados aos clientes. A arquitetura hospitalar é fator fundamental para atingir a qualidade dos serviços hospitalares.

Em um mundo globalizado, os consumidores se tornam cada vez mais exigentes e envolvidos com as novidades que lhe são apresentadas, é necessário que as instituições estejam preparadas para se adequar as tecnologias e aos desejos e necessidades dos clientes. E o hospital assume este caráter de empresa, e a ele cabe a tarefa de planejar estratégias capazes de alcançar os resultados esperados pelo cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COSTI, M. **A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

FIGUEIREDO, E. M. A. P. A. Ambientes de saúde: o hospital numa perspectiva ambiental terapêutica. In: SOCZKA, Luis. **Contextos humanos e psicologia ambiental**. Lisboa: Fundação Caloustre Gulbenkian, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

HOSKING, S.; HAGGARD, L. **Healing the hospital environment**: design, management and maintenance of healtchare premise. New York: E & Son, 1999.
HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KARMAN, J. **Arquitetura hospitalar:** o hospital é uma obra aberta. 2001. Disponível em: <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/arquitetura-hospitalar-hospital-e-05-03-2001.html>. Acesso em: 21 out. 2012.

LIMA, J. F. **O que é ser arquiteto**: memórias profissionais de Lelé (João Figueiras Lima). Depoimento a Cynara Menezes. Rio de Janeiro, Record, 2004, p. 104-107.

LISBOA, T. C. **Breve história dos hospitais**: da Antiguidade à Idade Contemporânea. 2002. Disponível em: < http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm#1>. Acesso em: 13 set. 2012.

MARTINS, V. P. A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar. **Anais** do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004.

MIQUELIN, L. C. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2004.

PEÑA, W. M.; PARSHALL, S. A. **Problem seeking**: in architectural programming primer. 4. ed. New York: Jonh Wiley & Son, 2001.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Humaniza SUS**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Bookman, 2010.