

Camilla Fortini Pinto Grenfell

**OS EFEITOS DA FLEXIBILIDADE AMBIENTAL NA POSTURA
DO USUÁRIO RELATIVA AO SIMBOLISMO DOS ESPAÇOS
SOCIAIS DE TRATAMENTO DO CÂNCER**

Belo Horizonte

Escola de Arquitetura e Urbanismo da UFMG

2010

Camilla Fortini Pinto Grenfell

**OS EFEITOS DA FLEXIBILIDADE AMBIENTAL NA POSTURA
DO USUÁRIO RELATIVA AO SIMBOLISMO DOS ESPAÇOS
SOCIAIS DE TRATAMENTO DO CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Arquitetura.

Área de concentração: Teoria, produção e experiência do espaço

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pinto Guimarães

Belo Horizonte
Escola de Arquitetura e Urbanismo da UFMG
2010

Aos pacientes oncológicos, em especial, à Fabiana Gonçalves Cota.

Agradecimentos

À meu pai, minha mãe e meus irmãos pelo carinho e ajuda ao longo do trabalho.

Ao Superintendente geral da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte Sr. Porfírio Marcos Rocha Andrade; ao Gerente da Unidade Funcional de Hematologia e Oncologia do Hospital Borges da Costa, Sr. João Carlos Martins e ao Superintendente Administrativo da Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna, Sr. Paulo Afonso de Miranda, por autorizarem e viabilizarem a realização da pesquisa nas instituições hospitalares.

Aos Doutores Antônio Celso Lima Costa Pinto, Célio Galante e Sebastião Cabral Filho da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte pelas “aulas” sobre radioterapia e quimioterapia.

Aos profissionais das instituições, principalmente, Selma, Vera, Lílian Ferraz e Letícia Lobato, que foram os elos entre mim e os hospitais.

Aos funcionários dos hospitais, em especial aos que trabalham na recepção, salas de espera, portaria e serviços gerais.

Aos pacientes e acompanhantes que mesmo em estado de fragilidade se prontificaram em ajudar.

Ao Professor Dr. Marcelo Pinto Guimarães pela brilhante orientação.

À colega e amiga Angélica Fátima Baldin Picceli pelo companheirismo e incentivo nesses dois anos.

Aos arquitetos e engenheiros das instituições que viabilizaram os projetos arquitetônicos.

À arquiteta Virginia Caetano de Melo Castro pela contribuição à pesquisa e incentivo na vida acadêmica.

À Renata Albuquerque de Araújo, secretária do Núcleo de pós-graduação da Escola de Arquitetura da UFMG pela ajuda em todos os momentos da pesquisa.

À banca examinadora, composta pelos Professores Doutores Délcio da Fonseca Sobrinho e Mauro César de Oliveira Santos, pelas valiosas contribuições.

À CAPES pela confiança e apoio à minha pesquisa.

“A arquitetura deveria oferecer um incentivo para que os usuários a influenciassem sempre que possível, não apenas para reforçar sua identidade, mas especialmente para realçar e afirmar a identidade de seus usuários”
HERTZBERGER (1996)

Resumo

Este estudo aborda hospitais especializados no tratamento do câncer para investigar a influência da flexibilidade dos ambientes sociais sobre a postura das pessoas em relação ao espaço hospitalar. Esta pesquisa pode dar suporte à arquitetura hospitalar no âmbito do planejamento para melhores condições da experiência de seus usuários. A cultura dos hospitais se fundamenta em fatores de caráter técnico-funcional e de caráter simbólico, caracterizando os espaços do hospital bem como as relações que são estabelecidas entre a postura das pessoas e a atmosfera psicológica do lugar que é estimulada pelo gerenciamento. Assim, o gerenciamento dos espaços, rotinas e funcionamento, por um lado, e a vivência diária das pessoas, por outro, dão dimensões aos cenários de experiências no ambiente hospitalar. O estudo incluiu a investigação de cinco salas de espera de três Centros de Alta Complexidade em Oncologia em Belo Horizonte, Brasil. O trabalho de campo adotou a seguinte metodologia: observações diretas nas salas de espera; elaboração e aplicação de questionários sobre as condições de espera das unidades e a realização de testes de flexibilização dos mobiliários das salas de espera. Os usuários vivenciaram e refletiram sobre os problemas dos espaços dos hospitais relativos à distribuição de mobiliário em ambientes incompatíveis com as atividades realizadas e a falta de flexibilidade de uso desses ambientes. Como resultado, constatou-se que novas distribuições propostas para o mobiliário estimularam a autonomia das pessoas por escolhas no uso de diferentes ambientes de espera para atividades específicas e isso repercutiu em maior flexibilidade e mudanças no comportamento das pessoas. Caso os espaços de espera ofereçam condições de flexibilidade de uso compatíveis com as expectativas das pessoas e com as atividades realizadas, a experiência ambiental pode refletir na formação de uma nova imagem social do hospital.

Palavras-chave: arquitetura hospitalar, flexibilidade no uso, salas de espera, tratamento do câncer, vivência dos usuários.

Abstract

This research study approaches specialized cancer treatment hospitals for investigation about the influence of flexibility of social environments on peoples' perspective about hospital spaces. The research may provide support to hospital architectural design in the realm of planning for better conditions of users' experience. The culture inside hospitals is based on both technical-functional and symbolic factors. That characterizes hospital spaces where management supports certain psychological atmosphere despite potential relationships of such atmosphere with people's views of their experience. Therefore, management of spaces, routines and operations, on one side, and people's behavior, on the other, both shape the dimensions of scenarios and experiences in hospital environment. This study included research of five waiting-rooms in high Complexity Oncology Centers in Belo Horizonte, Brazil. Field work comprised of the following methodology: direct observations in waiting-rooms, elaboration and application of survey questionnaires about conditions for waiting activities in such places and development of simulation testing about flexibilization of furniture arrangement in waiting-rooms. Users acknowledged and reflected upon problems related to the layout of furniture that incompatible with local activities and the lack of flexibility for use of such environments. As results, the new proposed furniture layout enhanced users' autonomy for choices in use of distinct environments for specific activities and that changed peoples' behavior. In case waiting-rooms provide conditions for flexibility of use that are compatible with people's expectations, the environmental experience may lead to a new social image of hospital spaces.

Palavras-chave: hospital architectural design, flexibility of use, waiting-rooms, cancer treatment, users' experience.

Lista de Figuras

FIGURA 1: Representação esquemática da cultura dos hospitais	28
FIGURA 2: Relação das características com os espaços das salas de espera	45
FIGURA 3: Planta de situação do Hospital Mário Penna	64
FIGURA 4: Foto externa do Hospital Mário Penna, prédio principal	66
FIGURA 5: Planta arquitetônica do pavimento térreo do prédio principal do Hospital Mário Penna	67
FIGURA 6: Foto da sala de espera - triagem do Hospital Mário Penna, prédio principal	68
FIGURA 7: Foto externa da Unidade de Quimioterapia do Hospital Mário Penna, prédio anexo	69
FIGURA 8: Planta arquitetônica do pavimento térreo da Unidade de Quimioterapia, Hospital Mário Penna	70
FIGURA 9: Foto da sala de espera – quimioterapia do Hospital Mário Penna, prédio anexo.....	71
FIGURA 10: Foto da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	72
FIGURA 11: Foto externa da entrada da Unidade de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia	74
FIGURA 12: Planta arquitetônica da Unidade de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia	75
FIGURA 13: Planta arquitetônica da Unidade de Quimioterapia	76
FIGURA 14: Planta arquitetônica da Unidade de Radioterapia	77
FIGURA 15: Foto da sala de espera e balcão de recepção. Santa Casa	78
FIGURA 16: Foto da sala de espera. Santa Casa.....	78
FIGURA 17: Fachada do Hospital Borges da Costa	79
FIGURA 18: Planta de situação do Campus Saúde.....	81
FIGURA 19: Planta pavimento térreo Hospital Borges da Costa	82
FIGURA 20: Planta sala de espera-triagem, Hospital Borges da Costa	84
FIGURA 21 e FIGURA 22: Fotos sala de espera-triagem, Hospital Borges da Costa	85

FIGURA 23: Foto da área de espera-quimioterapia, Hospital Borges da Costa	86
FIGURA 24: Foto da área de espera-quimioterapia, Hospital Borges da Costa	86
FIGURA 25: Planta área de espera-quimioterapia, Hospital Borges da Costa.	87
FIGURA 26: Foto da sala de espera-quimioterapia, Hospital Mário Penna	105
FIGURA 27: Foto da utilização de um elemento arquitetônico (ressalto de alvenaria) como banco. Hospital Mário Penna	106
FIGURA 28: Foto da sala de espera–circulação. Hospital Borges da Costa ..	107
FIGURA 29: Foto da sala de espera estreita e longa. Hospital Mário Penna .	108
FIGURA 30: Foto da sala de espera-quimioterapia. Hospital Mário Penna	109
FIGURA 31: Foto sanitário da espera-triagem. Hospital Mário Penna.....	110
FIGURA 32: Falta de espaço para cadeira de roda. Espera-quimioterapia Hospital Mário Penna	111
FIGURA 33: Ausência de local para maca. Espera-quimioterapia Hospital Mário Penna	112
FIGURA 34: Foto do espaço destinado às crianças. Santa Casa de Misericórdia	113
FIGURA 35: Foto do jardim. Santa Casa de Misericórdia	117
FIGURA 36: Foto da cadeira quebrada e FIGURA 37: Foto da cadeira rachada.....	118
FIGURA 38: Foto da rampa HMP e FIGURA 39: Foto da rampa SCM .	121
FIGURA 40: Foto do balcão. Santa Casa de Misericórdia	121
FIGURA 41: Foto do degrau que existe no acesso ao jardim da Santa Casa de Misericórdia	122
FIGURA 42: Foto do totem que demarca a área de recepção. Hospital Mário Penna	122
FIGURA 43: Problemas que influenciam a flexibilidade	130
FIGURA 44: Disposição das cadeiras em grupos	138
FIGURA 45: Disposição das cadeiras de frente umas para as outras	138
FIGURA 46: <i>Layout</i> das cadeiras antes do teste, espera-triagem Hospital Mário Penna	142

FIGURA 47: <i>Layout</i> Teste, espera-triagem Hospital Mário Penna.....	143
FIGURA 48: <i>Layout</i> Teste, espera-triagem Hospital Mário Penna.....	143
FIGURA 49: <i>Layout</i> Teste, espera-triagem Hospital Mário Penna.....	144
FIGURA 50: <i>Layout</i> antigo da espera-quimioterapia Hospital Mário Penna ...	145
FIGURA 51: <i>Layout</i> antes do teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna	146
FIGURA 52: <i>Layout</i> antes do teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna	146
FIGURA 53: <i>Layout</i> Teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna	147
FIGURA 54 e FIGURA 55: <i>Layout</i> Teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna	148
FIGURA 56: <i>Layout</i> antes do teste, espera Santa Casa de Misericórdia	149
FIGURA 57: <i>Layout</i> Teste, espera Santa Casa de Misericórdia	150
FIGURA 58: <i>Layout</i> Teste, espera Santa Casa de Misericórdia	150
FIGURA 59: <i>Layout</i> Teste, espera Santa Casa de Misericórdia	151
FIGURA 60: <i>Layout</i> Teste, espera Santa Casa de Misericórdia	152
FIGURA 61: <i>Layout</i> Teste, espera Santa Casa de Misericórdia	153
FIGURA 62: <i>Layout</i> Teste, espera Santa Casa de Misericórdia	154
FIGURA 63: <i>Layout</i> antes do teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa	155
FIGURA 64: <i>Layout</i> Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa	155
FIGURA 65: <i>Layout</i> Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa	156
FIGURA 66: <i>Layout</i> Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa	157
FIGURA 67: <i>Layout</i> Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa	158
FIGURA 68: Espera-quimioterapia Hospital Borges da Costa	158
FIGURA 69: Representação das taxas brutas de câncer em mulheres, anos de 2005 e 2006.....	175
FIGURA 70: Representação das taxas brutas de câncer em homens, anos de 2005 e 2006.....	176

Lista de Quadros

QUADRO 1: Centros de Alta Complexidade em Oncologia de Belo Horizonte	56
QUADRO 2: Centro de alta complexidade em oncologia e as Salas de Espera escolhidas.....	60
QUADRO 3: Materiais e Métodos utilizados em cada fase de análise	89
QUADRO 4: Observação direta das salas de espera	91
QUADRO 5: Critérios avaliados e seus respectivos itens	94
QUADRO 6: Aplicação dos questionários	98
QUADRO 7: Caracterização geral da amostra (pacientes e acompanhantes)	100
QUADRO 8: Caracterização geral da amostra (funcionários).....	102
QUADRO 9: Salas de espera e itens de entretenimento existentes	126
QUADRO 10: Itens de entretenimento e conforto	127
QUADRO 11: Itens de entretenimento citados por pacientes e acompanhantes	129
QUADRO 12: Relação dos problemas em cada sala de espera pesquisada .	129
QUADRO 13: Atividades - salas de espera dos hospitais.....	134
QUADRO 14: Atividades mais realizadas citadas por pacientes e acompanhantes.....	136

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1: Ventilação nas instituições de acordo com os funcionários.....	114
GRÁFICO 2: Ruído nas salas de espera de acordo com pacientes e acompanhantes.....	115
GRÁFICO 3: Conforto das cadeiras de cada sala de espera de acordo com pacientes e acompanhantes	119
GRÁFICO 4: Tempo de espera nas instituições de acordo com pacientes e acompanhantes.....	124

Lista de Abreviaturas e Siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEMO	Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EXPANDE	Projeto de Expansão da Assistência Oncológica no Brasil
HBC	Hospital Borges da Costa
HMP	Hospital Mário Penna
INCA	Instituto Nacional do Câncer
M ²	Metro Quadrado
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAME	Serviço de Arquivamento Médico
SCM	Santa Casa de Misericórdia
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1	INTRODUÇÃO	16
1.1.	CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	18
1.2.	OBJETIVOS.....	19
1.2.1.	<i>Objetivo Geral</i>	<i>19</i>
1.2.2.	<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>20</i>
1.3.	JUSTIFICATIVA	20
1.4.	QUESTIONAMENTOS E HIPÓTESES.....	21
1.5.	OBJETO DE ESTUDO.....	23
1.6.	ESTRUTURA DO TRABALHO	24
2	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1	CULTURA DOS HOSPITAIS = CARÁTER TÉCNICO-FUNCIONAL X CARÁTER SIMBÓLICO.....	26
2.2	FATORES MATERIAIS: CARÁTER TÉCNICO-FUNCIONAL	29
2.2.1	<i>Uma Abordagem Histórica: da Antiguidade Clássica ao Hospital Terapêutico</i>	<i>30</i>
2.2.2	<i>Salas de Espera e o caráter técnico-funcional</i>	<i>37</i>
2.2.3	<i>Características importantes das salas de espera.....</i>	<i>41</i>
2.3	CARÁTER SIMBÓLICO	46
2.3.1.	<i>Salas de espera e o caráter simbólico.....</i>	<i>50</i>
3	CENTROS ESPECIALIZADOS EM ONCOLOGIA	55
3.1.	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO.....	58
3.2.	OS HOSPITAIS PESQUISADOS E SUAS SALAS DE ESPERA	60
3.2.1.	<i>Hospital Mário Penna.....</i>	<i>61</i>
3.2.2.	<i>Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.....</i>	<i>71</i>
3.2.3.	<i>Hospital das Clínicas – Hospital Borges da Costa</i>	<i>78</i>
4	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	88
4.1.	MÉTODOS E MATERIAIS.....	89
4.2.	AMOSTRAGEM	96
5	CONSIDERAÇÕES SOBRE OS LOCAIS PESQUISADOS	104
5.1.	DIAGNÓSTICO DAS SALAS DE ESPERA.....	104
5.1.1.	<i>Os problemas das salas de espera</i>	<i>104</i>
5.1.2.	<i>Análise Problemas X Flexibilidade.....</i>	<i>131</i>
5.1.3.	<i>As atividades das salas de espera</i>	<i>134</i>
5.1.4.	<i>Análise Atividades / Flexibilidade.....</i>	<i>137</i>
5.2	TESTES.....	141
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
6.1	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	163
6.2	PESQUISAS FUTURAS.....	164
	REFERÊNCIAS.....	166

APÊNDICE A – HISTÓRICO SURGIMENTO CACON	171
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	177
APÊNDICE C – MODELO DA CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NOS HOSPITAIS ESCOLHIDOS	178
APÊNDICE D – MODELO QUESTIONÁRIOS APLICADOS EM PACIENTES E ACOMPANHANTES	179
APÊNDICE E – MODELO QUESTIONÁRIOS APLICADOS EM FUNCIONÁRIOS.....	186
APÊNDICE F – MODELO DE RELATÓRIO DO DIÁRIO DE CAMPO – UNIDADE DE ONCOLOGIA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	191
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP ...	193
ANEXO C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA DO HOSPITAL MÁRIO PENNA	195

1 Introdução

O hospital possui um simbolismo cultural significativo, pois se configura para a sociedade ocidental como o “local de cura”, onde as pessoas confiam a sua saúde a uma equipe especializada que detém o poder de reverter o quadro da dor e da angústia.

A instituição hospitalar é um dos elementos representativos da função especializada da área de saúde, seja pública ou privada, que oferece resposta às demandas de manutenção, controle e terapias da saúde individual e/ou coletiva. O hospital simboliza a possibilidade do sujeito de sofrer uma reformulação corporal e mental, participando, assim, da organização e do desenvolvimento social de forma harmônica e participativa (COSTA, 2001).

O hospital, enquanto instituição, possui uma cultura organizacional determinada por fatores materiais, evidenciado pelo caráter técnico-funcional, e por fatores imateriais relacionados ao simbolismo que representa para as pessoas. Ambos os fatores possuem vínculo com questões espaciais, o primeiro devido à funcionalidade (fluxos, dimensões, instalações) e o segundo devido ao comportamento e atitudes dos usuários frente aos espaços.

Os hospitais constituem importantes e complexas organizações no cenário atual de saúde, conforme enfatizou Toledo (2006), comparando-os a outras edificações de complexidade programática. Não só por sua estrutura organizacional que reúne unidades funcionais diferenciadas tais como indústria, hotelaria, atividades administrativas, atividades terapêuticas e laboratoriais, mas também, pela diversidade de seus recursos humanos, com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos, funcionários dos serviços gerais e administradores, e principalmente, pela clientela que atende que é heterogênea quanto à idade, condição social, sexo e tipo de tratamento.

O presente trabalho espera encontrar alguns significados importantes dessa relação pessoa-ambiente e compreender a interpretação dos pacientes, familiares, acompanhantes e funcionários acerca de instituições especializadas no tratamento oncológico.

É importante enfatizar que pacientes com câncer buscam esses hospitais em um processo constante, uma vez que precisam do acompanhamento médico devido à lentidão do próprio tratamento. Dessa forma, essas instituições podem significar para os pacientes mais que uma simples passagem momentânea, mas uma relação de dependência que pode ser desfeita quando há mudança de posição dentro do sistema por meio da passagem de um estado para outro, ou seja, com a cura da doença ou com a morte do paciente (DAMATTA, 2000).

Há que se levar em conta que esses pacientes têm idades variadas, perpassando pela infância, fase adulta e pela terceira idade e que possuem estigmatizadas as mais variadas patologias em regiões corporais diferentes, em fase inicial ou em fase terminal. Curvam-se aos mais diversificados tipos de condutas médicas, cirúrgicas ou não, que culminam com tratamentos vários, com aparelhos tecnologicamente específicos, dosagens desiguais e períodos de exposição a medicamentos e/ou radiação também desiguais. O estresse é enorme, exacerbado pelo estigma do câncer que ainda ocorre em nossa sociedade por mais que tenhamos evoluído em saberes, em técnicas assistenciais e em equipamentos. Não com menos importância estão os acompanhantes, via de regra familiares, que convivem com esses pacientes, de forma diuturna, nessa miríade de incertezas, expostos ao vai e vem dos sintomas, às melhoras e pioras na longevidade dos tratamentos, na absorção de emoções que tentam esconder do seu respectivo doente, mostrando a ele uma animação que nem sempre têm. Enfim, todas as pessoas estão à mercê dessas intempéries emotivas. Além disso, há os profissionais e voluntários que realizam seu trabalho diário nos hospitais.

Para essa discussão, optou-se por adotar algumas teorias e conceitos, tais como a teoria antropológica interpretativa e a teoria sobre comportamentos ambientais, que nos permitem analisar o homem e sua cultura de acordo com uma hierarquia de significados que o próprio homem estabelece. Pode-se dizer que, por um lado, o gerenciamento dos espaços, rotinas, manutenções e funcionamento e, por outro, o comportamento das pessoas é que promovem as dimensões dos cenários e experiências no ambiente hospitalar. Nesse caso, propõe-se obter um entendimento aprofundado acerca da cultura que permeia o hospital e das relações que são estabelecidas entre a postura das pessoas e a atmosfera psicológica do lugar, estimuladas pelo gerenciamento.

1.1. Caracterização do problema

A gestão dos hospitais implica avaliar com maior ênfase números, planilhas, questões tecnológicas, tratamentos avançados, cumprimento das normas sanitárias e estimativas de lucro. Entretanto, menor valor é atribuído às relações que se estabelecem na vivência diária das pessoas, no interior dos espaços. Vários problemas são detectáveis nos espaços dos hospitais, no que se refere à distribuição de mobiliário, falta de flexibilidade de elementos arquitetônicos e inexistência de ambientes compatíveis com as atividades realizadas e isso pode refletir na percepção dos usuários.

Considera-se que, se os espaços oferecessem condições de flexibilidade de uso compatíveis com as expectativas das pessoas e com as atividades realizadas, a experiência ambiental poderia refletir uma percepção positiva e a formação de uma nova imagem social do hospital. A flexibilidade do espaço é relativa à facilidade de manejar os elementos arquitetônicos que o compõem e possibilitaria a realização de inúmeras atividades no mesmo ambiente, dependendo da situação. Hall (1977) já enfatizava sobre projeto que a flexibilidade e coerência entre conformação espacial e função, poderiam

resultar numa diversidade de espaços. Nesses, dependendo da situação e de suas condições, as pessoas poderiam se envolver ativamente.

Por questões operacionais, não são todos os ambientes hospitalares que propiciam a flexibilidade de elementos arquitetônicos como centros cirúrgicos, consultórios e salas de exames. No entanto, espaços de convivência podem oferecer maior flexibilidade de uso, caso das salas de espera, áreas de estar e convívio. Tais áreas são importantes no contexto hospitalar pela função que exercem e por abrigarem uma diversidade de pessoas, pacientes, acompanhantes e funcionários, em condições e situações diversas.

Torna-se um desafio compreender o confronto entre o caráter técnico-funcional e o caráter simbólico que moldaram as instituições hospitalares especializadas no tratamento do câncer assim como, as implicações dessas características na relação entre a pessoa e o seu meio.

Hall constatou que “a relação entre o homem e a dimensão cultural é de ordem a permitir que o homem e seu meio ambiente participem da formação um do outro” (HALL, 1977, p.15), ou seja, o ser humano tem a capacidade de criar o seu mundo e vice versa.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

Investigar a influência da flexibilidade dos ambientes sobre a postura de funcionários, pacientes e seus acompanhantes e vice versa.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Analisar a relação pessoa-espaço nos hospitais especializados no tratamento do câncer;
- Delinear as características simbólicas e técnico-funcionais da instituição hospitalar a partir de seu desenvolvimento histórico e tipológico até os dias atuais;
- Evidenciar os efeitos do gerenciamento sobre o papel atribuído aos usuários dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;
- Analisar a postura das pessoas em situações vivenciadas nos espaços hospitalares das salas de espera.

1.3. Justificativa

A constituição do espaço enquanto símbolo é essencial para a identificação de um aspecto que mostre a verdadeira importância e realidade de atividades, comportamentos, atitudes, enfim, da postura dos usuários nesse espaço. À medida que há apropriação, ou seja, à medida que as pessoas usam os espaços e se adaptam a estes cria-se uma história de vida sobre as relações que regem as diversas experiências humanas nos espaços. Assim, cada lugar pode ser associado a sentimentos. As pessoas são capazes de filtrar estímulos positivos ou negativos estando em um determinado ambiente.

[...] A forma do espaço, então, tem o poder de conformar um indivíduo, influenciando sua maneira de pensar, agir e sentir. O espaço direciona o olhar do sujeito para um determinado ângulo de percepção do meio ambiente. A saúde do homem recebe influxo permanente da forma espacial, podendo afirmar que, parte das enfermidades físicas e psíquicas, aparece como decorrente de um espaço mal constituído, desconectado dos anseios e necessidades dos homens (COSTA, 2001).

Ao serem analisadas, em primeiro lugar, a vivência dos pacientes em tratamento oncológico, na perspectiva de familiares, acompanhantes e funcionários nos ambientes hospitalares e, em segundo lugar, a singularidade dessa experiência de acordo com a cultura brasileira espera-se encontrar alguns significados importantes dessa relação pessoa-ambiente, pela interpretação dos sujeitos acerca do seu meio social e do seu modo de pensamento.

É importante enfatizar que são desconhecidas as interpretações dos sujeitos acerca dos significados da relação pessoa-espço no ambiente de tratamento oncológico. Os estudos específicos sobre o tema ainda são escassos, com pouca publicação. Portanto, tais discussões são oportunas e podem dar suporte às instituições hospitalares no âmbito do gerenciamento do uso dos espaços de socialização.

O processo terapêutico a que são submetidos os pacientes e via de consequência os familiares são na maioria das vezes lentos e angustiantes. Por isso, é fundamental entender como a flexibilidade e o poder de intervenção do usuário pode reduzir o estresse e melhorar a sua postura frente ao espaço de tratamento do câncer.

1.4. Questionamentos e hipóteses

Alguns questionamentos foram levantados sobre o tema, de acordo com as experiências pessoais e profissionais da pesquisadora.

1. Como pode ser definida a expectativa dos usuários dos espaços hospitalares voltados para a assistência oncológica?
2. Como a flexibilidade em espaços hospitalares pode afetar atitudes, comportamentos, valores das pessoas nestes ambientes?

3. Quais são as possíveis ações do gerenciamento do ambiente hospitalar de tratamento oncológico para flexibilidade nas atividades realizadas nos espaços hospitalares?
4. Qual a relação entre a percepção da atmosfera do uso ambiental, a apropriação dos espaços hospitalares especializados no tratamento do câncer e a postura dos usuários relativa ao significado e importância desses ambientes?

Compatível com tais questionamentos, a pergunta principal da pesquisa é: Como a flexibilidade do uso de certos espaços sociais em hospitais especializados no tratamento oncológico influencia a postura das pessoas pela percepção de sua vivência nesses espaços?

Com isso, esta pesquisa pretende explorar as seguintes hipóteses:

1. A flexibilidade dos elementos arquitetônicos nos espaços hospitalares possibilita mudanças no comportamento e postura das pessoas.
2. A flexibilidade na configuração dos espaços pouco ou nada influencia a postura (comportamento, atitudes, valores) das pessoas.
3. A flexibilidade dos elementos arquitetônicos nos espaços hospitalares estimula a autonomia nas pessoas relativa às escolhas no uso dos elementos ambientais.
4. A flexibilidade predispõe pouca ou nenhuma manifestação de escolhas ou alterações no uso predefinido dos elementos ambientais.

1.5. Objeto de estudo

Para a investigação do estudo foram selecionados três Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizados na cidade de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais, são eles:

- Hospital Mário Penna
- Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Unidade de Oncologia.
- Hospital das Clínicas – Hospital Borges da Costa.

Foram escolhidas algumas salas de espera dessas instituições para a realização do trabalho investigativo, sendo duas salas do Hospital Mário Penna, uma sala da Santa Casa de Misericórdia e duas salas do Hospital Borges da Costa.

Os hospitais pesquisados possuem muitas salas de espera. No entanto, para esse trabalho, foram selecionadas cinco áreas devido à relativa importância no contexto do hospital e por apresentarem características específicas que são descritas no desenvolvimento da pesquisa.

O Hospital Mário Penna possui uma espera geral, funcionando como triagem e outra sala de espera exclusiva para o serviço de quimioterapia, que funciona em prédio anexo. Por tais características, as duas salas foram alvo da pesquisa. A Santa Casa de Misericórdia possui uma sala de espera única na Unidade de Oncologia, tanto para o serviço de quimioterapia, quanto para o serviço de radioterapia. E, o Hospital Borges da Costa também possui uma espera geral que funciona como triagem e uma espera exclusiva para o serviço de quimioterapia, que se localiza numa área de circulação da unidade.

1.6. Estrutura do trabalho

O trabalho está organizado da forma como apresentado:

- 1. Apresentação da pesquisa** – este capítulo contém introdução, problema que originou o trabalho, objetivos, justificativa, questionamentos e hipóteses e objeto de estudo.
- 2. Revisão de literatura** – esta parte do trabalho está subdividida em tópicos, como pode ser observado a seguir. O objetivo é abordar a cultura dos hospitais através da evolução da arquitetura hospitalar, evidenciando o caráter técnico-funcional e o caráter simbólico.
- 3. Centros Especializados em Oncologia** – este capítulo aborda os locais de estudo, as características de cada instituição pesquisada e suas respectivas salas de espera.
- 4. Procedimento de análise** – este item apresenta os métodos e materiais utilizados na pesquisa e a amostragem.
- 5. Diagnóstico dos locais pesquisados** – são descritos todos os problemas encontrados nos locais, as atividades realizadas, os testes e a análise dessas situações.
- 6. Considerações finais** – discussões sobre aplicabilidade prática dos resultados obtidos, limitações da pesquisa e sugestões para futuros trabalhos.

Referências (7), Apêndices (8) e Anexos (9).

2 Revisão de Literatura

Este capítulo está organizado da seguinte forma: o conhecimento da cultura dos hospitais e os elementos importantes que formam esta cultura abordagem das características técnico-funcionais e simbólicas que estão inseridas no contexto da instituição hospitalar.

O caráter técnico-funcional pode ser entendido por meio do desenvolvimento da própria arquitetura hospitalar ao longo da história. Este retorno ao passado possibilitou o aprofundamento do tema dos hospitais e da própria evolução da medicina de acordo com a ótica sanitária e de condições ambientais. Assim como as transformações conceituais, físicas e técnico-funcionais do hospital “moderno”, considerado hospital terapêutico desde o séc. XVIII até os dias atuais.

O caráter simbólico está muito relacionado ao comportamento das pessoas nos espaços, e também a impressão que a instituição hospitalar transmite para os seus usuários. Temas sobre a postura das pessoas: comportamentos, valores e atitudes, assim como a apropriação dos espaços, foram investigados para embasar esse caráter. Foi importante também ultrapassar o campo da arquitetura hospitalar pela escassez de material teórico-crítico sobre o tema, principalmente das relações que se estabelecem entre pessoas e espaços nas instituições de assistência à saúde.

As informações foram relacionadas ao uso das salas de espera dos hospitais e constituíram um importante estímulo para o desenvolvimento dessa pesquisa.

2.1 *Cultura dos hospitais = Caráter Técnico-funcional x Caráter simbólico*

De acordo com Jaime Júnior (2002), toda organização possui uma cultura e essa cultura explica muitos fenômenos que ocorrem na organização. Os hospitais são considerados organizações complexas para Vaghetti, Padilha e Maia (2006), por sua forma peculiar de constituição, abrigando serviços diferenciados, diversidade de recursos humanos e abrangente clientela (heterogênea quanto à idade, condição social, tipo de tratamento e sexo).

A cultura organizacional de um hospital não pode ser generalizada, como o próprio conceito de cultura demonstra. Por isso é importante que haja investigação de culturas específicas, como a estudada nessa pesquisa, de instituições voltadas para o tratamento oncológico. Assim, como enfatiza Braga (2008) “mesmo no estudo de culturas particulares deve-se estar atento às diversidades e procurar entendê-las dentro de um contexto histórico, de relações e inter-relações”.

Mesmo dentro de uma mesma instituição cada área ou unidade pode ter sua própria cultura, ou uma subcultura, com seus mitos e maneiras peculiares de relacionamento (BITTAR, 2004). A sala de espera possui especificidades no contexto hospitalar, pois representa o local de socialização, abriga pessoas em condições diferentes e, no caso do tratamento contra o câncer pacientes e acompanhantes retornam várias vezes a instituição, criando uma relação com esse espaço.

A cultura dos hospitais pode ser entendida como um conjunto de elementos inter-relacionados que levam em consideração, de um lado, a evolução histórica da organização, sua estrutura social, o caráter tecnológico e funcionalista e, de outro, o caráter simbólico, vinculado a sua imagem social e as relações pessoa-espço e pessoa-pessoa que são criadas.

Braga (2008) definiu três níveis da cultura organizacional:

1. Nível dos objetos visíveis – arquitetura, disposição dos mobiliários, equipamentos, vestuário e documentos, que são de fácil observação direta;
2. Nível dos valores que regem o comportamento e que são de difícil observação direta, mas que se pode procurar identificar através de entrevistas e/ou de análises dos documentos formais da organização. Os valores expressam o que as pessoas entendem como a razão do seu comportamento, e por isto, estão sujeitos a idealizações e racionalizações; e
3. Nível dos pressupostos inconscientes, que são aqueles que determinam como o grupo percebe, pensa e sente. Na medida em que os valores compartilhados conduzem as pessoas a determinados comportamentos e se esses servem para solucionar problemas, o valor vai gradualmente se transformando em pressuposto inconsciente sobre como é a realidade.

Para esse trabalho foram adotados apenas dois grupos de fatores, partindo dos três níveis do conceito de cultura organizacional exposto. O primeiro grupo representa o que foi possível estabelecer através da observação direta e de pesquisa documental, relacionado ao que é material. E o segundo grupo representa os aspectos imateriais, o simbólico, o que foi conseguido através das entrevistas e questionários. O segundo grupo é na verdade uma junção dos níveis 2 e 3 demonstrados acima, uma vez que se considera aqui que os pressupostos inconscientes estão expressos nas atitudes, comportamentos e valores dos usuários.

Braga (2008) enfatizou que cultura deve ser pensada como a junção de aspectos materiais e imateriais da realidade na criação de todo um universo simbólico. Para a cultura organizacional isso “pode significar a combinação

entre aspectos tais como arquitetura, layout, vestuário, mobiliários e documentos (materiais), com valores, crenças, mitos, percepção, pensamento, sentimento (imateriais) constituindo-se num conjunto coerente e coeso de simbolizações que dê significado e legitimidade às ações da empresa”. Estes fatores estão descritos na Fig. 1 a seguir.

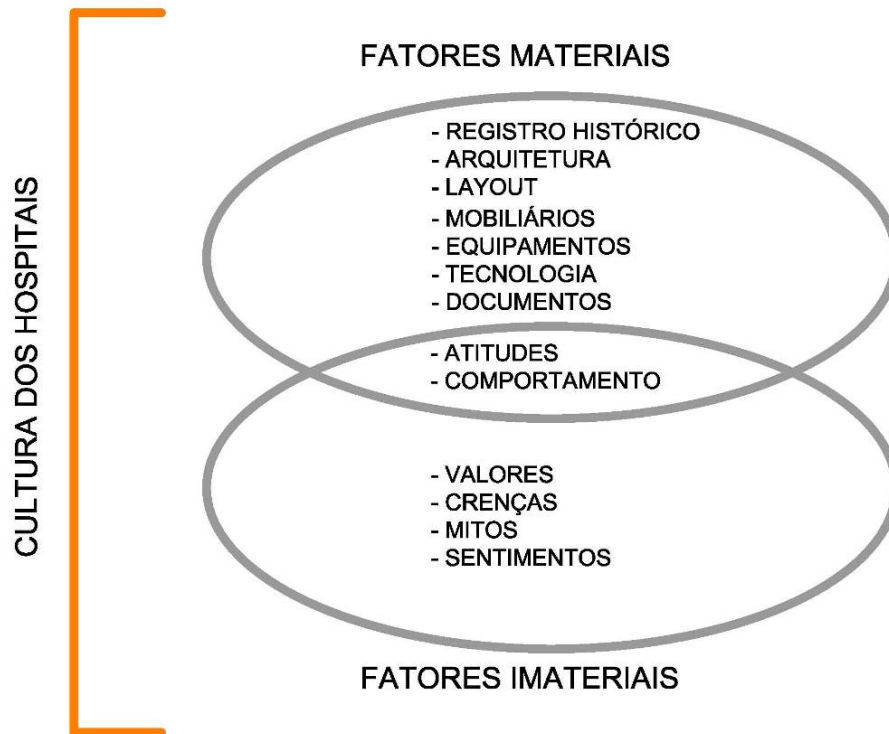


FIGURA 1: Representação esquemática da cultura dos hospitais

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Num primeiro plano serão apresentados os fatores materiais, os registros históricos, a arquitetura, os equipamentos e as estruturas sociais em que se formaram as instituições hospitalares, evidenciando o caráter técnico-funcional. Esse caráter é fundamental para a compreensão da estrutura organizacional estabelecida nos hospitais nos dias de hoje. Nesta seção serão mostradas questões relacionadas à evolução da morfologia, disposição de mobiliários, desenvolvimento da tecnologia, conforme demonstrado no nível 1 da cultura organizacional adotada nesse trabalho.

Num segundo plano será apresentado o caráter simbólico da instituição hospitalar relacionado à percepção das pessoas, crenças, valores e a compreensão de significados vinculados ao comportamento das pessoas nas salas de espera das unidades de oncologia, conforme a junção dos níveis 2 e 3 da cultura organizacional.

A cultura de uma organização é dinâmica e mutável, conforme concluiu Braga (2008), estando sujeita a alterações ao longo do tempo.

2.2 Fatores Materiais: Caráter Técnico-funcional

Os fatores materiais que compõem a cultura dos hospitais puderam ser definidos através do estudo da evolução da arquitetura hospitalar, levando em consideração tecnologia, equipamentos e mobiliário. Nesses fatores de caráter técnico-funcionais dos hospitais, a ênfase está nos aspectos construtivos e de funcionalidade, por meio do desenvolvimento tecnológico e da racionalização de custos. O caráter técnico-funcional vem sendo desenvolvido conjuntamente com a própria anatomia hospitalar, tornando-se mais organizado e racional.

O hospital enquanto instituição voltada para a assistência de pessoas com problemas de saúde, que tem como objetivo a cura, a promoção da saúde e o desenvolvimento do saber, é relativamente recente no cenário da medicina. A instituição hospitalar que nos deparamos atualmente, com seus parâmetros funcionais e complexidade programática, sofreu transformações ao longo da história de caráter morfológico e de caráter funcional.

Segundo Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000), nos últimos 200 anos os hospitais passaram a ter atividade curativa. A preocupação em se

aperfeiçoar conduziu a atividade médica, incluindo a instituição hospitalar, à procura de causas desencadeantes de doenças e à utilização de tecnologia para diagnóstico e tratamento, tornando o hospital um centro de referência para tratamento de doenças para a sociedade.

2.2.1 Uma Abordagem Histórica: da Antiguidade Clássica ao Hospital Terapêutico

O hospital moderno denominado após a 2ª Guerra Mundial como “máquina de curar”, nem sempre possuía essa função. Na Antiguidade Clássica (século VIII a.C. até a queda do Império Romano século V d.C.), a prática médica estava associada a eventos sobrenaturais onde havia uma preocupação em manter um equilíbrio entre o corpo e o espírito. De acordo com Almeida (2003), o hospital da antiguidade clássica pode ser caracterizado por conjuntos arquitetônicos, cuja forma redonda ou retangular, seguia a topografia do terreno e a paisagem natural. Os fatores que definem essa tipologia são as construções abertas, voltadas para a natureza, em que a inclusão da água fazia parte dos tratamentos. Os templos e as termas exemplificam esse tipo de arquitetura clássica.

A palavra hospital surgiu do latim “*hospitalis*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva). Por extensão o que dá agasalho, que hospeda” (GÓES, 2004, p.7).

Na Idade Média (cerca de 300 d.C.) surgiram os locais que abrigavam os doentes pobres e não tinham o objetivo de curar as pessoas, segundo investigação de Almeida (2003). Esses locais de caridade abrigavam pessoas com doenças graves e serviam como um espaço de isolamento, principalmente para aquelas que deveriam ser excluídas da sociedade, à espera da morte. Nesse período apareceram os leprosários, asilos e abrigos.

A morfologia básica do hospital medieval foi a nave e esse estava quase sempre associado a uma igreja, quando não estavam dentro da própria estrutura da igreja, como nos mosteiros. A Igreja foi responsável pela expansão numérica dos hospitais.

O período renascentista (fins do século XIII até meados do século XVII) foi marcado por descobertas científicas e representou a aurora do período Moderno. A teoria da doença enquanto castigo divino deu lugar à outra teoria denominada atmosférico-miasmática¹ e, apesar de equivocada foi responsável por melhoras nas condições dos ambientes hospitalares. A preocupação com as questões sanitárias e de salubridade foi um dos principais fatores de evolução das construções medievais, segundo Miquelin (1992).

Nas construções renascentistas a utilização de dois elementos, a cruz e o claustro, tornou a edificação hospitalar mais complexa. A morfologia era simétrica, com “pátios distribuidores, galerias e corredores, pórticos, alojamentos lineares organizados num plano cruciforme [...]” (MIQUELIN, 1992, p.41). A arquitetura desse período foi considerada fechada, voltada para pátios internos.

Após a segunda metade do século XV, marcado pela industrialização e expansão das cidades, foi necessário um controle social, segundo Foucault (2004), que sistematizasse os indivíduos de acordo com sua “classificação”, ou seja, na definição de onde cada pessoa deveria estar dentro da sociedade “organizada”, seja nos hospitais, nas casas de detenção, nos asilos, nas escolas e nas fábricas. Nesse sentido houve um crescente número de hospícios com a finalidade de separar os “loucos” dos cidadãos comuns e o aumento dessa instituição acompanhou a ascensão dos hospitais gerais e dispensários.

¹ Essa teoria associava as doenças aos miasmas, ou seja, aos gases produzidos por matéria orgânica em putrefação.

A arquitetura nesse período era vista como um instrumento de organização racional dessa sociedade e esses novos edifícios, como o hospital, significavam um modo de instaurar os modelos de comportamentos sobre os indivíduos. Para Foucault (2004) os hospitais eram concebidos, então, seguindo uma hierarquia e os compartimentos internos eram configurados com o intuito de segregação dos usuários de acordo com sua classificação dentro da sociedade, nesse caso pacientes e médicos. Com isso existia uma forma de controle e poder que delimitava o uso e o domínio do corpo.

A morfologia pavilhonar ou enfermaria aberta foi marcante nesse período e teve uma importante contribuição em sua evolução, a da enfermeira Florence Nightingale. De acordo com seus conhecimentos na Guerra da Criméia em 1854, Florence Nightingale questionou a teoria dos “miasmas” e segundo Miquelin (1992), os problemas relativos aos hospitais estavam associados à falta de condições naturais de iluminação e ventilação, superlotação das instituições e a ausência de áreas mínimas por leito. A partir das observações feitas por Nightingale a respeito do modelo pavilhonar, estabeleceu-se os parâmetros para a chamada “Enfermaria Nightingale”.

Era basicamente um salão longo, estreito com os leitos dispostos perpendicularmente em relação às paredes perimetrais: um pé direito generoso, e janelas altas entre um leito e outro de ambos os lados do salão garantiam ventilação cruzada e iluminação natural. As instalações sanitárias ficavam numa das extremidades com ventilação em três faces do bloco. Locais para isolamento do paciente terminal, escritório da enfermeira chefe, utilidades, copa e depósito ocupavam o espaço intermediário entre o salão e o corredor de ligação com os outros pavilhões (MIQUELIN, 1992, p. 46).

O foco na saúde pública, nos fins do século XVIII associada às descobertas científicas, consolidou o “Hospital Terapêutico”. “Com o surgimento deste conceito as questões de ordem funcional e espacial assumem nova importância, estimulando o desenvolvimento dos primeiros processos projetuais dedicados às edificações hospitalares” (TOLEDO, 2006, p.13).

É importante relatar a existência do maior hospital geral de Paris na época, *Hôtel-Dieu*, construído em 829 d.C. próximo a Catedral de Notre Dame. No início do século XVIII foi foco da opinião pública devido ao incêndio causado, levantando questões sobre as péssimas condições de funcionamento dessa instituição. Pevsner (1979) constatou que o *Hôtel-Dieu* de Paris estava mais apto a espalhar as doenças do que restabelecer a saúde. A reconstrução do *Hôtel-Dieu* representou um marco para a transformação do hospital em instituição terapêutica.

Dessa forma, o hospital enquanto instrumento terapêutico apareceu nos fins do século XVIII em virtude de pesquisas realizadas por cientistas através de observação sistemática e visitas comparadas das instituições hospitalares européias. Em torno de 1775, segundo Foucault (1979), o inglês John Howard e o francês Tenon realizaram essas pesquisas a pedido da Academia de Ciências com a finalidade de embasar a reconstrução do *Hôtel-Dieu* de Paris. Constataram irregularidades nas construções hospitalares e péssimas condições de uso, confirmando a alta taxa de mortalidade.

A Era Industrial foi marcada pela influência dos conhecimentos da indústria naval e da marinha. A Inglaterra teve um papel fundamental na moderna saúde pública, pois, estava vivendo um período de crescente industrialização e expansão urbana, vinculado a isso, o aumento populacional do século XIX propiciou um dos piores cenários urbanos de degradação. Eram comuns edifícios sem ventilação e iluminação e o acúmulo de resíduos contribuindo para a proliferação de doenças. Em virtude desse cenário, a maior contribuição dada pela cidade industrial foi uma reação às questões da assistência.

Havia uma necessidade de disciplinar os homens nos espaços, então, os hospitais sofreram uma reorganização em sua estrutura espacial com o intuito de organização e não pela prática médica. Essa reforma estrutural pode ser

atribuída também ao saber médico, cuja preocupação envolvia as condições da água, do ar, dos alimentos, entre outros.

(...) Tudo isso mostra como, em sua estrutura espacial, o hospital é um meio de intervenção sobre o doente. A arquitetura do hospital deve ser fator de cura. O hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir. A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e seus efeitos (...) (FOUCAULT, 2006, p.108).

A partir dessa época a arquitetura passa a ter um papel de cura como enfatiza Foucault “O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. Essa é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII” (FOUCAULT, 1979, p.109).

A preocupação com a saúde do indivíduo começou a aparecer tanto pela prática médica dentro dos hospitais, quanto pela associação com as questões espaciais, que vinculam as condições ambientais de conforto e a humanização dos ambientes.

Importante abordar também que no século XIX houve a especialização de hospitais para a assistência de um tipo de patologia ou de especialidade. Eram chamados de hospitais especiais e Rosen (1994) citou o Hospital de Febres de Londres (1802); o Hospital Oftálmico Real, de Londres (1804); o Hospital Real do Tórax (1814); o Hospital Real do Ouvido (1816) e o Hospital Real Nacional de Ortopedia (1838). A questão da especialização de hospitais está aqui abordada devido ao foco dessa pesquisa em investigar instituições especializadas em oncologia.

O cenário médico sofreu enormes transformações nesse período, e conseqüentemente, o planejamento hospitalar. A controvérsia sobre a origem e a transmissão das doenças infecciosas, por exemplo, teve repercussões em vários países, e na esfera internacional. Surgiu, dessa forma, a Era

Bacteriológica pondo um fim na teoria dos “miasmas” que foi definitivamente substituída pela descoberta do papel dos microorganismos na transmissão das doenças. “Com os métodos criados por Koch, tornou-se possível estudar melhor os agentes de várias doenças infecciosas” (ROSEN, 1994, p.231). O desenvolvimento das questões de apoio ao diagnóstico foi fundamental para as práticas médicas dentre as quais se tem a microscopia que possibilitou análises laboratoriais mais minuciosas, a descoberta dos Raios X e a utilização de anestésicos nas cirurgias. Além disso, a criação de vacinas que propiciou a prevenção de doenças.

A mudança do paradigma da doença foi crucial para modificar, conseqüentemente, a cultura hospitalar, em termos de arquitetura, operacionalização, procedimentos e gerenciamento. De acordo com a morfologia das construções hospitalares, enquanto na Europa o modelo pavilhonar se consolidava como forma adequada para essas instituições, na América do Norte começou a surgir blocos compactos mudando alguns paradigmas. As descobertas tecnológicas tais como: o transporte vertical (elevadores) e o uso do concreto armado na construção civil foram influências importantes para esse novo conceito de edificação.

A obsolescência do modelo pavilhonar ocorreu por questões funcionalistas que estão relacionadas aos aspectos operacionais do espaço hospitalar tratados dentro do caráter técnico-funcional. Além das descobertas tecnológicas, de acordo com Miquelin (1992) a decadência do modelo pavilhonar também estava associada ao alto custo dos terrenos urbanos; escassez de mão de obra de enfermagem para ocupar os pavilhões; domínio tecnológico da estrutura metálica e da construção vertical; racionalização de custos operacionais e da construção, economia na iluminação artificial, calefação e limpeza; percursos longos e os progressos terapêuticos, fazendo com que os pacientes fiquem menos tempo internados.

Os hospitais transformam-se rapidamente e passam a incorporar alta tecnologia e técnicas cada vez mais complexas. Alguns avanços tecnológicos importantes influenciaram o planejamento dos hospitais, no século XX, tais como: os sistemas de condicionamento de ar e o manuseio de suprimentos.

Nos quase cinco séculos que sucedem o surgimento do homem moderno, funda-se o 'hospital terapêutico' e desenvolvem-se as concepções racionalista e funcionalista, que certamente enfocam o paradigma técnico-funcional da arquitetura hospitalar (...). (GANDRA,1999, p.59)

A preocupação com os custos, com a racionalização e com a funcionalidade era grande como descreve Rosenfield.

Há vários fatores que contribuem para a configuração de um edifício hospitalar ou de qualquer outro tipo. Dentre eles, ventas, vistas, orientação, estética, forma do terreno, considerações de engenharia etc. Embora todos os fatores acima sejam importantes e devam ser considerados individual e simultaneamente, a mais importante consideração é naturalmente a função. (ROSENFELD, 1951)

No período entre guerras, surgiram os edifícios monoblocos, e posteriormente, o hospital contemporâneo apareceu como um agrupamento de atividades. De acordo com Gandra (1999, p.38), as atividades foram dispostas da seguinte maneira:

- Áreas de pacientes externos, ambulatório para consultas e departamento de emergência;
- Áreas de serviços médicos de apoio ao diagnóstico e tratamento, Centros cirúrgico e obstétrico, centros de imagens, laboratório e fisioterapia;
- Unidades de internação dos pacientes;
- Departamentos técnicos: cozinha, lavanderia, manutenção, instalações mecânicas e etc.;
- Áreas administrativas públicas e de conforto da equipe.

Houve uma separação nos setores e unidades funcionais afins ficaram mais próximas umas das outras, tendo como objetivo otimizar percursos e fluxos de materiais e pessoas dentro da instituição.

Separação de atividades não similares é outro princípio. Separar o limpo do sujo. Separar diferentes tipos de pacientes. Separar procedimentos silenciosos e barulhentos. Separar diferentes tipos de tráfego dentro e fora do edifício. Separar funções agradáveis e desagradáveis. Separar classes de funcionários (F. W. DODGE CORPORATION, 1960).

Dentro do aspecto técnico-funcional muita ênfase também foi dada as circulações na década de 50.

Para o arquiteto não familiarizado com o moderno planejamento hospitalar, o principal assunto para estudo, será a circulação. Desnecessário dizer que a competência com que a circulação for concebida [...] determinará a eficiência do hospital por todos os anos de uso (F. W. DODGE CORPORATION, 1960).

Dessa forma, pode ser observada uma mudança de paradigma conceitual e físico, em que o hospital passa de abrigo de pobres e isolamento de doentes para local assistencial de saúde, caracterizado pela funcionalidade, tecnologia e operacionalização.

No séc. XXI surgiu um modelo mais voltado para a promoção da saúde, que segundo Santos & Bursztyn (2004) está relacionado não só a prevenção de riscos e doenças, mas, também a um modelo de assistência humanizado, que priorize a autonomia do indivíduo e sua qualidade de vida.

2.2.2 Salas de Espera e o caráter técnico-funcional

No século XX com a criação das unidades funcionais, algumas áreas foram consideradas importantes para a estrutura programática das instituições hospitalares e dentre elas destacam-se os espaços de recepção e espera que

abrigam pacientes e acompanhantes. Estes espaços estão diretamente vinculados às atribuições de atendimento do hospital, em ambulatórios, nos serviços de apoio ao diagnóstico e na internação.

O ambiente da sala de espera não surgiu junto com a instituição hospitalar. Segundo Costi (2002), haviam quartos projetados para as pessoas aguardarem enquanto os pacientes eram tratados. Depois do século XV as salas de espera passaram a existir e se localizavam próximas as alas de pacientes. A partir da década de 50 passaram a ser projetadas próximas as ruas e entradas dos estabelecimentos.

A sala de espera, ambiente em que as pessoas aguardam para serem atendidas, é considerada obrigatória, de acordo com a RDC nº 50 (2002), em todos os setores que prestam atendimento terapêutico a pacientes externos, tais como: unidades ambulatoriais, pronto atendimento e unidades de apoio ao diagnóstico. As salas de espera são importantes, no contexto hospitalar, por abrigarem pessoas em condições diferenciadas, quanto ao tipo de tratamento, faixa etária, tipo de doença, sexo, condição social, condições físicas e psicológicas.

Nas instituições oncológicas, a sala de espera ainda possui uma característica peculiar, que é a de abrigar pessoas em tratamento constante, que retornam ao hospital diversas vezes para receberem medicação e para o acompanhamento da evolução da doença. O tempo de tratamento do câncer já é, por si só, considerado longo, em muitos casos os pacientes ficam em tratamento durante muitos anos.

No contexto brasileiro, as condições sociais e econômicas, aliadas à difícil situação dos serviços públicos de saúde, reforçam o aspecto crítico da espera pelo atendimento, uma vez, que não existem recursos humanos suficientes e

equipamentos para um nível mais elevado de resolutividade. Dessa forma, o fator tempo está diretamente relacionado ao ambiente da sala de espera de centros de assistência em oncologia.

A demora pelo atendimento por causa da ausência de recursos adequados aliada à lentidão do tratamento do câncer foram aspectos importantes considerados na escolha desse tipo de ambiente e de instituição a ser trabalhada. Esses aspectos fazem com que as salas de espera abriguem números elevados de pacientes, acompanhantes e familiares, em condições frágeis. E, também pelas diversas atividades que podem acontecer enquanto as pessoas aguardam o atendimento.

As salas de espera são ambientes, geralmente localizados próximos aos acessos principais do estabelecimento, representando a transição entre a rua ou ambiente externo e o interior do hospital, consultórios e salas de exame. O que se tem visto são espaços inadequados que não propiciam o conforto para as pessoas, servindo, muitas vezes, de acesso para outras unidades com cruzamento de fluxo de materiais, de pacientes e de funcionários.

Outra questão importante dentro das salas de espera diz respeito ao mobiliário, tanto a configuração do *layout* quanto o tipo de material utilizado. É comum encontrar salas de espera em que as cadeiras estão em fila uma atrás da outra, direcionadas ao balcão de recepção, havendo rigidez na configuração espacial. Esse ambiente hospitalar, cujo layout é “organizado” e “racional”, é uma herança da arquitetura funcionalista. Schulz afirmou que “a experiência tem mostrado que o espaço neutro e homogêneo do funcionalismo oferecia escassas possibilidades para que pudesse ter lugar uma vida variada” (SCHULZ, 1975).

Do ponto de vista do planejamento e da construção, significa que não há lugar para nada que não seja estritamente necessário ao satisfatório funcionamento do hospital. (LINDGREN, 1951)

Apesar da sala de espera ser considerada como espaço de socialização e possuir características que possibilitem maior flexibilidade ambiental dentro dos hospitais, ainda são espaços rígidos e pouco humanizados.

Muitas vezes os usuários são colocados em espaços impessoais, onde aspectos operacionais são mais evidentes que as condições propícias ao conforto e às relações interpessoais. Os aspectos operacionais de melhorias de ventilação e iluminação, circulações, fluxos de trabalho, tempos de percurso, entre outros fazem parte do caráter técnico-funcional do espaço hospitalar.

A complexidade da arquitetura de estabelecimentos de saúde evoluiu ao ponto de exigir a existência de ambientes, como os da sala de espera, com dimensionamento mínimo, instalações, equipamentos e materiais definidos em normas para que funcionem como um padrão. E, dessa maneira os projetos vão sendo concebidos, seguindo esse padrão com exigências mínimas para todos os tipos de estabelecimentos de saúde, sem uma investigação sobre a especificidade do ambiente projetado. De acordo com Sommer (1973, p.91) há pouco conhecimento das funções sociais do espaço. Muitas vezes quem planeja uma intervenção não faz idéia da influência que tem a disposição das cadeiras, a combinação de cores, a existência de um jardim ou de equipamentos que ajudam a minimizar os sentimentos negativos que a espera num hospital pode gerar (ULRICH, 2002).

2.2.3 Características importantes das salas de espera

Algumas características, observadas por Caetano (2002) merecem destaque para os espaços hospitalares, são elas: autonomia, independência, funcionalidade, dimensionamento, conforto, segurança e flexibilidade. Essas características serão avaliadas do ponto de vista das salas de espera das instituições especializadas em oncologia.

Em função da coerência conceitual dos termos “autonomia” e “independência” amplamente aplicados no que se refere à experiência dos usuários, os termos originalmente propostos por Caetano (2002) serão aqui definidos como se segue: autonomia como autossuficiência e independência como soberania.

Entende-se autonomia como a capacidade do indivíduo de desfrutar dos espaços e elementos espontaneamente, segundo sua vontade. E independência como a capacidade de usufruir os ambientes, sem precisar de ajuda (GUIMARÃES, 1999).

A **autossuficiência** pode ser compreendida pela integração de todos os elementos necessários para cumprir sua função, ou seja, a sala de espera deve possuir uma área de recepção próxima, sanitários para público, feminino e masculino e bebedouro. Além, é claro, do espaço da própria sala de espera com mobiliário adequado para seus usuários.

A **soberania** está relacionada a uma delimitação explícita de área sem a interferência funcional de outras áreas afins, trata-se do não cruzamento de fluxos indevidos. A unidade de espera não deve servir de passagem para outras unidades ou ambientes. Esta característica na maioria das vezes não acontece, é muito comum encontrar salas de espera servindo de circulação de materiais e funcionários, ou projetadas na circulação do estabelecimento.

Segundo Costi (2002) quando áreas projetadas para espera são ocupadas por outras ou se transformam em área de circulação de pessoas e materiais, isto traz um desconforto para aqueles que aguardam para serem atendidos.

Esta característica está diretamente relacionada à acessibilidade (deslocamento, orientação, comunicação e uso) do espaço, pois favorece a independência na apropriação do local. São considerados fatores vinculados a acessibilidade, fluxos, circulações, barreiras físicas e rampas.

No que tange a **funcionalidade**, a sala de espera deve ser projetada e equipada para que os pacientes, acompanhantes, familiares sejam atendidos da melhor maneira possível em relação aos recursos tecnológicos e de tratamento digno.

O **dimensionamento** apropriado é um fator importante para a projeção das salas de espera, cada vez mais o número de pacientes aumenta, principalmente, os que buscam tratamento contra o câncer. Através do trabalho de campo pode-se constatar que muitos pacientes são acompanhados por familiares ou conhecidos, fazendo com que o número de pessoas nas salas de espera aumente.

As normas para estabelecimentos assistenciais de saúde passam constantemente por revisões e acréscimos e novos ambientes vão sendo inseridos ou atualizados quanto ao dimensionamento, instalações, quantificação e equipamentos.

Costi (2002, p.35) investigou que em 1951, as salas de espera deveriam ter capacidade para um terço de todas as pessoas que ingressassem para a máxima sessão da semana. O dimensionamento mínimo previsto para os

ambientes de saúde foi determinado por uma equipe do Ministério da Saúde, podendo ser encontrado na legislação vigente, RDC nº 50. A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC nº 50 de 2002 da ANVISA) estabelece que estas salas devem possuir dimensão mínima de 1,2 m² por pessoa.

Conforto é fundamental para pacientes e acompanhantes que aguardam o atendimento, e funcionários que trabalham diariamente no local. O conforto é uma das características mais importantes porque abrange todos os aspectos técnico-funcionais e simbólicos dos hospitais. Para isso, a sala de espera deve possuir condições ambientais satisfatórias; bom estado de conservação de móveis; equipamentos e espaço físico; mobiliários confortáveis, existência de elementos arquitetônicos que minimizem as sensações de angústia, como jardins e televisão.

Segurança diz respeito ao isolamento do espaço aos fatores de risco ou de má influência, de acessibilidade, de estar num espaço assistido por uma equipe treinada e competente. A segurança também está relacionada à percepção de aspectos favoráveis ao conforto e de equilíbrio entre expectativas e satisfação.

A **flexibilidade**, considerada aqui como flexibilidade ambiental, é uma característica relativa a mudanças ou remodelações do espaço de acordo com a demanda do momento. As diversas pessoas que frequentam os espaços das salas de espera e as várias atividades que podem ser realizadas enquanto as pessoas aguardam o atendimento determinaria alterações multifuncionais.

A flexibilidade está relacionada a vários termos como escreve Sommer (1973) “múltiplos objetivos, usos múltiplos e espaços mutáveis (...). A flexibilidade está intimamente ligada à personalização, uma vez que permite que uma pessoa ajuste um ambiente a suas necessidades específicas” (SOMMER, 1973, p.206).

Ao contrário de Sommer, Hertzberger considerou o termo flexibilidade como “a negação absoluta de um ponto de vista fixo, definido” (HERTZBERGER, 1996. p.146). A criação de espaços neutros, servindo para vários usos seria como um espaço sem identidade. Entretanto, o termo flexibilidade adotado aqui se refere à polivalência, que oferece diversas possibilidades de aplicação. O usuário do hospital pode escolher como utilizar o espaço dependendo da situação. Os espaços devem ser pensados para que “possam ter a capacidade de se adaptar à diversidade e à mudança e também conservar a sua identidade” (HERTZBERGER, 1996. p.148).

De acordo com Lawson (2001) é difícil criar um espaço que todos acham ideal, por isso é importante considerar espaços mais flexíveis que incluam fatores como a idade e a condição física das pessoas².

Nesse sentido é importante abordar a flexibilidade no uso, um dos princípios do Design Universal³, porque atende uma ampla gama de indivíduos com preferências e habilidades diferenciadas. Esse princípio tem como características: “poder ser acessível e utilizado por destros e canhotos; facilitar a acuidade e a precisão do usuário e oferecer adaptabilidade ao ritmo do usuário” (CAMBIAGHI, 2007, p.75). Adotou-se aqui esse princípio do Design Universal como base teórica devido à diversidade de pessoas que as salas de espera dos hospitais pesquisados abrigam. Para Preiser & Ostroff (2001) na prática, o design propicia várias maneiras de fazer as coisas. Elementos arquitetônicos como balcões, por exemplo, quando projetados a duas alturas estão contemplando a flexibilidade no uso, uma vez que pessoas em diferentes condições podem utilizá-los. “Estaremos dessa forma possibilitando que os usuários façam escolhas sobre as características de soluções que melhor se ajustem às suas necessidades” (GUIMARÃES, 2008).

² Tradução da autora.

³ “O design Universal é responsável pela criação de ambientes ou produtos que podem ser usados pelo maior número de pessoas possível” (MACE, 1991).

Todas as características juntas fazem com que o espaço seja satisfatório. A Fig. 2 mostra a relação direta das características propostas por Caetano (2002) com o espaço analisado.

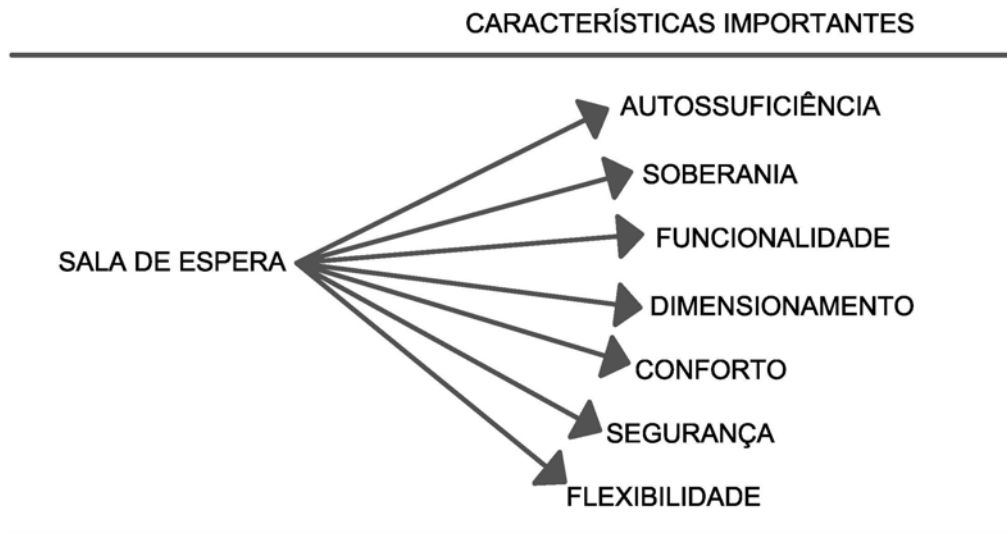


FIGURA 2: Relação das características com os espaços das salas de espera

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

A importância do caráter técnico-funcional dos hospitais é grande, principalmente pela sua valiosa contribuição na cultura dessas instituições. Contudo, questiona-se aqui o valor atribuído ao significado e às relações interpessoais, o que pode resultar uma perda da qualidade no uso desses espaços. Segundo Sommer (1973), muitos espaços foram criados para suprir necessidades operacionais e com pouco conhecimento de suas funções sociais.

2.3 *Caráter Simbólico*

A idéia neste item é o aprofundamento do caráter simbólico e os significados existentes nos espaços das salas de espera de instituições oncológicas. Na tentativa de entender além dos fatores materiais descritos acima e do caráter técnico-funcional, adotou-se uma abordagem antropológica interpretativa ou hermenêutica.

A visão interpretativa compreende que a organização da vida social se manifesta por meio de símbolos e representações simbólicas que devem ser interpretados para extração de seus significados, a fim de poder entendê-la e poder intervir sobre essa realidade. Assim sendo, Geertz (1973) propôs a análise das experiências preocupando-se com a construção social dos significados vinculados a essa experiência humana, rejeitando o estruturalismo e suas abordagens “universais” da cultura. Isso porque a idéia global distancia dos detalhes e das minúcias das vivências humanas.

Trazendo a carga teórica para a análise dos espaços hospitalares foi possível compreender que a ciência hermenêutica enfatiza que a idéia de significado é sempre “significado para” alguém, então, o elemento subjetivo da experiência de vivenciar o espaço é individual. Entretanto, a construção da significação da experiência espacial não é um processo isolado. Pressupõe-se que estes processos possam ser adquiridos através de interpretações apreendidas na vida cotidiana, funcionando como um código de referência para os indivíduos. Dessa forma, atitudes e expressões de forma simbólica por meio do qual os homens se comunicam podem moldar suas experiências com relação à vida.

Pressupõe-se que significados são atribuídos às interpretações quando os fenômenos são examinados por uma pessoa em um determinado contexto. Com essa suposição é possível refletir que os símbolos e seus significados são

produtos de uma cultura particular, impostos pelo homem que vive em sociedade e de forma alguma são intrínsecos aos objetos, atos e fenômenos.

Por isso, esse pensamento corrobora para a reflexão de analisar a formação das instituições hospitalares segundo o caráter simbólico e o caráter técnico-funcional para a compreensão da imagem social do hospital para as pessoas.

Os espaços hospitalares especializados no tratamento do câncer podem ser avaliados de acordo com um processo interpretativo que permita a compreensão de seu caráter simbólico na percepção das pessoas. Pensar o espaço hospitalar é ir além das estruturas físicas e compreender a bagagem de informações que são adquiridas com as experiências dos indivíduos vivenciadas em cada canto, além de entender as marcas que são deixadas pela dor e angústia, e até mesmo por momentos de coragem e solidariedade.

É na dimensão espacial que as relações se estabelecem e a maneira como o homem age nesse espaço confere a idéia de intervenção e apropriação atribuindo à forma uma funcionalidade. A forma e a função estabelecem a relação fundamental de sustentabilidade da função social do espaço.

De acordo com Costa (2001) é válido salientar que a função do espaço hospitalar no meio cultural se apresenta com o sentido de propiciar a cura, preencher um vazio, redimensionando a vida do sujeito. Para tal, há necessidade, entre outras coisas, de uma aproximação entre os elementos humanos e os objetos da cultura local. Observar significa se aproximar e ver a realidade do paciente como ela é de fato.

Para Okamoto (1996) a criação do espaço arquitetônico é a criação do espaço vivencial, tanto para o indivíduo quanto para o meio social, onde está em permanente deslocamento de uma atividade para outra. Além do espaço

perceptivo e do movimento, existe o espaço simbólico pleno de proposições e juízos de valor, criado pelo homem e por onde ele vive.

NETTO (1979, p.24) considera que “deve interessar ao arquiteto o significado de seu modo de organizar o espaço, a maneira pela qual a arquitetura é normalmente recebida e sentida pelo homem e pela sociedade”. Existe uma relação direta do espaço com o indivíduo e suas necessidades, que pode ser traduzido nos significados que este espaço produz no imaginário das pessoas (nível perceptivo e muitas vezes subconsciente).

Os símbolos do espaço representam as especificidades do local, e, conseqüentemente, as respectivas experiências de vida. Desta forma, o espaço, a partir do processo constante de apropriação humana, apresenta, também, uma memória própria – uma história de vida. A referência e a lembrança de um espaço subtendem a ativação da memória corporal humana e os respectivos símbolos representativos. O espaço é o corpo maior que rege a interação de sujeitos em atividade (COSTA, 2001).

A organização dos espaços deve seguir diferentes propósitos, segundo Rapoport (1990), na qual reflete as atividades, os valores e os desejos individuais e coletivos de seus usuários. Ao mesmo tempo a organização espacial também reflete a imagem da instituição e a congruência entre os fatores físico e social.

É necessário introduzir na arquitetura hospitalar a diferenciação e a humanização dos espaços. “Já não estamos satisfeitos em fazer nossos edifícios funcionais, desejamos também que sejam significativos” (SCHULZ, 1975).

Ulrich (2001) afirmou que pesquisas já demonstraram que o estresse e fatores psicossociais podem afetar significativamente os resultados da saúde do paciente. Esse conhecimento implica fortemente que as necessidades psicológicas e emocionais das pessoas devem ser priorizadas, no mesmo

patamar que preocupações como a exposição ao risco de infecção e a eficiência funcional que rege o gerenciamento dos hospitais.

O espaço hospitalar se configura como um rito de passagem onde informações são acumuladas e registradas, moldando o indivíduo específico de uma cultura particular. Existem três esferas de significação social que regem as condutas das pessoas e vão além de configurar atitudes e separar contextos; são elas a casa, a rua e o outro mundo. “O que se espera não é uma conduta única nos três espaços, mas um comportamento diferenciado de acordo com o ponto de vista de cada uma dessas esferas de significação” (DaMatta, 1991, p. 53). Entretanto, é importante enfatizar um quarto contexto, o de liminaridade, que pode ser visualizado como uma porta entreaberta, uma soleira, uma transição entre um mundo e outro. Estes conceitos foram extraídos das pesquisas de DaMatta (1991) sobre espacialidade.

O hospital possui essas esferas de significação em seus diversos espaços hierarquizados, mas também, um espaço é passível de abranger todos os universos. O domínio do público e do privado pode não ser tão evidente, ocorrendo então um momento de mudança do *status quo*.

Os contextos público e privado merecem destaque não só para a delimitação espacial que a própria produção arquitetônica julga importante para a classificação de sujeitos e hierarquização da sociedade, mas também pela experiência vivenciada pelo paciente que tem a instituição hospitalar como o símbolo da reordenação de sua vida. Os caminhos da dor do paciente passam de um interior particular, advindo do corpo ou da mente, anteriormente vivenciado no contexto de casa ou de ambiente familiar. E se tornam público à medida que há uma busca por sua cura no espaço externo, no ambiente hospitalar, onde sua vida é invadida pelos olhares alheios e por profissionais que lhe são completamente estranhos (Costa, 2001).

Assim, a privacidade pode ser definida como “o mecanismo de controle interpessoal que regula o isolamento ou distanciamento com os outros” (OKAMOTO, 1996. p.134).

Neste momento é importante ressaltar que o hospital público pode potencializar este sentimento de exposição do sujeito e de sua dor se comparado a uma entidade privada por uma série de fatores dentre os quais merecem destaque os problemas encontrados na assistência e a imagem associada ao sistema de saúde brasileiro (Costa, 2001). Estes fatores puderam ser observados na pesquisa de campo.

2.3.1. Salas de espera e o caráter simbólico

Atribui-se aos espaços hospitalares e, mais especificamente, às salas de espera, o conceito de liminaridade onde a experiência de esperar é considerada um rito de passagem, o paciente espera para ser atendido, espera o resultado de um exame, espera por um leito de internação. E a sala de espera do hospital, ambiente quase rua pela proximidade da porta de entrada e pela diversidade de pessoas que se encontram, mas também, quase casa pela transposição do espaço público, por estar a um passo do âmbito privado, dos ambientes internos da instituição. A sala de espera é principalmente transição entre um mundo e outro, entre um estado em que o sujeito é mais um dentre muitos que esperam e o estado em que ele já está sendo assistido. O cuidado o faz transitar de um universo para outro. A infinidade de portas, funcionários e paredes barram a mobilidade dos sujeitos e controla o *modus operandi* do hospital. Na sala de espera o tempo domina os sujeitos e todas as formas e cores ganham uma interpretação diferente, mais profunda, um quadro pode ser contemplado de outra forma, as cores de uma parede podem fazer a diferença e uma simples abertura de porta ser o momento crucial tão esperado.

Hertzberger (1996) considerou este espaço de transição do público para o privado, de “intervalo”, como uma conexão entre áreas com demarcações territoriais divergentes.

A sala de espera é o espaço intermediário ou o “intervalo” do hospital, entre as dependências da rua e os consultórios médicos e salas de exame; é onde a experiência pode ser exposta e a apropriação dos espaços; percebida de maneiras variadas. É o espaço liminar entre os dois mundos, uma passagem em que olhares silenciosos e atentos se convergem à porta de entrada do interior do hospital ou ao balcão de recepção, como se o paciente buscasse a qualquer custo a sua vez de ser atendido. É também o espaço onde acontece a socialização.

Os pacientes buscam atendimento médico num estado de desconforto e angústia, necessitando de apoio e tranquilidade, por isso, segundo Costi (2002), as salas de espera devem cumprir a função social de abrigar as pessoas para que o ato de esperar pelo atendimento seja mais agradável.

Além do tempo que permanecem no local, o estado físico das pessoas, o tipo de doença, a faixa etária entre outras características influem na percepção do espaço. “Quanto mais idoso é o doente, mais frágil é o seu equilíbrio emocional e, conseqüentemente, mais o seu bem estar precisa do carinho de todos” (CAETANO, 2002, p.229). Pode-se citar aqui o conforto psíquico e o conforto físico, ambos têm relação direta com o espaço. Segundo Costi (2002, p.41) “a ambiência arquitetônica é criada por uma diversidade de elementos num espaço, resultando num conjunto que interage na percepção do usuário de forma agradável ou desagradável”.

Ulrich (2001) investigou que apesar do intenso estresse causado na maioria das vezes, pela doença, pela dor e pela experiência traumática nos hospitais, pouca atenção é dada à criação de ambientes que acalmam as pessoas.

É importante inserir nesse contexto o estudo sobre proxemia⁴ que propicia uma visão holística sobre interações espaciais e o comportamento na interpretação cultural dos espaços entre as pessoas. Nessa teoria destacam-se quatro categorias: espaço íntimo; espaço pessoal; espaço social e espaço público. Elas estão relacionadas à proximidade, distâncias, territorialidade e cultura. No cenário das salas de espera dos hospitais oncológicos aqui trabalhados merece destaque o conceito de espaço pessoal que “refere-se a uma área com limites invisíveis que cercam o corpo da pessoa e no qual os estranhos não podem entrar” (SOMMER, 1973. p.33). É como se houvesse uma diversidade de “espaços pessoais” nos ambientes das salas de espera circundando as pessoas ali encontradas. Dependendo da proximidade, este espaço é invadido e as pessoas se sentem incomodadas. O espaço social é aquele de convívio em que há maior distância entre os usuários. Essa categoria permite a disposição de múltiplos arranjos no *layout* da sala de espera, como por exemplo, na disposição das cadeiras.

O território faz parte dessas duas categorias: de espaço pessoal e de espaço social, uma vez que estabelece a “distância ideal entre seus componentes individuais, para as diversas manifestações da vida em comum” (WEIL & TOMPAKOW, 1986. p.122-123). Um espaço público ou uma área aberta pode ser considerado um lugar mais ou menos privado, segundo Hertzberger (1996), dependendo do grau de acesso, da forma de supervisão, de quem o utiliza, de quem toma conta dele e de suas responsabilidades.

A apropriação e a identificação entre o ser humano e o meio, enquanto atitude traduz-se num comportamento. No entanto, essa atitude de apropriar-se também induz ao exercício de um controle sobre o meio. Controle esse que pode ser psicológico ou físico. A apropriação psicológica se refere à constituição do espaço pessoal enquanto a apropriação física diz respeito à delimitação da territorialidade (ITTELSON; PROSHANSKY; RIVLIN; WINKEL, 1974).

⁴ Termo criado por Edward Hall (1977) para referir-se às observações e teorias sobre o uso que o homem faz do espaço como elaboração especializada da cultura.

As distâncias estabelecidas, a demarcação de território e as mudanças espaciais podem ter influência no comportamento das pessoas, pois como afirma Weil “só podemos livrar-nos do estresse quando cada atitude psíquica nossa é acompanhada da sua correspondente atitude física ideal. E essa última inclui a distância ideal entre nós e os outros” (WEIL & TOMPAKOW, 1986. p.122-123).

“O sentido perceptivo do sujeito o leva a captar uma qualidade particular e a produzir uma série de pensamentos, sentimentos e ações” conforme afirmou Costa (2001). Dessa forma, pode-se constatar que o próprio ato de esperar pode ser considerado uma atividade angustiante, como mostra o texto de Sant’Anna (1966)

A pessoa que espera, mais que as outras, está exposta na vitrina de seus gestos. Está voltada para fora, perdeu seu centro, precisa de uma visão que a complemente, está sofredamente frágil, está sem pele com a carne viva ao vento. (SANT’ANNA, 1966)

Por isso, é importante que o espaço ofereça condições de conforto para as pessoas e o planejamento hospitalar leve em consideração as atividades que podem ser realizadas nos ambiente de espera. “O planejamento e a organização do espaço hospitalar devem, antes de tudo, estar atentos à forma que os pacientes e os profissionais de saúde interagem com o espaço, onde se produz trabalho e ações humanas” (COSTA, 2001).

Nesse sentido é fundamental considerar dois tipos de ambientes, os que possam estimular sensações positivas e os que proporcionem paz, harmonia e descanso para as pessoas. O primeiro ambiente é aquele que dispõe de recursos de entretenimento, como televisão, revistas e jornais para leitura ou realização de outras atividades, estimulando a emoção. O segundo seria um ambiente mais tranquilo, confortável, com pouco ruído, que possua natureza, aliviando, o sofrimento e a angústia da espera.

Goldstein (1983) afirmou que “mudando-se a natureza do espaço, é possível modificar, simultaneamente, os sentimentos das pessoas a respeito do ambiente e o seu comportamento”.

A importância desse estudo se faz “não apenas do ponto de vista da criação de uma teoria adequada da sociedade humana que considere o contexto das relações, mas também do ponto de vista prático do planejamento e manutenção de espaços funcionais em que as relações humanas possam desenvolver-se” (SOMMER, 1973, p.91).

Através desse estudo da cultura dos hospitais, formada pelo caráter material, técnico-funcional e o caráter simbólico, foi possível entender a complexidade que envolve as instituições hospitalares e, principalmente, espaços específicos como as salas de espera de unidades de oncologia.

3 Centros especializados em Oncologia

Neste capítulo estão apresentados os objetos de estudo da pesquisa, os hospitais caracterizados como centros de alta complexidade em oncologia (CACON).

De acordo com São Paulo (2002), os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área da prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente. Neles, as atividades de detecção precoce e de prevenção devem ser desenvolvidas em conformidade com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde. A assistência ao paciente deve abranger sete modalidades integradas: Diagnóstico, Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica, Radioterapia, Medidas de Suporte⁵, Reabilitação⁶ e Cuidados Paliativos⁷.

Os hospitais escolhidos para o trabalho de campo desta pesquisa são considerados Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e estão grifados no QUADRO 1, que mostra todos os centros existentes na cidade de Belo Horizonte.

⁵ As medidas de Suporte estão relacionadas à psicologia clínica, hemoterapia (processamento e unidade transfusional), pronto atendimento para emergências oncológicas, nutrição, assistência social, terapia ocupacional e farmácia.

⁶ A reabilitação está relacionada à fisioterapia e estomaterapia.

⁷ Os Cuidados Paliativos são serviços de assistência ambulatorial multiprofissional, internações por intercorrências, internações de longa permanência e fornecimento de medicação ou procedimentos de controle da dor.

QUADRO 1: Centros de Alta Complexidade em Oncologia de Belo Horizonte

Belo Horizonte
CACON I Hospital da Baleia - Fundação Benjamin Guimarães Rua Juramento, 1464 – Saudade
CACON I Hospital das Clínicas da UFMG – Hospital Borges da Costa Av. Professor Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia
CACON I COM RADIOTERAPIA Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte Avenida Francisco Sales, 1111 - Santa Efigênia
CACON I COM RADIOTERAPIA Hospital Felício Rocho - Fundação Felice Rosso Av. do Contorno, 9530 – Prado
CACON II Hospital Mário Penna - Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna Avenida Churchill, 232 - Santa Efigênia
SERVIÇO ISOLADO DE QUIMIOTERAPIA Hospital Belo Horizonte - Centro de Quimioterapia Antineoplásica e Imunoterapia Av. Antônio Carlos, 1694 – Cachoeirinha
SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA Instituto de Radioterapia São Francisco Rua Itapagipe, 762 – Concórdia
SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA Instituto de Radioterapia Geral e Megavoltagem de Minas Gerais Avenida Antônio Carlos, 1694 – Cachoeirinha

Fonte: http://www.inca.gov.br/tratamento/locais_tratamento.asp?estado=MG

Os estabelecimentos objetos da pesquisa são: Hospital Mário Penna, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Unidade de Oncologia e Hospital das Clínicas de Belo Horizonte – Hospital Borges da Costa. Cada um deles possui uma classificação diferenciada: CACON I, CACON I com Radioterapia e

CACON II, como mostrado acima. Essa classificação diferenciada pode ser definida, segundo São Paulo (2002), como:

- CACON I – Hospitais gerais em que se procede o diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais freqüentes no Brasil (pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, tumores linfomatoepoéticos e da infância e adolescência).

Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados, dentro de uma mesma estrutura organizacional e atenderem ao paciente numa mesma perspectiva multiprofissional integrada.

Modalidades assistenciais:

Diagnóstico; Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica, Hematologia, Oncologia Pediátrica (conforme o perfil da Unidade prestadora de serviços); Medidas de Suporte, Reabilitação, Cuidados Paliativos e Radioterapia (não é obrigatório, depende do tipo de prestação de serviços).

- CACON II – Instituições dedicadas, prioritariamente, ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais freqüentes.

Caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados, dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.

Modalidades assistenciais:

Diagnóstico; Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica; Radioterapia; Medidas de Suporte, Reabilitação, Cuidados Paliativos, Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Odontologia, Oftalmologia; Pediatria Cirúrgica; Cirurgia Plástica Reparadora; Cirurgia de Tecido Ósseo e conjuntivos; Unidade de Órteses e Próteses; Fonoaudiologia; Emergência Oncológica; Voluntariado. (São Paulo, 2002, p.5)

Dessa forma, cada instituição escolhida possui características específicas relacionadas ao tipo de tratamento oferecido. O Hospital Mário Penna, por exemplo, é mais completo porque dispõe de maiores recursos e equipamentos para o combate ao câncer do que o Hospital Borges da Costa. Isso porque o primeiro foi credenciado como CACON II e o outro CACON I. Entretanto, os três centros escolhidos são referência não só na cidade de Belo Horizonte, como também no Estado de Minas Gerais e a clientela de cada um é específica, sendo direcionada para as instituições de acordo com o tipo de tratamento de cada caso.

Pesquisas como as que o INCA realiza, mostram que a taxa bruta⁸ de incidência de câncer, em geral, está aumentando em todo Brasil. E isso implica num aumento significativo da demanda hospitalar, mais pessoas irão à busca de tratamento especializado. Os gestores hospitalares devem se preparar para esta nova demanda, não só relacionada aos recursos humanos, tecnologia, equipamentos, mas, também a estrutura física, as instalações, os mobiliários, o conforto e questões psicológicas.

3.1. Critérios de classificação

Para a escolha das instituições especializadas no tratamento em oncologia foram estabelecidos os seguintes critérios classificatórios:

- Porte do hospital;
- Grau de complexidade na assistência oncológica, devendo ser considerado CACON;
- Importância no contexto municipal;
- Referência no tratamento oncológico no Estado de Minas Gerais.

Assim, os hospitais escolhidos foram Hospital Mário Penna, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e Hospital Borges da Costa, localizado no complexo do Hospital das Clínicas. Optou-se por um número ímpar entre instituições, como critério de desempate e para enriquecer e solidificar os resultados obtidos.

As salas de espera são ambientes típicos de todos os hospitais e foram escolhidas como área de socialização de acordo com os critérios a seguir:

⁸ Número de pessoas que podem desenvolver uma determinada doença num universo de 100 mil habitantes.

- Função que exercem no contexto hospitalar, de abrigar pessoas em condições diferenciadas, quanto ao tipo de tratamento, faixa etária, tipo de doença, sexo, condição social, condições física e psicológica;
- Área considerada “pública” ou irrestrita na instituição hospitalar, que possibilita que todas as pessoas circulem ou passem por ela;
- “Porta de entrada” do hospital, geralmente, é o primeiro ambiente encontrado numa instituição de saúde;
- Ambiente com características próprias dependendo de cada instituição, com relação às dimensões, condições ambientais, mobiliários, *layout*, recursos humanos, equipamentos e elementos físicos;
- Ambiente, geralmente, pouco valorizado no planejamento e processo projetual. Sendo utilizadas áreas de circulação e de fluxo cruzado para abrigarem a sala de espera;
- Ambiente que tem relação direta com o tempo, por abrigar pessoas em tratamento contínuo e pela demora do atendimento médico no sistema público de saúde brasileiro;
- Ambiente que potencializa a relação pessoa-pessoa e pessoa-espço por ter vínculo direto com o fator tempo;
- Ambiente que propicia maior flexibilidade na disposição dos mobiliários e equipamentos. Esse foi o mais importante critério na determinação da sala de espera enquanto local ideal para este estudo.

Foram escolhidas cinco salas de espera dos hospitais voltados para o tratamento oncológico. Estas salas de espera foram selecionadas levando em consideração dois critérios: importância no contexto da instituição, ou seja, salas de espera gerais ou de triagem (como se chamou nessa pesquisa) e salas de espera específicas da unidade de quimioterapia. As salas de espera-triagem abrigam elevado número de pessoas em todos os hospitais e são referências para as pessoas pois se constituem como o primeiro ambiente a

ser procurado. Os três hospitais escolhidos possuem este tipo de sala. As salas de espera da quimioterapia são específicas para o Hospital Mário Penna e Hospital Borges da Costa. A Santa Casa de Misericórdia também possui o serviço de quimioterapia, mas, não possui sala de espera diferenciada, a sala de espera é única, ou seja, é a sala de espera–triagem. Este último estabelecimento também oferece o serviço de radioterapia e a sala de espera é comum aos dois setores.

A partir dos critérios mencionados as instituições e as salas de espera selecionadas estão dispostas no QUADRO 2.

QUADRO 2: Centro de alta complexidade em oncologia e as Salas de Espera escolhidas

Instituição	Sala de Espera
Hospital Mário Penna	Quimioterapia
Hospital Mário Penna	Triagem
Santa Casa de Misericórdia	Triagem
Hospital Borges da Costa	Quimioterapia
Hospital Borges da Costa	Triagem

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

3.2. Os hospitais pesquisados e suas salas de espera

De acordo com a metodologia foram escolhidos três hospitais para testar as hipóteses dessa pesquisa. Todos são classificados segundo o Ministério da Saúde como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), conforme mencionado anteriormente. Cada um deles possui especificidades que serão

mostradas a seguir, relacionadas ao início do surgimento, morfologia, mobiliários, procedimentos adotados, classificação e tipo de tratamento oferecido.

3.2.1. Hospital Mário Penna

Hospital Mário Penna é um centro avançado para atendimento pelo SUS. Começou suas atividades com um espaço precário e improvisado, que o Governo do Estado de Minas Gerais destinava a pacientes em estado terminal de câncer. O local era chamado de “depósito”, porque ali os internos só esperavam a morte, não tinham esperança. Era fechado às seis horas da tarde e reaberto ao amanhecer, para a retirada dos corpos das pessoas que haviam morrido durante a noite, sem nenhuma assistência. Esta característica histórica atribuída aos hospitais de que as pessoas muito doentes eram excluídas da sociedade para aguardar a morte pode ser vista no item 2.2.1 desse trabalho.

A Fundação Mário Penna buscou na sensibilidade humana a força para seguir em frente. No início, o trabalho era feito por algumas pessoas, que começaram a visitar os doentes e sair às ruas, com um álbum de fotos dos pacientes, procurando ajuda para salvar vidas. Hoje a fundação é referência nacional no tratamento oncológico. A instituição conta atualmente com dois lares, um para idosos e outro para crianças, além de dois hospitais: Hospital Mário Penna e Hospital Luxemburgo.

Todas as informações colocadas nesse trabalho foram cedidas pela própria fundação: o histórico, os resultados estatísticos e as plantas arquitetônicas. Com relação à trajetória da instituição desde seu surgimento até os dias atuais, merecem destaque alguns fatos.

Em 1971, foi criada a Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna, com a missão de prover a instituição dos recursos necessários a uma subsistência

adequada, porque no início o que se podia fazer era proporcionar conforto moral aos pacientes em fase terminal.

Quatro anos mais tarde, foi iniciada uma ação médica permanente no local por meio da colaboração de alguns médicos. No mesmo ano de 1974, um grupo de senhoras fundou a Associação de Voluntárias, que passou a dar mais carinho e atenção aos doentes.

O Estado doou à Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna o imóvel onde hoje se localiza o Hospital, em 1975. E, foram obtidos recursos para a construção do primeiro bloco cirúrgico. O Hospital Mário Penna foi o primeiro a ser construído, dos dois hospitais atuais pertencentes à Fundação.

No ano de 1976, foram instalados Núcleos Regionais de Voluntários, que atualmente funcionam em 65 municípios mineiros, como postos avançados de atendimento. Casos suspeitos de câncer são encaminhados para o Hospital Mário Penna, em Belo Horizonte. Esse fato é importante porque o hospital é referência no tratamento do câncer e atende um número elevado de pessoas de outras cidades, vindas do interior do Estado de Minas Gerais.

Em 1986 foi inaugurado o Instituto Mineiro de Oncologia, que depois se transformou no Hospital Luxemburgo, o segundo hospital da Fundação.

Foi somente no ano de 2000 que surgiu a Fundação Mário Penna, que visava garantir a continuidade da excelente assistência social prestada pelos amigos e voluntários do Mário Penna e profissionalizar a administração. Como fundação, abriu novos campos para a captação de recursos. Fato que resultou na inauguração do novo Hospital Mário Penna, amplo e funcional, dotado dos mais avançados equipamentos.

Com o passar dos anos consolidou-se uma gestão profissional austera, firme, objetiva e evoluída, graças à união de esforços dos Conselhos e da alta

direção. Depois disso, todas as unidades da Fundação Mário Penna passaram a receber constantes melhorias funcionais, estruturais e tecnológicas. Treinamentos e especializações garantiram o aperfeiçoamento e melhor capacitação do corpo clínico e dos funcionários de todos os níveis. O objetivo foi humanitário: atender e socorrer pessoas carentes – de forma cada vez mais ampla, eficiente e digna.

Mais recentemente, no final do ano de 2008, começou a funcionar o Centro de Quimioterapia em prédio anexo ao Hospital Mário Penna. Esta edificação abriga uma das salas de espera alvo de investigação, chamada nesta pesquisa de Sala de Espera – Quimioterapia.

O Hospital Mário Penna, considerado CACON II, atualmente, dispõe de recursos para o tratamento oncológico: ambulatórios, enfermarias, farmácia e laboratório de hematologia, bioquímica, urinálise e parasitologia. Tudo para atender com conforto e eficiência os paciente e seus familiares.

Para garantir que toda a capacidade de atendimento do Hospital Mário Penna seja voltada para o tratamento oncológico, é necessária uma indicação prévia, através de outros serviços de apoio à saúde, com diagnóstico ou suspeita de câncer. É importante ressaltar que pacientes mais graves ou que precisam de recursos e equipamentos mais avançados são encaminhados ao Hospital Luxemburgo, integrante da mesma fundação do Hospital Mário Penna. Porém apenas o Hospital Mário Penna foi alvo de análise.

O Hospital Mário Penna possui atualmente, 60 leitos, sendo considerado de pequeno porte e conta com um total 164 funcionários. O hospital atualmente assiste pessoas a partir dos 14 anos, porém, prestam atendimento pediátrico, quando necessário. Segundo informações da coordenação, a maioria dos pacientes é do interior de Minas Gerais.

De acordo com os dados fornecidos pelo hospital por meio do serviço de arquivamento médico (SAME), no ano de 2007 foram realizadas um total de 37.408 ou 3.117 / mês consultas médicas, entre primeiras consultas e retornos. Em 2008 este número aumentou para 38.704 ou 3.225 / mês consultas realizadas. Já em 2009, até o mês de agosto foram realizadas 27.825 ou 3.478 por mês. Esses dados comprovam que a taxa de incidência de pessoas que buscam atendimento na área de oncologia está aumentando.

A estrutura física do Hospital Mário Penna é composta por uma edificação principal de três pavimentos e algumas construções anexas, uma delas abriga a Unidade de Quimioterapia, setor que foi objeto de investigação. A implantação dessas construções pode ser visualizada na Fig. 5 que mostra a planta de situação do Hospital Mário Penna.



FIGURA 3: Planta de situação do Hospital Mário Penna

Fonte: Plantas arquitetônicas fornecidas pelo hospital. Apresentação elaborada pelo autor, 2009.

A Fig. 3 foi apresentada para mostrar a morfologia das edificações que abrigam algumas das salas de espera selecionadas. Uma pertencente à Unidade de quimioterapia e a outra localizada no prédio principal do hospital. As construções estão inseridas num mesmo terreno e possuem interligação interna, como pode ser observado.

No prédio principal, os setores estão dispostos nos pavimentos da seguinte forma:

- Pavimento térreo: área de recepção, **sala de espera - triagem**⁹, marcação de consultas e SAME, administração, farmácia, almoxarifado, central de material esterilizado, serviço de nutrição e dietética, refeitório para funcionários, agência transfusional, vestiários de funcionários e ambientes de apoio¹⁰.
- 1º pavimento: apoio ao diagnóstico, centro cirúrgico com três salas, laboratório de análises clínicas, sala de coleta de sangue, duas salas de raios-x, sala para contraste, sala de endoscopia, sala de ultra-sonografia e consultórios ambulatoriais de ginecologia, urologia, clínico e dermatologia, ambientes de apoio.
- 2º pavimento: internação com enfermarias, posto de enfermagem, sala de cuidados intermediários (UTI intermediária) e ambientes de apoio.

A Fig. 4 mostra a foto externa do Hospital Mário Penna no período da investigação, novembro de 2008 a novembro de 2009.

⁹ Grifo da autora, por constituir um dos ambientes alvo de análise.

¹⁰ Os ambientes de apoio são considerados pela RDC nº 50 (2002), sanitários, banheiros, salas de utilidades, depósito de material de limpeza, copa, depósito de materiais e equipamento, entre outros.



FIGURA 4: Foto externa do Hospital Mário Penna, prédio principal
Fonte: trabalho de campo, 2008.

A Fig. 5 apresenta a planta arquitetônica do pavimento térreo, onde se localiza a sala de espera – triagem.

A sala de espera – triagem se localiza próxima a entrada principal do hospital e possui uma área estimada de 83m². O acesso da rua é feito através de rampa bastante inclinada (acima de 10%). O fluxo inclui pacientes, acompanhantes, funcionários e fornecedores numa só entrada. Existe fluxo intenso de pessoas, cadeiras de rodas e macas no local.

O pé-direito é alto, com aproximadamente, 5 metros. Não há ventilação natural, como pode ser observado na Fig. 5. A ventilação é feita pela porta principal que fica constantemente aberta e por meio de ventilação mecânica (ventiladores e exaustores). A iluminação natural é a zenital feita por uma cobertura translúcida existente. Esta área é uma adaptação de uma antiga área descoberta localizada junto à divisa lateral do terreno.

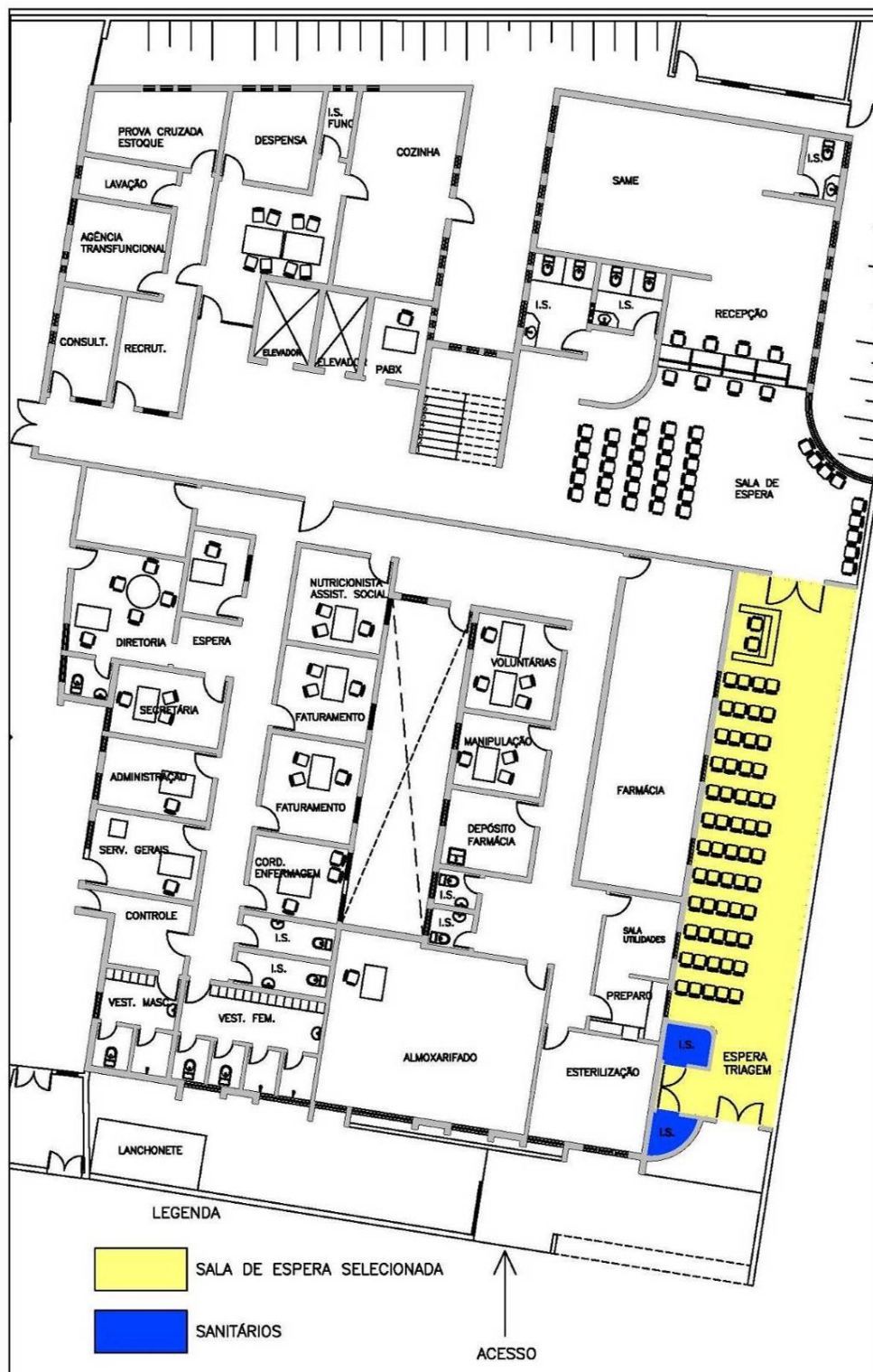


FIGURA 5: Planta arquitetônica do pavimento térreo do prédio principal do Hospital Mário Penna

Fonte: Hospital Mário Penna (apresentação elaborada pela autora, 2009).

A área contém dois sanitários (feminino e masculino), um bebedouro e um telefone público. Atualmente, existe um balcão de recepção alto e um total de 58 cadeiras para as pessoas aguardarem o atendimento.



FIGURA 6: Foto da sala de espera - triagem do Hospital Mário Penna, prédio principal
Fonte: trabalho de campo, 2009.

O prédio anexo que abriga a Unidade de quimioterapia possui dois pavimentos, entretanto, somente o pavimento térreo é utilizado para a quimioterapia. Este pavimento contém: área de recepção, **sala de espera**¹¹, consultórios médicos, sala de aplicação de medicação e ambientes de apoio.

A unidade de quimioterapia possui um total de 27 leitos, dos quais um é de urgência, 22 são poltronas e 4 são camas. Os turnos da aplicação de quimioterápicos seguem os seguintes horários: 8:30h, 11:00h, 14:00h e 16:00h.

A Fig. 7 mostra a foto externa do Hospital Mário Penna, Unidade de Quimioterapia (prédio anexo), no período da investigação, novembro de 2008 a novembro de 2009.

¹¹ Grifo da autora, por este constituir-se um dos ambientes, alvo de análise.



FIGURA 7: Foto externa da Unidade de Quimioterapia do Hospital Mário Penna, prédio anexo

Fonte: trabalho de campo, 2009.

A foto mostra a entrada principal da unidade por onde os pacientes e acompanhantes chegam à sala de espera. Existe uma área de estacionamento de veículos, onde alguns funcionários da instituição deixam seus carros.

A sala de espera – quimioterapia possui aproximadamente 46m² e se localiza próxima a rua (Fig. 8). O acesso é feito através de rampa pouco inclinada (abaixo de 8,33%) e o fluxo é cruzado e intenso. Circulam pela área de espera, pacientes, acompanhantes, funcionários, carrinhos de limpeza e materiais. Existe também no local um fluxo de cadeiras de rodas e macas. Esta área se configura numa passagem para os consultórios de atendimento médico, para a sala administrativa, para a sala de aplicação de quimioterápicos e para outra sala de espera.



FIGURA 9: Foto da sala de espera – quimioterapia do Hospital Mário Penna, prédio anexo
Fonte: trabalho de campo, 2009.

3.2.2. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Em 1898, um grupo de 46 pessoas, percebendo a carência de assistência médica aos menos favorecidos, principalmente indigentes, formaram a Associação Humanitária da Cidade de Minas, o primeiro passo para a construção de um hospital que pudesse atender a parcela carente da população belo-horizontina. Nascia a instituição Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, que assim passou a ser chamada a partir de 21 de abril de 1900.

Em fins da década de 1940, decidiu-se pela construção do prédio onde hoje são atendidos os pacientes encaminhados pelo SUS e convênios, além de ambulatórios, instalações médicas e administrativas.

A instituição foi importante marco da medicina mineira, que, dentre outros valores, foi berço da Faculdade de Medicina, da UFMG, e da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

O Complexo Hospitalar José Maria Alkmim, conhecido como Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte é o terceiro maior Complexo Hospitalar do País. É formado por unidades de internação, com 943 leitos em operação e diversas instalações que apóiam as atividades médicas e hospitalares do Grupo Santa Casa, atendendo a pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS, particulares e convênios. Fazem parte do Complexo Hospitalar os seguintes hospitais:

- Hospital Emygdio Germano (Fig.12)
- Hospital São Lucas



FIGURA 10: Foto da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
Fonte: www.santabarbarasa.com.br/Cmi/Media.aspx?134

Hospital Emygdio Germano (Hospital Central)

Maior núcleo de prestação de serviços assistenciais de Minas Gerais, o Hospital Emygdio Germano pertencente ao Complexo Hospitalar José Maria Alkmim, é dotado de 839 leitos em operação, sendo 90% destes destinados ao SUS. Atua em 32 especialidades, dentre elas, Clínica, Cirúrgica e Pediátrica.

Nessa estrutura predial concentram-se também a Maternidade Hilda Brandão, a Pediatria, os Centros de Tratamento Intensivo Adulto e Infantil, o Centro de Diagnóstico e Tratamento, o Ambulatório Mello Alvarenga, o Centro Cirúrgico, a Clínica de Olhos, as Unidades de Nefrologia, Quimioterapia e Radioterapia e as enfermarias da Clínica Médica, Cardiologia e Neurologia.

Unidade de Oncologia – Quimioterapia e Radioterapia

Na década de 40, num ato de pioneirismo, a Santa Casa criou o Serviço de Braquiterapia - Radioterapia, trazendo da Suécia a técnica e o material para o tratamento de câncer ginecológico. Desde então, é um grande Centro de Tratamento do Câncer e realiza tratamento em metade dos pacientes cancerosos da Capital e em 1/3 do Estado. São pacientes que se submetem à quimioterapia (tratamento sistêmico, por via venosa ou oral) e à radioterapia (tratamento localizado). É desenvolvido também um importante trabalho psicoterápico, que proporciona aos pacientes internados melhor qualidade de vida, uma vez que necessitam de suporte psicológico.

Sua estrutura comporta 40 leitos destinados aos pacientes adultos e 10 leitos aos pacientes infantis. O setor de quimioterapia é terceirizado e conta com 45 funcionários, o atendimento é feito 90% pelo SUS e 10% pelos convênios de saúde. São dois turnos de atendimento a pacientes externos, manhã e tarde e o horário é de 07:00h às 19:00h. Já o serviço de radioterapia pertence à Santa Casa, sendo 98% SUS e 2% convênio. O setor possui 21 funcionários e três turnos de atendimento, nos seguintes horários: 1º turno – 07h à 12:00h; 2º turno - 12:00h às 17:00h e 3º turno - 17:00h às 21:45.

Os resultados¹² mostram que no ano de 2007, 911 pacientes foram atendidos no setor de radioterapia. Este número caiu em 2008, sendo que 886 pacientes

¹² Todas as informações colocadas nesse trabalho foram cedidas pela própria instituição, o histórico, os resultados estatísticos e as plantas arquitetônicas.

receberam atendimento médico. Já em 2009, até o mês de agosto, houve um total de consultas de 551 pacientes. Com relação aos exames de radioterapia, no ano de 2007 foram registrados 82.827 ou 6.902 / mês exames. Em 2008, este número caiu consideravelmente, sendo, 58.558 ou 4.879 / mês exames realizados. E, em 2009, o número voltou a aumentar para 35.203 ou 4.400 / mês exames até agosto, mês de recebimento dos dados.

O setor de quimioterapia realizou um total de 25.306 ou 2.108 / mês atendimentos médicos em 2007 e 11.896 ou 991 / mês aplicações de quimioterápicos. No ano de 2008 foram realizadas 25.422 ou 2.118 / mês consultas e aplicados 12.476 ou 1.039 / mês medicamentos, ou seja, houve um aumento do índice. Até agosto de 2009, o número total de consultas foi de 17.088 ou 2.136 / mês e de aplicações 8.387 ou 1.048 / mês.



FIGURA 11: Foto externa da entrada da Unidade de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia

Fonte: trabalho de campo, 2009.

A unidade de oncologia da Santa Casa está setorizada no subsolo do prédio principal, estando 90 centímetros abaixo do nível da rua. A entrada para esta unidade é independente do acesso principal do prédio, por causa desse

desnível. Os setores de quimioterapia e radioterapia estão inseridos dentro de uma mesma unidade e estrutura física, possuindo uma sala de espera integrada. A entrada independente da unidade de oncologia pode ser visualizada na Fig. 11.

A Fig. 12 mostra a separação física dos dois setores e a sala de espera em comum. Apesar de cada setor conter um balcão de recepção, o espaço destinado à sala de espera é único, assim como o acesso principal.

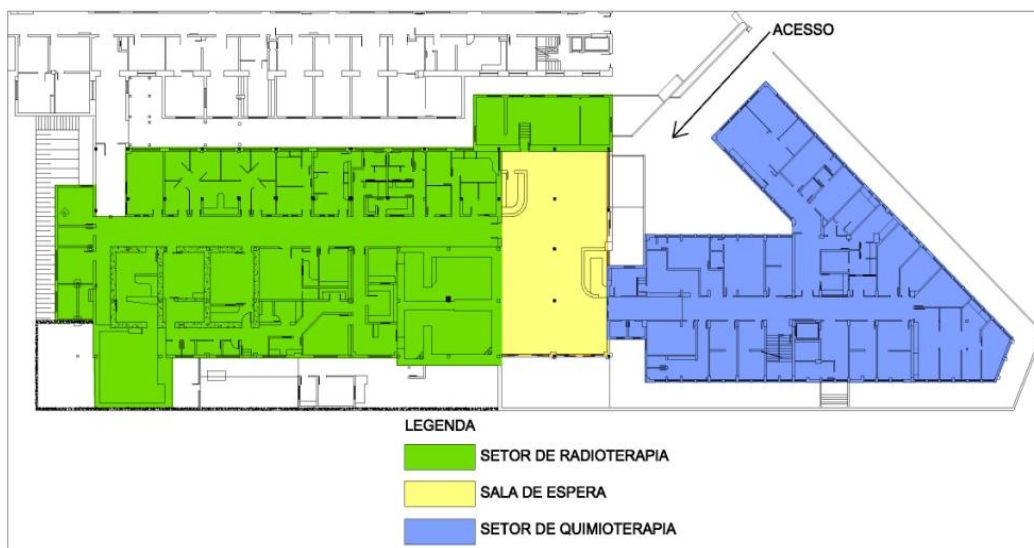


FIGURA 12: Planta arquitetônica da Unidade de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia
Fonte: Hospital Mário Penna (apresentação elaborada pela autora, 2009).

A unidade de oncologia ocupa apenas um pavimento do hospital: de um lado, fica o setor de quimioterapia, e do outro, o setor de radioterapia. O primeiro é composto por área de recepção, **sala de espera**¹³, consultórios médicos, administração, assistência social, psicologia, enfermagem, sala de aplicação de quimioterápicos e ambientes de apoio. O segundo, além das áreas de recepção e espera possui administração, assistência social e psicologia, salas de exames (cobalto, HDR, tomógrafo, betaterapia, radiação, acelerador linear, radioterapia convencional), consultórios médicos, área de observação, sala de

¹³ Grifo da autora, por constituir-se ambiente alvo de análise.

máscaras, sala de física médica e ambientes de apoio. As Fig. 13 e Fig. 14 apresentam cada setor quimioterapia e radioterapia, respectivamente.



FIGURA 13: Planta arquitetônica da Unidade de Quimioterapia

Fonte: Santa Casa de Misericórdia (apresentação elaborada pela autora, 2009).

A sala de espera da unidade de oncologia da Santa Casa de Misericórdia pode ser acessada por uma rua local. Depois que passa o portão, existe uma área plana com bancos e jardins. É um local que muitas vezes são estacionados ambulâncias ou carros. Para chegar à sala de espera, as pessoas descem uma rampa inclinada, pois toda a unidade está localizada no subsolo, 90 cm abaixo do nível da rua.

A sala de espera é ampla com área total estimada de 240m², possui dois balcões de recepção, um de cada setor e um jardim. Os sanitários existentes estão localizados dentro de cada unidade, não existem sanitários na sala de espera. Este espaço possui hoje, um total de 72 cadeiras em agrupamentos de assentos coletivos. Para o entretenimento das pessoas que aguardam, a sala



FIGURA 15: Foto da sala de espera e balcão de recepção. Santa Casa
Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 16: Foto da sala de espera. Santa Casa
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

3.2.3. Hospital das Clínicas – Hospital Borges da Costa

Em 1922, foi inaugurado o primeiro hospital no Brasil para tratamento específico do câncer, denominado Instituto de Radium, devido às inquietações

recorrentes sobre o crescente número de casos da doença. O terreno onde foi construído localiza-se atrás do Parque Municipal, próximo à Faculdade de Medicina e foi cedido pela Prefeitura de Belo Horizonte. Em 1950, com o falecimento de Borges da Costa, seu fundador e primeiro diretor, o instituto passou a chamar-se, em sua homenagem, Hospital Borges da Costa.

Segundo Pinto (1995, p.38) o prédio (Fig.17) foi construído em estilo arquitetônico clássico, com fachadas ornadas por colunas gregas, com uma instalação eficiente, provido de mobiliários, material cirúrgico e especializado com raios-x e *radium*. O objetivo era organizar um instituto autônomo para o estudo do *radium* e demais substâncias radioativas, além de aplicações terapêuticas, pesquisa científica e tratamento do câncer¹⁴.



FIGURA 17: Fachada do Hospital Borges da Costa

Fonte: <http://www.ufmg.br/online/arquivos/hospborges.jpg>

¹⁴ Uma contribuição importante para o funcionamento deste centro foi a doação de Madame Curie de tubos de *radium* ao estabelecimento. Marie Curie, física, nascida em Varsóvia em 1867, foi responsável por pesquisas envolvendo a substância química *radium* e a descoberta do seu potencial radioativo.

O Hospital Borges da Costa era um patrimônio público e a família Borges da Costa o mantinha. Entretanto, com a crise financeira e a escassez de recursos para a saúde a família transferiu o bem para o patrimônio da UFMG, segundo relatos de Silva (2009, p.88). Após alguns fatos ocorridos relacionados à administração, o prédio foi abandonado e ilegalmente ocupado por alunos da UFMG. Por localizar-se próximo a Faculdade de Medicina, os alunos passaram a residir e a comer no hospital, que se tornou uma espécie de internato de alunos. O primeiro instituto para tratamento do câncer no Brasil, infelizmente, se transformou em moradia estudantil. A situação chegou a tal ponto de depredação e precariedade que foi proposto a demolição do prédio. Felizmente, muitas pessoas se pronunciaram contra esta idéia.

Atualmente, o Hospital Borges da Costa pertence ao Hospital das Clínicas e está inserido no chamado Campus Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. Aos poucos, foi-se recuperando o prédio, eliminando-se a moradia estudantil. Instalou-se a cirurgia em nível ambulatorial e, em 2005, foram reformadas as instalações e implantados os serviços de hematologia, endocrinologia e **oncologia**¹⁵.

De acordo com o relatório estatístico do Hospital das Clínicas¹⁶, no ano de 2007 foram realizadas um total de 12.606 ou 1.050 / mês atendimentos de hematologia e quimioterápicos. Em 2008 este número aumentou para 13.144 ou 1.095 / mês atendimentos. Em 2009, até o mês de julho já tinham sido realizados 8.331 ou 1.190 / mês atendimentos.

Apesar de pertencer ao Hospital das Clínicas, o Hospital Borges da Costa possui estrutura física independente. Sua localização é nos fundos da Escola de Medicina, portanto, distante da rua. Para se chegar ao prédio é necessário passar pelo pórtico de entrada principal do campus, atravessar uma área de

¹⁵ Grifo da autora.

¹⁶ Todas as informações colocadas nesse trabalho foram cedidas pela própria instituição, o histórico, os resultados estatísticos e as plantas arquitetônicas.

estacionamento e virar à direita. A Fig.18 mostra esta localização do prédio dentro do Campus Saúde.

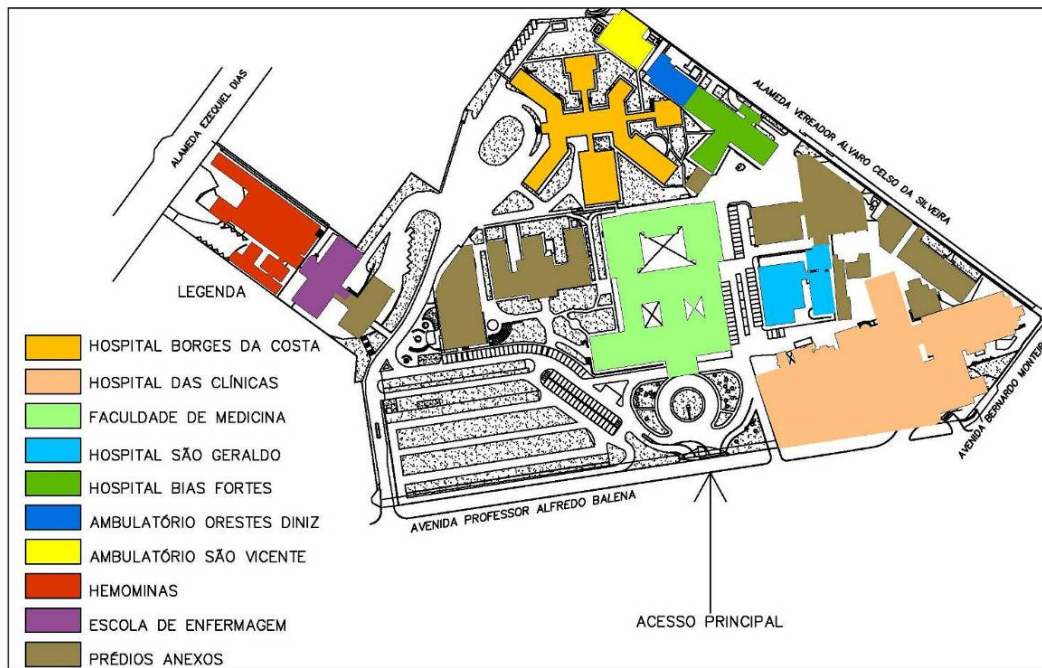


FIGURA 18: Planta de situação do Campus Saúde

Fonte: Hospital das Clínicas (apresentação elaborada pela autora, 2009).

O hospital é formado por pavilhões que abrigam as unidades de Endocrinologia, Centro de investigação de Minas Gerais, Cirurgia ambulatorial, Enfermaria Leito dia, Hematologia e Quimioterapia. Possui 2 pavimentos: um térreo e um subsolo. O pavimento térreo é acessado por uma rampa, como pode ser observado na Fig.17. Uma das salas de espera objeto de análise localiza-se bem próxima à entrada e foi denominada de **espera-triagem**¹⁷. A outra sala de espera pertence à unidade de oncologia (aplicação de quimioterápicos) e está inserida no corredor desta unidade. O nome dado a esta última foi **espera-quimioterapia**¹⁸. As duas salas de espera investigadas podem ser visualizadas na Fig. 19.

¹⁷ Grifo da autora

¹⁸ Grifo da autora

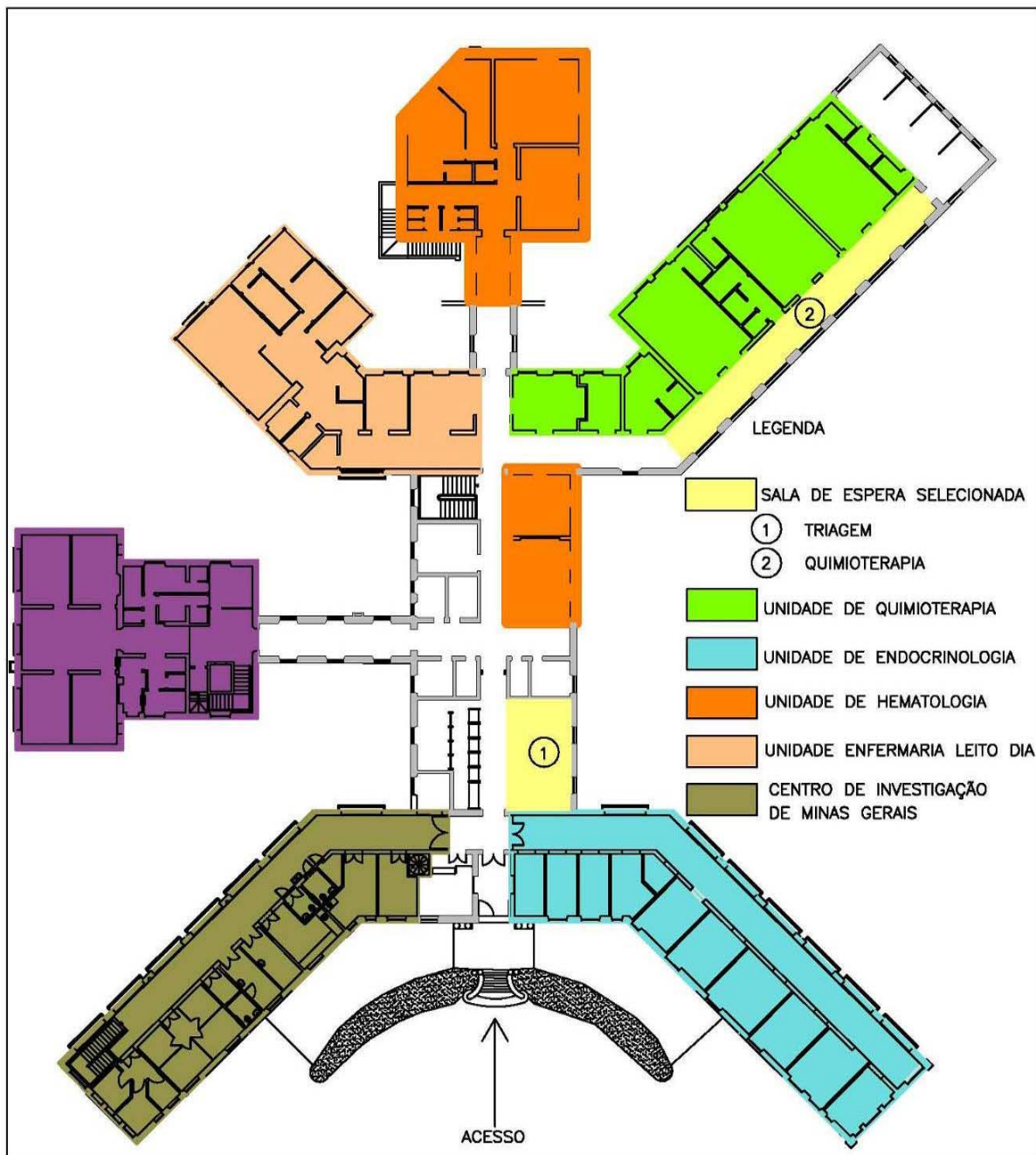


FIGURA 19: Planta pavimento térreo Hospital Borges da Costa

Fonte: Hospital das Clínicas (apresentação elaborada pela autora, 2009).

A sala de espera-triagem é acessada por todas as pessoas que entram na instituição, sendo o primeiro ambiente depois da portaria. A maioria das pessoas que entram no hospital busca o serviço de quimioterapia (aplicação de

medicação), como verificado nas entrevistas. Por isso esta sala foi selecionada como objeto de estudo.

Esta sala de espera possui área total estimada de 36,5m², sem contar com a área de recepção e registro. Contém 54 assentos sobre longarinas duras e 24 cadeiras sobre longarinas com assento e encosto almofadado, o número total de cadeiras é 78. A área de registro é composta por um balcão alto, dividido em 6 partes. Os sanitários existentes estão localizados próximos a sala de espera. A ventilação e iluminação são naturais através de janelas e portas grandes, que permanecem constantemente abertas. O pé-direito é de aproximadamente 5 metros. Esta sala de espera-triagem não se localiza exatamente na circulação / corredor, porém, entre a área de espera e a área de registro existe o eixo principal de circulação do hospital, que dá acesso a todas as unidades (Fig.20).

Outra questão observada é que as pessoas que aguardam o atendimento observam o fluxo constante de pacientes, funcionários, fornecedores e materiais que passam por esta circulação principal. Para o entretenimento das pessoas que aguardam o atendimento, o ambiente tem uma televisão pequena.

A outra área de espera selecionada é exclusiva do setor de quimioterapia. Esta área pertence só a esta unidade, estando localizada no corredor, ou seja, não há uma sala destinada à espera de pacientes e acompanhantes. Depois que as pessoas passam pela triagem, elas se direcionam a esta área para aplicação de quimioterápicos.

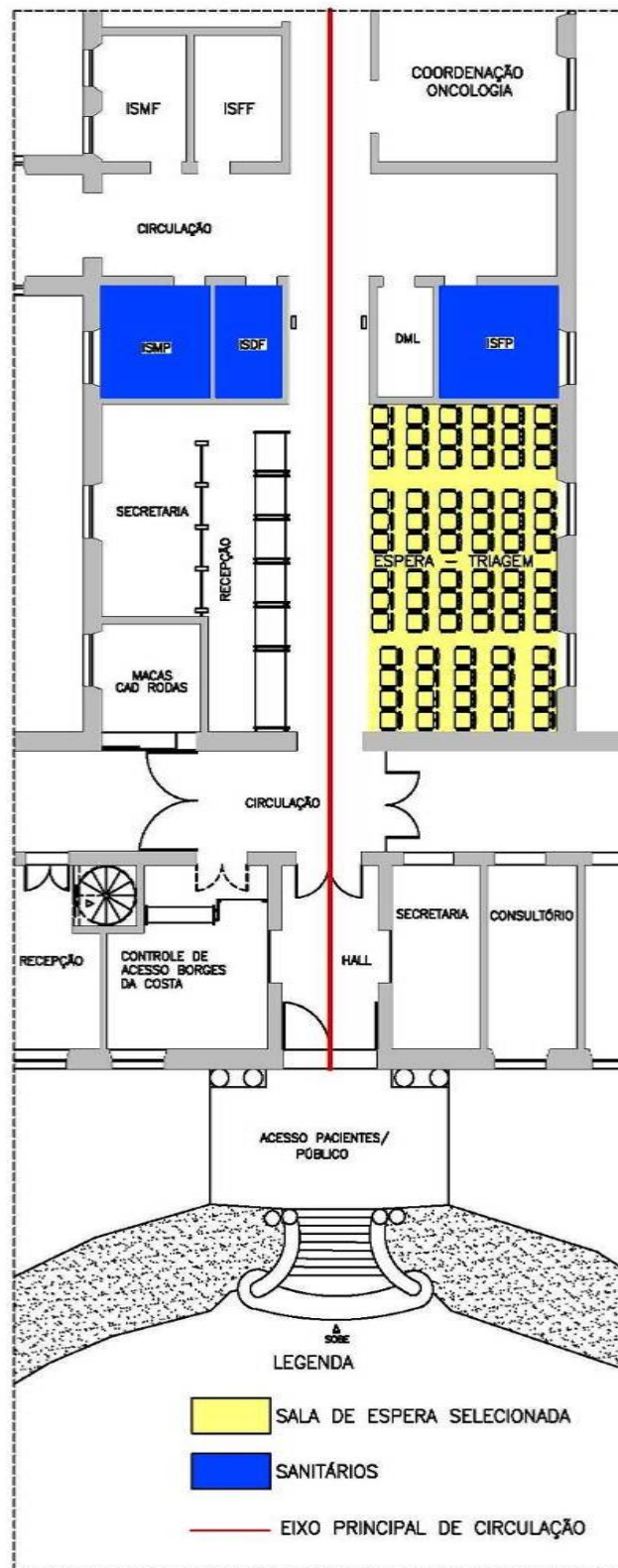


FIGURA 20: Planta sala de espera-triagem, Hospital Borges da Costa
 Fonte: Hospital das Clínicas (apresentação elaborada pela autora, 2009).

Essa figura mostra o eixo de circulação do hospital e a separação que existe entre a sala de espera e a área de recepção e registro.



FIGURA 21 e FIGURA 22: Fotos sala de espera-triagem, Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Esse pavilhão do hospital possui três salas para aplicação de medicação, além de posto de enfermagem e ambientes de apoio, que são: sala de utilidades, depósito de material de limpeza, sala de limpeza de materiais e sanitários para os pacientes dentro das salas de aplicação. Alguns acompanhantes utilizam esses sanitários pela inexistência de outro próximo à área de espera. Há janelas grandes na circulação, (Fig.23) fazendo com que a ventilação e a iluminação sejam naturais e adequadas.

Esta área não possui sanitários próximos, as pessoas devem se deslocar até os sanitários contíguos a outra sala de espera ou utilizar os de outras unidades.

Esta área de circulação possui 63m², com 2,25 metros de largura. Ela abriga hoje em torno de 23 cadeiras, sendo algumas com assentos coletivos, e outras separadas e individuais. E, também cinco bancos de madeira. Este número de assentos às vezes varia, porque as cadeiras e bancos são retirados ou colocados dependendo da situação. Nesta espera/circulação há um bebedouro e um armário com revistas e jornais, utilizadas como entretenimento (Fig.24).



FIGURA 23: Foto da área de espera-quimioterapia, Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 24: Foto da área de espera-quimioterapia, Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2010.

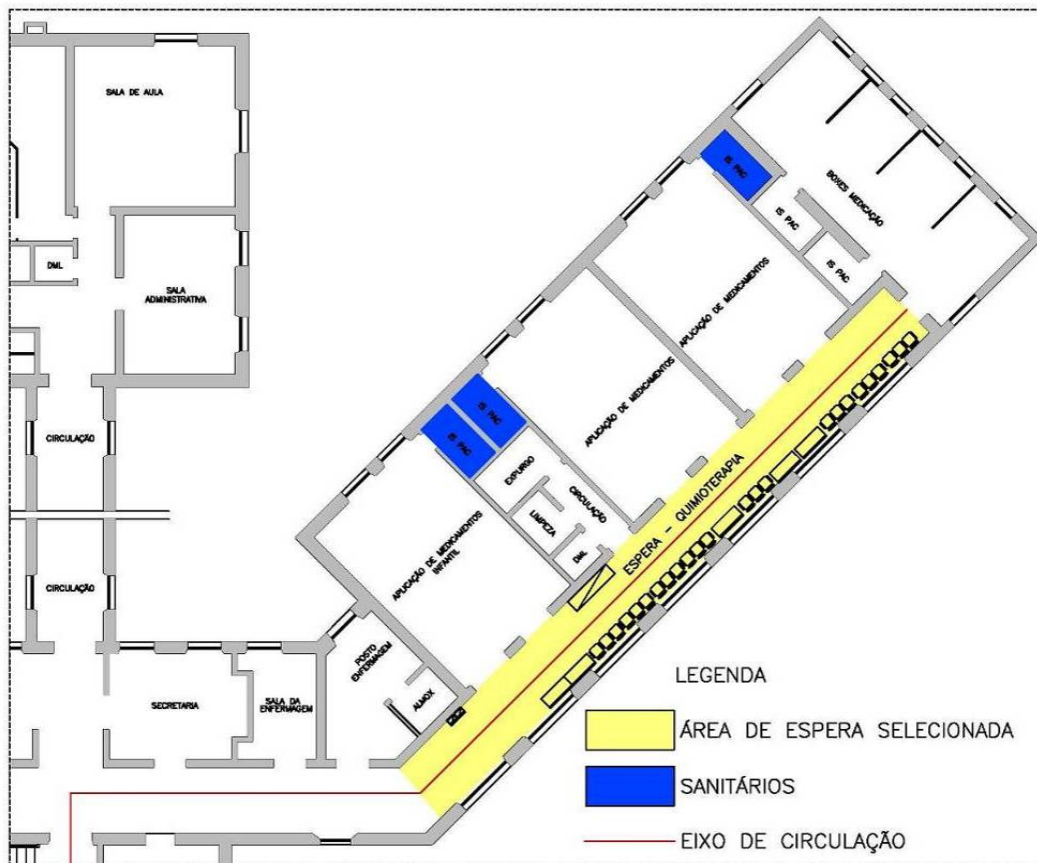


FIGURA 25: Planta área de espera-quimioterapia, Hospital Borges da Costa
 Fonte: Hospital das Clínicas (apresentação elaborada pela autora, 2009).

4 Procedimento de Análise

A investigação teórica da hipótese formulada e a possibilidade de sua aplicação no contexto das salas de espera dos hospitais especializados no tratamento oncológico tornaram-se possível pela aplicação de materiais e métodos que visam entender as características das áreas de socialização e o comportamento das pessoas. A metodologia utilizada exigiu três fases de estudo.

A primeira fase constituiu a identificação dos elementos existentes nos ambientes através de ensaios etnográficos. Foi feito, em trabalho de campo, observação direta não participativa com o intuito de avaliar as ocorrências na rotina das instituições pesquisadas a fim de fazer um diagnóstico da situação. Esta fase está relacionada com os fatores materiais expostos no caráter técnico-funcional da revisão de literatura, que evidencia o que é possível verificar com observação. Todas as observações propiciaram material para a realização da segunda fase da pesquisa de campo.

A segunda fase teve como objetivo o entendimento da percepção dos usuários dos espaços, ou seja, como pacientes, acompanhantes e funcionários avaliam os espaços e a identificação do perfil dessas pessoas. Isso foi possível através de questionários estruturados e entrevistas. O resultado dessa fase tornou viável a realização da terceira fase, os testes.

A terceira fase é composta por testes nos locais pesquisados para avaliar o comportamento das pessoas frente às mudanças na configuração das salas de espera. Tem como objetivo testar as hipóteses da pesquisa.

4.1. Métodos e Materiais

As três fases compõem as etapas de desenvolvimento de análise e coleta de dados dos locais pesquisados, sendo utilizados os seguintes materiais e métodos (QUADRO 3).

QUADRO 3: Materiais e Métodos utilizados em cada fase de análise

Métodos	1ª fase	2ª fase	3ª fase
Pesquisa documental	X		
Observação direta não participativa	X		X
Entrevistas		X	X
Aplicação de questionários		X	
Testes			X
Levantamento <i>in loco</i>	X		X
Materiais			
Relatórios	X	X	X
Questionários estruturados		X	
Registro iconográfico	X		X

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

A seguir a definição dos métodos e materiais utilizados.

Pesquisa documental – foi o método utilizado como passo inicial na fundamentação teórica, para o delineamento conceitual e teórico sobre a temática, apresentada acima. A 1ª fase está relacionada aos documentos fornecidos pelos hospitais escolhidos com os seguintes dados: histórico da instituição, plantas arquitetônicas, número de atendimentos realizados mês a mês e anual (consultas e exames), nos anos de 2007, 2008 e 2009, os turnos e horários da realização de exames, número de funcionários da unidade, tipo de atendimento prestado a população, SUS ou convênio de terceiros. Esses dados foram importantes para a pesquisadora conhecer as características físicas e funcionais das instituições e delinear o perfil de cada uma. Essa fase foi apresentada no capítulo 3 desse trabalho.

Observação direta não participativa – este método foi adotado levando em consideração a revisão bibliográfica sobre estudos etnográficos para a compreensão da cultura local. O objetivo foi a observação da realidade e da experiência vivenciada nos ambientes. Como produto desse método foi produzido um diário de campo (APÊNDICE F). As anotações feitas no diário de campo correspondem às impressões da pesquisadora sobre cada sala de espera, relacionadas às características do caráter técnico-funcional e do caráter simbólico e aos itens observados correspondentes a essas características.

As características importantes que devem compor as salas de espera são: autossuficiência, soberania, funcionalidade, dimensionamento, conforto ambiental, segurança e flexibilidade. As características simbólicas estão relacionadas ao comportamento das pessoas nos espaços, às atitudes e atividades realizadas, ao conforto psíquico e mental e à ambiência psicológica. Foi feita uma “descrição densa” da realidade (Geertz, 1989, p.4) através das observações e coleta de dados dos locais pesquisados. O QUADRO 4 mostra a relação das características com os itens observados.

QUADRO 4: Observação direta das salas de espera

Características técnico-funcionais	Itens observados
Autossuficiência	Ambientes que compõem a sala de espera
Soberania	Situação territorial; Definição de passagens, circulações e acessos (rampas, barreiras físicas)
Funcionalidade	Articulação dos setores; Forma dos espaços; Layout do ambientes; Tempo de espera
Dimensionamento	Dimensionamento do espaço; Dimensionamento do mobiliário
Conforto ambiental	Iluminação; Ventilação; Ruído
Segurança	Manutenção
Flexibilidade	Múltiplos usos; Alterações em função do tempo; Rearticulação do layout
Características simbólicas	Itens observados
Padrão de comportamento	Atividades realizadas; Tempo de espera / tratamento
Segurança	Se sentir seguro (equipe treinada, tecnologia, vigilância)
Conforto psíquico e mental	Existência de elementos de entretenimento; Relacionamento com outros usuários; Preferências; Tempo de espera
Ambiência psicológica	Impressão do lugar (triste, alegre,

	sombrio); Luminosidade; Cor; Abertura para exterior; Natureza
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Muitos dos itens observados se repetem dependendo das características. Com o resultado dessa análise foi possível elaborar dois questionários estruturados para serem aplicados. Um, para os pacientes e acompanhantes e o outro, para os funcionários.

Como pode ser constatada no Quadro 3, a observação direta fez parte das fases 1 e 3 da pesquisa. Na 1ª fase essa técnica ajudou na compreensão da realidade dos espaços pesquisados e na 3ª fase auxiliou na verificação das hipóteses.

Entrevistas e aplicação dos questionários estruturados – foi o método responsável pela busca de informações junto aos usuários dos hospitais, pacientes, acompanhantes e funcionários, para a identificação da percepção, da expectativa e da postura dessas pessoas sobre os ambientes hospitalares. As entrevistas fizeram parte da 2ª e 3ª fases, conforme indicado no QUADRO 3. Elas contribuíram para a aplicação dos questionários, realizados apenas na 2ª fase, e também após a realização dos testes simulados com o objetivo de responder as hipóteses.

Esse método é importante pela proximidade que o pesquisador tem com os usuários, possibilitando o contato direto. A utilização desse método foi possível devido ao parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer nº. ETIC 231/09 (ANEXO

A), que autorizou a pesquisa com seres humanos. Todas as três instituições emitiram cartas de autorização (ANEXOS C, D e E).

Foi necessária a elaboração de um questionário modelo para teste, que foi aplicado a 10 pessoas (pacientes e acompanhantes) num dos hospitais pesquisados. Verificou-se que este modelo estava com a diagramação confusa para o fácil entendimento das pessoas e não continha todas as perguntas necessárias. Foi elaborada, então, uma segunda versão do questionário (APÊNDICE D), que melhorou a diagramação e contemplou todas as perguntas importantes, considerando:

- O perfil de pacientes e acompanhantes;
- Questões relacionadas à espera pelo atendimento;
- Questões relacionadas ao ambiente da sala de espera;
- Questões relacionadas ao tratamento terapêutico.

Esse questionário foi adotado apenas para os pacientes e acompanhantes. Para os funcionários foi elaborado outro questionário a fim de dar suporte à análise realizada. Esse questionário (APÊNDICE E) contemplou o seguinte:

- O perfil dos funcionários;
- Questões relacionadas ao ambiente da sala de espera.

Pode ser verificado, no QUADRO 5, os critérios avaliados nos questionários de entrevista e os itens que os compõem.

QUADRO 5: Critérios avaliados e seus respectivos itens

Critérios avaliados	Itens / perguntas
Local	Instituição pesquisada Localização da Sala de espera
Perfil do entrevistado	Sexo Idade Escolaridade Residência Transporte utilizado Tipo de usuário (paciente, familiar ou acompanhante) A pessoa vai ao hospital sozinha ou acompanhada Tempo que frequenta o hospital Veze por ano que vai ao hospital Outra experiência em hospital
Espera pelo atendimento	Tempo de espera Atividade realizada Relacionamento com outras pessoas Preferências
Ambiente da sala de espera	Impressão do lugar Acessibilidade Conservação da estrutura física Conservação dos mobiliários Conforto das cadeiras Iluminação Ventilação Ruído Tamanho Preferências sobre a disposição das cadeiras Preferências sobre o balcão de recepção

	Preferências sobre a cor Entretenimento Sugestões
Tratamento terapêutico	Ambiente ajuda no tratamento Segurança Hospital de sua preferência Comparação entre hospitais

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Todos os questionários continham o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP (APÊNDICE B), na primeira folha. Os questionários só foram entregues às pessoas que aceitaram as condições do TCLE e colocaram seus dados pessoais e sua assinatura. 10% dos questionários de pacientes e acompanhantes foram feitos como uma entrevista estruturada, ou seja, a pesquisadora lia as perguntas e as pessoas respondiam. Isso aconteceu devido às condições físicas de algumas pessoas, cansaço e impossibilidade de escreverem. A análise isolou o efeito de influência da pesquisadora.

Testes – o método consiste em modificar a configuração das salas de espera com a flexibilização de mobiliários para verificar as possibilidades de influência do novo *layout* na postura, experiência e percepção dos usuários. O objetivo é a análise do comportamento das pessoas em situações diferentes de uso dos espaços, através de registro iconográfico (fotos). A modificação do *layout* das salas de espera foi feita após os atendimentos realizados no dia, já com as salas vazias. No dia seguinte às mudanças, analisou-se o comportamento das pessoas através de observação, registro e entrevista. Os testes compõem a 3ª fase da pesquisa.

Levantamento *in loco* – o levantamento é o método que está presente na 1ª e na 3ª fase. Na 1ª fase pode ser entendido como a atualização das plantas arquitetônicas fornecidas pelos hospitais e conhecimento das situações de rotina que acontecem nas salas de espera, como por exemplo, local de concentração de pessoas, atividades desenvolvidas em cada segmento do local. Esta análise foi possível através da observação direta.

Na 3ª fase o levantamento consistiu em verificar as possibilidades encontradas nos testes de flexibilização dos mobiliários, através de observação direta, entrevistas e registro iconográfico (fotos).

Com relação aos materiais utilizados, em todas as três fases foram produzidos relatórios no diário de campo. Os questionários estruturados, como citado anteriormente, também foram instrumentos de coleta de dados dos pacientes, acompanhantes e funcionários. O registro iconográfico foi possível através de fotografias das situações vivenciadas e sua posterior interpretação.

4.2. Amostragem

Para a realização dessa pesquisa adotou-se a amostra voluntária, ou seja, as pessoas que quiseram participar respondendo as perguntas dos questionários e das entrevistas. Foram consideradas três categorias de pessoas entrevistadas, são elas: pacientes, acompanhantes ou familiares e funcionários. Supõe-se que a percepção e as expectativas relacionadas aos espaços sejam diferentes para cada grupo.

Para o entendimento dessa amostragem tão heterogênea fez-se uma breve análise de cada grupo. O paciente é a amostra considerada mais frágil deste trabalho, pois se encontra debilitado, tanto fisicamente quanto psiquicamente.

No processo de tratamento podem ser desencadeados problemas emocionais e sociais. Os primeiros são angústia, ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, desespero, mudanças de humor e esperança. O segundo diz respeito ao isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia. Há ainda os problemas relacionados à própria doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação problemática com o médico. Esse tipo de paciente é muito específico, não só pelos problemas citados acima, mas também pelo tempo que frequenta os estabelecimentos e a relação que ele cria com outras pessoas e com o espaço.

O outro grupo é o de acompanhantes e familiares, o papel desse grupo é o de acompanhar e prestar ajuda aos pacientes. Os familiares possuem relação direta e íntima com a pessoa doente e por isso também desenvolvem sentimentos positivos ou negativos, dependendo da situação. Já os acompanhantes nem sempre são familiares, mas, possuem a mesma função de fazer companhia. Os acompanhantes são amigos, vizinhos, cuidadores, motoristas, empregados.

O último grupo representa os funcionários das instituições, aqueles que trabalham diariamente e convivem com os pacientes, acompanhantes e familiares, prestando atendimento. São pessoas que vivenciam o processo de doença alheio e os espaços. Foram considerados os funcionários da recepção, da portaria, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos ou atendentes. Essas pessoas apesar de não estarem doentes lidam lado a lado com sentimentos de angústia, ansiedade, dor e devem estar sempre preparadas para este tipo de situação.

Determinou-se 30 pessoas entrevistadas para as duas primeiras categorias, ou seja, 30 pacientes e 30 acompanhantes em cada sala de espera, somando 300 pessoas.

Para dar suporte as análises relacionadas à percepção dos usuários da sala de espera, foram selecionados 10 funcionários, voluntariamente, em cada sala de espera escolhida dos três hospitais, somando 50 funcionários. A única exigência é que esses funcionários selecionados deveriam trabalhar nas salas de espera ou ter ligação direta com a mesma. Em muitas unidades o número de funcionários não era elevado, então, determinou-se apenas 10 pessoas para avaliação do ponto de vista de quem frequenta as unidades diariamente.

São cinco salas de espera, como pode ser observado no item 1.5 desta pesquisa, em cada uma, 70 indivíduos preencheram os questionários, totalizando uma amostragem de 350 pessoas. O QUADRO 6 mostra os locais, data e horários que os questionários foram aplicados.

QUADRO 6: Aplicação dos questionários

Local	Data	Horário	Amostra (N=350)
Sala de espera – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	02/10/09	9h às 12h	8 Pacientes 11 Acompanhantes 5 Funcionários
	05/10/09	14h às 18h	1 Pacientes 3 Acompanhantes 4 Funcionários
	06/10/09	14h às 18h	0 Pacientes 0 Acompanhantes 1 Funcionários
	07/10/09	9h às 12h	21 Pacientes 16 Acompanhantes 0 Funcionários
Sala de espera triagem – Hospital Borges da Costa	19/10/09	14h às 18h	4 Pacientes 2 Acompanhantes 5 Funcionários
	20/10/09	9h às 12h	5 Pacientes 8 Acompanhantes 2 Funcionários

	21/10/09	14h às 18h	7 Pacientes 10 Acompanhantes 3 Funcionários
	23/10/09	9h às 18h	14 Pacientes 10 Acompanhantes 0 Funcionários
Sala de espera quimioterapia – Hospital Borges da Costa	02/10/09	9h às 12h	4 Pacientes 7 Acompanhantes 0 Funcionários
	05/10/09	14h às 18h	7 Pacientes 16 Acompanhantes 2 Funcionários
	06/10/09	14h às 18h	2 Pacientes 4 Acompanhantes 1 Funcionários
	07/10/09	14h às 18h	9 Pacientes 3 Acompanhantes 7 Funcionários
	08/10/09	9h às 12h	8 Pacientes 0 Acompanhantes 0 Funcionários
Sala de espera triagem – Hospital Mário Penna	09/10/09	9h às 12h	1 Pacientes 9 Acompanhantes 0 Funcionários
	13/10/09	14h às 18h	3 Pacientes 5 Acompanhantes 5 Funcionários
	14/10/09	9h às 12h	26 Pacientes 16 Acompanhantes 2 Funcionários
	16/10/09	9h às 12h	0 Pacientes 0 Acompanhantes 3 Funcionários

Sala de espera quimioterapia – Hospital Mário Penna	09/10/2009	9h às 12h	11 Pacientes 11 Acompanhantes 3 Funcionários
	13/10/09	14h às 18h	4 Pacientes 10 Acompanhantes 4 Funcionários
	16/10/09	9h às 12h	15 Pacientes 9 Acompanhantes 3 Funcionários

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

A segunda seção dos questionários está relacionada ao perfil dos entrevistados. Os QUADROS 7 e 8 mostram um resumo das características da amostra, pacientes e acompanhantes e funcionários, respectivamente.

QUADRO 7: Caracterização geral da amostra (pacientes e acompanhantes)

<p>Sexo:</p> <p>72% feminino; 28% masculino</p>
<p>Idade:</p> <p>29,8% - 20 a 35 anos; 40,5% - 36 a 50 anos; 21,7% - 51 a 65 anos; 8% - 66 a 80 anos</p>
<p>Escolaridade:</p> <p>4% - nenhuma; 30,4% - 1º grau incompleto; 12% - 1º grau completo; 10,4% - 2º grau incompleto; 28,1% - 2º grau completo; 5% - 3º grau incompleto; 7,7% - 3º grau completo;</p>

2,3% - pós graduação
Onde mora: 36,3% - Belo Horizonte; 23,7% - região metropolitana; 39% - interior estado MG; 1% - outro estado
Transporte: 19,7% - carro particular; 49,8% - ônibus; 23,4% - van ou carro hospitalar; 1,4% - táxi; 0,3% - a pé
Tempo que freqüenta o hospital: 14,5% - primeira vez; 25,9% - menos de 6 meses; 20,5% - 6 meses a 1 ano; 11,8% - 1 a 2 anos; 14,1% - 2 a 4 anos; 12,8% - acima de 4 anos
Quantas vezes vêm à unidade: 11,4% - 1 vez por ano; 36,4% - 2 a 6 vezes por ano; 17% - 7 a 12 vezes por ano; 14,4% - 13 a 24 vezes por ano; 20,8% - mais de 24 vezes por ano
Outra experiência em hospital: 49% - não; 51% - sim

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Foi possível constatar que, dentre os pacientes e acompanhantes entrevistados, a maioria é mulher (72%), com idade entre 36 e 50 anos (40,5%). A maior parte dessas pessoas reside no interior do Estado de Minas Gerais 39% - contra 36,3% que reside em Belo Horizonte, sendo que 28,1% possuem 2º grau completo. O transporte mais utilizado é o ônibus com 49,8%

das respostas. A maioria das pessoas entrevistadas frequenta o hospital há menos de seis meses e retornam para tratamento de 2 a 6 vezes ao ano. Esses dados demonstram que há um retorno constante à unidade. O fato de residirem no interior do Estado aponta que a espera pelo atendimento é ainda maior, uma vez que as pessoas viajam para chegar ao hospital, gastando mais horas do seu dia. Esses dados referem-se à média da população dos três estabelecimentos pesquisados.

QUADRO 8: Caracterização geral da amostra (funcionários)

<p>Sexo:</p> <p>76% feminino; 24% masculino</p>
<p>Idade:</p> <p>58% - 20 a 35 anos; 34% - 36 a 50 anos; 8% - 51 a 65 anos</p>
<p>Escolaridade:</p> <p>2% - 1º grau incompleto; 10% - 1º grau completo; 6% - 2º grau incompleto; 60% - 2º grau completo; 12% - 3º grau incompleto; 4% - 3º grau completo; 6% - pós graduação</p>
<p>Onde mora:</p> <p>78% - Belo Horizonte; 22% - região metropolitana</p>
<p>Setor que trabalha:</p> <p>32% - recepção; 20% - ambulatório; 20% - administração; 26% - serviços gerais; 2% - outros</p>

Tempo de trabalho:

- 10% - menos de 6 meses;
- 10% - 6 meses a 1 ano;
- 12% - 1 a 2 anos;
- 18% - 2 a 4 anos;
- 50% - acima de 4 anos

Turno:

- 8% - manhã;
- 12% - tarde;
- 2% - noite;
- 66% - manhã e tarde;
- 6% - tarde e noite;
- 6% - outro

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Com relação ao perfil dos funcionários entrevistados nos três hospitais, pode-se concluir que a maioria é mulher (76%), com idade entre 20 e 35 anos (58%). 60% das pessoas possuem 2º grau completo. A maior parte reside em Belo Horizonte (78%). Esses funcionários trabalham nos seguintes setores: recepção (32%); serviços gerais (26%); ambulatório e administração (20%). Optou-se por entrevistar um maior número de funcionários da recepção pela proximidade com a sala de espera. Metade das pessoas que responderam os questionários trabalha no hospital acima de 4 anos e 66% nos turnos da manhã e tarde.

5 Considerações sobre os locais pesquisados

Este capítulo tem o objetivo de apontar o diagnóstico dos locais por meio dos problemas encontrados nas salas de espera, de caráter técnico-funcional e de caráter simbólico, além de definir as atividades realizadas e os procedimentos adotados nos três hospitais escolhidos. Serão apresentados os resultados dos questionários e dos testes que foram realizados.

5.1. Diagnóstico das salas de espera

O diagnóstico de cada sala de espera foi feito mediante observação direta não participativa, levando em consideração a fundamentação teórica sobre as características que formam o caráter técnico-funcional adotados no item 2.2. E o caráter simbólico abordado no item 2.3. Foi feito um diário de campo relatando cada dia de observação dos locais (APÊNDICE F).

De um modo geral foram listados os problemas encontrados em todas ou na maioria das salas de espera, relacionados à autossuficiência, soberania, funcionalidade, dimensionamento, conforto, segurança e flexibilidade (caráter técnico-funcional), valores, crenças e sentimentos (caráter simbólico).

As respostas dos questionários numa etapa posterior da pesquisa, também fazem parte da construção do diagnóstico das salas de espera.

5.1.1. Os problemas das salas de espera

Há particularidades em cada sala de espera analisada quanto às características físicas, ao atendimento e aos serviços prestados. No entanto,

alguns problemas detectados estão presentes em quase todas as salas de espera. Destacam-se:

1. Subdimensionamento dos espaços + espaços superlotados

O planejamento adequado do espaço com relação ao dimensionamento contribui para o controle de infecções, boa higienização e o conforto de quem utiliza o espaço.

Os espaços subdimensionados são aqueles que, por não oferecerem dimensões adequadas para a realização dos procedimentos técnicos, comprometem os requisitos mínimos de conforto e privacidade, tanto dos pacientes quanto dos funcionários. No entanto, o espaço com dimensões compatíveis com as atividades realizadas é capaz de abrigar pessoas, mobiliários, equipamentos, de permitir o fluxo adequado de materiais, pacientes, funcionários e de possibilitar distâncias confortáveis entre pessoa-pessoa e pessoa-elementos arquitetônicos.



FIGURA 26: Foto da sala de espera-quimioterapia, Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2010.

Nas salas de espera escolhidas foi verificado um número elevado de pessoas que aguardam o atendimento. Os pacientes, na maioria das vezes, são acompanhados por familiares ou por outras pessoas, o que duplica ou triplica o número de pessoas dentro dos hospitais.

Em virtude desse fato, muitas vezes as cadeiras existentes não são suficientes para o elevado número de pessoas, obrigando-as a ficarem em pé ou a buscarem elementos arquitetônicos que sirvam de apoio temporário, que não foram pensados para este fim, como é o caso do ressalto de alvenaria que foi utilizado como banco de assento, como mostra a Fig. 27.



FIGURA 27: Foto da utilização de um elemento arquitetônico (ressalto de alvenaria) como banco. Hospital Mário Penna

Fonte: Trabalho de campo, 2008.

A consequência dessa superlotação, em que muitas pessoas ficam sem lugar para assentar, é a colocação de mais cadeiras na sala de espera. O espaço assim não cumpre os aspectos de funcionalidade, privacidade e conforto, tornando-se rígido quanto às possibilidades de mudanças. A falta de flexibilidade devido à existência de um número excessivo de mobiliários (cadeiras, balcões, macas) foi um aspecto importante observado.

De acordo com a observação sistemática, constatou-se problemas de subdimensionamento nas seguintes áreas em estudo:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – triagem do Hospital Borges da Costa;
- Área de espera – quimioterapia do Hospital Borges da Costa.

A sala de espera da Santa Casa de Misericórdia não tem o problema de falta de espaço, porém, muitas vezes o número de cadeiras é insuficiente.

2. Interferência da sala de espera com áreas de circulação e acesso

Pela falta de espaço nos hospitais, é comum encontrar salas de espera em circulações ou acessos. Essa concomitância de funções distintas - espera de pessoas e fluxos de materiais, de equipamentos, e de pessoas - dificulta todas essas atividades. Por um lado, as pessoas que aguardam o atendimento ficam expostas em um local de passagem, sem privacidade, sendo incomodadas pelo ruído, movimento de carrinhos e pessoas circulando. Essa fonte de estresse pode potencializar um sentimento de dor e angústia. Por outro lado, as circulações–espera prejudicam os fluxos de materiais, de funcionários e até de pessoas em cadeiras de rodas e macas. A unidade de quimioterapia do Hospital Borges da Costa tem uma área de espera localizada na circulação (Fig.28).



FIGURA 28: Foto da sala de espera–circulação. Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 29: Foto da sala de espera estreita e longa. Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Há salas de espera que são projetadas para tal finalidade, porém, estão localizadas em áreas de acesso a outros ambientes. Estão num cruzamento indevido, onde não há soberania do ambiente.

A localização da sala de espera em áreas de circulação ou de acesso para outros espaços impossibilita a mudança do *layout* da sala, como, por exemplo, a disposição das cadeiras, tornando o ambiente rígido e dificultando a realização de atividades de acordo com a necessidade de cada pessoa. Notem que na Fig. 30 há pessoas aguardando o atendimento em pé e uma maca está estacionada no local de passagem, interferindo nessa circulação.



FIGURA 30: Foto da sala de espera-quimioterapia. Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2010.

Os problemas de circulação e acesso podem ser verificados na:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Borges da Costa.

3. Sanitários pequenos, distantes e/ou em número insuficiente para público

Foi constatado que a maioria dos sanitários para público não se localiza na área de espera. Os sanitários estão noutros locais próximos, dentro do hospital. Dessa forma, há um deslocamento das pessoas para outros setores, aumentando o fluxo indevidamente. Isso gera incômodo aos pacientes que muitas vezes não conseguem se locomover ou controlar suas necessidades fisiológicas em tempo. Soma-se a isso o número insuficiente de sanitários.

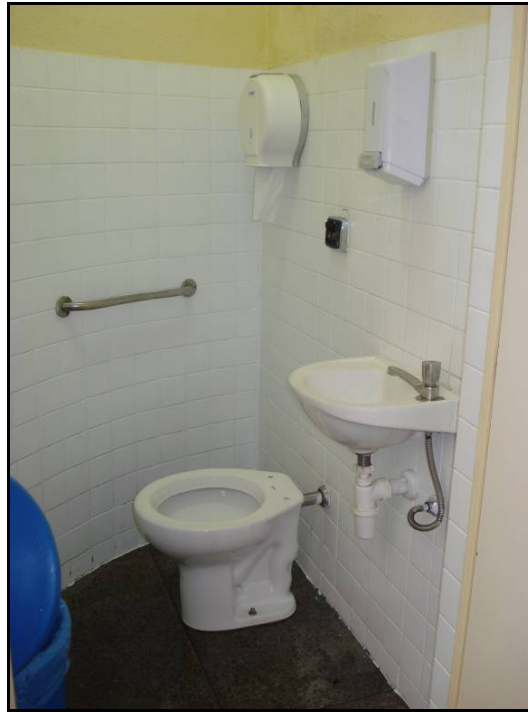


FIGURA 31: Foto sanitário da espera-triagem. Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2010.

A Fig.31 mostra que a dimensão do sanitário não é suficiente para pessoas em cadeiras de rodas.

Os locais em que foi detectado este tipo de problema estão listados a seguir:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Borges da Costa;
- Sala de espera – Santa Casa de Misericórdia.

4. Falta de espaço para pacientes em cadeira de rodas e maca

A ausência de espaço para pacientes em cadeiras de rodas (Fig.32) se deve a alguns fatores: falta de planejamento, pela localização da sala em áreas de circulação ou passagem, elevado número de pessoas nas salas de espera,

dimensão física e disposição das cadeiras, muitas vezes colocadas bem próximas umas das outras.



FIGURA 32: Falta de espaço para cadeira de roda. Espera-quimioterapia Hospital Mário Penna

Fonte: Trabalho de campo, 2010.

Geralmente não existem pacientes em macas. Nesse tipo de espera, entretanto, foi encontrada em uma instituição uma maca (Fig.33) que fica constantemente na sala de espera, atrapalhando o fluxo e funcionalidade do espaço e causando falta de privacidade ao paciente que se encontra em condição vulnerável.

Este tipo de problema pode ser visto nos seguintes locais:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – triagem do Hospital Borges da Costa;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Borges da Costa.



FIGURA 33: Ausência de local para maca. Espera-quimioterapia Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

5. Ausência de áreas distintas para crianças e adultos

Foi observado que em dois estabelecimentos havia crianças nas salas de espera: no Hospital Borges da Costa e na Santa Casa de Misericórdia. Estes dois hospitais prestam atendimento pediátrico a crianças com câncer. No entanto, não existem áreas diferenciadas na sala de espera para adultos e crianças, o que acarreta um desconforto para ambos os grupos. Esse problema ocorre nos dois estabelecimentos.

Na Santa Casa de Misericórdia (Fig.34), a colocação de brinquedos num canto da sala de espera demarca simbolicamente o espaço infantil, o que não leva as crianças a ficarem somente neste canto. Elas costumam brincar e correr por toda a sala, causando desconforto para os pacientes mais velhos que buscam silêncio e calma. A ausência de um espaço definido também pode ser um fator prejudicial para a segurança e o controle dos pais.



FIGURA 34: Foto do espaço destinado às crianças. Santa Casa de Misericórdia
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

No Hospital Borges da Costa a sala de espera é única e não tem brinquedos. A separação espacial, de crianças e de adultos, só acontece nas salas de aplicação de quimioterápicos, onde há um ambiente para elas.

6. Ventilação inadequada

Os problemas de ventilação são oriundos de projetos mal elaborados, relacionados com os sistemas de ar condicionado ou ventilação mecânica, nos quais não se privilegiou ventilação natural ou ocorrem por falta de manutenção.

É muito comum a utilização de ventiladores, o que é totalmente inadequado. Segundo Gandra, este tipo de situação, além de não produzir nenhum nível de renovação de ar, provoca o movimento de partículas, “o que não é aconselhável em um ambiente hospitalar onde é grande o risco de infecção” (GANDRA, 1999, p.162)

Em locais onde não há ventilação adequada detectou-se um odor mais forte, pela falta de circulação do ar. A ventilação foi considerada precária nos seguintes locais:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Mário Penna.

O Graf. 1 demonstra a opinião dos funcionários com relação à ventilação de cada instituição.

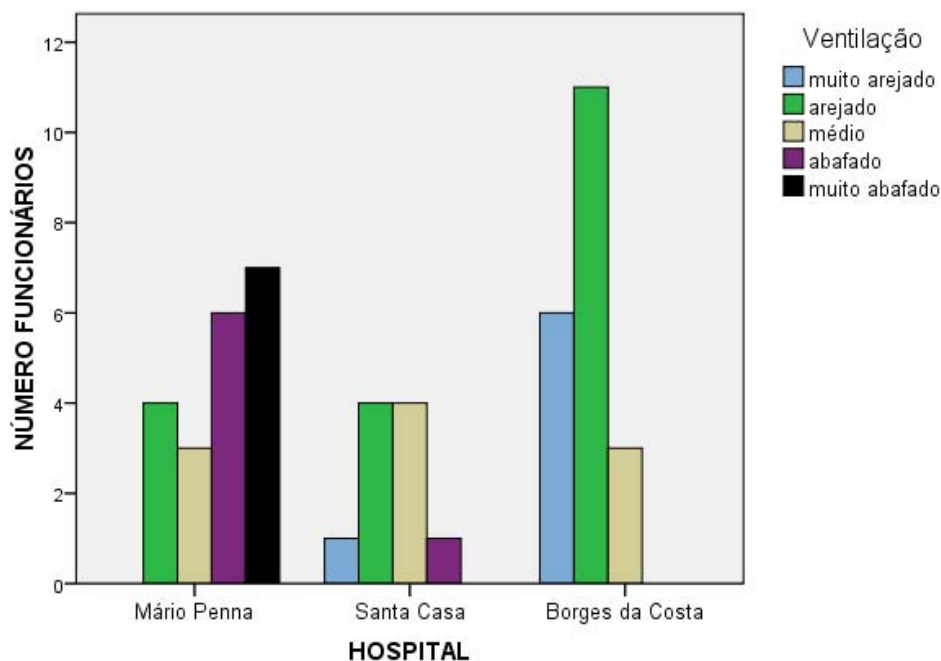


GRÁFICO 1: Ventilação nas instituições de acordo com os funcionários

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

7. Alto nível de ruído

O excesso de ruído nas salas de espera se deve a alguns fatores: superlotação, fluxo intenso de pessoas, ventiladores e exaustores, ausência de um sistema de sonorização adequado (os funcionários da recepção chamam

os pacientes oralmente, sem microfone), ausência de áreas separadas para crianças e adultos (as crianças brincam na sala) e serviço de voluntárias (que oferecem lanche).

Alguns dos fatores listados acima, apesar de contribuírem para o aumento do nível de ruído, são importantes para o bem estar de pacientes e acompanhantes, como o serviço de voluntárias e a conversa entre pacientes e acompanhantes. O Graf. 2 mostra a opinião dos pacientes e acompanhantes sobre a questão do ruído, em cada sala de espera. Notem que os ambientes de maior silêncio são as esperas da quimioterapia. As salas de espera-triagem, por sua vez têm maiores índices de ruído. As salas de espera-triagem da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Mário Penna são as que apresentaram maior percepção de ruído pelos usuários.

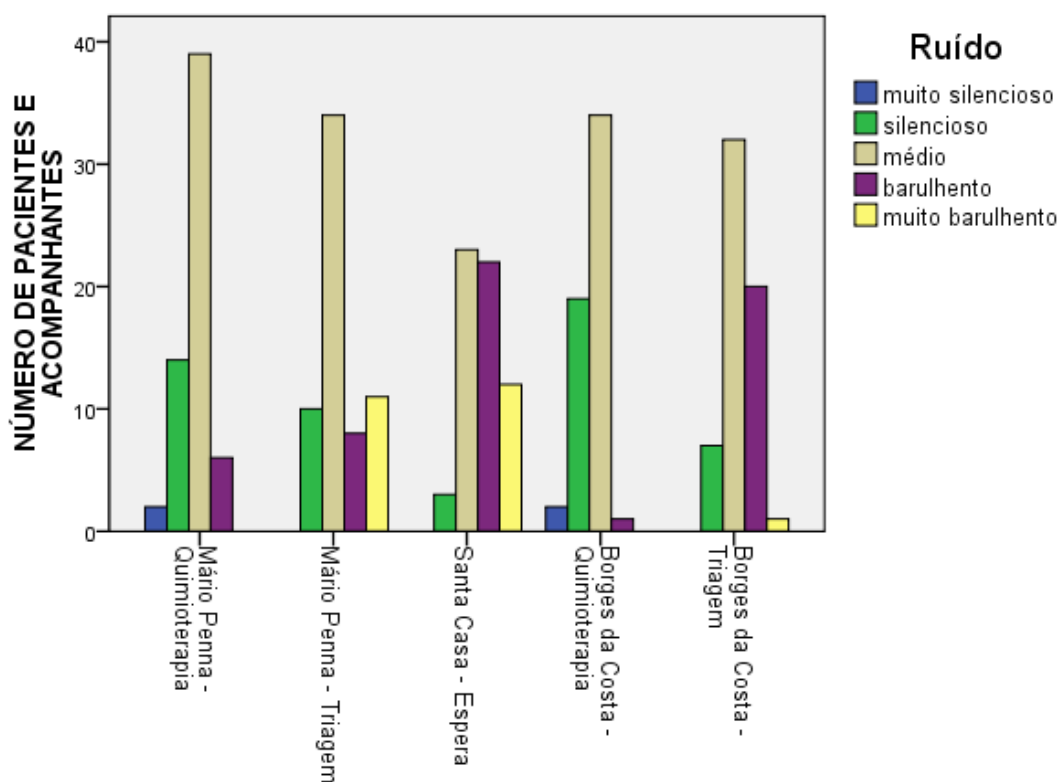


GRÁFICO 2: Ruído nas salas de espera de acordo com pacientes e acompanhantes

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

O Graf. 2 demonstrou que as três salas de espera mais barulhentas são:

- 1) Sala de espera – Santa Casa de Misericórdia;
- 2) Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;
- 3) Sala de espera – triagem do Hospital Borges da Costa.

8. Falta de conservação dos ambientes e falta de acessórios

De um modo geral, as salas de espera investigadas estão bem conservadas, porém, devido ao fluxo grande de pessoas, a limpeza fica prejudicada. A falta de conservação dos ambientes está relacionada à limpeza, arrumação, estragos nas paredes, pisos, esquadrias e portas.

Foram encontrados papéis, copos, sacos plásticos, revistas, jornais, dentre outros resíduos embaixo das cadeiras da sala. Outro ambiente que merece destaque é o sanitário que também fica com a limpeza prejudicada pela grande demanda. As pessoas entrevistadas reclamaram da falta de limpeza das instalações sanitárias devido ao uso constante. Isso gera conflitos funcionais, uma vez que os sanitários ficam interrompidos quando as funcionárias estão trabalhando, gerando fila.

Muitas pessoas entrevistadas reclamaram da falta de acessórios, que em princípio parece “pequeno detalhe”, mas que causa a impressão de desleixo e falta de asseio. Contudo, tais acessórios - papel higiênico, sabonete, papel toalha e ainda, copo descartável próximo ao bebedouro - melhoram as condições de espera e conforto dos usuários.

Outra questão é a falta de conservação de alguns espaços. Apenas um dos estabelecimentos possui área de jardim. Essa área, no entanto, encontra-se em péssimo estado de conservação: o local é sujo; as plantas estão secas e

feias; o mobiliário existente não é adequado. Este local poderia ser mais bem planejado para proporcionar aos pacientes e acompanhantes, alternativas de refúgio e descanso. Os benefícios que um jardim ou tipos de natureza trazem para os pacientes e funcionários foram comprovados por Ulrich (2002). São espaços que reduzem o estresse pelo simples fato das pessoas olharem para eles.

Gandra (1999) afirmou que questões relacionadas à limpeza e higiene são fundamentais para os serviços médicos. A “aparência e o real estado” dos mobiliários devem espelhar essa condição. A Fig. 35 mostra as condições da área de jardim.



FIGURA 35: Foto do jardim. Santa Casa de Misericórdia

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Os problemas desse item foram verificados nos seguintes locais:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;

- Sala de espera – Santa Casa de Misericórdia.

9. Falta de conservação dos mobiliários e desconforto das cadeiras

A falta de conservação dos mobiliários pode ser verificada em algumas salas de espera mediante a constatação de cadeiras quebradas ou rachadas e balcões descascados. Isso pode ser visualizado nas Fig. 36. e Fig. 37.



FIGURA 36: Foto da cadeira quebrada
Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 37: Foto da cadeira rachada
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

A questão da aquisição dos mobiliários em instituições públicas tem, muitas vezes, como critério o menor preço, o que geralmente compromete a qualidade e durabilidade dos que deveriam ser, segundo Gandra (1999, p.155), “os melhores de todos os móveis”. Assim, as direções dos hospitais informaram que providências estavam sendo tomadas para sanar esse problema. De fato, foi constatado, em apenas uma das instituições, que os problemas relativos ao balcão de recepção foram solucionados. O problema da conservação pode ser observado nos seguintes locais:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;

- Sala de espera – Santa Casa de Misericórdia;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Borges da Costa.

Com relação aos fatores que causam desconforto das cadeiras, pode-se evidenciar: o assento duro, a falta de encosto em alguns bancos e a impossibilidade de movimentação individual delas, porque são do tipo longarina (com 4 ou 5 cadeiras juntas numa mesma estrutura). Para pessoas com dores e problemas na coluna e nas pernas e que aguardam muito tempo pelo atendimento, esse tipo de assento não é adequado. As instituições que possuem este tipo de cadeira estão listadas abaixo:

- Sala de espera – triagem do Hospital Mário Penna;
- Sala de espera – Santa Casa de Misericórdia;
- Sala de espera – quimioterapia do Hospital Borges da Costa;
- Sala de espera – triagem do Hospital Borges da Costa.

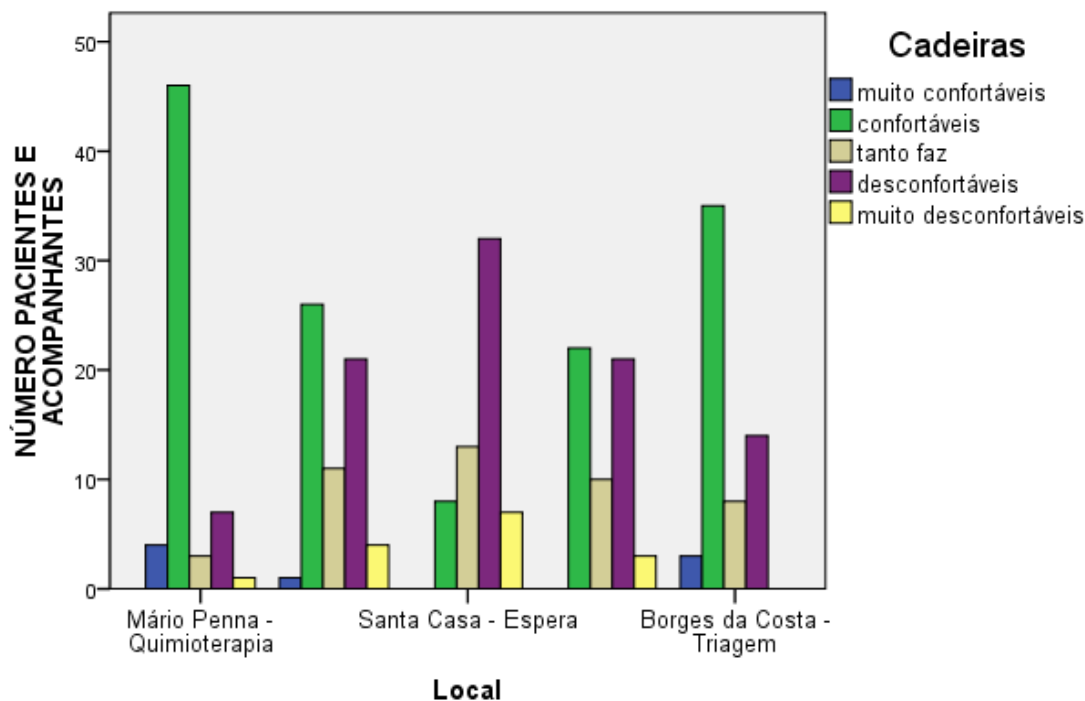


GRÁFICO 3: Conforto das cadeiras de cada sala de espera de acordo com pacientes e acompanhantes

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

O Graf. 3 mostra que a maioria dos pacientes e acompanhantes da Santa Casa considera as cadeiras desconfortáveis. Já na sala de espera–triagem (Hospital Mário Penna) e sala de espera–quimioterapia (Hospital Borges da Costa) o número foi quase o mesmo entre cadeiras consideradas confortáveis e desconfortáveis.

Todas as instituições investigadas possuem esse tipo de cadeira. Para as pessoas que desejam mudar a posição das cadeiras por alguma necessidade, as longarinas não facilitam a mobilidade e a flexibilidade do ambiente fica comprometida. Atentos a essa questão, a coordenação de uma das instituições pesquisadas mandou cerrar algumas longarinas, transformando 5 lugares juntos em 2 lugares juntos.

10. Ausência ou inadequação de elementos arquitetônicos para acessibilidade

O hospital, mais do que qualquer outra instituição, precisa ser acessível, pois lida diariamente com pessoas com deficiências momentâneas ou permanentes. Para acessibilidade, alguns elementos arquitetônicos são importantes, tais como: rampas curtas e com inclinação adequada (inferior a 8,33%), ausência de barreira física, piso regular e nivelado, corrimãos nas rampas, balcões de duas alturas e sanitários com espaços de movimentação e barras de apoio junto aos vasos e lavatórios.

Pode ser observado que nenhum dos estabelecimentos analisados atende a todos os critérios necessários. Os hospitais possuem rampas muito inclinadas e irregulares que dificultam o acesso de pessoas com mobilidade reduzida, em cadeira de rodas ou em muletas. Algumas rampas não possuem corrimão e o guarda-corpo é vazado. As Fig. 38 e Fig. 39 ilustram esta situação.



FIGURA 38: Foto da rampa HMP
Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 39: Foto da rampa SCM
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Os balcões de atendimento são altos - a Fig. 40 ilustra o balcão de recepção de uma das instituições. Alguns sanitários não são acessíveis (dimensão incompatível, ausência de barras de apoio, porta com 60 centímetros, existência de degraus).



FIGURA 40: Foto do balcão. Santa Casa de Misericórdia
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Outro problema é a existência de barreiras físicas, ou seja, elementos que impossibilitam o acesso e obstruem a circulação, tais como: degraus, catracas, totem de demarcação de áreas e objetos que estão fora do seu lugar. As Fig. 41 e Fig. 42 mostram essas barreiras.



FIGURA 41: Foto do degrau que existe no acesso ao jardim da Santa Casa de Misericórdia

Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 42: Foto do totem que demarca a área de recepção. Hospital Mário Penna

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

A falta de acessibilidade, causa à pessoa com deficiência, além do desconforto, uma situação de dependência de outras pessoas. Os pacientes ficam sem autonomia, à mercê da boa vontade alheia para realizar ações de acordo com suas necessidades.

O problema da falta de acessibilidade pode ser verificado em todos os estabelecimentos investigados.

11. Excessivo tempo de espera

O fator tempo é inerente ao sistema de saúde brasileiro e ao tipo de tratamento oferecido para esta doença. Não é consequência de um espaço projetado. Contudo, está diretamente vinculado a este por uma série de experiências e comportamentos.

O tempo de permanência no local amplia as experiências na sala de espera fazendo com que seus usuários sintam profundamente esse espaço. Quanto maior o tempo, maior a relação de apropriação que se cria da pessoa com o ambiente. No momento da espera a impressão que se tem é que todos os detalhes se ampliam e o que deveria ser mais próximo e mais confortável fica distante e o espaço se torna infinito. Essa situação pode ser observada pelas atitudes diversificadas que vão surgindo: algumas pessoas conversam com seus acompanhantes e familiares ou até mesmo com outros pacientes; outras dormem nas cadeiras ou tomam café. Há aqueles que apenas esperam calados.

Os pacientes chegam bem cedo ao hospital. A maioria reside em cidades no interior do estado e esperam muito tempo para o atendimento que é feito por ordem de chegada. Alguns hospitais agendam as consultas na tentativa de diminuir o tempo de espera. Mesmo assim, o processo é longo, porque, muitas

vezes, o número de profissionais, ou o número de lugares para aplicação da medicação, não é suficiente. Dessa forma, esse momento de espera representa, no mínimo, cinco horas do dia dessas pessoas.

Como o tratamento do câncer demanda um acompanhamento constante, os pacientes se encontram com frequência na sala de espera, pelo retorno sistemático ao hospital.

Nas entrevistas, quando questionadas sobre o que poderiam sugerir para melhorar as condições de espera, as pessoas escolheram a agilização do tratamento como fator prioritário. As atividades verificadas nas salas de espera estão expostas no próximo item.

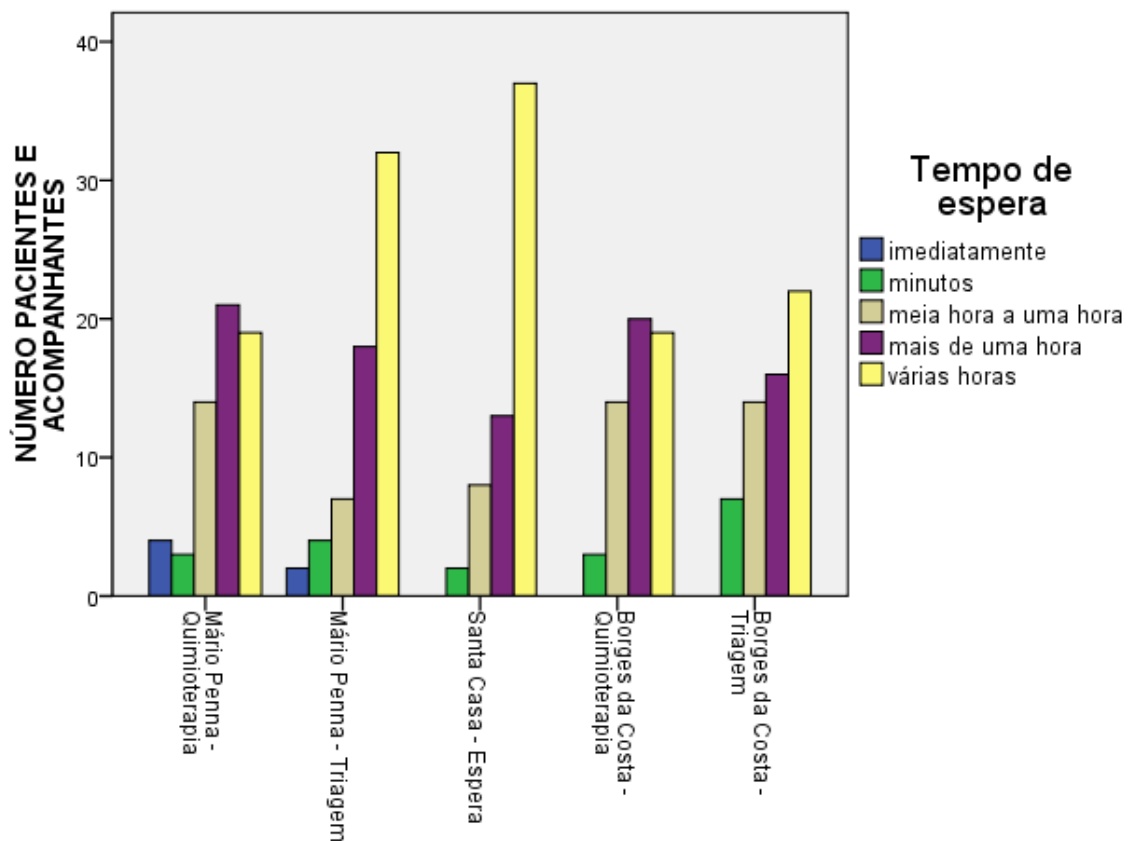


GRÁFICO 4: Tempo de espera nas instituições de acordo com pacientes e acompanhantes.

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

O Graf. 4 demonstra que 37 pacientes e acompanhantes de uma amostra de 60 esperam várias horas para o atendimento na Unidade de oncologia da Santa Casa de Misericórdia. Na triagem do Hospital Mário Penna, 32 pessoas esperam várias horas para o atendimento; na sala de espera-triagem do Hospital Borges da Costa, o número é de 22 pessoas. Pode ser verificado, em todas as salas de espera, que a maioria das pessoas espera mais de uma hora pela consulta ou medicação.

A demora pelo atendimento ou por resultados causa ansiedade nas pessoas. *“Não é fácil não, sabe”*, um paciente falou, referindo-se ao tratamento do câncer e à angústia de esperar pelos resultados dos exames.

O fator tempo é fundamental para o desenvolvimento de sensações das pessoas nos ambientes. Quanto maior o tempo, maior a relação que se cria com o ambiente e com as outras pessoas e mais informações são acumuladas.

Tempo e espaço constituem um binômio que subjaz à cultura humana, as experiências acontecem em um local definido, sujeitos ao tempo, onde símbolos são criados a partir dessa experiência. Questões relacionadas ao excessivo tempo de espera poderiam ser minimizadas através de ações gerenciais ou de uma questão mais ampla envolvendo a própria cultura brasileira, que não foi alvo de análise. Esta pesquisa se limitou a entender a realidade existente no contexto hospitalar.

12. Ausência ou inadequação de itens de entretenimento

Através da observação, das respostas das entrevistas e dos questionários, foi possível verificar que a presença de certos itens de entretenimento ajuda a minimizar o sentimento negativo e a angústia que a atividade de espera causa nas pessoas. Esses itens - televisão, revistas e jornais para leitura, serviço de voluntárias, brinquedos para crianças, jardins, vasos de planta, quadros de

arte, música, espaço de café – foram listados a seguir. Nota-se que as televisões existentes em alguns estabelecimentos são pequenas e instaladas em locais de difícil visualização. Ficam ligadas, mas sem volume. Algumas salas não possuem televisão ou o aparelho está danificado. No QUADRO 9 encontra-se a relação de itens existentes nas respectivas salas de espera.

QUADRO 9: Salas de espera e itens de entretenimento existentes

Itens / Local	HMP Espera- Triagem	HMP Espera- Quimioterapia	SC Espera	HBC Espera- Triagem	HBC Espera- Quimioterapia
Televisão	—	■	■	■	—
Revistas e jornais	—	—	—	—	■
Voluntárias	—	■	—	—	—
Brinquedos	—	—	■	—	—
Jardim	—	—	■	—	—
Vaso de planta	■	—	—	—	—
Quadros de arte	■	—	■	—	—
Música	—	—	—	—	—
Espaço para café	■	—	—	—	—

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Legenda

■ Consta

— Não consta

Os elementos acima listados propiciam a distração das pessoas, amenizando o tempo longo que aguardam nas salas de espera. Eles estão relacionados ao conforto psíquico e mental e não têm vínculo direto com o espaço, com exceção as áreas de jardim e para café. Essas duas áreas dependem da dimensão física das salas.

Foi feito um levantamento iconográfico e alguns itens podem ser vistos a seguir no QUADRO 10.

QUADRO 10: Itens de entretenimento e conforto

 <p>Jardim</p>	 <p>Vasos de planta</p>
 <p>Armário com revistas e jornais</p>	 <p>Televisão</p>



Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

As pessoas responderam sobre os itens de entretenimento preferenciais, em todas as salas de espera, a porcentagem das citações pode ser vista no QUADRO 11.

Pode-se verificar que televisão, revistas e jornais foram os itens mais citados pelas pessoas que aguardam nas salas de espera, como forma de distração no longo tempo que permanecem esperando. O terceiro item mais citado foi a presença de jardins ou vasos de plantas nos locais, pois transmitem uma sensação agradável e humanizada.

QUADRO 11: Itens de entretenimento citados por pacientes e acompanhantes

Item	Percentual de citações (%)
Televisão	59,3
Revistas e jornais	63,3
Voluntárias	38,7
Jardim ou vasos de planta	42,3
Outros (música, quadro de arte)	4,7

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Até aqui foram apresentados todos os problemas verificados em trabalho de campo e através da coleta de dados (entrevistas e questionários), possibilitando a formação de um diagnóstico de cada sala de espera, que como dito anteriormente, possui características específicas. O QUADRO 12 mostra esse contexto.

QUADRO 12: Relação dos problemas em cada sala de espera pesquisada

Problemas	HMP Espera- Triagem	HMP Espera- Quimio	SC Espera	HBC Espera- Triagem	HBC Espera- quimio
Subdimensionamento Superlotação	■	■	■	■	—
Interferência circulações / acessos	■	■	—	—	■
Ausência / inadequação sanitários	■	—	■	—	■
Espaço cadeira de rodas e macas	■	■	—	■	■
Espaço crianças adultos	—	—	■	■	■

Ventilação	■	■	—	—	—
Ruído	■	—	■	■	—
Conservação ambiente	■	—	■	—	—
Conservação / características mobiliários	■	—	■	■	■
Acessibilidade	■	■	■	■	■
Tempo excessivo	■	■	■	■	■
Ausência de itens entretenimento	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

Legenda

■ Consta

— Não consta

Alguns dos problemas encontrados têm relação direta com o tema principal deste trabalho: a flexibilidade de espaços e mobiliários e a sua influência no comportamento das pessoas. Foi importante a listagem de todos os problemas encontrados para entender os que influenciam a flexibilidade, a Fig. 43 mostra essa relação.

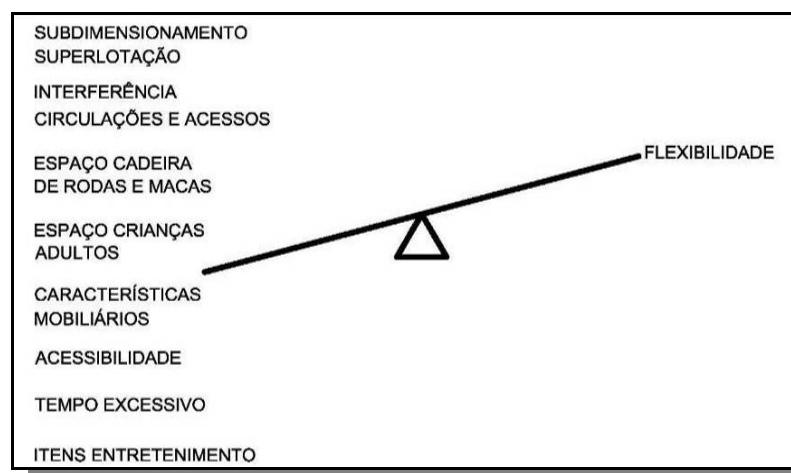


FIGURA 43: Problemas que influenciam a flexibilidade

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

5.1.2. Análise Problemas X Flexibilidade

O objetivo deste item é a análise de como os problemas observados interferem na flexibilidade dos espaços. A falta de flexibilização e a configuração espacial dos espaços da sala de espera se explicam pela racionalização de custos e pela operacionalização da instituição, sendo mais fácil, por exemplo, a limpeza, a organização e o controle quando há rigidez de mobiliários (SOMMER, 1973). Mesmo espaços considerados mais livres como os da sala de espera carregam a herança da racionalidade, e não propiciam a flexibilidade no uso.

Quando os ambientes não oferecem dimensões adequadas, a flexibilidade é prejudicada porque qualquer mudança pode afetar a circulação e o funcionamento. Soma-se a isso a superlotação de pessoas nas salas de espera e, conseqüentemente, o elevado número de cadeiras que são colocados para suprir a demanda. A flexibilidade fica comprometida, nesse caso, devido à rigidez de *layout* imposta, onde as pessoas não podem mudar nada de lugar, caso necessitem. Essa questão obriga as pessoas a aceitarem a situação sem possibilidade de mudanças, porque o número de cadeiras foi estipulado e não pode ser contestado, afetando o conforto e a privacidade de pacientes e acompanhantes.

Outro problema verificado, que tem relação direta com o primeiro, é a localização das esperas em áreas de circulação e acesso. Esse tipo de situação também engessa a mudança, porque limita as possibilidades de disposição de cadeiras, por exemplo. Geralmente, as cadeiras ficam encostadas na parede e voltadas para a circulação, o que também obriga as pessoas a “participarem” dos fluxos hospitalares, uma vez que estão inseridas nessas áreas. Quando as salas de espera estão setorizadas em meio a diversos acessos, a alteração do *layout* também fica comprometida, porque não existe dimensão suficiente, conforto e privacidade.

A questão da existência de espaços para pacientes em cadeiras de rodas e macas é fundamental nos ambientes hospitalares, porque envolve aspectos de dimensionamento, autonomia, conforto, privacidade e segurança. A ausência de espaços adequados para a movimentação de cadeiras de rodas pode causar um sentimento de exclusão, impossibilitando a pessoa de usar adequadamente o espaço. Caso houvesse maior flexibilidade na disposição das cadeiras, as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida poderiam escolher seus lugares dentro da sala e se sentir mais confortável. Geralmente, a rigidez da disposição das cadeiras faz com que os espaços “reservados” para os cadeirantes sejam na primeira fila ou em algum canto restante da sala. Os critérios de acessibilidade também podem ser abordados aqui e sua influência na flexibilidade está relacionada às barreiras físicas existentes que prejudicam a mudança do espaço.

A maca é um elemento que não deveria estar “estacionado” na sala de espera, como se fosse mais um lugar de espera, como as cadeiras. O paciente, devido ao seu estado frágil, muitas vezes necessita da maca; por isso, deveria esperar pelo atendimento num ambiente adequado que lhe ofereça privacidade e conforto, e não na sala de espera geral. A maca, na sala de espera, deveria ser apenas utilizada como um meio de transporte do paciente que chega de ambulância para um local mais reservado. E, mesmo assim, a maca deveria possuir uma área destinada à sua instalação porque, caso fique no ambiente da sala de espera, junto às cadeiras, pode atrapalhar na flexibilidade do espaço.

A diferenciação de áreas para crianças e adultos é importante para que haja autonomia e independência porque está diretamente relacionada à escolha das pessoas. Quando num mesmo ambiente, crianças e adultos se misturam, o conforto muitas vezes fica prejudicado porque interfere nas preferências de cada grupo. Existem pessoas que preferem ficar mais quietas, principalmente as mais velhas e a presença de crianças pode ser um desconforto. Pode

acontecer também o contrário, ou seja, as crianças buscarem entretenimento e o espaço onde há somente adultos lendo, não lhes oferecer nada. As questões relacionadas às atividades serão vistas na próxima seção. A flexibilidade entra aqui como uma alternativa de formar espaços de acordo com a necessidade de cada grupo.

As características dos mobiliários podem afetar a flexibilidade caso sejam fixos ou possuam instalações fixas, ou seja, quando não podem ser mudados de lugar. Foi verificado que as cadeiras sobre longarinas dificultam a flexibilidade, principalmente se o número de assentos é em grande quantidade. Foram observadas longarinas de 2 a 5 assentos, ficando mais difícil a disposição com fileiras muito compridas, ou seja, o aproveitamento do espaço fica comprometido.

O tempo, como dito anteriormente, é um fator que tem relação direta com o espaço e sua influência na flexibilidade diz respeito às necessidades das pessoas e às atividades que realizam. Se o espaço oferece condições de mudanças de acordo com o que cada pessoa deseja, o excessivo tempo pode ser minimizado, e conseqüentemente, a angústia e a dor. Os itens de entretenimento também podem ser mencionados aqui porque, caso a ambiente possibilite a existência de “locais” onde as atividades possam ser realizadas e as pessoas distraídas, a flexibilidade seria um fator positivo. Como exemplo, poderia existir local para leitura, local para assistir televisão, local para crianças. As atividades que acontecem nas salas de espera podem ser contempladas a seguir.

Conclui-se que os espaços múltiplos e polivalentes estudados por Sommer e Hertzberger são importantes para a flexibilidade ambiental e puderam ser analisados por meio dos problemas encontrados nas salas de espera.

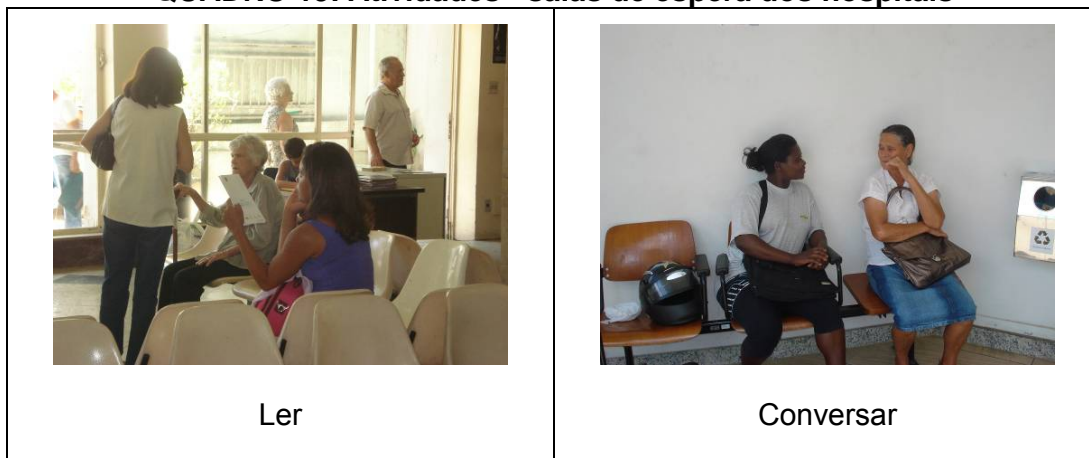
5.1.3. As atividades das salas de espera

Nesta parte do trabalho estão apresentadas as atividades detectadas nas salas de espera, que são de extrema importância para a verificação das hipóteses.

As atividades realizadas estão relacionadas com o comportamento e atitudes, enfim, com a postura que as pessoas adotam frente ao espaço, e também com o tempo que esperam pelo atendimento.

A maioria das pessoas chega cedo ao estabelecimento, muitas vindas de outras cidades do interior do Estado. Elas permanecem um tempo significativo no hospital, primeiramente, nas salas de espera e depois nas salas de exames e aplicação de medicamentos. Enquanto aguardam o atendimento, as pessoas se apropriam do espaço da sala de espera e realizam algumas atividades (QUADRO 13).

QUADRO 13: Atividades - salas de espera dos hospitais





Assistir televisão



Ouvir música



Brincar



Ficar quieta



Dormir



Bordar / costurar

O QUADRO 13 ilustra as atividades que acontecem nas salas de espera dos três hospitais. De acordo com os questionários foi possível verificar as atividades que as pessoas mais realizam enquanto aguardam o atendimento. Foi estabelecido um critério de 1 a 5, sendo que o número 1 é a atividade que geralmente mais fazem e 5 a que menos fazem. Sendo assim, o QUADRO 14 mostra a porcentagem das atividades que as pessoas mais têm costume de fazer nas salas de espera de todos os estabelecimentos.

QUADRO 14: Atividades mais realizadas citadas por pacientes e acompanhantes

Atividade	Percentual de citações (%)
Ler	30,7
Conversar	38,3
Dormir	10,0
Assistir televisão	13,0
Outros (ouvir música, bordar/costurar)	10,4

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

As atividades mais realizadas são conversar e ler, seguidas de assistir à televisão. Quando questionadas sobre como se relacionam com as outras pessoas que também aguardam o atendimento, 76,5% preferem conversar contra 15,1% que preferem ficar isoladas ou quietas no seu canto.

A diversidade de atividades que acontece nas salas de espera poderia ser facilitada caso o ambiente oferecesse condições para isso. Essa relação está demonstrada no próximo item.

5.1.4. Análise Atividades / Flexibilidade

De acordo com as atividades verificadas mediante observação e as preferências pessoais mostradas em questionários e nas entrevistas foi possível constatar que o *layout* existente nas salas de espera não contribui para suprir as necessidades das pessoas. Como observado anteriormente, essas necessidades variam de acordo com a condição física e psicológica da pessoa e podem ser momentâneas. Um paciente pode estar se sentindo bem num determinado dia e a conversa com outras pessoas pode ajudar ainda mais o seu estado. Entretanto, o mesmo paciente pode não estar disposto num outro momento e assistir à televisão seria a melhor atividade para ele.

Dessa forma, o objetivo dessa seção é analisar a contribuição de ambientes mais flexíveis para a realização das atividades que já acontecem nas salas de espera. Foi investigada cada atividade separadamente para a obtenção de um panorama geral da situação.

Em todos os locais pesquisados, as cadeiras são dispostas em fileira, uma atrás da outra, e, geralmente, estão voltadas para o balcão de atendimento. Essa situação só não acontece na área de espera–quimioterapia do Hospital Borges da Costa porque se localiza na área de circulação e, sendo assim, existe uma fileira de cadeiras encostadas na parede. Esse tipo de disposição não facilita a conversa entre as pessoas, atividade bastante comum nas salas de espera. Sommer (2002) enfatizou “a disposição das cadeiras nos corredores e nas salas dificulta a socialização dos pacientes” (SOMMER, 2002, p.22) e relatou ainda que as pessoas não conseguem conversar quando sentadas lado a lado.

A disposição que poderia propiciar a realização dessa atividade seria as cadeiras formando grupos (Fig.44) ou dispostas frente a frente (Fig.45). Estas imagens representam uma das perguntas do questionário (APÊNDICE D) relacionada a preferências das pessoas quanto à disposição das cadeiras.



FIGURA 44: Disposição das cadeiras em grupos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

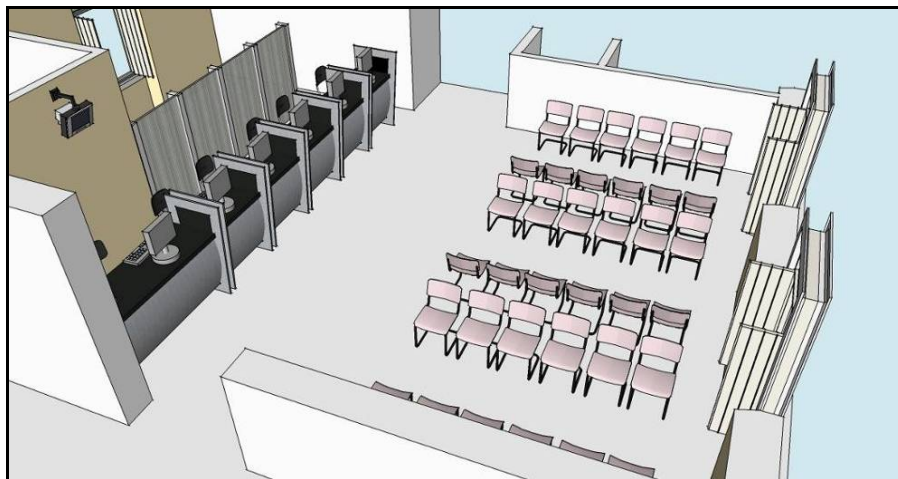


FIGURA 45: Disposição das cadeiras de frente umas para as outras

Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

De acordo com a estatística, apenas 12,6% de pacientes e acompanhantes preferem o primeiro *layout* e 11,2% preferem as cadeiras de frente uma para as outras. Entretanto, 76,5% desejam conversar, como mostrado no item 5.1.3. Essa discrepância se deve, em primeiro lugar, à necessidade de observar o balcão de atendimento como forma de controle, ou seja, as pessoas podem não ouvir quando as recepcionistas chamam seus nomes, caso não estejam olhando para o balcão. Esse procedimento de chamada é feito oralmente que, como dito na seção dos problemas, aumenta o ruído e causa ansiedade nas pessoas. Em segundo lugar, há o fator cultural, que pode ser verificado nas

entrevistas: as pessoas acostumam com determinadas situações, principalmente quando passam muito tempo no mesmo ambiente. “Depois de certo tempo, por mais estranho e desagradável que parecesse inicialmente, o costumeiro se torna fixo e natural” (SOMMER, 1973, p.99).

Para as atividades de leitura, este tipo de *layout*, em que as cadeiras sobre longarinas estão dispostas em longas filas, pode prejudicar a privacidade, uma vez que dependendo da posição da pessoa na fila, ela pode querer deslocar-se de seu lugar, incomodando a leitura do outro. Com a possibilidade de mudanças no espaço, poderia existir local para leitura, onde as pessoas pudessem ler sem interrupção e com pouco ruído, uma vez que foi o item de entretenimento mais citado pelos usuários.

A atividade de assistir televisão também foi muito abordada nas respostas. Nem todas as instituições oferecem esse tipo de entretenimento e quando oferecem são aparelhos pequenos que dificultam a visualização e que ficam sem som, com o intuito de não contribuir para o aumento do nível de ruído. Muitas pessoas entrevistadas reclamaram dessa questão, e um item que foi bastante citado fica quase que obsoleto quando não apresenta as condições ideais de uso. Dessa forma, a criação de espaço de televisão poderia ser uma maneira de otimizar este recurso, melhorando as condições de espera para pacientes e acompanhantes. A configuração das cadeiras em fila, dispostas uma atrás da outra, poderia ser boa para esta atividade.

As três atividades mencionadas acima são as que mais acontecem nas cinco salas de espera verificadas. Entretanto, existem outras que também merecem destaque, são elas: bordar, dormir e brincar.

Na Santa Casa de Misericórdia existe o serviço de voluntárias que contribui para as condições de espera de pacientes e acompanhantes. Elas ensinam pessoas a bordar e costurar e também distribuem lanches (sucos, biscoitos, café) ao longo do dia. Na sala de espera da Santa Casa elas possuem um

espaço num canto da sala onde “montam” seu “ambiente de trabalho”, ou seja, elas distribuem as mesas e cadeiras no espaço, como pode ser observado no QUADRO 10. Essa flexibilidade espacial que a Santa Casa oferece é um fator muito positivo porque quando esse mesmo espaço não está sendo ocupado pelas voluntárias, pode ser apropriado pelas crianças, por exemplo, ou até mesmo por outra atividade que se faça necessária. As outras instituições não oferecem este tipo de situação devido ao subdimensionamento das salas e localização inadequada.

É muito frequente encontrar pessoas dormindo nas cadeiras ou mesmo mais isoladas e quietas, que não querem, momentaneamente, se relacionar. Este tipo de experiência requer espaços mais calmos e aconchegantes. Eles poderiam ser dispostos nas salas de espera em partes mais isoladas, com música, por exemplo, ou com a presença de quadros de arte, para contemplação das pessoas. A existência de jardins também ajuda a minimizar o sentimento negativo que o ambiente hospitalar causa em seus usuários, porém, para esse tipo de espaço, é necessária dimensão adequada da própria sala de espera. Apenas a presença de natureza dentro de espaços fechados como, por exemplo, vaso de planta, pode trazer conforto para as pessoas. Isso pode ser comprovado na pesquisa que apontou que 42,3% dos entrevistados gostariam da presença de jardim ou vaso de planta no ambiente.

Conclui-se que as atividades que acontecem nas salas de espera podem ser associadas a diversas configurações dos espaços, permitindo que os usuários tenham maior flexibilidade de uso, podendo escolher a melhor situação em que deseje esperar pelo atendimento. Os conceitos mencionados na revisão de literatura fizeram-se importantes para que na prática pudessem ser testados por meio de mudanças de *layout* dos ambientes. A análise dos efeitos da flexibilidade ambiental na postura do usuário está relacionada tanto aos conceitos de territorialidade, privacidade e distâncias, quanto às preferências momentâneas na realização das atividades.

5.2 Testes

Os testes têm como objetivo principal a comprovação das hipóteses dessa pesquisa. A finalidade foi analisar as alternativas encontradas com a flexibilização de elementos arquitetônicos, assim como as relações que se estabelecem a partir dessa experiência para avaliar a reação das pessoas diante das mudanças.

Antes da realização dos testes, as pessoas responderam os questionários e uma das questões sobre preferências estava relacionada à mudança da posição das cadeiras e altura dos balcões. Os testes realizados contemplaram a mudança na posição das cadeiras e de outros elementos móveis que podiam ser deslocados, tais como: brinquedos e mesas. Todavia, a altura dos balcões não pôde ser modificada, nem a sua localização dentro da sala porque são elementos considerados fixos que possuem instalações, dificultando a mudança de posição, o que acarretaria em custo para as instituições. Mas, através das respostas dos questionários foi possível averiguar a preferência tanto de funcionários quanto de pacientes e acompanhantes.

Com relação à altura dos balcões de atendimento, 38% de pacientes e acompanhantes os preferem baixos; 33,2% marcaram o balcão alto e apenas 28,8% gostam do balcão a duas alturas. Para 42,6% dos funcionários o balcão deve ser alto, 34% preferem o balcão baixo e apenas 23,4% marcaram o balcão a duas alturas. Isso demonstra pacientes e acompanhantes se sentem mais confortáveis quando o balcão é baixo e há a possibilidade de se assentarem, provavelmente pela condição física ou faixa etária. Já a maioria dos funcionários optou pelo balcão alto o que pode estar vinculado à segurança e/ou agilidade no atendimento.

Os testes foram feitos em quatro salas de espera dos três hospitais pesquisados e consistiram em mudar o *layout* dos ambientes, tentando maior flexibilidade, assim como apresentado nos questionários. Cada sala de espera,

como observado anteriormente, possui características específicas; conseqüentemente, a mudança do ambiente dependeu dessas características. A pesquisadora conseguiu permissão das instituições para realizar as mudanças, que eram feitas no dia anterior, ao fim da tarde, quando não havia mais atendimentos. Na manhã seguinte, com os pacientes e acompanhantes no local foram feitos os testes de apropriação do espaço. As análises consistiram em observações diretas, registro fotográfico e entrevistas. Terminados os testes e as análises, a idéia era voltar com as cadeiras para a posição inicial.

O primeiro teste realizado foi na sala de espera-triagem do Hospital Mário Penna, onde todas as cadeiras estavam voltadas para o balcão, em fila, uma atrás da outra, como mostrado na Fig. 46.



FIGURA 46: *Layout* das cadeiras antes do teste, espera-triagem Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Com o teste foi possível mudar a posição das cadeiras, formando grupos, Fig. 47. Nesta disposição, as cadeiras ficam em grupo, formando um L, existindo mais espaço entre as fileiras. Entretanto, com o elevado número de assentos,

foi necessário utilizar ainda uma das paredes laterais para o restante das cadeiras.



FIGURA 47: *Layout* Teste, espera-triagem Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 48: *Layout* Teste, espera-triagem Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

A Fig. 48 mostra a mudança realizada na sala de espera para o teste: de um lado as cadeiras formando grupos; de outro, as cadeiras restantes encostadas na parede.

Essa disposição possibilitou maior espaço entre as fileiras, facilitando a limpeza, como mencionado pela funcionária dos serviços gerais. E também proporcionou conforto para as pessoas que aguardavam o atendimento. Entretanto, a disposição das cadeiras restantes, numa das paredes não ficou adequada porque prejudicou a circulação central que funciona como entrada principal do hospital, onde circulam pessoas, materiais, macas e cadeiras de rodas. A Fig. 49 ilustra esta situação.



FIGURA 49: Layout Teste, espera-triagem Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

É interessante observar que, na maioria das vezes, as pessoas preferem se assentar próximas ao balcão de recepção. As pessoas que estavam acompanhadas gostaram da configuração em L, pois, segundo elas, facilitou a conversa.

A dificuldade encontrada para a realização desse teste foi o elevado número de cadeiras existentes, que a administração não permitiu retirar, alegando que pessoas ficariam esperando em pé. Em virtude disso, a configuração espacial, assim como a flexibilidade, ficou prejudicada.

O segundo teste realizado foi na sala de espera-quimioterapia do Hospital Mário Penna, onde as cadeiras também estavam dispostas em filas, uma atrás da outra, direcionadas ao balcão de recepção. Esta disposição foi feita dessa maneira em virtude da televisão instalada no ambiente, pois segundo os funcionários, era o único local que possuía ponto de televisão. No início da pesquisa, quando não existia televisão, os assentos eram localizados também em filas, porém voltados para a varanda existente no prédio (Fig.50).

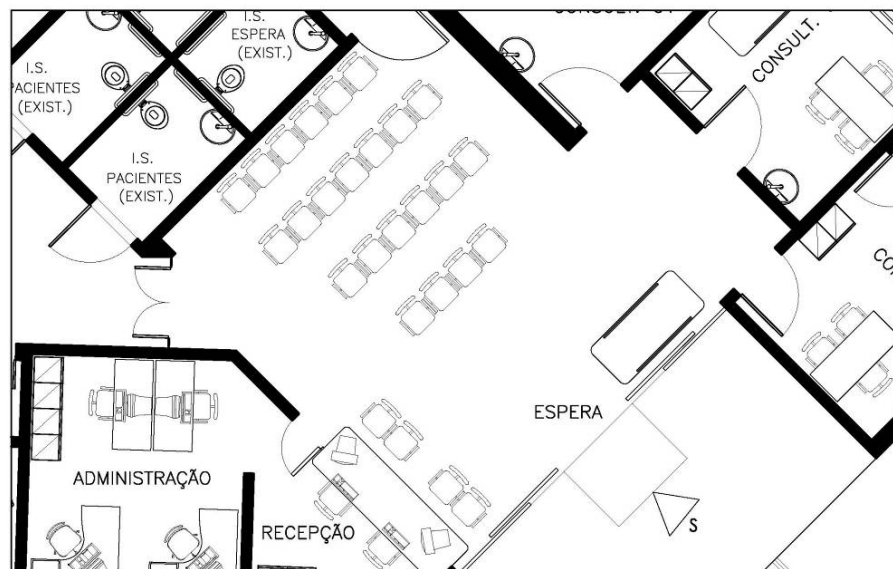


FIGURA 50: Layout antigo da espera-quimioterapia Hospital Mário Penna

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Com o desenvolvimento da pesquisa, as cadeiras foram alteradas e voltadas para o balcão (Fig.51). A mudança nesse espaço foi difícil porque a sala está localizada em área de passagem para diversos outros ambientes; dessa forma, qualquer transformação poderia prejudicar a funcionalidade.



FIGURA 51: *Layout* antes do teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Nessa disposição, as cadeiras permaneciam em filas longas, uma atrás da outra, encostadas na parede de fundo da sala, conforme mostra a Fig. 52, ocupando a circulação dos sanitários.

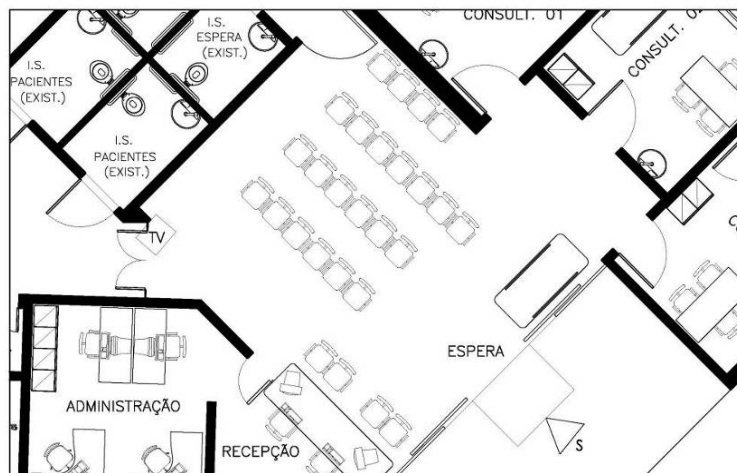


FIGURA 52: *Layout* antes do teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Com a mudança, as cadeiras continuaram em fila, uma atrás da outra, mas a circulação dos sanitários foi liberada, otimizando o fluxo, evitando que haja circulação próxima aos balcões de recepção, como era feito anteriormente. Houve uma separação também nas cadeiras longarinas que formavam uma fila comprida – separando-as em dois grupos, facilitou-se a movimentação das pessoas nas áreas de assento.

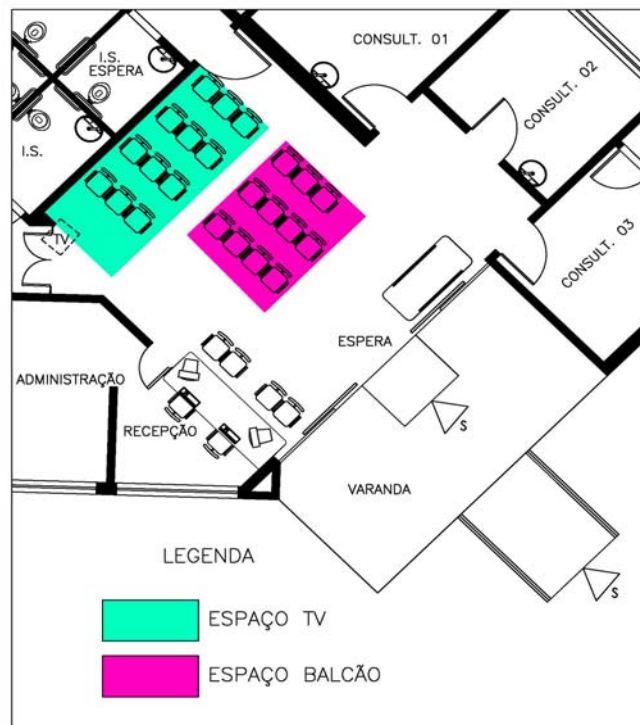


FIGURA 53: Layout Teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Tal separação em dois grupos definiu dois territórios dentro da sala de espera: um para as pessoas que gostam de assistir televisão; e outro para aquelas que gostam de ficar mais próximas ao balcão (Fig.53).

A transformação, feita na parte da tarde, quando haviam poucos pacientes esperando, foi interessante porque as pessoas ajudaram na definição do novo *layout*, informando suas preferências na hora da mudança.



FIGURA 54 e FIGURA 55: *Layout* Teste, espera-quimioterapia Hospital Mário Penna
 Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Nas entrevistas realizadas com as pessoas no dia seguinte às mudanças, a reação foi positiva, sendo que a maioria havia notado o novo *layout* da sala, apesar de as cadeiras continuarem em fila. Os entrevistados relataram que o espaço sofreu melhora com relação ao tamanho e a definição das circulações. Pode-se observar que as cadeiras próximas à parede lateral foram utilizadas como encosto pelas pessoas que dormiam ou que assistiam à televisão. A primeira fileira de cadeiras ficou localizada muito próxima ao balcão, um ponto negativo relatado por uma funcionária do hospital. Entretanto, constatou-se que a sala é pequena para o número de cadeiras existentes e tirá-las acarretaria desconforto para as pessoas que estivessem esperando em pé. A mesma funcionária enfatizou que os usuários ficam menos agitados quando estão sentados e que o espaço fica mais organizado.

Após a realização desse teste, as funcionárias do setor de quimioterapia, solicitaram que o novo *layout* permanecesse, pois constataram que a mudança foi positiva para o bom funcionamento do serviço. Foi feita uma avaliação pós-ocupação um mês após a realização do teste e verificou-se que ainda vigorava a mesma mudança realizada no teste.

“espaços” foram criados dentro da mesma sala de espera. Isso foi possível devido à amplitude deste ambiente. Esses “espaços” criados foram pensados de acordo com as possibilidades do local e o resultado das atividades. As Fig. 57 e Fig. 58 ilustram este novo *layout*.



FIGURA 57: *Layout* Teste, espera Santa Casa de Misericórdia
Fonte: Trabalho de campo, 2009.



FIGURA 58: *Layout* Teste, espera Santa Casa de Misericórdia
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

A mudança possibilitou criar diversificados espaços, tais como: espaço para televisão; espaço para descanso (próximo ao jardim); espaço para leitura, espaço mais próximo ao balcão e espaço para as crianças.

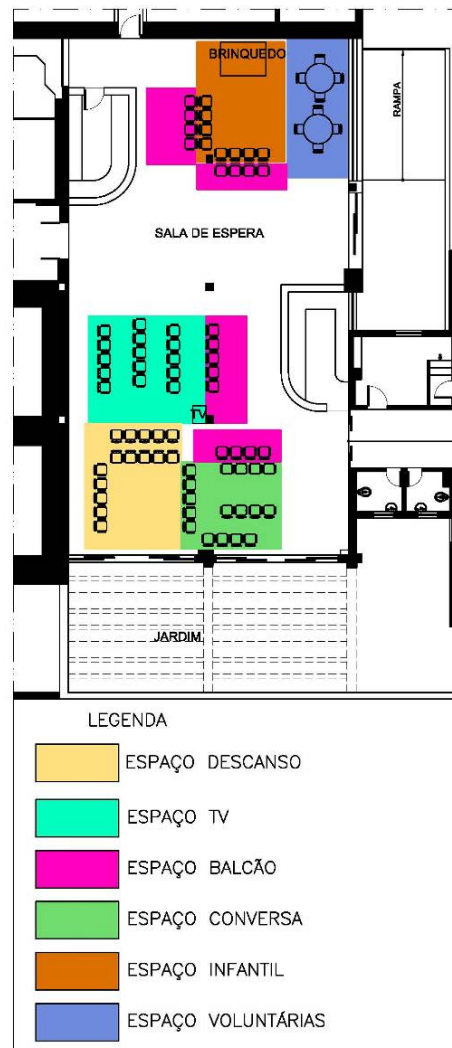


FIGURA 59: Layout Teste, espera Santa Casa de Misericórdia
 Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Outro espaço que também foi modificado foi o destinado à espera infantil. As cadeiras foram posicionadas formando uma área para os brinquedos existentes, que ficaram mais centrais, permitindo maior controle das mães. Ao lado dessa área localizam-se as mesas das voluntárias, que são montadas

todos os dias para a realização dos trabalhos. Tal área também foi influenciada com a mudança proposta.



FIGURA 60: Layout Teste, espera Santa Casa de Misericórdia

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Foi possível mudar todas as cadeiras de posição sem afetar os espaços. De acordo com as observações e entrevistas constatou-se que a sala ficou mais espaçosa, arejada, facilitando a circulação das pessoas e a limpeza do local. Segundo relato de uma paciente “sempre a mesma rotina cansa, com a mudança, ficou melhor para conversar”. Em outra entrevista foi relatado que o ambiente pareceu mais calmo porque as pessoas não estavam mais tão próximas umas das outras.

Concluiu-se que para a maioria das pessoas que aguardam o atendimento e para os funcionários da unidade a mudança foi positiva porque facilitou a realização de atividades de acordo com a necessidade de cada um. Foi possível verificar que as pessoas que desejavam conversar ficaram nas cadeiras de frente uma para outra ou nas cadeiras que formavam um L.



FIGURA 61: Layout Teste, espera Santa Casa de Misericórdia
Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Já as pessoas que estavam lendo ou dormindo ficaram mais ao fundo da sala, próximas ao jardim, enquanto, as pessoas que queriam assistir à televisão sentaram-se mais próximas a esta. As crianças ganharam mais espaço para brincar com a nova configuração do mobiliário que permitiu maior controle dos pais. Próximas ao balcão de recepção foram mantidas as filas, ou seja, uma cadeira atrás da outra e as pessoas que queriam apenas esperar a chamada das recepcionistas sentaram-se lá. No caso da área para as voluntárias, os efeitos da flexibilidade foram atingidos, uma vez que puderam escolher o melhor local de “montar” as mesas de trabalho (Fig.62).

Com a criação dos diversos territórios dentro de uma mesma sala, evidenciaram-se os seus usos múltiplos e a autonomia que as pessoas adquiriram ao utilizar tal espaço. Houve mudança no comportamento dos usuários porque, com o ambiente mais flexível, maiores foram as possibilidades de escolhas.



FIGURA 62: *Layout Teste*, espera Santa Casa de Misericórdia

Fonte: Trabalho de campo, 2009.

Com relação à flexibilidade das cadeiras – ou seja, a opção que as pessoas adquiriram para mudá-las de posição, de acordo com a necessidade do momento – não aconteceu. Não houve iniciativa dos usuários em adequar o espaço segundo suas preferências. Em todos os testes, os usuários aceitaram, por um lado, as mudanças impostas pelas melhorias que elas trouxeram, por outro lado, pela institucionalização do local.

Foi feita uma avaliação pós-ocupação um mês depois da realização do teste e, como o Hospital Mário Penna manteve o layout proposto numa das salas, a Santa Casa de Misericórdia também o fez.

O quarto teste foi realizado na sala de espera-triagem do Hospital Borges da Costa. As cadeiras estavam dispostas em filas, todas voltadas para os guichês de atendimento antes do teste (Fig.63).



FIGURA 63: *Layout* antes do teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2010.

Para o teste, as cadeiras foram alteradas com *layout* variado, como feito na Santa Casa de Misericórdia. Os assentos mais próximos à televisão ficaram em fila para possibilitar melhor visão. Alguns grupos foram formados próximos às janelas, arranjo que permitiu a contemplação do exterior. Outras cadeiras ficaram de frente umas para as outras, facilitando a socialização.



FIGURA 64: *Layout* Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2010.



FIGURA 65: *Layout* Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa

Fonte: Trabalho de campo, 2010.

De acordo com entrevista realizada quando da apropriação pelas pessoas, foi possível constatar que a alteração foi positiva porque propiciou maior espaço entre as cadeiras, segundo a maioria dos entrevistados. Para as funcionárias da limpeza, o novo *layout* facilitou muito o trabalho delas, uma vez que criou maior espaçamento no local. Os funcionários da recepção perceberam que as pessoas escolhiam seus lugares de acordo com o que gostariam de fazer (por exemplo, assistir à televisão). Das dezoito pessoas entrevistadas, apenas duas estranharam a disposição da sala, alegando desordem no local. Para uma acompanhante, a mudança “facilitou a socialização”, que disse ainda: “se a idéia era flexibilizar, acho que você atingiu seu objetivo”. Assim, nessa proposta, as pessoas têm o direito de escolher em qual cadeira e posição desejam se assentar.

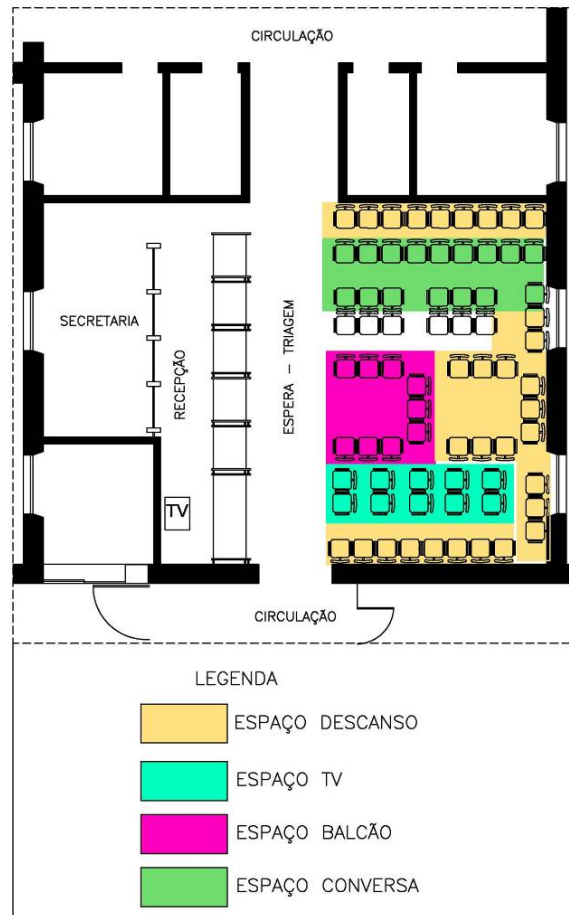


FIGURA 66: Layout Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa
 Fonte: Trabalho de campo, 2010.

Foi possível concluir que, apesar do elevado número de assentos, a mudança foi positiva porque propiciou às pessoas liberdade de escolha de acordo com o que queriam num determinado momento. Entretanto, o espaço ganharia mais qualidade se as dimensões da sala fossem maiores porque, quando o ambiente estava lotado, a acessibilidade ficou prejudicada.

Houve uma manifestação por parte dos funcionários e pacientes quando os testes acabaram e as cadeiras voltaram à posição inicial, de fileira. A administração foi consultada na tentativa de manter o novo *layout* do teste.



FIGURA 67: Layout Teste, espera-triagem Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2010.

Na área de espera-quimioterapia do Hospital Borges da Costa, localizada na circulação da unidade, não foi possível realizar os testes, uma vez que não havia possibilidade de mudanças.



FIGURA 68: Espera-quimioterapia Hospital Borges da Costa
Fonte: Trabalho de campo, 2010.

As cadeiras são do tipo longarina e os bancos de madeira são grandes, ambos estão encostados nas paredes e qualquer modificação prejudicaria a circulação. Conclui-se que áreas de espera no corredor não possibilitam a flexibilidade ambiental porque funcionam com atividades distintas, servindo tanto de local de espera quanto de área de circulação.

Os testes foram importantes para esse trabalho porque permitiram uma análise na prática da teoria estudada. Os conceitos de território, privacidade e distâncias puderam ser avaliados com as mudanças das cadeiras e a criação de um novo *layout* para as salas. Essa configuração dos espaços em diversos territórios levou em consideração as atividades que já aconteciam e as preferências pessoais dos entrevistados. Um dos princípios do Design Universal, conhecido como - flexibilidade no uso - pode ser avaliado mediante as escolhas que os usuários fizeram.

6 Considerações Finais

Com a análise da revisão de literatura e por meio da elaboração e aplicação dos métodos dessa pesquisa, foi possível compreender como a flexibilidade no uso de certos espaços sociais em hospitais especializados no tratamento oncológico influencia a postura das pessoas pela percepção de sua vivência nesses espaços. Para isso, selecionaram-se, como objeto de análise, cinco salas de espera de três hospitais especializados no tratamento do câncer, espaços considerados abrangentes e representativos para a análise da realidade brasileira.

As salas de espera são ambientes importantes no contexto hospitalar e, quando utilizadas por pessoas que retornam a instituição várias vezes por causa do tratamento do câncer, representam um espaço significativo na vida dessas pessoas. Outra questão é o fator tempo, fundamental para o desenvolvimento de sensações nas pessoas nos ambientes. Quanto maior o tempo, maior a relação que se cria com o ambiente e com as outras pessoas, mais informações são acumuladas e mais símbolos são criados a partir dessa experiência.

Essa situação específica, em que pessoas aguardam pelo atendimento em instituições hospitalares vinculadas ao setor público de saúde brasileiro, onde espaços não são satisfatórios para o conforto e para o alívio do estresse, reafirma o conceito adotado nessa pesquisa como base teórica, de análise da cultura particular.

A investigação da cultura organizacional que permeia a instituição hospitalar, abrangendo tanto o caráter técnico-funcional quanto o caráter simbólico, foi fundamental para entender questões sobre o gerenciamento dos espaços. A visão funcionalista advinda da era modernista ainda norteia o planejamento

dessas instituições e está implícita até na organização do mobiliário das salas de espera. Preocupações e interesses relacionados à postura e expectativa das pessoas no contexto hospitalar ainda são pouco relevantes. Os espaços das salas de espera não são projetados para as pessoas, mas para serem organizados, racionais, funcionais e limpos.

São vários os problemas existentes nas salas de espera dos hospitais pesquisados e a maioria dos problemas têm influência direta na flexibilidade ambiental. Esses problemas são advindos de um espaço mal planejado e/ou mal administrado.

Os métodos de observação, entrevistas e aplicação dos questionários possibilitaram a identificação do diagnóstico dos locais pesquisados e das preferências dos usuários desses locais. Baseado nos conceitos de autossuficiência, soberania, funcionalidade, dimensionamento, conforto, segurança e flexibilidade, o diagnóstico revelou tanto os problemas dos ambientes quanto as atividades que acontecem nas salas de espera. O resultado do diagnóstico ajudou na investigação das potencialidades dos ambientes de espera e na flexibilidade no uso desses espaços.

O estudo dos conceitos de percepção ambiental relacionados à territorialidade, ao espaço pessoal, a distâncias e à privacidade deu suporte à parte prática da pesquisa; esses puderam ser avaliados por meio dos testes de flexibilização dos espaços.

Com os testes, pode-se comprovar que a flexibilidade dos elementos arquitetônicos nos espaços hospitalares possibilitou mudanças no comportamento e postura das pessoas. De fato, ao influenciar novas relações com o meio, a flexibilidade propiciou uma fácil leitura de condições do ambiente, mais propícias para as atividades desejadas. A mudança do *layout*

das salas facilitou o acontecimento das atividades, tais como conversar, assistir à televisão, ler, brincar e bordar. Assim, a primeira hipótese dessa pesquisa foi comprovada.

Com relação à terceira hipótese, foi constatado que a flexibilidade dos elementos arquitetônicos nos espaços hospitalares estimula a autonomia nas pessoas relativa às escolhas no uso dos elementos ambientais, por meio dos testes que possibilitaram a criação de espaços diferenciados dentro de uma mesma sala de espera, flexibilizando o uso desses espaços. As pessoas puderam optar por sentar nas cadeiras cujo *layout* estava de acordo com a atividade que elas desejassem. Ou ainda, optar pelos brinquedos existentes numa das instituições e nas mesas das voluntárias, que sofreram mudanças de local devido à necessidade do momento.

Foi detectado que alguns dos ambientes analisados não possuem condições de flexibilização e que, quando isto acontece, há pouca ou nenhuma manifestação de escolhas no uso dos elementos ambientais. As pessoas acostumam-se à rotina institucional.

O conceito de flexibilidade relacionado aos usos múltiplos dos espaços pode ser constatado mediante a criação de vários territórios dentro das salas de espera, propiciando uma multiplicidade de áreas de atividades e, conseqüentemente, maior liberdade de escolha dos usuários. Entretanto, todas as mudanças ocorridas fizeram parte de um planejamento definido pela pesquisadora como resultado do diagnóstico e não como escolha individual dos frequentadores do espaço. Dessa forma, o conceito de flexibilidade ambiental verificado nesse trabalho está vinculado à variabilidade de territórios criados num mesmo ambiente e, não, a mudanças que ocorram por iniciativa do usuário.

O Hospital como conhecemos hoje deve ser pensado de maneira integrada. Não são mais suficientes as discussões sobre funcionalidade dos espaços, operacionalização de equipamentos, custos e, tecnologia, mas, também a presença de qualidade que transmite a sensação de conforto, acolhimento, propiciando o sentimento de prazer nos locais de atividade e vivência, desenvolvendo o laço afetivo e de bem estar que enseje a permanência no local. Os espaços de socialização das instituições hospitalares podem proporcionar sentimentos positivos aos seus usuários quando projetados para tal finalidade e quando a apropriação é feita de maneira autônoma.

A verificação das hipóteses desse trabalho de que a flexibilidade possibilita a mudança no comportamento e postura dos usuários e pode estimular a autonomia no uso dos espaços de socialização dos hospitais oncológicos permitem outras aplicações e podem dar suporte às instituições hospitalares no âmbito do gerenciamento dos espaços. A contribuição a arquitetura hospitalar está relacionada ao planejamento dos espaços, com o olhar voltado às melhores condições de uso para as pessoas.

6.1 Limitações da pesquisa

Este tópico visa compreender as limitações metodológicas que podem ocorrer no desenvolvimento da pesquisa, relacionadas à amostragem, resultados e/ou aplicabilidade dos conceitos propostos. Apesar do rigor utilizado nos procedimentos adotados foi possível detectar alguns limitadores desse trabalho.

Com relação à amostragem, o número desigual de pessoas presentes em cada sala de espera, assim como a disponibilidade das pessoas em responder os questionários foram limitadores. Alguns pacientes e acompanhantes preferiram responder o questionário em forma de entrevista estruturada, ou seja, as

questões eram lidas pela pesquisadora e em seguida os entrevistados davam suas respostas e opiniões. Isso aconteceu porque muitos não tinham condições físicas de ler ou escrever devido à fragilidade e cansaço do momento.

O tempo de coleta de informações foi outro limitador, uma vez que a população analisada foi extensa, assim como o horário da coleta de dados.

Apesar da autorização das instituições para se realizar a pesquisa, houve uma restrição com relação ao registro fotográfico das situações de uso, em que muitas pessoas não permitiram o registro de sua imagem.

Outro limitador foi que na fase de testes houve dificuldade em mudar o *layout* das salas devido ao tipo de cadeiras existentes (longarinas) e ao elevado número de assentos.

6.2 Pesquisas Futuras

Ao longo da pesquisa algumas questões foram levantadas e poderiam ser analisadas em pesquisas futuras, tais como:

- Qual seria a postura do usuário caso pudessem carregar ou mudar seus assentos de posição dentro da sala de espera?
- O que mudaria no conceito de flexibilidade adotado nessa pesquisa?
- Como seria a verificação da flexibilidade ambiental em áreas restritas dos hospitais?
- As salas de espera de outras unidades hospitalares sofrem dos mesmos problemas?

Esses questionamentos podem ser temas para o desenvolvimento de pesquisas futuras. Abaixo estão listados aspectos que merecem destaque:

- A análise dos efeitos da flexibilidade em outras áreas significativas dentro das instituições;
- A investigação das mudanças de elementos considerados fixos, tais como os balcões de recepção;
- A análise dos mesmos espaços com outro tipo de cadeiras, ou seja, com cadeiras móveis e não mais longarinas.
- A aplicação dos métodos e materiais em instituições hospitalares especializadas em outros campos da medicina.

Referências

ALMEIDA, R. C. S. Lobato. **Abordagens espaciais do edifício hospitalar: em busca de novos parâmetros estruturantes**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Escola de Arquitetura da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. **Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA)**. Revista Brasileira de Cancerologia, 51(3): 267-275, 2005.

Bittar OJNV. **Cultura & qualidade em hospitais**. In: Quinto Neto A, Bittar OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa, 2004. Cap.1.

BRAGA, Edner. **Cultura organizacional: proposições para uma compreensão sistêmica**. Revista de Administração da Faculdade Campos Elíseos n. 3 – ano 2. Jan./Jun. 2008.

BRASIL. **Resolução – RDC nº. 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Normas para o planejamento físico de unidades de saúde. Ministério da Saúde/ANVISA, Brasília, DF, 2002.

CAMBIAGHI, Silvana. **Desenho universal: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2007.

COELHO, Francisco Ricardo Gualda. **Câncer: manual de orientação para pacientes e interessados**. São Paulo: Robe Editora, 1995. 118 p.

CAETANO, Eduardo. **O internamento em hospitais: elementos tecnológicos**. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2002.

COSTA, Jorge Ricardo Santos de Lima. **Espaço Hospitalar: a revolta do corpo e a alma do lugar**. Vitruvius, Arquitectos, 2001. Disponível em Portal Vitruvius:<http://www.vitruvius.com.br/arquitectos/arq000/esp079.asp>.

COSTI, Marilice. **A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 256p.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A. 1991.

_____. **Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade**. 2000.

FERNANDES, Antônio Tadeu; FERNADES, Maria Olívia Vaz; RIBEIRO FILHO, Nelson. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. 1. ed. Atheneu. São Paulo, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241p.

_____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295 p.

F. W. DODGE CORPORATION, 1960) *apud* GANDRA, Andrea Magalhães. **Unidades de emergência: uma busca de novos conceitos projetuais**. 1999. Dissertação (Mestrado em Arquitetura). Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

GANDRA, Andrea Magalhães. **Unidades de emergência: uma busca de novos conceitos projetuais**. 1999. Dissertação (Mestrado em Arquitetura). Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos S.A. 1989. (GEERTZ, Clifford. 1973. *The interpretation of cultures*. Basic Books).

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 9. ed. Trad. JOSCELYNE, Vera Mello. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

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

GOLDSTEIN, Jeffrey H. **Psicologia social**. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1980-1983.

GUIMARÃES, Marcelo Pinto. **Acessibilidade ambiental para todos na escala qualitativa da cidade**. In: TOPOS - Revista de Arquitetura e Urbanismo. v.1, nº 1, Belo Horizonte: NPGAU, 1999.

_____. Marcelo Pinto. **Desenho universal é design universal: conceito ainda a ser seguido pelas Normas Técnicas NBR 9050 e pelo Decreto-Lei da Acessibilidade**. Vitruvius, Arqtextos, 2008. Disponível em Portal Vitruvius: http://www.arqtextos.com.br/arqtextos/arq096/arq096_03.asp.

HALL, Edward T. **A dimensão oculta**. Tradução de Sônia Coutinho. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. 200 p.

HERTZBERGER, Herman. **Lições de arquitetura**. Tradução de Carlos Eduardo Lima Machado. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=2283. Acesso em: 24 nov. 2009.

ITTELSON, William H.; PROSHANSKY, Harold M.; RIVLIN, Leanne G.; WINKEL, Gary H. **An introduction to environmental psychology**. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1974.

JAIME JÚNIOR, P. **Um texto, múltiplas interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional**. Revista de Administração de Empresas. (42) 4. 2002.

LAWSON, Bryan. **The Language of Space**. UK. Architectural Press, 2001. 263p.

LEACH, Edmund Ronald. **Cultura e comunicação**. Lisboa: Edições 70, 1992.

LINDGREN, Gustaf Birch. **Modern hospital planning in Sweden and other countries**. Estocolmo, 1951.

MACE, Ron. & G. Hardie, PLAICE, J. **Accessible environments toward universal design**, 1991.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. 2. ed. São Paulo: CEDAS, 1992. 241p.

NETTO, José Teixeira Coelho. **A construção do sentido na arquitetura**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

OKAMOTO, Jun. **Percepção ambiental e comportamento**. São Paulo: Plêiade, 1996. 200p.

PEVSNER, Nikolaus. **Historia de las tipologias arquitectonicas**. Barcelona: Gustavo Gili, 1979.

PINTO, Antonio Celso Lima Costa. **A radioterapia no Brasil**. Curitiba: Edição Liga Paranaense de Combate ao Câncer, 1995.

PREISER, Wolfgang F.E. & OSTROFF, Elaine (orgs.). **Universal design handbook**. Nova York: McGraw Hill, 2001.

RAPOPORT, Amos. **The meaning of the building environment: a nonverbal communication approach**. Beverly Hills: Sage Publications, 1990.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

ROSENFELD, Isadore. **Hospitals integrated design**. Nova York: Reinhold Publishing Corporation, 1960.

SANT'ANNA, Affonso Romano de. **Arte e fuga da espera**. Diálogo médico, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 64, jun-jul, 1996.

SANTOS, Mauro C.O; BURSZTYN, Ivani. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Editora SENAC. Rio de Janeiro, 2004.

SÃO PAULO (SP), Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Unidade de Avaliação e Controle. **Manual de credenciamentos e cadastramentos especiais: oncologia – CACON**. São Paulo, 2002.

SILVA, Alcino Lázaro da, **Colaboração à história da oncologia em Minas Gerais**. Rev. Med Minas Gerais, 2009; 19(1):85-89.

SOMMER, Robert. **Espaço pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos**. São Paulo, EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, 1973.

_____. **O desenvolvimento e a aplicação dos conceitos de espaço pessoal**. In: DEL RIO, Vicente, DUARTE, Cristiane Rose, RHEINGANTZ, Paulo Afonso. **Projeto de lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo**. Rio de Janeiro: Proarq, 2002.

SCHULZ, Norberg Christian. **Intenciones en arquitectura**. Barcelona: Gustavo Gili, 1979.

TAFURI, Manfredo. **Teoria e História da Arquitetura**. Lisboa: Presença, 1979.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**. RJ: ABDEH, 2006.

ULRICH, R. S.. **Effects of healthcare environmental design on medical outcomes**. In A Dilani (Ed.) Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design. Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst, 49-59, 2001.

_____. **Communicating with the healthcare community about plant benefits**. In C. Shoemaker (Ed.) Proceedings of the Sixth International People Plant Symposium. Chicago: Chicago Botanic Garden, 2002.

VAGHETTI, H. H., PADILHA, M. I. C. S., MAIA, A. R. C. **O referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudo da cultura das organizações hospitalares**. Cuad. Adm. Bogotá, Colômbia. 19 (32): 179-194. Jul / Dez. 2006.

WEIL, Pierre e TOMPAKOW, Roland. **O corpo fala**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

Apêndice A – Histórico Surgimento CACON

Para embasar essa pesquisa fez-se necessário mostrar um breve histórico do surgimento dos centros de oncologia no Brasil.

“O termo câncer é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações”. (INCA, 2009).

No início do século XX, segundo informações do Instituto Nacional do Câncer (2006) enquanto as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde no Brasil, o câncer começava a despontar nos países desenvolvidos entre as doenças de maior taxa de mortalidade. “O índice de mortalidade pela doença no país era considerado baixo, mas havia a tendência de elevar-se a cada década, caso não fossem adotadas providências a respeito” (BARRETO, 2005).

Desde 2003, as neoplasias ou tumores malignos constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade do INCA.

As primeiras iniciativas relacionadas ao controle da doença eram mais direcionadas para o diagnóstico e tratamento e pouca ênfase era dada a prevenção. O assunto despertou o interesse de autoridades da Divisão Nacional de Saúde e foram fixadas cláusulas para o tema da luta contra o câncer.

Em setembro de 1922, foi apresentado, no Congresso da Independência, o primeiro plano anticâncer brasileiro, mostrando, ainda que escassos, os primeiros números colhidos nas Casas de Misericórdias. E, a partir daí, o câncer passou de uma doença exclusiva da área médica para um problema de saúde pública.

Novas tecnologias surgiam no tratamento das neoplasias, como eletrocirurgia, raios-x e radium, impulsionando as políticas de profilaxia do câncer no Brasil, o que transformaria, ainda que lentamente, o paradigma de “incurável” para “recuperável”, de acordo com dados do INCA, Brasil (2006). Entretanto, coube a iniciativa privada a fundação do Instituto do Radium, primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país. O instituto foi concebido em setembro de 1922, na cidade de Belo Horizonte, graças à persistência de Eduardo Borges da Costa e do orçamento do governo Arthur Bernardes. Este instituto é o atual Hospital Borges da Costa. Esta instituição foi um dos hospitais escolhidos como objeto de análise.

Foi no governo de Getúlio Vargas (1930 – 1945) que, de acordo com relatos de Barreto (2005), a sociedade civil reivindicou mais providências no combate ao câncer e atendimento às necessidades da população. Assim sendo, o governo adotou uma política nacional de controle da doença e, como consequência, foi criado no Rio de Janeiro em 1937, o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar, que se constituiu posteriormente como o Instituto Nacional do Câncer. Esta iniciativa foi fundamental para a formação de recursos humanos para o setor e o prestígio dado aos serviços médicos dispensados aos cancerosos.

Em 1941 o projeto anticâncer ganhou caráter nacional por meio da criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), cujos objetivos eram orientar, organizar e controlar a doença no Brasil. Com o fortalecimento desse órgão, autoridades da política anticâncer pensaram na epidemiologia levando em consideração as

condições ambientais, os contrastes do país e a extensão do território nacional. Gerava-se a certeza de que os sintomas representavam a fase tardia da doença e que medidas deveriam ser tomadas no sentido da prevenção e diagnóstico.

A atenção governamental enfocou os cuidados médico-sanitários e o uso de medicamentos e equipamentos hospitalares, na década de 50, em toda área de saúde. “Como consequência, houve o crescimento da indústria químico-farmacêutica e modificações de grande relevância na política de saúde, em especial as do câncer, em consequência da complexidade do seu diagnóstico e tratamento” (BARRETO, 2005).

Apesar da década de 60 ter sido marcada pelo regime militar e poucas ações terem sido realizadas no sentido de dar continuidade às políticas de saúde, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) foi institucionalizada em 1967, através do Decreto nº 61.968.

A CNCC teve como objetivos básicos intensificar e coordenar, no território brasileiro, as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas, atuando nas áreas de prevenção, diagnóstico, assistência médica, formação de técnicos especializados, ação social, reabilitação e pesquisas relacionadas com a neoplasia (BARRETO, 2005, p.270).

Na década de 80, o INCA passou a ser sede de ensino e pesquisas oncológicas. Um dos projetos desenvolvidos, considerado marco na área da oncologia, foi à criação e implantação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO), inaugurado em junho de 1983.

Em 1980 uma ação administrativo-financeira entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social implementaram programas da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, tais como o Programa de Oncologia (PRO-ONCO). A Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 mudou consideravelmente a estrutura sanitária brasileira e coube papel diferenciado ao INCA, “entendido como

agente diretivo na política nacional no controle de câncer no Brasil” (BRASIL, 2006, p.15).

Segundo Barreto (2005) o êxito do PRO-ONCO efetivou-se quando o programa passou a coordenação de programas de controle do câncer do INCA, em março de 1986. Dez anos mais tarde surgiram a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer e o Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino – Viva a mulher. Posteriormente, o Programa de Controle de Câncer de Mama também seria implantado.

Segundo Pinto (1995), na década de 80, surgiu interesse em uma modalidade de tratamento chamado braquiterapia, isolada ou associada com outras modalidades terapêuticas. Surgiram também equipamentos e materiais de suporte ao tratamento, dentre os quais novos radioisótopos, dosimetria com melhor distribuição de dose, utilização de computadores, da tomografia computadorizada e da ressonância magnética, aprimorando o tratamento terapêutico do câncer.

“As inúmeras modificações sociais e econômicas ocorridas aqui e no restante do mundo foram acompanhadas de alterações marcantes nos padrões de incidência e mortalidade por diversas doenças. A mortalidade proporcional por câncer no Brasil, que era de 2,7% em 1930, aumentou para 11,2% em 1980” (COELHO, 1995, p.15).

Em 1998 o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica no Brasil – EXPANDE – foi criado e em 2000, aprovado pelo Ministério da Saúde. Tinha como objetivo implantar vinte Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), aumentando a capacidade de atendimento integral da rede de serviços do SUS.

Nos últimos 5 anos ocorreu um aumento expressivo no número de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade do SUS, o que pode refletir uma melhora na capacidade do sistema em aumentar o acesso aos recursos de tratamento especializado, ainda que pesem os gargalos existentes

em algumas especialidades, as dificuldades de regulação e articulação entre as unidades da rede e a inexistência de resultados positivos na saúde da população (BRASIL, 2006, p.53).

“Os CACON são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência ao paciente oncológico” (BARRETO, 2005, p.273).

A partir de 2000 o INCA passou a ter competência para desenvolver ações nacionais de controle do câncer, através do Decreto Presidencial nº 3.496, tornando-se referência nacional para a prestação de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo dados do INCA, as taxas brutas de mortalidade de câncer são altas, tanto de homens, quanto de mulheres, sendo que as primeiras ainda são mais elevadas. Esses dados são referentes aos anos de 2005 e 2006, em todo o Brasil, com ênfase no Estado de Minas Gerais. A Fig. 67 representa as taxas brutas de mortalidade de mulheres.

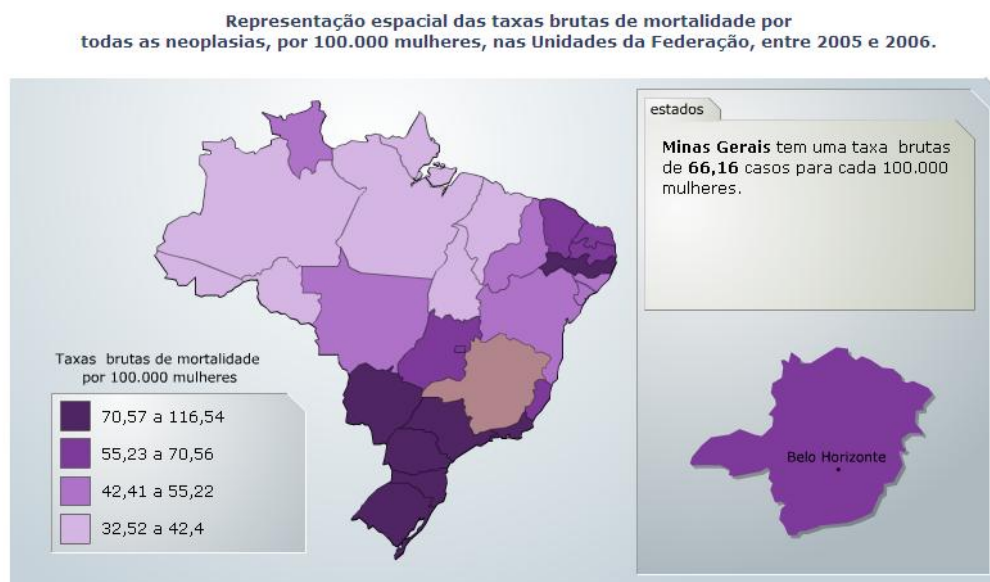


FIGURA 69: Representação das taxas brutas de câncer em mulheres, anos de 2005 e 2006

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br>

A Fig. 68 mostra as taxas brutas de mortalidade de homens referentes aos anos de 2005 e 2006, em todo o Brasil, com ênfase no Estado de Minas Gerais.

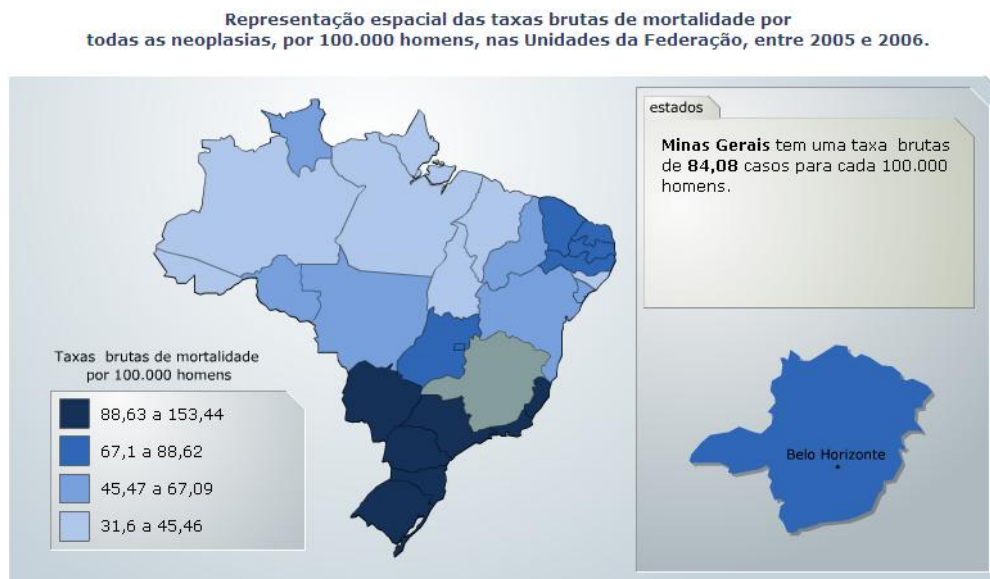


FIGURA 70: Representação das taxas brutas de câncer em homens, anos de 2005 e 2006

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br>

De acordo com notícia divulgada pelo INCA em 24 de novembro de 2009, *Estimativa 2010 – Incidência de Câncer no Brasil*

São esperados para o próximo ano 489.270 novos casos de câncer. O mais incidente será o câncer de pele não-melanoma, com 113.850 casos. Em seguida vêm os tumores de próstata (52.350); mama feminina (49.240), cólon e reto (28.110) e pulmão (27.630). A Estimativa é produzida pelo INCA a cada dois anos, a partir das informações coletadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional existentes no Brasil. (...) apesar de os homens adoecerem mais de câncer, o número absoluto de casos é maior entre as mulheres. 'O câncer é uma doença do envelhecimento. E como a expectativa de vida entre as mulheres é mais alta, existem mais mulheres na terceira idade do que homens'. No total geral, são esperados 192.590 (51,3%) casos novos de câncer em mulheres em 2010 e 182.830 (48,7%) entre os homens. (INCA, 2009)

Para o próximo ano, 2010, são esperados quase meio milhão de novos casos de câncer no Brasil.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos através deste termo, convidar-lhe a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada “Os efeitos da flexibilidade ambiental na postura dos usuários relativa ao simbolismo dos espaços sociais de tratamento do câncer”.

O trabalho está sendo desenvolvido pela pesquisadora Camilla Fortini Pinto Grenfell, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação do Professor Doutor Marcelo Pinto Guimarães.

O trabalho tem como objetivo entender sobre como reduzir o estresse e melhorar a postura do usuário a partir dos espaços de uso social onde ocorre tratamento do câncer.

A pesquisa irá compreender os valores e atitudes dos participantes quanto aos significados desses ambientes pelas relações entre o gerenciamento dos espaços, rotinas, manutenções e funcionamento, de um lado, e o comportamento das pessoas, de outro, que dão as dimensões das experiências no ambiente hospitalar. Por uma combinação de métodos, a pesquisadora deve efetuar um estudo sobre a rotina e o funcionamento das instituições, e sobre os pontos de vista dos usuários para definir o simbolismo desses hospitais especializados. Em testes preliminares com observação, será anotada a forma de comportamento das pessoas em situações diferentes de uso dos espaços. Na coleta de dados, entrevistas gravadas e documentadas por meio de questionários semi-estruturados serão realizadas com pacientes, funcionários e acompanhantes em que cada um responderá sobre experiências vivenciadas nas áreas escolhidas do hospital.

Não há riscos à integridade física, psicológica e moral dos participantes.

Os benefícios para os participantes incluem a oportunidade de expressarem sobre potencial insatisfação à qualidade de condições ambientais para uso das instalações hospitalares. Esta pesquisa segue os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.

Caso se manifeste favorável à participação, por favor, registre seus dados pessoais neste documento, os quais se manterão em sigilo do conhecimento público para proteção de sua individualidade e privacidade.

Em caso de dúvidas favor entrar em contato com os pesquisadores Camilla Fortini Pinto Grenfell, telefone (31) 9996 0756, Marcelo Pinto Guimarães, telefone – (31) 3409 8810 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP, telefone – (31) 3409 4592, email coep@prpq.ufmg.br. Endereço: Av. Antonio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005 - Campus Pampulha - Belo Horizonte, MG

DE ACORDO:

Nome: _____ Identidade: _____

Data de nascimento: _____ Telefone: _____

Desde já agradecemos a participação.

Apêndice C – Modelo da carta de solicitação para realização de pesquisa nos hospitais escolhidos

LABORATÓRIO
ESCOLA DE
ARQUITETURA DA UFMG

adaptse

Ilmos Srs / Sras.
Diretores do
Hospital das Clínicas - UFMG

Belo Horizonte, 04 de abril de 2008

Vimos solicitar a colaboração dos administradores do Hospital Das Clínicas - UFMG para a realização de um trabalho de levantamento de dados em suas instalações sobre aspectos operacionais dos espaços de uso dos internos e visitantes na instituição. O objetivo da pesquisa é fazer uma investigação sobre características dos espaços hospitalares voltados para o tratamento oncológico que possam ser vinculados com princípios de design universal, aferindo-se assim uma possível contribuição disso na recuperação dos pacientes.

Como o Hospital Das Clínicas - UFMG é uma instituição voltada para o tratamento do câncer e possui uma demanda grande de pacientes com perfis antropométricos e socio-demográficos diferenciados, constitui-se em campo ideal para esta pesquisa. Podemos assegurar que o trabalho envolve a aplicação de medidas que mantenham a discrição e o sigilo das informações privativas e evitem quaisquer indisposição ou desconforto das pessoas a serem envolvidas no processo.

Em caso de confirmação da disponibilidade e interesse desta instituição, pedimos que nos forneçam uma autorização formal por escrito. Desta forma, além do registro da participação do Hospital Das Clínicas - UFMG neste esforço, teremos com sua declaração favorável um apoio na documentação de referência e mérito para submeter nossa proposta de trabalho para agências governamentais de fomento de bolsas de estudo e suporte financeiro às pesquisas no país.

Ao final de nossos trabalhos, predispomos a oferecer-lhes em troca a divulgação dos resultados de modo a subsidiar uma contribuição adicional aos seus já reconhecidos serviços de atendimento clínico e social.

Atenciosamente,

Arq. Camilla Pinto Grenfell
Pesquisadora e Mestranda do
Curso de Pós-Graduação da
Escola de Arquitetura da UFMG.


Marcelo Pinto Guimarães

Prof. Dr. Marcelo Pinto Guimarães
Orientador de Mestrado,
Diretor do
Laboratório ADAPTSE – EA UFMG



A D A P T S E

Rua Paraíba 697, sala 125, EA UFMG, Belo Horizonte, CEP 30130-140, MG
fone: 5531-3409 8810, e-mail: contato@adaptse.org

Apêndice D – Modelo questionários aplicados em pacientes e acompanhantes

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PACIENTES E ACOMPANHANTES – PESQUISA DE MESTRADO UFMG

Você está convidado (a) a responder esse questionário anônimo, que faz parte da coleta de dados da pesquisa "Os efeitos da flexibilidade ambiental na postura do usuário relativa ao simbolismo dos espaços sociais de tratamento do câncer", conforme explicações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que você leu. Siga as instruções a seguir.

Instruções:

- Coloque a data no local indicado;
- Coloque o horário de preenchimento do questionário, no local indicado;
- Marque um **[X]** em frente ao local que você está esperando;
- Marque um **[X]** em frente à opção que escolher.

Data: ____/____/____ **Horário:** _____

1. Local:

- a) Hospital Mário Penna - ESPERA QUIMIOTERAPIA
 b) Hospital Mário Penna - ESPERA TRIAGEM
 c) Santa Casa de Misericórdia - ESPERA
 d) Hospital Borges da Costa - ESPERA QUIMIOTERAPIA
 e) Hospital Borges da Costa - ESPERA TRIAGEM

Perfil do entrevistado:

2. Sexo:

- a) feminino
 b) masculino

3. Idade:

- a) 20 a 35 anos
 b) 36 a 50 anos
 c) 51 a 65 anos
 d) 66 a 80 anos
 e) acima de 80 anos

4. Escolaridade:

- a) nenhuma
 b) 1º grau incompleto
 c) 1º grau completo
 d) 2º grau incompleto
 e) 2º grau completo
 f) 3º grau incompleto
 g) 3º grau completo
 h) pós graduação

5. Onde você mora?

- a) Belo Horizonte
- b) outra cidade da Região Metropolitana. Qual? _____
- c) cidade do interior de Minas Gerais. Qual? _____
- d) outro estado. Qual? _____

6. Qual o transporte utiliza para chegar ao hospital?

- a) carro particular
- b) ônibus
- c) van ou carro hospitalar
- d) táxi
- e) moto
- f) a pé
- g) outro meio de transporte. Qual? _____

7. Você é:

- a) paciente
- b) familiar do paciente.
- c) outros. Identificar: _____

8. Se você é paciente, responda. (Caso não seja, pule para a questão 9.)**Você vem sozinho ou acompanhado?**

- a) sozinho
- b) acompanhado. Quem o acompanha: _____

9. Quanto tempo frequenta o hospital?

- a) primeira vez.
- b) menos de 6 meses
- c) 6 meses a 1 ano
- d) 1 a 2 anos
- e) 2 a 4 anos
- f) acima de 4 anos

10. Quantas vezes por ano você vem a esta unidade?

- a) 1 vez por ano
- b) 2 a 6 vezes por ano
- c) 7 a 12 vezes por ano
- d) 13 a 24 vezes por ano
- e) mais de 24 vezes por ano

11. Você já teve outra experiência em hospital?

- a) Não
- b) Sim. Qual o motivo: _____

Questões relacionadas à espera pelo atendimento**12. Quanto tempo, geralmente, você espera para ser atendido?**

- a) imediatamente
 b) minutos
 c) meia hora a uma hora
 d) mais de uma hora
 e) várias horas

13. O que você geralmente faz enquanto espera para ser atendido?

Você deve relacionar por número (o número 1 corresponde ao que você mais faz, atividade mais importante e o número 5 corresponde ao que você menos faz enquanto espera).

a) Ler

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) Conversar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

c) Dormir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

d) Assistir televisão

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

e) Outros. O que? _____

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Como se relaciona com outras pessoas que também aguardam o atendimento?

- a) Deseja conversar
 b) Deseja ficar isolado no seu canto
 c) Deseja fazer outra atividade. Qual atividade? _____

15. Que lugar você prefere assentar quando vem ao hospital?

- a) Mesmo lugar
 b) Lugar diferente. Comente: _____

Questões relacionadas ao ambiente da sala de espera**16. Você acha este lugar:**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

muito alegre alegre normal triste muito triste

Comente: _____

17. Como você avalia a acessibilidade da sala de espera?

Considere que está entrando no hospital, passando pelo portão de entrada, caminhando pela rampa, chegando à sala de espera e encontrando seu lugar para se assentar.

Como avalia as condições para realizar tais tarefas em sua situação como um todo?

1	2	3	4	5
ótimo	bom	médio	ruim	péssimo

Comente: _____

18. Como você avalia a conservação da sala de espera?

Considere a limpeza, a arrumação, estragos nas paredes e no piso, mofo e pintura das paredes.

1	2	3	4	5
ótimo	bom	médio	ruim	péssimo

Comente: _____

19. Como você avalia a conservação dos mobiliários?

Considere o estado das cadeiras, do balcão, mesas e bancos.

1	2	3	4	5
ótimo	bom	médio	ruim	péssimo

Comente: _____

20. Você acha as cadeiras:

1	2	3	4	5
muito confortável	confortáveis	tanto faz	desconfortáveis	muito desconfortáveis

Comente: _____

21. Como você avalia o ambiente da sala de espera relacionado a:**a) Iluminação:**

1	2	3	4	5
muito claro	claro	médio	escuro	muito escuro

b) Ventilação:

1	2	3	4	5
muito arejado	arejado	médio	abafado	muito abafado

c) Ruído:

1	2	3	4	5
muito silencioso	silencioso	médio	barulhento	muito barulhento

d) Tamanho:

1	2	3	4	5
muito grande	grande	médio	pequeno	muito pequeno

22. Escolha a posição das cadeiras que mais lhe agrada para esperar:

a) As cadeiras estão de frente e de lado para o balcão de recepção, formando grupos.



b) As cadeiras estão de frente umas para outras, de lado para o balcão de recepção.



c) As cadeiras estão em fila, uma atrás da outra, de frente para o balcão de recepção



23. Como você prefere o balcão de recepção?

a) Alto



b) Baixo



c) Com duas alturas, uma parte baixa e a outra alta



24. Qual cor você acha que deveria ter as paredes da sala de espera?

1 2 3 4 5 6 7
 Azul Amarelo Branco Verde Cinza Bege Outra. Qual? _____

25. Você gostaria que a sala de espera tivesse: (marque quantas opções achar necessário)

- a) Televisão
- b) Voluntárias para realização de atividades
- c) Revistas e jornais para leitura
- d) Jardim ou vasos de planta
- e) Outros. Qual? _____

26. O que você acha que está faltando neste ambiente?

27. O que poderia sugerir para melhorar as condições de espera para você?

Questões relacionadas ao tratamento terapêutico

28. Você acha que esta sala de espera:

- a) Ajuda no tratamento
 - b) Não ajuda no tratamento
 - c) Não se importa
- Comente: _____

29. Como você se sente nesta sala de espera:

- a) Seguro
 - b) Inseguro
 - c) Não se importa
- Porque: _____

30. Que hospital você conhece que oferece tratamento parecido?

- a) Santa Casa de Misericórdia
- b) Hospital Borges da Costa
- c) Hospital Mário Penna
- d) outro. Qual _____

31. Comparando com este hospital, o que poderia dizer sobre outros locais de tratamento?

- a) este hospital é melhor
 - b) este hospital e outros oferecem condições iguais
 - c) este hospital é pior.
- Comente: _____

OBRIGADA!

Apêndice E – Modelo questionários aplicados em funcionários

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA FUNCIONÁRIOS– PESQUISA DE Mestrado UFMG

Você está convidado (a) a responder esse questionário anônimo, que faz parte da coleta de dados da pesquisa “Os efeitos da flexibilidade ambiental na postura do usuário relativa ao simbolismo dos espaços sociais de tratamento do câncer”, conforme explicações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que você leu. Siga as instruções a seguir.

Instruções:

- Coloque a data no local indicado;
- Coloque o horário de preenchimento do questionário, no local indicado;
- Marque um **[X]** em frente ao local que você está esperando;
- Marque um **[X]** em frente à opção que escolher.

Data: ____/____/____ Horário: _____

1. Local:

- a) Hospital Mário Penna
- b) Santa Casa de Misericórdia
- c) Hospital Borges da Costa

Perfil do entrevistado:

2. Sexo:

- a) feminino
- b) masculino

3. Idade:

- a) 20 a 35 anos
- b) 36 a 50 anos
- c) 51 a 65 anos
- d) 66 a 80 anos
- e) acima de 80 anos

4. Escolaridade:

- a) nenhuma
- b) 1º grau incompleto
- c) 1º grau completo
- d) 2º grau incompleto
- e) 2º grau completo
- f) 3º grau incompleto
- g) 3º grau completo
- h) pós graduação

5. Onde você mora?

- a) Belo Horizonte
 b) outra cidade da Região Metropolitana. Qual? _____
 c) cidade do interior de Minas Gerais. Qual? _____
 d) outro estado. Qual? _____

6. Qual o setor que você trabalha?

- a) recepção
 b) ambulatório
 c) administração
 d) serviços gerais
 e) outros. Identificar: _____

7. Quanto tempo trabalha no hospital?

- a) menos de 6 meses
 b) 6 meses a 1 ano
 c) 1 a 2 anos
 d) 2 a 4 anos
 e) acima de 4 anos

8. Qual o seu turno de trabalho?

- a) manhã
 b) tarde
 c) noite
 d) manhã e tarde
 e) tarde e noite
 f) outro. Qual? _____

Questões relacionadas ao ambiente da sala de espera**9. Você acha a sala de espera:**

1	2	3	4	5
muito alegre	alegre	normal	triste	muito triste

Comente: _____

10. Como você avalia a acessibilidade da sala de espera?

Considere que está entrando no hospital, passando pelo portão de entrada, caminhando pela rampa, chegando à sala de espera e encontrando seu lugar para se assentar.

Como avalia as condições para realizar tais tarefas em sua situação como um todo?

1	2	3	4	5
ótimo	bom	médio	ruim	péssimo

Comente: _____

11. Como você avalia a conservação da sala de espera?

Considere a limpeza, a arrumação, estragos nas paredes e no piso, mofo e pintura das paredes.

1	2	3	4	5
ótimo	bom	médio	ruim	péssimo

Comente: _____

12. Como você avalia a conservação dos mobiliários da sala de espera?

Considere o estado das cadeiras, do balcão, mesas e bancos.

1	2	3	4	5
ótimo	bom	médio	ruim	péssimo

Comente: _____

13. Você acha as cadeiras da sala de espera:

1	2	3	4	5
muito confortáveis	confortáveis	tanto faz	desconfortáveis	muito desconfortáveis

Comente: _____

14. Como você avalia o ambiente da sala de espera relacionado a:**a) Iluminação:**

1	2	3	4	5
muito claro	claro	médio	escuro	muito escuro

b) Ventilação:

1	2	3	4	5
muito arejado	arejado	médio	abafado	muito abafado

c) Ruído:

1	2	3	4	5
muito silencioso	silencioso	médio	barulhento	muito barulhento

d) Tamanho:

1	2	3	4	5
muito grande	grande	médio	pequeno	muito pequeno

15. Você gostaria que a sala de espera tivesse: (marque quantas opções achar necessário)

- a) Televisão
- b) Voluntárias para realização de atividades
- c) Revistas e jornais para leitura
- d) Jardim ou vasos de planta
- e) Outros. Qual? _____

16. O que você acha que está faltando neste ambiente?

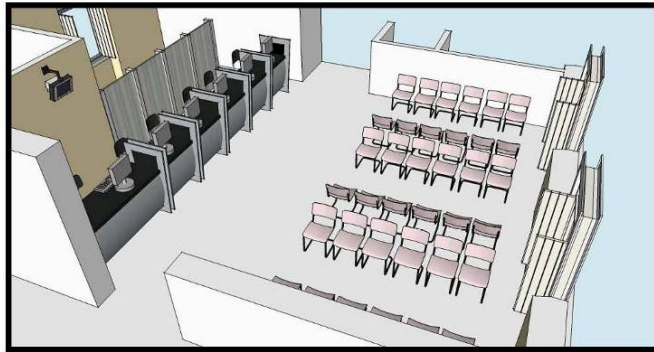
17. O que poderia sugerir para melhorar as condições de espera para as pessoas?

18. Escolha a posição das cadeiras que mais lhe agrada:

a) As cadeiras estão de frente e de lado para o balcão de recepção, formando grupos.



b) As cadeiras estão de frente umas para as outras, de lado para o balcão de recepção.



c) As cadeiras estão em fila, uma atrás da outra, de frente para o balcão de recepção



19. Como você prefere o balcão de recepção?

a) Alto



b) Baixo



c) Com duas alturas, uma parte baixa e a outra alta



20. Qual cor você acha que deveria ter as paredes da sala de espera?

1 2 3 4 5 6 7
 Azul Amarelo Branco Verde Cinza Bege Outra. Qual? _____

Apêndice F – Modelo de relatório do diário de campo – Unidade de Oncologia Santa Casa de Misericórdia

PESQUISA MESTRADO

RELATÓRIO DE VISITA A UNIDADE DE ONCOLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

DATA: 11/08/09 – TERÇA-FEIRA

HORÁRIO: 9H50MIN. A 10H40MIN.

A visita teve como objetivo a observação dos espaços de espera da unidade de oncologia do hospital - local onde os pacientes e acompanhantes aguardam o atendimento tanto para a unidade de quimioterapia, quanto para a unidade de radioterapia.

Iniciei minha pesquisa na sala de espera geral da unidade que se localiza depois da entrada principal. No decorrer da minha observação alguns pontos que merecem destaque, quais sejam:

- São duas áreas de espera localizadas num grande salão. Estas áreas são divididas pela posição das cadeiras e pela proximidade dos balcões de atendimento;
- A espera mais próxima ao balcão da quimioterapia esta localizada em frente a entrada da unidade. As pessoas aguardam em cadeiras duras e desconfortáveis, dispostas em fila. Existem duas televisões nesta espera, apenas uma estava ligada;
- Nesta espera há maior concentração de pessoas adultas e mais velhas;
- A outra espera está mais próxima ao balcão da radioterapia, mas, também possuía pacientes da quimioterapia. Além das cadeiras em fila, também tem 2 ou 3 mesas com cadeiras de plástico e um brinquedo grande em formato de casinha. Este brinquedo está em mal estado de conservação. As mesas e as cadeiras são utilizadas pelas voluntárias do hospital para a realização de trabalhos com as pessoas que esperam. São bordados, pulseiras e colares;
- Esta espera abriga um maior número de crianças e mães, por causa dos brinquedos e das voluntárias, provavelmente. As crianças são bastante agitadas, correm pelas e esperas e entram no interior da unidade sem muito controle;

- As voluntárias levam gelatinas para as pessoas;
- A maioria das pessoas espera o atendimento para a unidade de quimioterapia. A unidade de radioterapia possui uma espera um pouco menor e mais restrita, no interior da unidade. Entretanto, no dia da visita da pesquisadora não havia pacientes para a radioterapia porque um dos equipamentos estava quebrado;
- Há certa diversidade de pessoas, homens, mulheres, idosos e crianças. Existem pessoas em cadeira de rodas;
- O local de espera é como um grande salão, amplo, arejado e bem iluminado. Na lateral direita existe um jardim mal cuidado e sujo. Este jardim pertence a Santa Casa e não pode sofrer intervenção, segundo informação de uma funcionária. O acesso a este salão – sala de espera da unidade de oncologia – é feito pela Rua Piauí. As pessoas passam por um portão e caminham por uma passagem cimentada, entre um muro e um prédio. Esta passagem possui bancos de concreto que também servem como espera, porém, é uma área descoberta. Depois dessa passagem existe uma rampa que desce, muito íngreme, sem corrimãos. Ela não é segura e nem confortável, mas, é o único acesso externo para as pessoas que vão à unidade. A oncologia fica no subsolo do hospital. Existem vasos de planta mal cuidados na entrada;
- Pude verificar atitudes diversificadas neste ambiente interno, enquanto esperam, algumas pessoas conversam principalmente as que vêm com acompanhantes e familiares, algumas se apóiam nas cadeiras para um breve cochilo, outras lêem, vêem TV e outras apenas esperam caladas;
- A área da passagem descoberta também serve de espera, apesar da falta de conforto, ela possui bancos. É um local onde pode se ver o movimento da rua e de outras pessoas circulando. O contato de uma espera com a outra é através de uma porta de vidro grande na entrada.
- A apropriação do espaço acontece com a utilização de elementos arquitetônicos existentes, que muitas vezes não foram pensados para este fim, como é o caso do banco de concreto que virou cama, ou ainda do jardim que serve como outra alternativa de espera.

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 231/09

Interessado(a): Prof. Marcelo Pinto Guimarães
Departamento de Projetos
Escola de Arquitetura - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de agosto de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Os efeitos da flexibilidade ambiental na postura do usuário relativa ao simbolismo dos espaços sociais de tratamento do câncer"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo B – Parecer do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - DEPE

UFMG

Belo Horizonte, 18 de agosto de 2009.

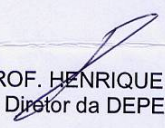
PROCESSO: Nº 021/09

TÍTULO: “OS EFEITOS DA FLEXIBILIDADE AMBIENTAL NA POSTURA DO USUÁRIO RELATIVA AO SIMBOLISMO DOS ESPAÇOS SOCIAIS DE TRATAMENTO DO CÂNCER”

SR(A) PESQUISADOR(A):

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de Projetos de Pesquisa do HC e a aprovação pelo COEP/UFMG em 04/08/2009, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional. Solicitamos enviar à DEPE **relatório** parcial ou final, após um ano.

Atenciosamente,


PROF. HENRIQUE VITOR LEITE
Diretor da DEPE/HC-UFMG

Ao Sr.
Prof. Marcelo Pinto Guimarães
Depto. Projetos
Escola de Arquitetura/UFMG

Anexo C - Carta de autorização para a realização da pesquisa do Hospital Mário Penna



Autorização

Autorizo a mestrande **Camilla Pinto Grenfell** portadora da CI n.º MG-8.694.401 e CFP n.º 038.822.396.03 da Escola de Arquitetura da Universidade Federal de Minas Gerais a realizar a pesquisa nas dependências do Hospital Mário Penna. Essa pesquisa tem o objetivo de realizar uma investigação sobre as características dos espaços hospitalares voltados para o tratamento oncológico que possam ser vinculados com princípios de design universal, aferindo-se assim uma possível contribuição disso na recuperação dos pacientes.

Belo Horizonte, 17 de março de 2008.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Paulo Afonso de Miranda'.

Paulo Afonso de Miranda

Superintendente Administrativo

Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna

Anexo D - Carta de autorização para a realização da pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.



Autorização

Autorizamos a mestranda **Camilla Pinto Grenfell**, portadora da CI MG-8. 694.401 e CPF nº 038.822.396-03, da Escola de Arquitetura da Universidade Federal de Minas Gerais, realizar pesquisa nas dependências do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, no período de maio de 2008 à dezembro de 2009, cujo objetivo é investigar as características dos espaços hospitalares voltados para o tratamento oncológico que possam ser vinculados com princípios do design universal, aferindo-se assim uma possível contribuição na recuperação dos pacientes.

Belo Horizonte, 22 de abril de 2008.

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Anexo E - Carta de autorização para a realização da pesquisa do Hospital Borges da Costa, Hospital das Clínicas.



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Unidade Funcional Hematologia

UFMG

Belo Horizonte, 03 de Abril de 2009.

Parecer

Vimos por meio deste fornecer parecer sobre o projeto de pesquisa "**Os efeitos da flexibilidade ambiental na postura do usuário relativa ao simbolismo dos espaços sociais de tratamento do câncer**" conduzido pela arquiteta Camilla Fortini Pinto Grenfell, sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Pinto Guimarães da Escola de Arquitetura e Urbanismo da UFMG.

O projeto visa estudar aspectos relativos a questão ambiental hospitalar e a percepção da flexibilidade destes espaços nos diferentes atores que frequentam o ambiente hospitalar, particularmente no contexto do tratamento oncológico. Este tema é pouco estudado no nosso país e pode contribuir no futuro para uma melhor organização e construção do espaço hospitalar, onde hoje pouco se leva em conta da opinião do usuário.

Nosso parecer é de que o projeto de pesquisa é de interesse da Unidade Funcional de Hematologia. Provavelmente seja necessário, contudo, a confecção de um termo de consentimento para a realização das entrevistas. Este aspecto, porém, não invalida a aprovação do projeto a nível da Unidade Funcional. Somos, assim, favoráveis à aprovação do mesmo.

Dr. Henrique Bittencourt
HEMATOLOGIA
CRM-MG 40.935 - CPF: 606.740.400-15

Prof. Henrique Bittencourt, CLM
Relator/Coordenador "pro tempore" do Serviço de Hematologia/Oncologia

João Carlos Martins
Gerente V. F. Hematologia
Inscr. 129380
Enf. João Carlos Martins
Gerente da Unidade Funcional de Hematologia e Oncologia