

O AMBIENTE DE HEMODIÁLISE: O CONTEXTO DAS INTERAÇÕES SOCIAIS E AS RELAÇÕES HUMANAS QUE ENVOLVEM O ESPAÇO E O LUGAR

 <https://doi.org/10.56238/arev6n4-360>

Data de submissão: 21/11/2024

Data de publicação: 21/12/2024

Patrícia Caetano Gattás Bara

Mestre em Ambiente Construído - UFJF

E-mail: patriciacaetanogattasbara@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2146-9751> /

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/8971106217185143>

Guilherme Alvim Gattás Bara

Mestre em Ambiente Construído – UFJF

Doutorando em Design – Esdi/UERJ

E-mail: guilhermegattasbara@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8263-5306>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/8408546618844918>

Juliana Simili de Oliveira

Doutora em Arquitetura

Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFJF

E-mail: juliana.simili@arquitetura.ufjf.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9338-8336> /

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4672328641135837>

Gustavo Francis Abdalla

Doutor em Engenharia de Produção

Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFJF

E-mail: gustavo.francis@ufjf.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8785-6068>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/9007018919636001>

RESUMO

O presente estudo objetivou gerar uma discussão sobre os ambientes hospitalares, especificamente, os centros de hemodiálise, simbolismo e significado para os seus usuários, levando-se em consideração fatores como as suas preferências pessoais, isentando-se do viés operacional. A relação pessoa-ambiente nas clínicas de hemodiálise e em outros equipamentos hospitalares poderia ser tema de pesquisas, pois, a partir da revisão narrativa de literatura e dos estudos de casos, constatou-se que esta relação não é utilizada frequentemente no contexto. A metodologia é qualitativa, descriptiva e exploratória e baseou-se nas evidências da investigação e nos aspectos de qualidade do ambiente. Utilizou-se técnicas como a observação e instrumentos como questionário estruturado e entrevista semiestruturada. Observando os resultados, percebe-se que os aspectos singulares dos usuários não são considerados em projetos de arquitetura hospitalar.

Palavras-chave: Ambiente de Saúde, Arquitetura de Interiores, Hemodiálise, Relacionamento Humano, Interação Social.

1 INTRODUÇÃO

O ambiente de hemodiálise (HD) é considerado importante para os usuários em terapia renal substitutiva (TRS) por envolver as ações de sua rotina e, assim, este espaço se torna simbólico e significativo para o contexto social desta comunidade. Steiner (2016) entende que isso se enquadra nos estudos desse microssistema e de sua relação humano-ecológica. Neste sentido, as salas de HD são entendidas como locais técnicos apropriados ao exercício e às condições disciplinares da saúde, com ambientes funcionalmente organizados e destinados a grupos específicos numa sociedade racional, científica e contemporânea. Quando vistas a partir de um contexto geral de como os usuários agem, tais clínicas e suas salas de HD são semelhantes a outros ambientes construídos, porque servem como uma resposta ao modo operacional normal de mudança do mundo natural (funcionamento do organismo) em favor dos povos, dos grupos e das visões da sociedade (LARAIA, 2001). A partir dessa compreensão, objetivou-se discutir o que o ambiente dos centros de HD simboliza e significa para os seus usuários, na busca de apontar o que é diretamente funcional à lógica racional e científica da TRS.

Como pressuposto da pesquisa, as relações interpessoais das salas de HD ocorrem num cenário de vida interativo ao convívio humano que é dado pelo ambiente. Nestes locais encontram-se elementos físicos, sociais, técnicos, econômicos e culturais. A presente pesquisa apresenta três questões para um mesmo local: a avaliação das estruturas arquitetônicas, a impressão dos pacientes em TRS e a subjetividade dos entrevistados.

A explicação sobre a natureza espacial e do lugar permite diferenciar o substrato físico (material) do ambiente de organização social do lugar, e ambos da construção das subjetividades individuais. Isso permitiu trabalhar da macro para a microescala e conseguiu-se alcançar uma variedade de classificações ecológico-ambientais, mas foi observado apenas o contexto de maior proximidade e autonomia entre os usuários, ou seja, o microssistema definido pelo nanoterritório do centro de HD. Para o espaço clínico como ecossistema de saúde e o grupo em TRS, decidiu-se utilizar três categorias, nomeadamente local, ambiente e ambiência. Contudo, o conceito de sentido de lugar é vago (NAJAFI, 2011), mas traz diferentes possibilidades de abordagem de forma multidisciplinar (PENG et. al, 2020). Tendo em mente as diferenças terminológicas das diferentes áreas do conhecimento, ou aproximações terminológicas, tratam das ações e relações humanas que envolvem (a) espaço e lugar e (b) o contexto de interações sociais da individualidade da pessoa ou do grupo. Por exemplo: (1) Lefebvre (2019), classifica a habitação em três tipos: a “casa física”, a “casa subjetiva” e a “casa pessoal”, onde buscou objetividade e subjetividade no contexto da vida de um idoso. Essas categorias são utilizadas para formular sistemas, classificar e distinguir aspectos objetivos e subjetivos dos pacientes de um centro de HD; (2) Sattarzadeh

e Asl (2015) organizam a estrutura de um espaço para estudo de arquitetura tendo em mente o sentido de lugar a partir de fatores de percepção cognitiva e física.

O lugar é entendido como a forma sensível do espaço e sua materialidade física de um objeto inacabado (geometria e estética do ambiente, sistemas construtivos, conforto, instalações, equipamentos), que existem “anteriores” à percepção do usuário (SPELLER, 2005). O ambiente descrito por Campos de Carvalho, Cavalcante e Nóbrega (2011) é um conceito multidimensional baseado em quatro pressupostos: (a) É de mão dupla no contexto pessoa-ambiente; (b) As variáveis de dimensão são interdependentes; (c) É um “ambiente físico”; (d) Não é neutro, ou seja, não é isento de valores, visto que interagem com as pessoas e com a sociedade, criam expectativas, contribuem para controles e comportamentos, posicionam as pessoas (social, cultural e emocionalmente), contribuem para identificar um ser no mundo. Em suma, o ambiente é um contexto que agrega valor a um local, que pode ser descrito de forma objetiva, como organizações de trabalho e atividades funcionais (protocolos de procedimentos e responsabilidades; estabelecimento de grupos de trabalho e atendimento; fluxos de serviços; organização do layout; natureza da população), formas de interações, hierarquias e habilidades.

De acordo com a teoria de Geertz (2008), e acreditando em um novo momento sensível e existencial da TRS, assume-se que os usuários devem ter novas experiências e enfrentar um novo ambiente social. O autor acredita que o lugar, o ambiente e a ambientação são formas simbólicas que provocam sensações significativas. As condições desses usuários em TRS são como as dos atores que vivenciam uma nova clínica. Para eles, é um novo cenário de integração, mudanças e conflitos culturais (psicológicos, organizacionais e comportamentais). Por um lado, com base nesta lógica, procurou-se evitar a presunção prévia de valores negativos ou positivos que os investigadores possam ter relativamente aos centros de HD. Por outro lado, as propriedades sistemáticas de análise foram adaptadas com base nas respostas aos questionários de perguntas, roteiro das entrevistas e observações.

Buscou-se, também, a objetividade na análise da relação pessoa-ambiente através do sentimento dos participantes sobre a vivência no centro de HD. Em outras palavras, os sentimentos dos usuários, mesmo os que não estão, necessariamente, relacionados com a terapia, são úteis à medida que argumentamos que a arquitetura de interiores dá um contributo valioso para o ambiente de HD e afeta tanto os usuários quanto a equipe de saúde. Também buscou-se descrever as experiências e sentimentos pessoais dos usuários em TRS, como: (1) Comportamento e ações; (2) Pensamento racional principal; (3) Conexão de fatos e eventos que foram revelados durante sua TRS. Ademais, procurou-se compreender as possibilidades de harmonia, estabilidade e coerência, e indicar integrações ou inconsistências nas relações sociais e humanas naquele ambiente, bem como nos vínculos ali estabelecidos. Em termos práticos, foram selecionadas notas dos depoimentos que tratam de situações

como: Eu; Eu e o outro; Memórias e suas histórias; A vida hoje e as perspectivas para amanhã; Universos relacionais, desejos e sentimentos; Questões sobre o que é confortável, apreciação e carinho.

2 METODOLOGIA

A natureza da pesquisa é qualitativa, descritiva e exploratória, visto que os demais estudos relacionados aos centros de HD, como cenários de vida que afetam os usuários em TRS, são escassos e em sua maioria com resultados inconclusivos. Incluiu questionários de perguntas estruturadas com os usuários em TRS e roteiros de entrevistas semiestruturadas com a equipe de saúde. Posteriormente, através da coleta, acesso, mineração e síntese desses dados, investigou-se o lugar em uma interação bidirecional com o usuário, o ambiente e a ambientação, segundo aspectos subjetivos e objetivos. Quanto aos elementos físico-materiais, abstrato-naturais e subjetivos, a metodologia de investigação envolveu um estudo transversal para compreender como a população em TRS se relaciona com o ambiente do centro de HD.

A pesquisa dividiu os usuários em dois subgrupos, os que preencheram um questionário e os que foram entrevistados: usuários externos e internos. Os usuários externos incluídos são indivíduos selecionados não aleatoriamente, mas especificamente de uma população de pacientes com doença renal crônica (DRC) em hemodiálise. O grupo totalizou 516 usuários, dos quais participaram 278 (55,6%). Isso confirmou que a amostra da pesquisa era suficiente, considerando a população de pacientes renais crônicos internados na cidade de Juiz de Fora (MG). A amostra foi validada com base no número de pacientes estudados (>50%). Os usuários internos englobam os profissionais de saúde que estavam presentes direta ou indiretamente no centro de HD, de forma intermitente (médicos) ou em turnos fixos de trabalho (técnicos de assistência ao paciente). Foram excluídos da amostra, crianças e adolescentes, indivíduos que acompanham os usuários em TRS, pacientes em diálise peritoneal, pessoas com alto risco à saúde ou risco iminente de morte e pessoas que ficaram, momentaneamente, impossibilitadas de responder aos questionários e os que se recusaram a assinar o termo de consentimento para a pesquisa. A pesquisa incluiu: (1) todos os gêneros; (2) idades entre 18 e 90 anos; (3) diferentes níveis socioeconômicos, de escolaridade e de renda e; (4) moradores da macrorregião sudeste da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com sede na cidade de Juiz de Fora, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS). Essa macrorregião envolve 66 microrregiões que contam com apoio, inclusive de saúde e são três as clínicas autorizadas a atender a cidade e as microrregiões circunvizinhas.

Os pesquisadores, além de observarem sistematicamente os usuários, coletaram dados ambientais que se mostraram significativos e que foram tratados como descobertas observacionais

relevantes sobre a qualidade do local, ambiente e/ou ambiência, para os usuários do TRS. Isso também foi considerado para os aspectos comportamentais, hábitos, valores pessoais e/ou coletivos, no trato com as pessoas durante visitas in loco e entrevistas.

O perfil do usuário externo nos centros de HD pesquisados foi determinado conforme o levantamento de gênero, idade, escolaridade, peso, dependência de tabaco e prevalência de condições pré-existentes. Avaliou-se, também, a satisfação dos usuários em relação ao espaço, ao ambiente e à ambientação. Este nível de satisfação foi avaliado através de duas categorias de perguntas. Uma é sobre o ambiente construído (níveis de conforto ambiental, de iluminação, temperatura, ruído, disposição e sensação da sala e dos equipamentos utilizados) e a outra é relativa às formas de interação com as pessoas e equipes assistenciais (transporte de casa até a clínica de HD, serviço de *check-in* antes da sessão de HD e interações com a equipe de saúde durante as sessões).

Este artigo utilizou dados coletados pelos autores, onde os participantes forneceram consentimento informado por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo no projeto de pesquisa que foi aprovado pelos “Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos” (CEP), sob o registro CAAE 89481318.1.0000.5133 da Plataforma Brasil.

3 RESULTADOS

3.1 POLÍTICAS DA ARQUITETURA PARA A HEMODIÁLISE NO BRASIL

No Brasil, faz parte da elaboração de qualquer projeto arquitetônico de Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS), o atendimento à Resolução portaria da ANVISA (RDC) e ao Procedimento Operacional Padrão (POP). Outros instrumentos legais como legislações, normas e portarias municipais (combate e prevenção de incêndios, Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, Ministério do Trabalho) não são discutidos neste artigo.

Os POPs são executados por cada instituição e para cada serviço prestado e definem cada abordagem de TRS com base na técnica e na tecnologia de cada equipe profissional. E existe um conjunto de RDCs específicas que tratam dos centros de HD: RDC nº 50/2002, RDC nº 154/2004, RDC nº 33/2008 e RDC nº 11/2014. Respectivamente, tratam da construção, atribuições do serviço, tratamento da água e boas práticas dos serviços de diálise.

Outras resoluções importantes da ANVISA incluem a RDC nº 222/2018, que trata do gerenciamento de resíduos de saúde, e a RDC nº 189/2003, que trata do procedimento de análise de projetos arquitetônicos dentro do observado na RDC nº 50/2002.

Esses documentos existem previamente ou são emitidos concomitantemente durante o desenvolvimento do projeto ambiental, mas são independentes do projeto das clínicas. Neste sentido,

por serem obrigatórios, são decisivos para o estudo de viabilidade e para o programa de necessidades dos EAS. Também são ferramentas de disposição espacial onde se destacam: dimensões mínimas, fluxo de serviços, qualidade e tipo de equipamentos e mobiliário, e organização administrativa, social, profissional e comportamental. O que, por sua vez, determina as necessidades funcionais e físicas da instalação dos equipamentos hospitalares. Neste contexto, não há impedimento para que o arquiteto estabeleça outras concepções que possam ser incorporadas ao projeto por outros motivos que não os das organizações de saúde. Assim, a estética, o conforto ambiental e a escolha do material de construção são outras competências que desenvolvem o projeto de construção.

Assume-se aqui, também, que o processo de saúde determina a demanda por mais clínicas e que apresenta fatores essenciais. Assim, na compreensão de Geertz (2008) sobre a cultura humana para as diferentes sociedades, e especialmente no cenário atual, o processo de saúde é uma referência e deve estar presente na concepção. Além disso, reflete sobre a abordagem lógica técnico-científica utilizada nos centros de HD. Há um determinante significativo, intrínseco e simbólico aos projetos, que é a forma como as questões éticas e morais se interrelacionam com as visões de mundo da saúde. O ambiente construído é um dado adquirido, incluindo a concepção e execução dos projetos de um centro de HD. É vital para o usuário em TRS que o ambiente responda de forma eficaz e eficiente ao processo de saúde em hemodiálise. Assim, a evolução natural da doença renal, que leva à perda da função renal e à hemodiálise, apresenta uma evolução na ciência da saúde, mas também traz consequências para a vida dos pacientes. A abordagem legal do sistema de saúde impõe que os centros de HD proporcionem eficiência e eficácia, porque garante segurança e exige locais adequados. Porém, a eficácia não é garantida pelo simples fato de atender exclusivamente às exigências sanitárias.

3.2 AS TRÊS SALAS DE HEMODIÁLISE PARA INVESTIGAÇÃO

O estudo abrangeu três centros de HD por meio de levantamento documental e visitas *in loco*. As clínicas são referência em TRS para o SUS e Ministério da Saúde do Brasil, na região. Elas possuem estruturas de salas de HD semelhantes, mas os projetos são datados em períodos de atendimento diferentes (1976, 2006 e 2009). É importante mencionar que as questões urbanas não foram contempladas na pesquisa. No entanto, pode-se notar que a localização dos três mantêm certas semelhanças, principalmente, que estão relativamente próximos ao hospital de referência, respectivamente, ao Hospital de Pronto Socorro – HPS, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ e Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU/UFJF. Entretanto, vale ressaltar que, de acordo com as normas, podem ser independentes física, organizacional e ambientalmente dos hospitais em questão.

Dividiu-se os usuários das clínicas de HD em dois grupos para responder aos questionários e serem entrevistados: internos e externos. Os usuários internos são profissionais que estão presentes direta ou indiretamente nas dependências das unidades de forma intermitente ou durante os plantões de serviço (médicos e técnicos de enfermagem). Este pessoal está ligado à instituição e à sua organização de uma certa forma para garantir o funcionamento da clínica (social, técnico, apoio laboratorial, cuidados diários). Os usuários externos são os pacientes que se encontram em HD. Dentro deste contexto humano, podemos observar pelo menos dois pontos interessantes. Por um lado, os usuários em TRS têm a necessidade comum de diálise para mantê-los vivos, mas constituem um perfil diversificado de pessoas, dadas as suas diferenças, que vão desde o gênero até os hábitos. Por outro lado, a formação da equipe de trabalhadores da clínica também é diversificada, mas numa perspectiva grupal diferente: variam, por exemplo, em sua formação e atuação.

Pela observação e pelos objetivos da pesquisa, ambos os grupos são significativos para a ambientação na construção da clínica. Ressalta-se que, neste contexto humano, o lugar é dado diante dos indivíduos que nele vivenciam a vida, seja pela legislação que regulamenta os EAS, seja pelas normas construtivas. Nesta mesma lógica, pode-se acrescentar que os ambientes das clínicas de hemodiálise, especialmente as salas de HD, mesmo relacionadas ao caráter humano-institucional que as rege, ainda são pré-estabelecidas pela necessidade de cumprimento dos POPs, em razão da institucionalidade organizacional do trabalho (hierarquia de atividades, funções e competências), ou para prevenção e atuação na lógica da TRS e, consequente, do conhecimento do processo saúde-doença.

A pesquisa *in loco* mostrou que o espaço em duas das três clínicas foi projetado para se transformar em clínicas de HD, sendo uma delas projetada como enfermaria hospitalar terapêutica e a outra é isolada e faz parte de um edifício de uso múltiplo. A terceira clínica está localizada num espaço adaptado isolado, junto ao hospital de referência.

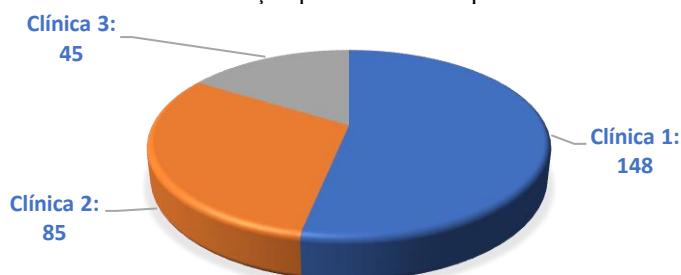
Os centros de HD possuem licenças sanitárias emitidas pela Secretaria de Estado da Saúde (atendendo às normas da ANVISA e do Ministério da Saúde). Em termos práticos, a disposição da sala de HD comprova os aspectos espaciais descritos. Assim, observou-se a influência direta do layout dos equipamentos dos postos de trabalho, conforme exigências da RDC nº 50/2002, considerando as semelhanças entre as salas de HD estudadas. As clínicas de HD têm tamanhos diferentes e foram construídas em épocas diferentes e por arquitetos diferentes, mas seus equipamentos estão em conformidade com as RDCs e as orientações profissionais (POPs) que determinam que a equipe profissional tenha visão de amplitude total das cadeiras de hemodiálise. Isto também mostra que os POPs são aspectos decisivos do local, embora enfoquem a conduta profissional, ou seja, não visam a

qualidade subjetiva das pessoas (sejam usuários internos ou externos), mas são procedimentos que devem ser executados em uma sala de hemodiálise.

3.3 PERFIL DO USUÁRIO DE HD

Para os resultados, os dados coletados nas 3 clínicas foram compilados, conforme o total da amostra pesquisada de 278 pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em condição interna. Por separação, participaram desta pesquisa 148 pacientes da clínica 1, trazendo uma predominância maior de doentes renais crônicos, 85 pacientes da clínica 2 e 45 pacientes da clínica 3 (gráfico 1).

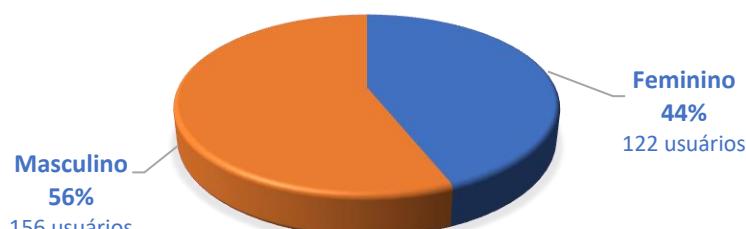
Gráfico 1 – Distribuição pelo número de pacientes x clínica



Fonte: os autores

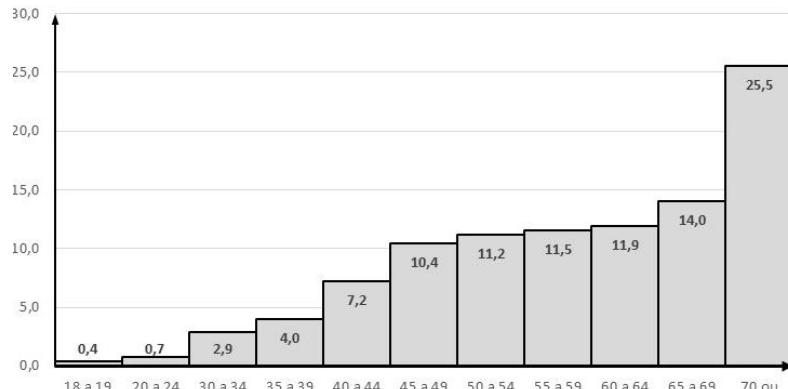
Os achados desta investigação implicam que os fatores para a doença renal apontam mais para a população de gênero masculino (56%), o que mostra uma diferença considerável de 12% para população feminina, com 44% (gráfico 2). Nas análises desta predominância do gênero masculino, o teste do X^2 mostra que, no geral, esse número é significativo, para um nível de confiança de 95% – p (sig) = 0,011.

Gráfico 2 – Distribuição por gênero



Fonte: Os autores

Gráfico 3 – Distribuição do número de pacientes por faixa etária



Fonte: Os autores

Nota-se que, no geral, os pacientes estão nas faixas etárias superiores (gráfico 3), 74% deles acima dos 50 anos, e 25%, desse montante, acima de 70 anos. Isso ocorre tanto para pacientes do gênero masculino, quanto do gênero feminino. O teste do qui-quadrado não mostrou uma significância, pois p (sig) = 0,926, para um nível de confiança de 95%. Em relação ao peso do paciente, 66,7% dos pacientes do sexo masculino estão na faixa de 65kg a 84kg, enquanto os de sexo feminino são 62,2% (tabela 1). O teste do qui-quadrado mostra que essa diferença é significativa, p (sig) = 0,024.

Tabela 1 – Distribuição do número de pacientes em relação a peso x gênero

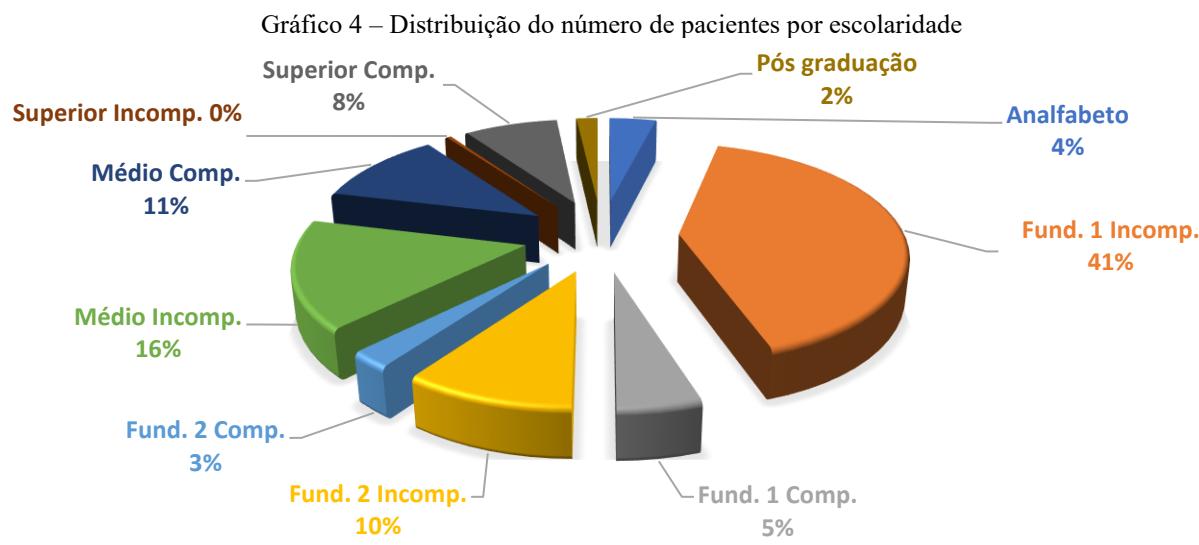
SD		Gênero		Total
		Feminino	Masculino	
34/44 kg	<i>f</i>	1	0	1
	%	0,8%	0,0%	0,4%
45/54 kg	<i>f</i>	6	1	7
	%	4,9%	0,6%	2,5%
55/64 kg	<i>f</i>	21	15	36
	%	17,2%	9,6%	12,9%
65/84 kg	<i>f</i>	32	36	68
	%	26,2%	23,1%	24,5%
85/105 kg	<i>f</i>	44	68	112
	%	36,1%	43,6%	40,3%
Total	<i>f</i>	18	36	54
	%	14,8%	23,1%	19,4%
		<i>f</i>	122	156
		%	100,0%	100,0%
				278
100,0%				

Fonte: Os autores

A baixa escolaridade dos usuários, como aponta na análise, é um fator para a desinformação, o que dificulta para que seja tratada a doença de base, não evitando, assim, que o paciente tenha a perda das funções renais. Essa característica do perfil do usuário de HD mostra-se como um dos fatores que têm levado um número considerável de contingentes para a IRC. Quase a metade dos pacientes (41%) tem o Fundamental 1 incompleto (gráfico 4).

Percebe-se que o paciente vem com um grau de desinformação considerável e chega ansioso nas clínicas, pois eles vêm dos hospitais de referência onde ficaram internados e foram encaminhados para iniciar o tratamento.

As primeiras abordagens são pouco esclarecedoras, os pacientes passam mal sem saber ao certo o que está acontecendo, até que o médico explique ao familiar que ele teve uma falência renal. Assim, há a necessidade de colocação de um cateter para salvar sua vida dentro do hospital, através das primeiras diálises em estado comatoso na condição externa, e quando saem do hospital são direcionados pelo SUS para as clínicas, para iniciar o seu tratamento. A maioria dos pacientes idealiza que a terapia renal substitutiva é passageira, quando a equipe de médicos, enfermeiros e multidisciplinar atuam para esclarecer a situação, eles tendem a entrar em um estado de tristeza melancólica e ansiedade, onde os sentimentos se misturam, podendo até, em alguns casos, evoluir para uma depressão. Se questionam acerca do processo da doença e seu caminho até a poltrona de hemodiálise, por isto o apoio familiar torna-se de extrema importância e a equipe de enfermagem atua muitas vezes dando um suporte para este doente portador de ICR e seu familiar. Entretanto, o ambiente e o convívio na HD fazem este indivíduo observar o espaço a sua volta, no qual não é tão favorável a melhora do tratamento conservador. Conforme o gráfico 4, a maior parte dos indivíduos pesquisados possuem nível educacional baixo (63% estão entre o analfabetismo e o fundamental 2), fator que pode ter contribuído para a presença na sala de HD.



Fonte: Os autores

O número de não fumantes nas 3 clínicas (60,4%) é maior do que os tabagistas (9,4%) (gráfico 5). A proporção de fumantes na população adulta brasileira caiu de 15,7% para 10,1% entre 2006 e 2017, uma redução de 36%, mostra a pesquisa feita pelo Ministério da Saúde (2017). Alguns pacientes são ex-fumantes que, ao descobrirem a doença IRC, por orientação médica, pararam de fumar, o que

é um benefício, pois a diabetes mellitus e o tabagismo podem comprometer o sistema circulatório, causando a doença arterial obstrutiva periférica.



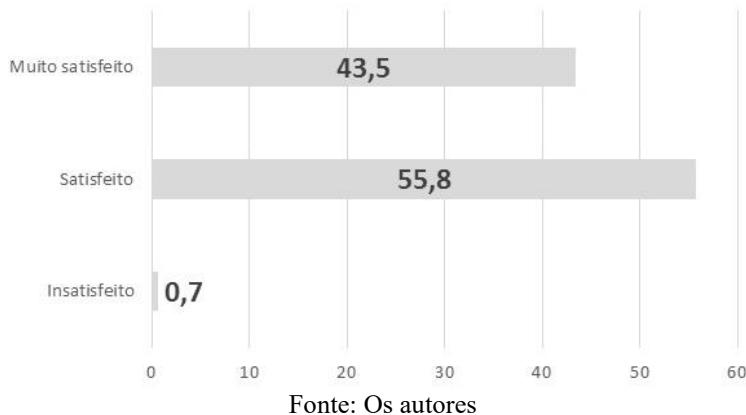
Fonte: Os autores

O paciente que parou de fumar tem melhor condicionamento e vai dialisar em melhores condições do que aquele que ainda é fumante. Quando isso ocorre, ele entra em melhor fase no tratamento, pois o paciente começa a entender que precisa colaborar para se fazer uma boa diálise, passa a absorver melhor o ambiente no qual ele está inserido e as relações com os médicos torna-se facilitada.

3.4 ACOLHIMENTO

O grau de satisfação é de 99%, com apenas 2 pacientes “insatisfeitos” (gráfico 6). Os pacientes, ao longo dos anos, gostam do serviço prestados pelos médicos e enfermeiros nas clínicas, pois as equipes têm consciência sobre a doença e a permanência do doente na clínica e as intercorrências que podem vir a acontecer. Eles fazem com que a convivência se torne a melhor possível, pois, para alguns pacientes e familiares, ela será de muitos anos. Por isso, procuram torná-la a mais agradável possível, não fazendo distinção entre doentes de sorologia positiva ou negativa, criando, assim, carinho, intimidade e vínculo com os pacientes. O impacto do paciente ao receber a notícia pode vir a ser devastador se ele não for preparado, ora se assustam com a máquina, ora com os outros usuários em diálise sentados nas poltronas, ou com uma informação de um amigo que não conhece o tratamento.

Gráfico 6 – Satisfação da recepção até a sala de HD



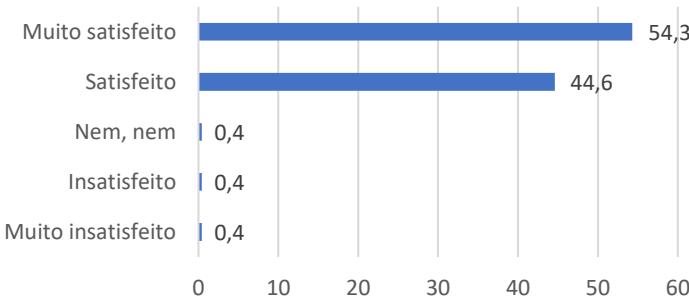
Fonte: Os autores

3.5 ESTADO EMOCIONAL

O impacto do diagnóstico e do tratamento dialítico pode levar ao paciente a um intenso desgaste emocional, devido à necessidade de submeter-se a um tratamento longo e cansativo, ao se comprometer em estar presente no mesmo horário três vezes ou até quatro por semana, dependendo do caso, e as comorbidades são inúmeras, ocasionando limitação física e diminuição da vida social e cultural (THOMAS e ALCHIERI 2005).

Para alguns doentes crônicos renais que entendem ou percebem que nunca mais sairão da poltrona isso pode se tornar desesperador. O transplante é uma saída para o doente renal, mas corre risco de rejeição e perda do rim pela segunda vez e, então, é necessário seu retorno à sala de HD ou, em último caso, ele pode vir a óbito. Tornam-se indivíduos extremamente carentes e, a maioria desses doentes, presenciou companheiros de diálise passarem mal e até entrarem em óbito. O seu humor vai ficando mais depressivo, conforme o tempo passa e o suporte dos enfermeiros, médicos e da equipe multidisciplinar torna-se importante ao longo de sua permanência no espaço. Alguns perdem o prazer de viver ou começam a implicar com coisas que não tem tanto sentido, como, por exemplo, exigir sempre a presença do mesmo enfermeiro durante o tratamento, entre outras. Entretanto, conforme o gráfico 7, há um fator determinante para o alto grau de satisfação/muita satisfação com a equipe (99,9%).

Gráfico 7 – Como se sente tratado pela equipe de HD



Fonte: Os autores

Quase 80% dos respondentes estão se sentindo bem, no momento que preencheram os questionários. Apenas 3% sentem-se mal (tabela 2). Todas as correlações para este tópico são independentes. Pelos dados, pode-se verificar que, mesmo os pacientes que se sentem mal ($n=8$), ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos “da recepção até a sala da hemodiálise” (tabela 3).

Tabela 2 – Sentimento neste momento

	n	%	% Válido(*)	% Acumulado
Mal	8	2,9	2,9	2,9
Mais ou menos	48	17,3	17,5	20,4
Bem	218	78,4	79,6	100,0
Total	274	98,6	100,0	
SD	4	1,4		
Total	278	100,0		

Fonte: Os autores

Tabela 3 – Acolhimento + estado emocional (Sentimento neste momento x Como se sentiu na sala da HD)

Sentimento neste momento	Como se sentiu, da recepção até a sala da hemodiálise			
	Insatisfeto	Satisfeto	Muito satisfeto	Total
Mal	0	3	5	8
Mais ou menos	1	29	18	48
Bem	1	123	94	218
Total	2	155	117	274

Fonte: Os autores

Os mesmos dados, correlacionados à pergunta do questionário “Como se sente tratado pela equipe da hemodiálise”, apresentam a quase totalidade dos pacientes que ficou satisfeita ou muito satisfeita com o tratamento e sente-se bem ($n=271$), no momento da aplicação do questionário (tabela 4).

Tabela 4 – Acolhimento + estado emocional (Como se sente tratado pela equipe x Sentimento no momento)
Como se sente tratado pela equipe da hemodiálise

Sentimento neste momento	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem, nem	Satisffeito	Muito satisfeito	Total
Mal	0	0	0	2	6	8
Mais ou menos	0	0	0	27	21	48
Bem	1	1	1	95	120	218
Total	1	1	1	124	147	274

Fonte: Os autores

Pelos dados da tabela 5, percebe-se que 69,4% não teve dificuldade de adaptação e 30,6% dos pacientes tiveram certa dificuldade no início do tratamento da HD. Esses últimos sentem-se assustados e confusos, mas o médico geralmente conversa explicando a situação e então é passado para a equipe multidisciplinar, no qual, aos poucos, vai trabalhando a aceitação.

Tabela 5 – Teve dificuldade de adaptação no início do tratamento da HD

	n	%	% Válido(*)	% Acumulado
Sim	83	29,9	30,6	30,6
Não	188	67,6	69,4	100,0
Total	271	97,5	100,0	
SD	7	2,5		
Total	278	100,0		

Fonte: Os autores

Tabela 6 – Dificuldade de adaptação no início da HD x Como se sentiu, da recepção até a sala de HD

Teve dificuldade de adaptação no início do tratamento da HD	Como se sentiu, da recepção até a sala da hemodiálise			
	Insatisfeito	Satisffeito	Muito satisffeito	Total
Sim	0	49	34	83
Não	2	105	81	188
Total	2	154	115	271

Fonte: Os autores

No entanto, estes 83 pacientes declararam-se satisfeitos ou muito satisfeitos nos ambientes da recepção até a sala da hemodiálise (tabela 6), mesmo tendo dificuldade de adaptação ao iniciar a HD. Além disso, verificou-se o fato de 188 pacientes não terem dificuldades e se sentirem satisfeitos em relação ao tratamento dado pela equipe (tabela 7).

Tabela 7 – Teve dificuldade de adaptação no início da HD x Como se sente tratado pela equipe

Teve dificuldade de adaptação no início do tratamento da HD	Como se sente tratado pela equipe da hemodiálise				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem, nem	Satisffeito	Muito satisfeito
Sim	0	0	0	43	40
Não	1	1	1	81	104
Total	1	1	1	124	144
					271

Fonte: Os autores

3.6 CONFORTO AMBIENTAL

Em relação ao horário aproximado de desconforto, a partir das análises do questionário, ele ocorre igualmente, na parte da manhã e à tarde (tabelas 8 e 9). Isso se deu pelo fato da disponibilidade da pesquisadora nesses referidos horários. O que pode ter ocasionado um “empate” nos turnos da manhã e tarde, não sendo relevante para o presente estudo. O resultado do teste mostra que há uma nítida preferência com 147 usuários optando pela luz natural (tabela 10), realizou-se o teste do qui-quadrado com $p = 0,00$. Fazendo a separação por clínica, mostra-se a mesma preferência pela luz natural, exceto na clínica 3, onde ocorre outro “empate” (tabela 11).

Tabela 8 – Horário aproximado de desconforto durante sua permanência na poltrona

Turnos	Horários	n	%
Manhã	6h - 9h	27	
	9h - 12h	43	
	Subtotal	70	25%
Tarde	12h - 15h	43	
	15h - 18h	26	
	Subtotal	69	25%
Noite	18h - 21h	27	
	21h - 23h	6	
	Subtotal	33	12%
	NR	106	38%
	Total	278	

Fonte: Os autores

Tabela 9 – Horário de desconforto por turno

Tipo de iluminação que se sente melhor	n	%	% Válido
Manhã	70	25,2	40,7
Tarde	69	24,8	40,1
Noite	33	11,9	19,2
Total	172	61,9	100,0
SD	106	38,1	
Total	278	100,0	

Fonte: Os autores

Tabela 10 – Tipo de iluminação que se sente melhor

Tipo de iluminação que se sente melhor	n	%	% Válido(*)
SD	23	8,3	8,3
Artificial	108	38,8	38,8
Natural	147	52,9	52,9
Total	278	100,0	100,0

Fonte: Os autores

Tabela 11 – Tipo de iluminação que se sente melhor x Clínica

Tipo de iluminação que se sente melhor	Clínicas			Total	
	1	2	3		
SD	f	17	2	4	23
	%	11,5%	2,4%	8,9%	8,3%
Artificial	f	59	28	21	108
	%	39,9%	32,9%	46,7%	38,8%
Natural	f	72	55	20	147
	%	48,6%	64,7%	44,4%	52,9%
Total	f	148	85	45	278
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Os autores

Fazendo a tabulação por turno (tabela 12), a luz natural é preferida dos pacientes do turno da manhã (61,4%). No turno da tarde a preferência é pela luz artificial (43,5%) e no da noite, ocorre um “empate” entre a iluminação natural (48,5%) e a artificial (48,5%). No entanto, não há diferença significativa por turno, pois $p = 0,1828$.

Tabela 12 – Tipo de iluminação que se sente melhor x Turno

Tipo de iluminação que se sente melhor	Turno			Total	
	Manhã	Tarde	Noite		
SR	f	2	10	1	13
	%	2,9%	14,5%	3,0%	7,6%
Artificial	f	24	30	16	70
	%	34,3%	43,5%	48,5%	40,7%
Natural	f	43	29	16	88
	%	61,4%	42,0%	48,5%	51,2%
Total	f	70	69	33	172
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Os autores

Conforme a tabela 13, a iluminação natural é a preferida ($n=147$), porém sem a incidência direta do Sol. O fato do sujeito estar em sua estação de terapia renal faz com que ele permaneça em uma das posições onde o seu foco principal passa a ser o teto, e, com isso, a luz artificial incomoda, fazendo-o preferir a luz natural. Devido a isso, alguns pacientes cobrem a cabeça para dormir durante as 4h de diálise. No entanto, realizando o teste do qui-quadrado, observou-se que não é significativa ($p = 0,364$).

Tabela 13 – Tipo de iluminação que se sente melhor x Horário de permanência na Clínica

Tipo de iluminação que se sente melhor	Horários dentro da Clínica			Total	
	6h às 12h	12h às 18h	18h às 23h		
SR	f	3	16	3	22
	%	2,970297	13,55932	5,172414	8,243728
Artificial	f	36	48	23	108
	%	35,64356	40,67797	39,65517	38,70968
Natural	f	61	54	32	147
	%	60,39604	45,76271	55,17241	52,68817
Total	f	100	118	58	277
	%	100	100	100	100

Fonte: Os autores

Pelos dados do gráfico 8 e da tabela 14, ao considerar o lugar onde o paciente se senta, 88% gostam do local, separando-se por clínica, 127 usuários na Clínica 1, 74 na Clínica 2 e 37 na Clínica 3. O teste do qui-quadrado indicou o p-valor = 0,297



Gosta do lugar onde se senta?	Clínicas			Total	
	1	2	3		
Não	f	13	10	8	31
	%	9,3%	11,9%	17,8%	11,5%
Sim	f	127	74	37	238
	%	90,7%	88,1%	82,2%	88,5%
Total	f	140	84	45	269
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Os autores

Ainda sobre o local onde se senta, destaca-se um fator de importância para o artigo: a amizade com 49% (tabela 15), presente no convívio entre os pacientes. O sentimento de estar inserido dentro daquele grupo e no contexto do espaço torna-se importante com o passar dos meses e anos. Os pacientes passam por períodos juntos, assim, cada um é conhecido pelo nome ou apelido, os tornando únicos. Para a clínica e para os amigos são levadas as suas tristezas e alegria, acabam por partilhar seus sentimentos com os companheiros de diálise, mas quando um deles precisa de um socorro da enfermagem, todos tem o sentimento e sensação de impotência por não poder fazer nada para o amigo que não está bem. Este sentimento é de saber que um dia pode ser qualquer um deles, então lembram de amigos que já se foram na presença deles e a tristeza reaparece. Falam das desvantagens de estar em uma sala de hemodiálise e compartilham o sofrimento do tratamento e as comorbidades além da IRC.

Tabela 15 – Por que gosta desse lugar?

Motivos	N	%
Amizade	55	49%
Não tem lugar fixo / Rodízio de poltrona	28	25%
Costume	24	21%
De frente para TV	6	5%
Total	113	

Fonte: Os autores

4 DISCUSSÃO

Os projetos dos centros de HD, como um espaço construído, são vistos na perspectiva do que podem contribuir para uma experiência positiva. A ideia de lugar é compreendida no contexto polissistêmico das relações bidirecionais e multidimensionais do paciente, no microssistema espacial exclusivo do centro de HD. Como tal, há espaço para as relações intersubjetivas que ocorrem. Portanto, um possível conjunto de elementos extraídos do sentido de espaço inclui: a identidade do lugar (espacial e material, através de fatos e história acumulada ao longo do tempo) e o próprio lugar (descrição do lugar por cada paciente), dependência (social e conexões pessoais com o local) e valorização e carinho (aspectos subjetivos e intuitivos do paciente) (SOLIS, 2009; NAJAFI, 2011).

A questão que se coloca é como pode-se facilitar para que os usuários em TRS tenham as suas percepções e sentimentos positivos melhorados e os negativos amenizados. Um ambiente para um determinado propósito afeta e é afetado pelas interações com e entre os usuários. Entende-se que os aspectos cotidianos e as relações humanas que se estabelecem nos centros de HD, individual e socialmente, podem integrar fisicamente concepções de projetos. Durante as entrevistas, procurou-se ler o ambiente real e abstrato, no contexto pessoa-pessoa, pessoa-ambiente e pessoa-sociedade. As avaliações realizadas com os usuários buscaram identificar, por meio das respostas, o que é considerado eficiente e eficaz do ponto de vista do paciente e não do ponto de vista saúde-doença prescrito para as obras.

O artigo enfoca três conceitos relacionados à função reguladora e redução de riscos por meio da adoção de prevenção e controle no desenvolvimento da vigilância em saúde (COSTA, 1999, 2003), que são: eficiência na vigilância durante procedimentos de saúde; eficácia, como critério ético-profissional na adoção de procedimentos de segurança que devem ser aplicados em qualquer centro de HD (no caso de construção de novas clínicas, deve ser padrão para qualquer centro equivalente); e um cuidado de saúde eficaz, onde um usuário em TRS consideraria positivo para além dos aspectos técnicos do processo de tratamento saúde-doença, porque envolve a consideração de aspectos econômicos, sociais, políticos, que estão correlacionados com a realidade da questão. Quando observados sob a perspectiva ambiental, percebe-se a importância histórica dos procedimentos, tanto para a saúde física, quanto para a saúde mental e social das pessoas e da sociedade como um todo

(STEEMERS, 2020). Esses procedimentos estão presentes na preocupação com os efeitos que o desenho das cidades e seus traçados têm na saúde pública, nas edificações, nas obras de engenharia, no desenvolvimento e aplicação de padrões e normas técnicas, nas ciências ambientais, como o conforto nas edificações para as populações (ANDRADE, 1992; CAMPOS, 2002).

Guelli (2014), ao descrever o desenvolvimento de projetos na área da saúde, destacou que estratégias de mercado e modelos de negócios são essenciais para o processo de concepção de um edifício. Entretanto, tal excelência é resultado de um contexto de três fatores: funcionalidade, impacto e construção. Tais fatores agregam valor ao ambiente, onde cada um possui elementos próprios (inovação, satisfação pessoal, qualidade sugerida para o ambiente, interação social), que quando considerados em conjunto, influenciam as pessoas, causando, por exemplo: distrações positivas ou negativas, conforto ou desconforto ambiental, privacidade e sociabilidade, percepção do espaço (mapa mental) e espaços acolhedores e de apoio emocional. Assim, procurou-se mostrar evidências de que os espaços construídos poderiam ser analisados sob o aspecto físico (programa de necessidades arquitetônicas, setorização, fluxos, dimensões); da vertente de inovação tecnológica (redes de comunicação, materiais, técnicas construtivas, mobiliário); da satisfação pelo desempenho da estrutura (sustentabilidade, conforto térmico, acústico e luminoso); e do aspecto da localização urbana e da interação com outros sistemas (Guelli, 2014).

Do ponto de vista processual do projeto, dois aspectos são significativos para o desenvolvimento da proposta: As necessidades de realizar uma investigação convencional da estrutura do local (condições físicas, jurídicas e ambientais) e de coletar sistematicamente atividades do cotidiano dos pacientes (procedimentos, hábitos, comportamento). Ambos surgem, então, como parte das possibilidades de análise do projeto. Steemers (2020) indica que a arquitetura é um cruzamento de diretrizes culturais e das atividades sociais, e afirma que é improvável que um projeto atenda a todas as necessidades humanas. Acrescenta ainda que será limitado, assim como os locais e ambientes são finalizados com adaptações dentro de um horizonte de possibilidades. Em teoria, é senso comum que a leitura significativa é parte indissociável da linguagem do lugar e que dentro deste universo existem relações entre as pessoas (SOLIS, 2009). Isto acontece através da leitura do edifício que é dado (física e espacialmente, socioculturalmente e tecnologicamente). Destaca-se que a percepção de um ambiente é uma referência sensível e subjetiva. Além disso, existem relações e estímulos de sistemas ambientais que estão presentes (MOSER, 2018).

Nas salas de HD, a interação humana ocorre no interior do ambiente construído e três questões envolvem esses locais. A primeira questão é entender o jargão necessário para criar e compor o ambiente construído: (1) Objeto físico-material: onde estão incluídos diversos aspectos mensuráveis

do espaço, como geometria e dimensões, layout, instalações físicas adicionais, acabamento de mobiliário e; (2) Objeto abstrato-natural: resultado das condições ambientais do local (níveis de ruído, luminosidade, temperatura) e da organização operacional e dos movimentos (fluxos). A segunda questão é de natureza diferente, são os valores que passam pela identificação e relação de crenças, formação social e cultural, prazer e dor, perdas, desejos, conceitos pessoais e a natureza simbólica das coisas. A terceira questão é um objeto subjetivo, resultante da complexidade humana (histórias, memórias, natureza biológica) que envolve também as duas anteriores.

A arquitetura e o design de interiores podem promover bons sentimentos entre seus usuários (STEEMERS, 2020). Para isso, são necessários cinco fatores: (1) Conectividade, como adaptabilidade, ser agradável e sentir-se em casa; (2) Manter as pessoas ocupadas, inclusive, proporcionando-lhes acesso a equipamentos e atividades físicas; (3) Estimular e desafiar cognitivamente as pessoas, proporcionando-lhes distrações positivas, seja através das múltiplas possibilidades do local, observando a paisagem, seja através de interações e da presença de obras de arte, por exemplo; (4) Estimular novos aprendizados, seja por meio de interações com o local, distrações positivas ou organização do layout do ambiente; 5) Incentivar relações positivas dentro do ambiente/espaço (BAKER, 2019).

A análise de tais fatores mostra a comprovação de que podem ser considerados e utilizados como necessidades essenciais do projeto, caso se pretenda alcançar bons ou melhores resultados ambientais para as pessoas. Semelhante a essa possível ação, estudos baseados em evidências (EBD) podem fornecer subsídios à saúde, no campo de trabalhos que tenham um processo de criação baseado em teorias de ambientes restauradores (*Healing Environment*) ou de espaços restaurativos (*Healing Spaces*) (DUBOSE, 2018).

4.1 AVALIAÇÃO DA SALA DE HD NOS ASPECTOS FÍSICO-MATERIAL E SOCIAL

Segundo Moser (2018), o modelo bioecológico apresenta movimentos/relações bidirecionais entre pessoas e ambientes, que podem ser analisados por meio de ações, percepções e comportamentos. O ambiente é um conceito multidimensional que inclui o ambiente físico concreto em que vivemos e é dividido em quatro sistemas: Macrossistema; Mesossistema; Microssistema; Cronossistema.

O usuário em TRS está vinculado ao seu próprio fenômeno de consistência e mudanças ao longo de sua vida – sua cronologia (idade, perspectivas pessoais e sociais, hábitos, desejo, educação), sua formação e relações familiares (apoio emocional, físico e econômico). Já o profissional é influenciado por relacionamentos na clínica (procedimento, despesas, reclamações) e sua sensibilidade com seus pares – os usuários na sala de HD (amizades). Assim, o respondente é circunscrito por uma espacialização interior, físico-material e social.

Por analogia com Saramago (2008), quando busca-se conceituar o espaço fático, que aqui se traduz em sala de HD, pode-se apontar que os usuários em TRS passam por um momento complexo em suas vidas e existência. Os sujeitos desta pesquisa não são considerados apenas do ponto de vista científico, ou seja, o corpo como objeto de HD, pois isso pouco levaria além da saúde. Nós, os autores, entendemos que o paciente carrega consigo a pressão imposta pelo tempo e pelo contexto histórico. Nessa visão, ao interpretar o ambiente, é necessário considerar o estado de espírito que está presente na construção do significado das coisas e envolve a sequência contínua de experiências ao longo da vida. Viver nesses termos é um encontro difícil, ou seja, coloca em xeque os motivos e a própria vida enquanto está na sala de HD, o que traz à tona a pergunta: Por que estou aqui, para quem estou aqui? Além disso, esta situação, do ponto de vista pessoal, também está relacionada com as experiências dos outros, uma vez que a pessoa não está sozinha naquele lugar e condição. Como tal, a sala está repleta de diferentes significados e sentimentos, o que traz uma singularidade nas interpretações pessoais e sociais dos usuários em TRS.

Baudrillard (2002), sob outro ponto de vista, indica as leituras contextuais das formas, dos layouts e das coisas no sistema de objetos. Para ele, possuem um discurso pré-estabelecido, uma leitura sócio temporal para além do sujeito, presente no lugar que acolhe e funciona independentemente dele. Isso forma uma possível relação de análise espaço-linguagem, por meio da compreensão do que é então identificado como razões (racionais) e sentimentos (subjetivos) das pessoas. A coisa espacial, no contexto que esta publicação propõe, é dificultada pelo que representa os termos operacionais (razões técnicas e científicas), pelos trabalhos profissionais da clínica, onde a operabilidade independe da visão individual, e daí que o ser espiritual (razão dos sentimentos) significa para um paciente em TRS. Juntos, estes levam à compreensão do ambiente da sala de HD.

Após selecionar alguns trechos das entrevistas e questionários, bem como da observação individual dos participantes, durante o processo de mineração de percepções e experiências pessoais, buscou-se identificar a pessoa-ambiente dentro dos seguintes contextos: a presença do paciente, seu sentimento de pertencimento e relacionamentos, interior e exterior, tempo gasto e perdas, espaço pessoal. Com isso, mostrou-se como os pacientes em diálise se conectam com o local, como agemativamente e como se relacionam e percebem os estímulos cognitivos.

5 CONCLUSÃO

Embora a subjetividade individual esteja presente, um centro de HD não é um lugar interior comum, nem um espaço privado como são observadas as residências. As relações ali estabelecidas têm finalidade específica e são moldadas pelos atores e organizadas para a prestação de serviços de saúde.

Para tanto, observa-se que o interior apresenta organização técnica e social onde as relações dentro do grupo são, ora técnicas, ora interpessoais. Quanto aos usuários em TRS, existem diferenças culturais e comportamentais significativas (religião, escolaridade, sexo, idade). Porém, em relação à natureza física do corpo humano, alguns dados podem ser apontados: sensação térmica do frio, sensibilidade à luz, posição da cadeira de HD em relação à luz natural e artificial e a necessidade de mudança de ambiente.

Há uma visão hegemônica da saúde na organização espacial e disposição das salas de HD. Contudo, cabe alertar que elaborar projetos baseados em uma visão hedonista, colocando o usuário em TRS no centro, seria improvável. Nesse caso, o desejo seria o único propulsor do projeto e parte significativa da realidade imposta pelo processo saúde-doença da HD ficaria comprometida.

Assim, inquérito transversal teve como alvo a população regional. Por ser de natureza descritiva, trouxe dados que mostraram a relevância do estudo para o projeto de salas de HD. Além disso, devido à sua natureza qualitativa, foi possível investigar o ambiente pelas perspectivas objetiva e subjetiva. De forma geral, e no campo exploratório, podemos dizer que a população em TRS tem causa-efeito significativa, mas o tempo cronológico dos indivíduos é uma variável incontrolável para a persistência de sentimentos relacionados ao ambiente. Isto é importante porque, ao contrário de outros setores da saúde, a tendência é que o tratamento se prolongue por anos. A descrição fisiológica da prevalência da doença renal crônica (DRC) reflete a população internacional e a descrição sociocultural reflete a população nacional.

Trabalhou-se três objetos, o físico-material, o abstrato-natural e o subjetivo. Os dois primeiros foram analisados em conjunto com os elementos normativos das RDCs e dos POPs. Observou-se que o primeiro tem caráter prescritivo quanto à infraestrutura dos EAS, enquanto o segundo visa os procedimentos técnico-profissionais e as relações interpessoais (nível técnico-profissional) e pessoa-sociedade (nível técnico-profissional e sociocultural).

Ambos os elementos são científicos e universais quando se considera as pessoas, não dando margem para abordagens individuais ou subjetividades. Entretanto, ambos são determinantes para a projeção técnica e construção do ambiente das salas de HD investigadas neste estudo, mais ainda do que o objeto subjetivo. Isso é possível, como se vê na disposição das salas, porque existe um sentido de lógica, processo e movimento, e fluxo de trabalho que determinam a eficiência e eficácia no desenvolvimento da TRS. Dito isto, em uma ordem pré-estabelecida para a assistência profissional, os RDCs e os POPs, incluindo outras possibilidades prescritivas (administração, manutenção) atuam para garantir a vida em seus parâmetros físicos, e assim, obedecem a uma escala de prioridade básica, quando comparada ao subjetivo objeto.

Porém, a métrica sem considerar a subjetividade faz com que se perca um aspecto essencial da natureza humana para o indivíduo, o que pode repercutir em sua saúde mental. Conclui-se que o cenário de uma sala de HD constitui a ambientação daquele local e, para os usuários, é holístico (seus elementos não podem ser dissociados uns dos outros) porque não parece possível que a lógica acadêmica, como aqui apresentada, permite ao sujeito distinguir os aspectos técnicos, a abordagem profissional ou a angústia que lhe é imposta por qualquer motivo enquanto estiver na sala. Por exemplo, a relação pessoa-pessoa com a equipe de saúde leva o paciente a se posicionar de forma diferenciada, criando um espaço pessoal não previsto para alguém preso a uma cadeira e a uma máquina de HD.

Como a população reflete a realidade da TRS, existem, nesse contexto, aspectos acadêmicos sustentáveis da relação pessoa-ambiente. Os resultados mostram que esses três objetos são importantes para os ambientes de saúde. A eficácia do EAS está relacionada com a conjugação do serviço aos três elementos do objeto acima mencionado, sabendo que o ambiente atende às expectativas não só de funcionalidade, mas também de experiência ou interesses das pessoas que não estão diretamente relacionados com os serviços essenciais de assistência para o corpo.

Percebemos que os primeiros objetos, por serem palpáveis e mensuráveis, tangíveis como técnicas científicas, são focados e têm mais direcionamento para os profissionais, sejam eles arquitetos, designers, engenheiros ou profissionais de saúde. Incluem também aspectos de questões e visões sociais, como a referência contemporânea do tempo de atendimento em HD, que pode ser observada na instalação da infraestrutura, bem como nos processos produtivos de trabalho das clínicas. Contudo, deve-se alertar para a necessidade de pensar os projetos dos estabelecimentos de saúde como mais do que normas, pois o ambiente não é apenas o espaço físico.

A humanização, tão enfatizada para a saúde em suas diferentes vertentes, não pode descuidar dos usuários ao não atender às suas necessidades de fluxos e processos porque, em tese, é isso que garante a qualidade de vida do corpo, considerando o que é possível dentro do conhecimento científico e recursos tecnológicos, e reflete o bem-estar físico, mental e social, conhecendo as chances de persistência e evolução da doença. Contudo, não se deve limitar a questão da humanização ao problema profissional, porque a realização de um projeto consiste em criar um ambiente para todos e uma “ambiência” positiva.

É por isso que as prescrições consideradas no projeto de um EAS são fundamentais para a avaliação da qualidade, eficiência e eficácia das construções, mas não são capazes, por si só, de determinar a eficácia para um ambiente humano. Para tanto, a investigação leva à necessidade de adotar a incorporação complexa da presença de um indivíduo, em conflito consigo mesmo e com a sociedade, como usuário em TRS (pessoa-ambiente, pessoa-pessoa e pessoa sociedade) no conceito e no processo

de projeto arquitetônico, de design de interiores e ambiental, sob o alerta de evidências encontradas em diversos estudos.

A pesquisa em salas de HD mostra que a humanização na saúde exige a observação de setores e locais de forma diferenciada, uma vez que cada população atendida é, em geral, organizada por níveis especializados de saúde que resultam em composições de diferentes ambientes, o que leva a contextos particulares para o atendimento, experiências de pessoas e grupos socioculturais correlacionados. Atender à diversidade de espaços pessoais e situações sociais através da arquitetura e do design de interiores, devido à sua natureza subjetiva, não é uma tarefa fácil. Porém, considerando que os lugares e seus ambientes são importantes para as percepções e sentimentos das pessoas, vale a pena responder à pergunta: Como a arquitetura e o design de interiores são veículos para promover isso? Pode parecer surpreendente, mas atender às instruções técnicas e científicas é um começo importante, pois o caráter objetivo destas resolve parte do problema, pois trata, pelo menos, do conforto mental de saber que o tratamento do corpo irá ser assistido por condições ambientais e dispositivos técnicos.

Os profissionais devem buscar meios que os levem a compreender as correlações das orientações objetivas com os demais aspectos necessários ao projeto a ser desenvolvido. Isto pode ser conseguido por meios tradicionais (publicações em revistas ou sites técnico-profissionais, científicos e acadêmicos), mas, também, devem realizar explorações *in loco* de diferentes serviços de saúde e, mais importante, devem compreender a importância de colocar os diversos usuários (internos e externos) no contexto de desenvolvimento do projeto, considerando, sistematicamente, as características dos fenômenos existenciais das pessoas no bojo dos sistemas de saúde e dos processos que envolvem as complexidades dos “*n*” sujeitos no lugar projetado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Carlos Roberto Monteiro. A peste e o plano: o urbanismo sanitário do Engenheiro Saturnino de Brito. 1992, 2 vol. Tese (Doutorado em Estrutura Ambientais Urbanas) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. São Paulo.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº50/2002: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasil, 2002

_____. RDC nº189/2003. Brasil, 2003.

_____. RDC nº222/2018: Brasil, 2018.

BAKER, Nick; STEEMERS, Koen. Healthy Homes: designing with light and air for sustainability and wellbeing. London: RIBA Publishing, 2019.

BAUDRILLARD, Jean. O sistema dos objetos. São Paulo: Perspectiva (2002).

CAMPOS DE CARVALHO, Mara Ignez; CAVALCANTE, Sylvia; NÓBREGA, Lana Mara Andrade. Ambiente. In: CAVALCANTE, Sylvia; ELALI, Gleice A. (Org). Temas Básicos em Psicologia Ambiental. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CAMPOS, Cristina de. São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Paulo Rima/ FAPESP. 2002.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. In ROUQUAYROL, Maria Zélia ALMEIDA Filho, Neomar. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSi, 2003, p. 357-387.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec/ Sobra Vime, 1999.

DUBOSE, Jennifer; MACALLISTER, Lorissa; HADI, Khatereh e SAKALLARIS, Bonnie. Exploring the Concept of Healing Spaces. In: Health Environments Research & Design Journal. Sage Journals. Vol. 11(1) 43-56. Issue 1, January 2018. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1937586716680567>> Acesso em: 2020.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUELLI, A. O planejamento e os projetos físicos dos edifícios de saúde contemporâneos. In: BITENCOURT, F e COSTEIRA, E. Arquitetura e Engenharia Hospitalar: planejamento, projetos e perspectivas. Rio de Janeiro: Rio Books, 2014.

LARAIA, R. B. Cultura: Um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

LEFEBVRE, Henri. A produção do espaço. Primeira versão 1a.ed. (4ed). Paris: Editions Anthropos: 2006. E-Book. Disponível em: <https://gpect.files.wordpress.com/2014/06/henri_lefebvre-a-produc3a7c3a3o-do-espac3a7o.pdf> Acesso em: 2019.

MOSER, G. Introdução à Psicologia Ambiental: pessoa e ambiente. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2018.

NAJAFI, Mina; SHARIFF, Mustafa Kamal Bin Mohd. The Concept of Place and Sense of Place. In: Architectural Studies. World Academy of Science, Engineering and Technology, Open Science Index 56, International Journal of Humanities and Social Sciences, 5(8), 2011.

PENG J.; STRIKER D.; WU Q. Place Identity: How Far Have We Come in Exploring Its Meanings? 2020. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.00294>> Acesso em: 2022.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOLDBAUN, Moisés. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia e ALMEIDA Filho, Neomar. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSi, 2003, p. 357-387.

SATTARZADEH, Dariush; ASL, Lida Balilan. Identification of the Components of Sense of Place in Architecture of Houses in First Pahlavi Era in Iran (Case Study: Tabriz). In: European Online Journal of Natural and Social Sciences 2015; Vol.3, No.3 (Special Issue on New Trends in Architecture, Civil Engineering, and Urban Studies) ISSN 1805-3602. Disponível em: <www.european-science.com> Acesso em: 2021.

SOLIS, Dirce Eleonora Nigro. Desconstrução e arquitetura: uma abordagem a partir de Jaques Derrida. Rio de Janeiro: Uapê Sociedade, Ed. Estudos e Atividades Filosóficas, 2009.

SPELLER, G. M. A importância da vinculação ao lugar. In: SOCZKA, Luís (Org.). Contextos humanos: psicologia ambiental. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

STEEMERS, Koen. Architecture for well-being and health. Disponível em: <http://thedaylightsite.com/architecture-for-well-being-and-health/> Acesso em: 2020.

STEINER, Frederick. Human Ecology: How nature and culture shape our world. Washington/Covelo/London: Island press, 2016.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J.C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. In: Avaliação Psicológica, v. 4, n.1, p. 57-64, 2005.