



Centro Oncológico Infantil:

Humanização no Setor Hospitalar Pediátrico

Isabela Mello de Almeida¹

Centro Universitário Academia - UniAcademia, Juiz de Fora, MG

Filipe Leonardo Oliveira Ribeiro²

Centro Universitário Academia - UniAcademia, Juiz de Fora, MG

Linha de Pesquisa: Arquitetura e Urbanismo na Contemporaneidade

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é apresentar uma pesquisa bibliográfica e documental que embasará a elaboração de uma proposta projetual para uma edificação hospitalar, o Centro Oncológico Pediátrico. Este estudo, no campo da saúde, consiste na aplicação da neuroarquitetura (neurociência e arquitetura) e do *design* biofílico (“amor à natureza”) acerca da humanização de tais ambientes. Será abordado, primeiramente, a fundamentação da edificação hospitalar e em seguida as diretrizes para o programa e sua concepção. O estudo na área da oncologia infantil, deve-se pelo fato de que somente a ambientação desses espaços não são suficientes para o conceito de humanização. Buscar por compreender, assim, como a arquitetura pode criar ambientes capazes de impactar e estimular positivamente a vida dos pacientes, promovendo-lhes bem-estar e conforto.

Palavras-chave: Arquitetura hospitalar. Humanização hospitalar. Neuroarquitetura. Biofilia. Oncologia infantil.

1 INTRODUÇÃO

Falar em humanização pressupõe a definição da pessoa que fala e do contexto em que fala, pois o entendimento da utilização do termo pode variar segundo o cenário, a cultura, o tempo e o espaço. (BARROSO & QUEIRÓZ, 2006).

Segundo Barroso e Queriróz (2006), o processo de humanizar o cuidado em saúde significa alcançar demandas para além da qualificação do atendimento, de forma a garantir a possibilidade de que cada indivíduo seja percebido em sua dimensão particular, a partir da identificação do contexto relacional, sem deixar de

¹ Discente do Curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Academia - UniAcademia. Endereço: Rua Doutor Vasconcelos, 147 – Centro, Três Rios / RJ. Celular: (32) 98896-7622. E-mail: isabelamalmeida@gmail.com.

² Docente do Curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Academia - UniAcademia. Orientador(a).

considerar aspectos relativos ao coletivo de sujeitos ou aos sistemas e serviços de saúde.

Há anos, e ainda hoje, os hospitais são considerados locais de doença, morte, angústias, entre outros sentimentos que transmitem apenas sensações negativas. No entanto, segundo De Góes (2004) a palavra hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo que significa “ser hospitaleiro, acolhedor, que hospeda” derivado de *hospes*, que quer dizer hóspede, estrangeiro, viajante.

Atualmente, no Brasil, o termo “humanização” pode ser encontrado com bastante frequência em artigos de periódicos técnico-científicos (RIZZOTO, 2002; DESLANDES, 2004), textos jornalísticos em revistas e jornais (MARTINS, 2002; ROGAR, 2002), trabalhos disponíveis na internet e/ou apresentados em seminários (ver, p. ex., o site www.humanizacaohospitalar.org.br), apenas para mencionar as mais relevantes fontes documentais.

2 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

“Parece paradoxal falar-se em humanização do hospital como se sua vocação não fosse essencialmente humana. Ocorre, porém, que o hospital, a semelhança de outras instituições públicas, esquece facilmente a finalidade pela qual foi criado.” Este depoimento de João C. Mezzomo (2001) deixa clara a necessidade de tratar o ambiente hospitalar com qualidade, e não apenas no aspecto institucional que sempre predominou neste tipo de edificação.

O processo de humanização da Saúde tem suas origens nos movimentos de reformas sanitárias, nas Conferências de Saúde e nos grupos militantes voltados a ações em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã e cujas atuações se tornaram, a partir da década de 1980, gradativamente influentes, estruturadas e articuladas (BARROSO & QUEIRÓZ, 2006).

A humanização hospitalar tem passado por um processo de transformação nos últimos anos em função da preocupação com o bem-estar dos pacientes. Isso provocou mudanças nas instalações e nos tratamentos de saúde. Segundo Mezzomo (2003), “a humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano...”.

Humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento e de reconhecimento.

Humanizar é fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, com inconsolável, o diferente e singular. (MEZZOMO, 2002, p. 14-15).

Na atualidade, como afirma Barroso & Queiróz (2006), o termo Humanização de uma maneira geral tornou-se forma de chamar a atenção das pessoas, para a importância de particularizar as relações, considerando, cada um de forma individualizada. Assim, as iniciativas de humanização se relacionam à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários, ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, à promoção de vínculos entre familiares, pacientes e profissionais e à valorização dos profissionais de saúde (TEXEIRA, 2005).

Em uma breve verificação da incidência do termo “humanização” nesses documentos, constata-se que ele se relaciona a três elementos presentes na prestação do serviço de atenção à saúde: a assistência, o ambiente físico e a instituição. O que é mais usual é que os três elementos sejam vistos e discutidos, do ponto de vista da “humanização”, em sua singularidade, de modo que cada elemento é tratado, visando a sua “humanização”, de forma independente.

2.1 Assistência

Nesse campo, a palavra “humanização” já pôde servir de base para a definição de políticas públicas e para a formulação de programas de “humanização” da assistência à saúde (BRASIL/Ministério da Saúde, 2000). Tal termo, carrega um peso teórico, trabalhado em termos científico-acadêmicos, registrando uma grande variedade de trabalhos que tratam de dotar o termo de elaboração conceitual, aceção completa e definição operativa.

A proposta de humanização da assistência à saúde visa à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais. Sabemos que visa, também, ao alinhamento com as políticas mundiais de saúde e à redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instâncias (Brasil, 2005).

De acordo com Martins (2001), para uma avaliação da complexidade da tarefa assistencial, em especial da realizada em hospitais, deve-se levar em conta que o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo e que a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente. Portanto, nesta instituição, interagem as necessidades pessoais e sociais do paciente.

2.2 Instituição

Hoje, devido à humanização nos hospitais realizada por profissionais, pacientes e familiares, estes últimos encontram no centro hospitalar um lugar que ameniza o sofrimento e diminui a tensão vivida por eles, durante o processo de tratamento. Com a proposta de melhorar a qualidade do atendimento, muitos hospitais vêm aderindo ao trabalho voluntário para minimizar os efeitos que as doenças provocam nos pacientes.

O trabalho voluntário em hospitais é um dos fatores fundamentais para a humanização do atendimento. Ele dá suporte emocional aos pacientes, além de ser facilitador do trabalho dos departamentos clínicos e administrativos dos hospitais. A humanização no hospital é importante, pois o paciente passa a ser tratado como pessoa que é, com todos os tipos de sentimento que a interação pode suscitar, e não mais como apenas um doente (Duarte, 2005).

A preocupação com a humanização hospitalar tem como principal meta a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, visto que a pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar. A dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar são todos fatores a serem ponderados na relação entre o doente e o profissional da saúde.

Continua a ser importante curar doenças, mas sem esquecer que mais importante ainda é curar o doente; e não somente curá-lo, mas também cuidar dele. É a pessoa doente que deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade. Ainda quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema trazido pela doença, continuamos diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado (Pessini & Bertachini, 2004).

2.3 Ambiente Físico

Hoje, já é nítida a percepção de muitas instituições quanto à necessidade de incorporar diretrizes e projetos de humanização para funcionários e pacientes, principalmente no ambiente hospitalar. Faz parte da humanização hospitalar a criação de condições que respeitem o direito das pessoas a um ambiente humano propício a viver com dignidade e a morrer com tranquilidade, quando a hora chegar.

Há uma necessidade de criar ambientes hospitalares com novas diretrizes de projeto, pois a maioria dos hospitais da modernidade não foram erguidos pensando na humanização, diferente dos mais antigos que haviam muitos espaços de integração com o paciente, como pátios, jardins, etc. Atualmente, nos hospitais contemporâneos está sendo resgatado esses conceitos, de sempre haver a possibilidade de surgir mudanças em ambientes para proporcionar melhor conforto ao usuário do hospital. (Ver figura 1).

Destaco a breve frase de Roger Ulrich (1991) que sintetiza esse aspecto:

Alterando o espaço hospitalar através da redução do estresse ambiental, pode-se melhorar o processo dos cuidados com a saúde e ainda reduzir os custos dos tratamentos. (...) Há uma grande concordância entre os pesquisadores sobre o assunto no que se refere aos fatores que causam reações fisiológicas no corpo humano e ajudam na recuperação dos pacientes hospitalizados". (ULRICH, 1991 apud CARDOSO, Elisabete, 2007, p.03).

Figura 1 –Vistas dos pacientes sobre a paisagem ao ar livre.



Fonte: <http://www.archdaily.com.br/br/01-138169/tres-equipes-pre-selecionadas-para-o-projeto-do-maior-hospital-dinamarques/521e2282e8e44ef640000025-three-teams-shortlisted-to-design-denmarks-largest-hospital-photo>

Segundo Ulrich (1991), os responsáveis pela redução do estresse e promoção do bem-estar aos pacientes são: controle do ambiente, suporte social possibilitado pelo ambiente, distrações positivas do ambiente, entre outros fatores, alguns deles serão citados a seguir:

2.3.1 Ambiente Físico

Evidências científica demonstram que um hospital barulhento, confuso, sem privacidade e que não permite ao indivíduo controlar seu ambiente imediato, prejudica o paciente reduzindo sua sensação de autonomia, o que pode causar



depressão, passividade, aumentar a pressão arterial e reduzir a funcionalidade do sistema imunológico. (ULRICH, 1991, apud CARDOSO, Elisabete, 2007, p. 3). (Ver figura 2).

Figura 2 –Implantação Mata Atlântica Nativa. Hospital Sarah Kubitschek – Salvador.

Fonte: <http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele/d0000005-sarah-salvador>

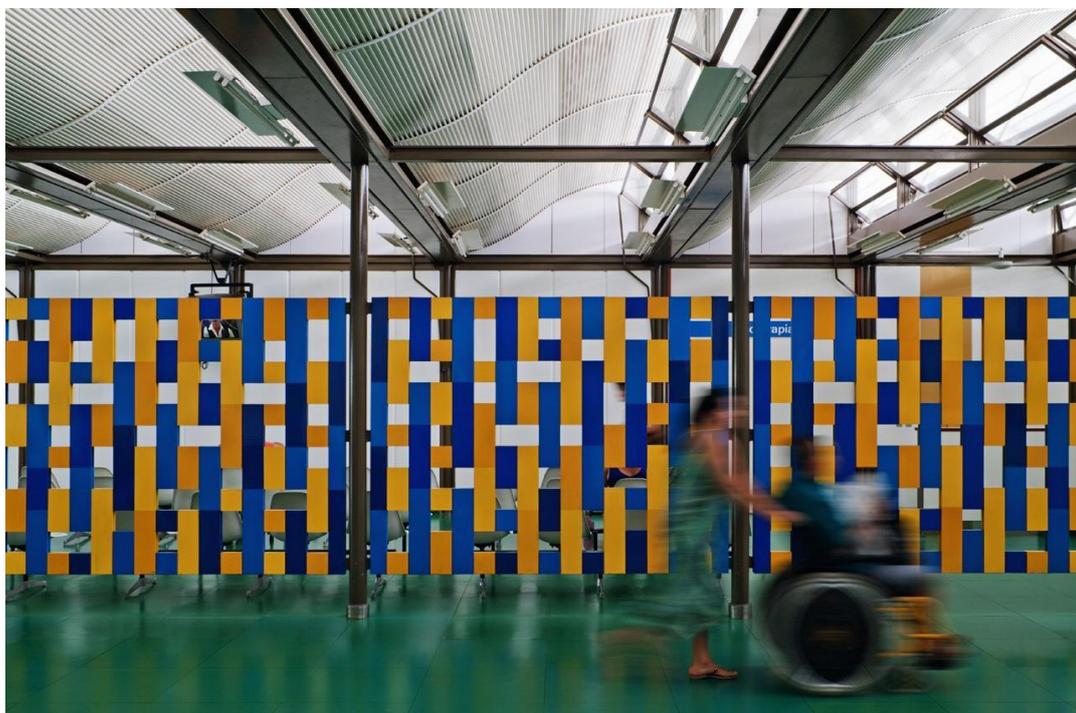
2.3.2 Distrações Positivas:

A distração positiva é proporcionada por um ambiente formado por elementos que provocam sentimentos positivos no paciente, prendendo sua atenção e despertando seu interesse para outras coisas além da sua doença, o que reduz ou até mesmo bloqueia os pensamentos ruins. É importante tomar conhecimento de quais atividades serão desenvolvidas no local. (ULRICH, 1991, apud CARDOSO, Elisabete, 2007, p. 3).

2.3.3 Forma:

De acordo com, CARDOSO (2007), a forma do espaço físico interfere no processo de tratamento dos pacientes hospitalares, ajudando ou inibindo o seu desenvolvimento. Alguns indivíduos ou ambientes requerem mais privacidade, já em alguns outros casos a interação pode ser bem-vinda. (Ver figura 3).

Figura 3 –Interação do ambiente com o paciente. Painéis multicoloridos. Hospital Sarah Kubitschek – Salvador.



Fonte: http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele/img_9235

3 PROJETOS REFERENCIAIS

3.1.1 Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

Projetados por João Filgueiras Lima, o Lelé, a Rede Sarah de Hospitais confere identidade aos projetos e permitem a criatividade face ao emprego de um sistema construtivo produzido em escala industrial. Uma das características dos edifícios são os *sheds*, elementos de iluminação e ventilação zenitais, com formas marcantes, que possibilitam o emprego de luz e ventilação natural em quase todos os espaços. Outra característica das obras é o emprego de painéis e elementos coloridos que se destacam em meio ao branco e cinza predominantes. (Ver figura 4).

Figura 4 – Interação entre os *sheds* e as obras de arte. Hospital Sarah Kubitschek – Salvador.

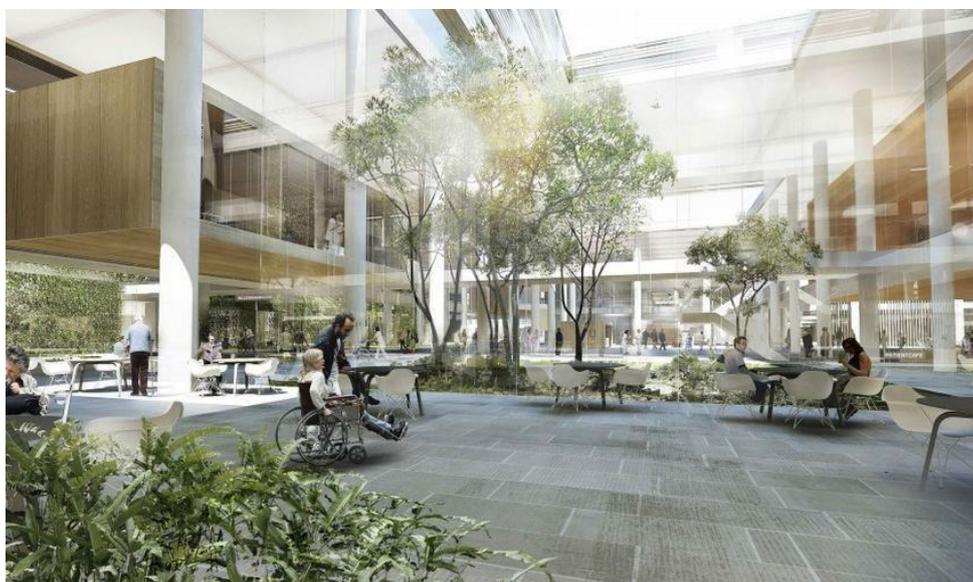


Fonte: http://www.archdaily.com.br/36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele/img_8853/

3.1.2 Hospital Aalborg University:

O arquiteto lassen Schmidt criou um complexo onde tecnologia e paisagismo se difundem. O conceito traz uma estrutura urbana onde passarelas formam espaços entre os edifícios. O projeto dedicou-se à criação de melhores condições para o conforto do usuário através de um ambiente físico amplo, remetendo ao conforto de um hotel. Além disso, o paisagismo foi muito explorado a fim de explorar ainda mais a humanização do local. (Ver figura 5).

Figura 5 – Paisagismo integrado ao interior.



Fonte: <http://saudeonline.grupomidia.com/hospital-na-dinamarca-apresenta-novo-projeto-arquitetonico/>

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo tem por finalidade conhecer e entender o funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde, públicos ou particulares, de excelência ou não, para que sejam aplicados em um projeto final de graduação.

A intenção é humanizar essas tipologias e fazer a integração da instituição e o paciente. Tendo como foco principal o funcionamento e a setorização de um hospital, que não será detalhado interiormente. Esta pesquisa concentrou-se numa pequena amostra de edifícios, buscando observar hospitais que conseguem realizar a interação entre edifício arquitetônico e ambiente humanizado.

Tendo como pretensão a implantação do projeto na cidade de Juiz de Fora, no bairro Salvaterra. O bairro está começando a usufruir de uma vivência maior,

tanto de seus moradores quanto dos que estavam apenas de passagem. A implantação de novos equipamentos gera uma maior permanência das pessoas e torna, então, um local propício para a inserção de mais um equipamento de utilidade pública, um hospital. (Ver figura 6 - 8).

Figura 6 – Localização.



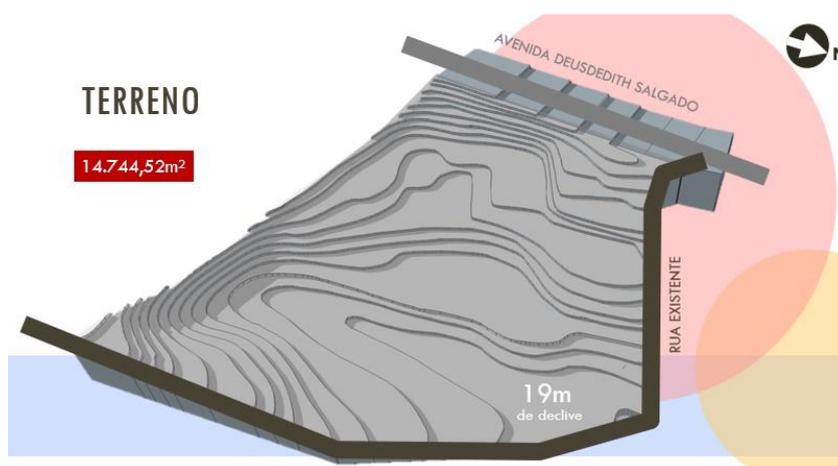
Fonte: Produzido pela autora

Figura 7 – Equipamentos Urbanos.



Fonte: Produzido pela autora

Figura 8 – Área total



Fonte: Produzido pela autora

Optar pelo uso do sistema modular, é como se fosse um grande jogo de encaixes, tanto na configuração dos blocos e suas funções quanto na fluidez da setorização. A concepção de módulos é conhecido desde a Antiguidade, os romanos utilizavam deste conceito na arquitetura objetivando proporção e simetria a partir da utilização de uma unidade básica. Apesar da unidade de medida escolhida não ser antropométrica, pois há uma padronização modular em uma EAS, a regularidade na trama manteve-se.

Foi então adotado a aplicação de uma malha ortogonal modular, muito utilizada em obras institucionais e industriais, pois é um método construtivo rápido e racionalizado. A modulação padrão de EAS é de 1,20 x 1,20 ou 1,25 x 1,25, no entanto a aplicação foi de 1,25. E para atingir a modulação que melhor se encaixava neste projeto o valor padrão foi sendo dobrado até conseguir atingir a modulação que melhor se encaixava no projeto. A implantação modular auxilia muito na disposição dos acessos da edificação.

A concepção da EAS foi baseada em pontos projetuais importantes, que serão explicados a seguir. Em todos os módulos foram adotados a inserção de um vão para iluminação zenital. Sendo estas exploradas através de átrios em sua geometria piramidal (em perfil metálico e fechamento em vidro), no qual otimiza o pé direito permitindo assim o recebimento de maior luminosidade, de modo a não gerar altas cargas térmicas – diferente de uma abertura do tipo claraboia.

Todos os sanitários são ventilados naturalmente, facilitando assim a ventilação e otimizando os recursos naturais disponíveis e balanceando o uso do

sistema de refrigeração/ventilação. Todas as passagens, tanto de passagem de nível quanto de circulação, têm vista para o exterior da edificação.

De uma maneira resumida, pode-se dizer que, todos os módulos são interligados entre si, no entanto de modo que não haja circulação cruzada entre visitante, paciente, funcionários administrativos e os do setor de diagnóstico. Tudo está separado, mas de uma maneira interligada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo pretendeu fazer uma breve análise sobre a arquitetura em estabelecimentos assistenciais de saúde em geral, mostrando como a valorização do paciente interfere nas mudanças do edifício hospitalar. A partir dessa pesquisa é apresentado justificativas para uma futura proposta de um Estabelecimentos Assistenciais em Saúde que se tornará um projeto arquitetônico para o Trabalho Final de Graduação do Curso de Arquitetura e Urbanismo.

O objetivo principal deste artigo é alertar sobre o atual estado dos hospitais e apontar que estes podem atingir novamente seu significado, hospitaleiro, para os que necessitam.

Podendo assim abraçar e transformar o conceito já pré-estabelecido pela sociedade de que hospitais apenas são locais de doença. E que é possível viver para a saúde e não sobreviver da doença.

São por esses motivos: o já ter vivenciado e o de querer melhorar a experiência dos próximos usuários. Saber que na cabeça de uma criança ou um jovem, ambientes maçantes, repetitivos e padronizados – num padrão que não os beneficiam – podem prejudicar seu desenvolvimento pessoal, além de um retardo pela busca da cura e de sua melhora.

ABSTRACT

The general objective of this work is to present a bibliographical and documentary research that will support the elaboration of a project proposal for a hospital building, the Pediatric Oncological Center. This study, in the field of health, consists of the application of neuroarchitecture (neuroscience and architecture) and biophilic design ("love of nature") about the humanization of such environments. It will be desired, the foundation of the hospital building and then the guidelines for the program and its design. The study in the area of childhood oncology is due to the fact that the setting of these spaces alone is not enough for the concept of humanization. Seeking to understand, therefore, how architecture can create environments capable of impacting and positively stimulating the lives of patients, promoting their well-being and comfort.

Keywords: Hospital architecture. Hospital humanization. Neuroarchitecture. Biophilia. Child oncology.

REFERÊNCIAS

BRASIL./Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.**

Brasília, 2000.

DE GÓES, Ronald. **Manual prático de arquitetura hospitalar.** São Paulo, Edgar Blucher, 2004. DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.

Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DUARTE, E. **Humanização voluntária.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpisip/arquivo,psicomp2.html>, 2005. (Acesso em 01/07/16).

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MEZZOMO, Augusto A. **Fundamentos da humanização hospitalar.** Fortaleza: Augusto A. Mezzomo, 2003.

MEZZOMO, João C. **Hospital Humanizado.** Fortaleza: Premium Editora, 2001.

PESSINI, L., BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004. TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção Primária à Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**,

v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.