

Recomendações projetuais para dois ambientes de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): posto de enfermagem e sala de observação e medicação

Design guidelines for two environments of Emergency Care Units (ECUs): Nursing station, observation and medication rooms

Patrícia Biasi Cavalcanti¹

Universidade Federal de Santa Catarina
patibias@yahoo.com

Vera Helena Moro Bins Ely¹

Universidade Federal de Santa Catarina
vera.binsely@gmail.com

Marina Freitas Klein¹

Universidade Federal de Santa Catarina
marinafklein@gmail.com

Karine Zenita Cordeiro¹

Universidade Federal de Santa Catarina
kacordeiro@gmail.com

Ana Luiza Cruz¹

Universidade Federal de Santa Catarina
analuzacruz93@hotmail.com

RESUMO – As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são estabelecimentos assistenciais de saúde nos quais se presta atenção rápida ou imediata a pacientes em situação de urgência ou emergência. Sua implementação no país é recente, e, portanto, são raras as avaliações sistemáticas das unidades existentes que possam orientar o planejamento de unidades futuras. Assim, busca-se, com o presente trabalho, apresentar diretrizes projetuais para o planejamento de dois ambientes fundamentais dessas unidades: o posto de enfermagem e a sala de observação e medicação. O trabalho tem abordagem exploratória, qualitativa e multimétodos, e baseia-se no estudo da percepção e do comportamento de seus usuários. Para tanto, foi desenvolvida uma revisão crítica de literatura sobre o tema e foram realizadas visitas exploratórias a Unidades de Urgência e Emergência da Grande Florianópolis, além do estudo de caso de uma Unidade. No estudo de caso, foram aplicados os seguintes métodos: Observação Direta e Sistemática do Comportamento, Poema dos Desejos e Entrevistas. Espera-se, desse modo, contribuir para a atuação profissional no planejamento desses ambientes, de forma a torná-los mais responsivos às necessidades e anseios de seus futuros usuários.

Palavras-chave: diretrizes projetuais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), projeto centrado no usuário.

ABSTRACT – The Emergency Care Units (ECUs) are responsible for an immediate or fast attention to patients in urgent or emergent situations. These units implementation is recent, and, therefore, the researches which evaluate systemically the existing units are rare, making it difficult to orientate the interior design and the planning of future units. The present work aims to contribute to ECUs' interior design, throughout design guidelines presentation, for planning two of these units' fundamental environments: the nursing station and observation and the medication rooms. The work has an exploratory, qualitative and multi-method approach and it is based on the study of users' perception and behavior. In order to do so, it was developed a literature critic review of the theme, exploratory visits to ECUs from Florianópolis proximities, as well as a study case. In this case study, the following methods were applied: Direct and Systematic Observation of Behavior, Wish Poems and Interviews. The author expects this paper to contribute to professional practice when planning these environments, in a way they might better encompass their future users' wishes and needs.

Keywords: design guidelines, ECUs, user's centered project.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n, Trindade, 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

Após a criação da Política Nacional de Urgências e Emergências pelo Ministério da Saúde em 2003, várias Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) vem sendo construídas no Brasil. A implantação das UPAs objetiva descentralizar o atendimento à saúde, reduzindo a superlotação nas emergências hospitalares. Há, portanto, uma hierarquização do sistema de saúde, no qual as UPAs são classificadas como unidades intermediárias da rede municipal, que tendem a acolher atendimentos de urgência e emergência de baixa e média complexidade. Dessa forma, torna-se possível encaminhar para os hospitais apenas os pacientes que realmente necessitem usufruir de toda a sua infraestrutura, em atendimentos de alta complexidade.

As UPAs direcionam-se ao atendimento em regime de urgência ou emergência de pessoas em condições críticas de saúde, relacionadas principalmente à ocorrência de algum acidente ou à manifestação aguda de uma patologia. Nestas circunstâncias, é comum que os pacientes se encontrem em um estado fisiológico e psicológico delicado, e que seus acompanhantes vivenciem estresse emocional. Além disso, é corriqueiro que também o corpo médico e de enfermagem dessas unidades se encontre sob tensão devido ao tipo de atendimento prestado, ao estado crítico de saúde de alguns pacientes, e às dificuldades existentes no sistema público de saúde, como a superlotação dos estabelecimentos.

Assim, o planejamento das UPAs deve ser cuidadosamente pensado para assegurar condições favoráveis à realização das atividades de atendimento médico e de enfermagem, contribuindo para uma experiência mais positiva no ambiente e aliviando o impacto emocional sobre todos os usuários. Apesar de sua importância e da complexidade inerente aos ambientes de saúde, há poucas publicações que orientem o planejamento de Unidades de Urgência e Emergência ou que evidenciem a percepção ou comportamento ambiental dos seus usuários.

Buscando contribuir para a discussão do tema, foi desenvolvida uma pesquisa pelo Grupo PET Arquitetura UFSC com o objetivo de definir critérios projetuais para o planejamento de alguns ambientes específicos e característicos das UPAs. A pesquisa tem seus fundamentos teóricos e metodológicos nas áreas de Psicologia Ambiental, Ergonomia e Arquitetura Hospitalar. O estudo centra-se na compreensão da percepção e do comportamento dos usuários, de forma que projetos futuros possam estar centrados em suas necessidades e anseios.

No presente artigo optou-se por recortar a pesquisa, apresentando a metodologia, parte da fundamentação teórica e as diretrizes projetuais desenvolvidas para somente dois dos três ambientes estudados, as quais se baseiam nos resultados obtidos por meio de todos os métodos aplicados.

Métodos

A pesquisa tem abordagem qualitativa, exploratória e multi-métodos. O trabalho segue as orientações da Resolução CNS 196/96 (CNS, 1996), e foi previamente aprovado na Plataforma Brasil, buscando-se preservar o anonimato de todos os participantes e das instituições estudadas.

Para fundamentar o trabalho realizou-se inicialmente: revisão crítica de literatura e visitas exploratórias a três Unidades de Urgência e Emergência da Grande Florianópolis.

Em seguida, procedeu-se com a realização de um estudo de caso aprofundado, no qual são aqui descritos os resultados referentes a dois dos três ambientes avaliados de uma UPA: sala de observação e medicação e posto de enfermagem. A escolha destes ambientes se deu pelo fato de serem fundamentais para o funcionamento e organização da Unidade, bem como por dispor-se de pouco material específico que oriente o seu planejamento.

Na análise de cada um destes ambientes foram aplicados os seguintes métodos: Observação Direta e Sistemática do Comportamento, Poema dos Desejos e Entrevistas. Segue abaixo uma breve descrição dos métodos.

Revisão bibliográfica

Com a revisão bibliográfica objetivou-se aprofundar o conhecimento sobre os seguintes temas: contextualização da criação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no país, o que são Unidades de Pronto-Atendimento, qual a rotina dos pacientes, qual o perfil de seus usuários, como é sua configuração espacial, o conceito de humanização em ambientes de saúde, e critérios de humanização específicos para Unidades de Urgência e Emergência. A fundamentação teórica se baseou em teses, dissertações, livros, periódicos nacionais e internacionais, e bancos de dados.

Visitas exploratórias

Dada a escassez de bibliografia específica sobre o planejamento de Unidades de Urgência e Emergência, e no intuito de complementar a fundamentação teórica, optou-se por realizar visitas exploratórias a três destas Unidades na região da Grande Florianópolis.

Durante as visitas, foram feitas observações diretas e sistemáticas do ambiente, registradas em uma planilha previamente elaborada, além de uma única entrevista semiestruturada com a chefia de enfermagem de cada uma destas Unidades.

Os dados obtidos nas visitas exploratórias receberam tratamento qualitativo e foram acrescidos à fundamentação teórica, de forma a melhor descrever as rotinas do paciente, o perfil de usuários e a configuração ambiental das UPAs.

Observação Direta e Sistemática do Comportamento

O primeiro método aplicado no estudo de caso foi a Observação Direta e Sistemática do Comportamento. A partir desse método procurou-se: compreender as atividades que integram as rotinas de funcionários, pacientes e acompanhantes; verificar a adequação do ambiente à sua realização, bem como possíveis constrangimentos; e identificar fluxos, posturas e perfil dos usuários.

Foi adotada a postura de observador do tipo reconhecido e foi realizada a observação centrada no ambiente (Sommer e Sommer, 1997). Os registros foram feitos junto à planta-baixa do local, na forma de Mapeamento Comportamental, e também por meio de descrições detalhadas. As observações foram realizadas durante períodos de 20 minutos cada, com pausas de 10 minutos entre elas, ao longo de pelo menos um dia inteiro para cada um dos ambientes estudados (Lee, 1977; Sommer e Sommer, 1997; Bechtel *et al.*, 1987). O tratamento dos resultados obtidos foi qualitativo e permitiu descrever a configuração ambiental, o perfil de usuários, suas atividades e possíveis constrangimentos verificados na vivência do local.

Poema dos Desejos (Wish Poems)

O método, desenvolvido por Sanoff (1990), foi aplicado com o intuito de compreender que aspectos do ambiente são importantes na percepção dos usuários – pacientes, acompanhantes e funcionários – esclarecendo algumas de suas necessidades, expectativas e preferências.

O emprego deste método consiste na introdução de um formulário predominantemente em branco contendo a seguinte frase “*Eu gostaria que o ambiente (fosse ou tivesse)...*”. Deste modo, se proporciona aos usuários ampla liberdade de expressão, por meio de desenhos ou textos, para que expressem seus anseios em relação ao local. Com o método, buscam-se definir atributos desejáveis para os três ambientes estudados a serem considerados no planejamento de propostas futuras.

A amostragem de pessoas que participaram do estudo por meio do Poema dos Desejos, bem como das Entrevistas, foi qualitativa, randomizada e combinada, isto é, ao acaso, porém abrangendo todos os grupos de usuários de cada ambiente. Além disso, ela foi uma amostra de conveniência (Sommer e Sommer, 1997), pois os métodos foram aplicados junto ao maior número possível de pessoas dentro do período de realização dos estudos de caso – aproximadamente um mês – uma vez que a população não se caracteriza por um contingente elevado. Por isso, buscou-se a participação de todos os funcionários, pacientes e acompanhantes disponíveis durante o período de coleta das informações, de forma a assegurar a representatividade da amostra. Na sala de observação e medicação, o Poema dos Desejos foi aplicado com todos

os grupos de usuários e totalizou 10 pessoas. No posto de enfermagem, o método foi aplicado apenas com os profissionais de saúde, visto que o local é exclusivamente utilizado por eles, totalizando 13 pessoas, o que, embora possa parecer uma amostra pequena, representa quase a totalidade do corpo de enfermagem.

O tratamento dos resultados foi qualitativo, categorizando-se as respostas e agrupando informações similares por meio de Análise de Conteúdo. Essa categorização foi feita separadamente para cada um dos ambientes estudados, respeitando suas especificidades.

Entrevistas

As entrevistas foram o último método a ser aplicado, buscando sanar dúvidas remanescentes após a aplicação dos demais métodos e também aprofundar a compreensão de necessidades, anseios e preferências dos usuários em relação ao planejamento do ambiente. Foi adotado um roteiro semiestruturado, possibilitando aprofundar itens que se mostrassem mais relevantes durante sua aplicação. Os formulários utilizados nas entrevistas continham perguntas que se centravam em aspectos mais específicos e pontuais do planejamento do ambiente como: mobiliário, materiais de acabamento, iluminação, ambientação, humanização e distrações positivas, etc.

As entrevistas foram aplicadas com 7 pessoas na sala de observação e medicação, incluindo pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, e foram aplicadas com 6 profissionais de saúde no posto de enfermagem. A sala de observação e medicação avaliada não costuma encontrar-se continuamente ocupada em sua capacidade máxima (seis leitos de atendimento), e em muitos períodos encontrava-se vazia. Além disso, parte dos usuários de ambos os ambientes que já haviam participado por meio do Poema dos Desejos, não quiseram participar novamente durante a aplicação das Entrevistas, o que limitou o número total de participantes desta amostra.

Os resultados obtidos foram tratados qualitativamente, por meio de Análise de Conteúdo para as perguntas abertas. As perguntas fechadas receberam tratamento estatístico.

Fundamentação teórica

Desde os anos 1980, a humanização de ambientes de saúde tem sido um tema central nas pesquisas e projetos desenvolvidos na área. Muito se tem refletido sobre como qualificar esses ambientes para que deem suporte a uma experiência mais satisfatória para seus usuários, contribuindo para seu bem-estar e para a prestação dos serviços de atendimento médico e de enfermagem.

Pesquisas recentes mostram que diferentes estímulos ambientais podem afetar o humor, o comportamento e a saúde (Dijkstra *et al.*, 2008; Monti *et al.*, 2012). Observa-

-se ainda que os efeitos do ambiente sobre os usuários tem particular importância em estabelecimentos assistenciais de saúde, onde boa parte das pessoas já vivencia situações de estresse, por motivos relacionados à doença ou ao tratamento, ou ainda por tratar-se de locais complexos com os quais se tem pouca familiaridade e controle (Whitehouse *et al.*, 2001). O estresse ocasionado por características do ambiente físico pode acentuar o estado fisiológico e emocional já fragilizado de muitos pacientes e prejudicar seu processo de recuperação (Whitehouse *et al.*, 2001). O estresse ambiental pode ainda comprometer o bem-estar de funcionários e acompanhantes.

Por outro lado, inúmeros estudos têm evidenciado os efeitos positivos de ambientes de saúde cuidadosamente planejados. Ulrich (1995) afirma que a qualidade do ambiente pode contribuir para o processo de recuperação da saúde, complementando os efeitos dos procedimentos médicos e de remédios. Em uma de suas pesquisas, Ulrich (1984) comprovou que em quartos de internação pós-cirúrgica voltados para áreas arborizadas, em comparação a quartos sem contato visual com a natureza, verificam-se uma recuperação e alta mais rápidas do paciente, redução de sua pressão sanguínea, menos queixas de dor e menor ingestão de analgésicos. Neste caso, a natureza atua como uma distração positiva (Ulrich *et al.*, 2008), o que corresponde a estímulos agradáveis do ambiente que desviam a atenção do paciente em relação a doença e ao processo de tratamento, diminuindo a percepção da dor. Outros trabalhos demonstram que mesmo intervenções pictóricas, como gravuras com imagens da natureza, também podem reduzir a ansiedade de pacientes em tratamento médico e contribuir para uma percepção ambiental mais positiva pelos usuários (Monti *et al.*, 2012). Não só distrações visuais causam benefícios: também há evidências de distrações positivas sonoras, como os sons da natureza (Monti *et al.*, 2012).

Além das distrações positivas, vários outros aspectos do ambiente de saúde têm se mostrado determinantes para assegurar sua qualidade e proporcionar bem-estar. Mourshed e Zhao (2012) desenvolveram um estudo que sintetiza alguns dos trabalhos de maior relevância sobre os benefícios da humanização de ambientes de saúde. Neste estudo, os atributos ambientais que influenciam na humanização incluem: conforto ambiental (térmico, lumínico e acústico), ambiência (configuração espacial, *layout*, cores, presença de obras de arte), integração interior-exterior (contato físico ou visual com a natureza) e ainda aspectos ligados à assepsia e à manutenção. Outros trabalhos científicos abordaram aspectos específicos da humanização como: a configuração dos quartos de internação (Bobrow e Thomas, 2000; Gallant e Lanning, 2001; Solovy, 2002; Bacon, 1920; Cabrera e Lee, 2000; Tate, 1980; Carpmann e Grant, 1993); a configuração de salas de espera (Zimring *et al.*, 1987; Arneill e Devlin, 2002); iluminação e sons (Verderber e Fine, 2000; Monti *et al.*, 2012), entre outros.

A diversidade de fatores ambientais que influem na humanização confirma a complexidade que é inerente ao planejamento de ambientes de saúde. Observa-se que não há uma fórmula única a ser seguida por projetistas para que seja assegurada a qualidade desejável aos ambientes. Diversos são os aspectos relativos à qualidade da Arquitetura e à vivência do local vão impactar na percepção e no comportamento de seus usuários.

Em se tratando de uma UPA, verifica-se escassez de bibliografia específica que trate de aspectos relativos à sua humanização. O desenvolvimento de pesquisas aplicadas, dentro de um contexto local, pode auxiliar na compreensão da percepção e comportamento ambiental de seus usuários, evidenciando o seu olhar sobre o planejamento destes ambientes.

Diretrizes projetuais

Com base na revisão de literatura, na realização de visitas exploratórias a UPAs da região da Grande Florianópolis, e nos resultados obtidos com o estudo de caso foram desenvolvidas diretrizes projetuais para o planejamento dos ambientes estudados, apresentados de forma sintética a seguir.

Buscou-se redigi-las de forma conceitual e não restritiva, de modo que essas orientações contribuam para o processo projetual, sem restringir a liberdade criativa que lhe é necessária.

Sala ou Posto de Enfermagem

As salas ou postos de enfermagem de uma UPA são ambientes de uso quase exclusivo dos profissionais de saúde, e nos quais os mesmos permanecem por longos períodos, potencializando um vínculo consistente com o local. São atividades fundamentais nesses ambientes: a observação dos pacientes que se encontram nas salas de medicação e/ou observação, e ambientes de atendimento em geral; o preparo de insumos utilizados no atendimento; e o acompanhamento e preenchimento de registros médicos e de enfermagem.

Destaca-se a importância do *layout* do mobiliário no sentido de facilitar as atividades ali realizadas, principalmente a observação dos pacientes acamados. O contato visual entre enfermeiros e pacientes deve ser favorecido, o que torna fundamental o posicionamento estratégico do posto de enfermagem em relação aos leitos ou poltronas de atendimento. Uma solução muito difundida é a do posto de enfermagem posicionado centralizado dentro das salas de medicação e salas de observação, em formato de “ilha”, facilitando o contato visual e físico entre pacientes e enfermeiros. É possível, no entanto, que o posto de enfermagem seja um ambiente a parte, localizado ao lado das salas de medicação e observação, e integrado visualmente por meio de painéis de vidro (Figura 1). Quando o posto de enferma-

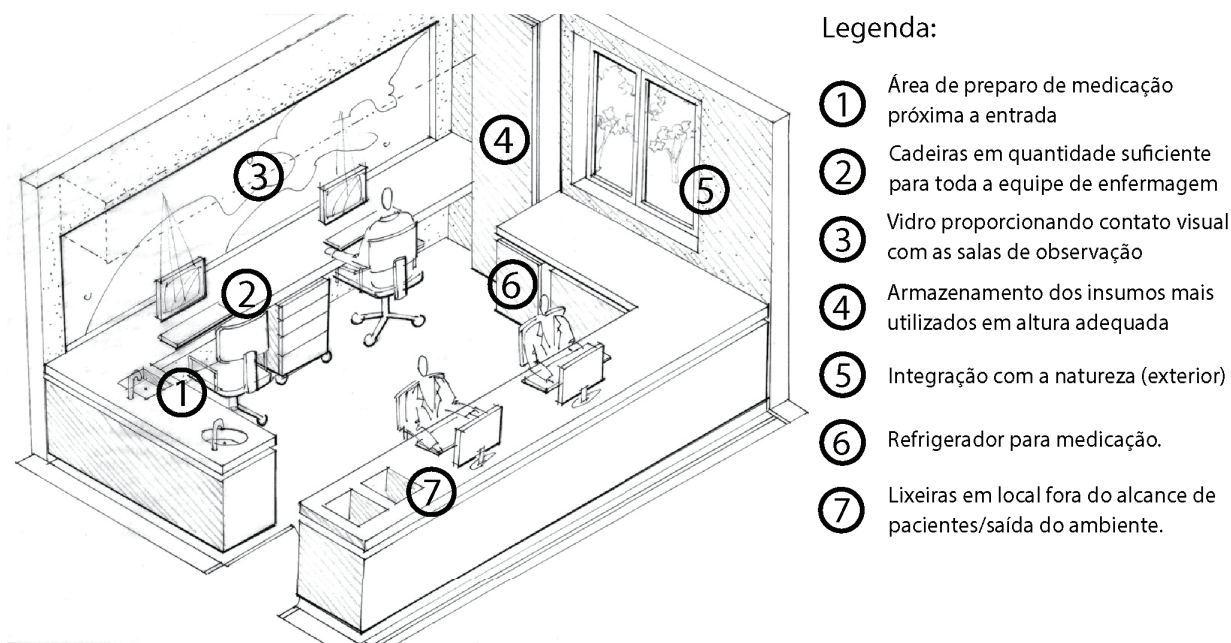


Figura 1. Ilustração de um posto de enfermagem hipotético anexo às salas de observação e medicação. Destaque para as diretrizes apresentadas.

Figure 1. Illustration of a hypothetical nursing station close to the observation and medication room. Highlights for the guidelines presented.

Fonte: Elaboração própria (2014).

gem é um ambiente a parte, pode reduzir-se a facilidade de contato visual e físico, por outro lado é possível proporcionar maior privacidade acústica para os profissionais de saúde em situações tais como discutir casos clínicos ou atender a ligações telefônicas que demandem discrição ou sigilo. O número de postos de enfermagem varia com o número de pacientes a serem atendidos e observados, e segundo a RDC 50 (Anvisa, 2002) deve ser previsto um posto de enfermagem a cada 12 leitos para Unidades de Urgência e Emergência de alta complexidade. A norma não prevê uma relação de leitos e postos de enfermagem para baixa e média complexidade, categoria esta nas quais as UPAs usualmente se encontram.

Outro aspecto importante do *layout* a ser considerado é evitar cruzamento indesejável de fluxos dentro do ambiente. Por exemplo, recomenda-se reduzir a distância entre a bancada de preparo de medicamentos e o acesso às salas de observação e de medicação, já que este trajeto é realizado com frequência. Recomenda-se, ainda, aproximar a bancada na qual são preparados os medicamentos em relação a pia de higienização de materiais e utensílios, bem como em relação a pia de higienização das mãos dos profissionais de saúde, de forma a favorecer a assepsia e o uso.

Entre o *mobiliário* e os *equipamentos* essenciais para uma sala ou posto de enfermagem encontram-se:

uma pia para o preparo de medicamentos, cuja torneira deve ter acionamento que dispense o toque das mãos (por pedal, sensor fotoelétrico ou pressão); um lavatório para higienização das mãos dos profissionais de saúde com acionamento similar ao anterior; refrigerador para armazenagem de medicação; bancadas para preparo de medicação, preenchimento de formulários e apoio de material; área de armazenagem dos equipamentos e insumos utilizados, que podem ser nichos, prateleiras, armários, portas ou gavetas; recipientes para separação de lixo comum e contaminado; posto(s) de trabalho com computador(es); telefone; painel de avisos; cadeiras ou bancos; e porta-pranchetas.

O planejamento específico do *mobiliário* deve levar em consideração os requisitos antropométricos, favorecendo a adequação às dimensões, movimentos e posturas dos funcionários, visto que esses permanecem no espaço por um longo período. Os móveis devem dar suporte e facilitar as atividades rotineiras. Por exemplo, os insumos mais utilizados no preparo das medicações deveriam estar localizados prioritariamente ao alcance de um funcionário em pé ou sentado em uma banquetta alta, com o uso de nichos, prateleiras, portas ou gavetas fáceis de manusear. Também é fundamental que o posto de enfermagem esteja dimensionado para o número máximo de pessoas que ali trabalham, prevendo assentos para todos, uma vez que os

profissionais permanecem por longos períodos no local, o que se mostrou uma carência nos ambientes estudados. Sugere-se ainda que estas cadeiras sejam reguláveis, com encosto para as costas e apoio para os braços, com altura adequada à utilização das bancadas e à visualização dos pacientes. Além disso, ao planejar o mobiliário, deve-se levar em consideração o espaço de utilização das bancadas e cadeiras, ou seja, o espaço de evolução necessário para que as atividades sejam realizadas sem constrangimentos.

Quanto às estratégias para a *humanização* do ambiente, os participantes da pesquisa destacaram como sendo desejável dispor de quadros e gravuras que contribuam para a ambientação do local. No entanto, eles também alertaram que a escolha destes elementos deve considerar a facilidade de assepsia. As gravuras devem ser fáceis de higienizar, como quando estão revestidas por vidro. Foi também sugerido pelos usuários que se buscasse proporcionar algum contato visual com o exterior, preferencialmente com áreas tratadas paisagisticamente. Para possíveis momentos de descanso, como em situações em que não haja pacientes para serem atendidos, foram sugeridas algumas distrações positivas preferencialmente silenciosas como a leitura de revistas e livros. Além disso, foi recomendado prever no planejamento da UPA, ao menos um ambiente exclusivo de suporte social para a equipe de saúde, possibilitando a realização de: lanches, descanso, convivência, estudo e distrações positivas em geral. Normalmente, este ambiente é denominado de sala de conforto, e foi sugerido que ele disponha de elementos como: copa, sofá, cama, computador, televisão, entre outros.

As recomendações relativas aos *materiais de acabamento* levam em consideração a legislação vigente no país – RDC 50 (Anvisa, 2002). Esta orienta que todas as superfícies sejam lisas, laváveis, impermeáveis (absorção menor que 4%) e resistentes aos processos de desinfecção. Preferencialmente, as superfícies de pisos, paredes e forros devem ser monolíticas, apresentando o mínimo possível de frestas e ranhuras, tendo em vista as condições ideais para sua assepsia. São alguns exemplos de materiais de acabamento frequentemente utilizados em UPAs: manta vinílica ou piso cerâmico com rejuntas impermeabilizados; pintura acrílica em paredes; e forro de gesso ou laje rebocada, com pintura acrílica. Tais recomendações se aplicam aos dois ambientes aqui apresentados, e por isso não serão repetidas para a sala de observação.

Quanto ao *conforto ambiental*, tendo em vista a longa permanência dos usuários, é significativo assegurar o seu bem-estar em relação aos aspectos acústicos, luminosos e térmicos, como ventilação natural e temperatura adequada. Para o conforto luminoso deve-se prestar atenção ao fato de que neste ambiente se realizam atividades que demandam grande acuidade visual, como: preparo das medicações, preenchimento de formulários, leitura e utilização de computador. Assim, caso o ambiente tenha

grandes dimensões, além da iluminação geral artificial, sugere-se dispor de iluminação específica direcionada para a bancada de trabalho, por exemplo, embutida no mobiliário ou prevista por meio de luminárias de mesa.

Sala de Observação e Medicação

A sala de medicação ou de aplicação de medicamentos é um ambiente para o qual os pacientes são encaminhados após receberem atendimento nos consultórios da UPA e no qual permanecem enquanto realizam algum tipo de tratamento, sendo comum a infusão de medicação intravenosa. A sala de observação, por sua vez, é o local da UPA onde os pacientes são encaminhados para permanecerem em poltronas ou leitos enquanto necessitam observação pelo corpo de enfermagem, até receberem a alta médica. Dependendo do porte e da configuração da UPA, a sala de observação e a sala de medicação podem constituir um único ambiente no qual se realizam ambas as atividades, assim como ocorreu no estudo de caso em questão. Além disso, a reidratação também pode ser realizada neste local, caso não haja um ambiente específico para este fim na Unidade. O período de permanência do paciente no local varia conforme a prescrição médica, podendo estender-se por, no máximo, 24 horas.

No caso de salas de observação pediátricas, nas quais os pacientes são crianças e adolescentes, é costume que os mesmos venham ao local com seus pais ou familiares. Assim, estes ambientes devem prever acomodações não apenas para os pacientes, mas também para os seus acompanhantes.

Uma diretriz básica relativa ao *layout* do ambiente é que a sala de observação e/ou medicação deve ser ampla. O dimensionamento amplo do ambiente favorece: dispor de um espaço razoável entre os leitos para a realização das atividades de atendimento pela equipe de enfermagem, a permanência de acompanhantes, a realização de pequenos ajustes no layout para acomodação de necessidades dos pacientes, e também a acomodação de demandas futuras como novos equipamentos (Toledo e Ferrer, 2004). Além disso, a previsão de portas e circulações amplas facilita a movimentação de macas e a acomodação de usuários com necessidades especiais, por meio de melhores condições de acessibilidade.

Conforme mencionado anteriormente, o posto de enfermagem deve ter contato visual assegurado a toda a sala, e em especial, a todos os leitos onde se localizam os pacientes em medicação ou observação. Outro ponto que deve ser considerado no projeto de salas de observação e/ou medicação é a privacidade dos pacientes. Recomenda-se a utilização de divisórias, como biombos retráteis ou cortinas hospitalares, entre leitos de atendimento. Divisórias rígidas retráteis são pouco frequentes nos estabelecimentos públicos do país, porém permitem à pacientes e funcionários ajustar as condições não apenas

de privacidade visual do box de atendimento, mas também acústica conforme as suas necessidades ou atividades a serem realizadas. Com boxes privativos bem compartimentados tornar-se-ia possível também aos pacientes e acompanhantes ter maior controle sobre o ambiente, como dispor e regular as condições específicas de iluminação do local, controlar o fluxo de ar-condicionado, e fazer pequenos ajustes no layout.

O *mobiliário* deve ser ergonômico, adequando-se às medidas antropométricas, e proporcionando segurança e conforto aos usuários em geral, especialmente se considerarmos a possibilidade de uma permanência prolongada no local. São móveis fundamentais nesses ambientes (Figura 2): as macas nas quais permanecem os pacientes, as cadeiras ou poltronas para acompanhantes, e os armários e equipamentos utilizados pelos funcionários para estocar material ou preparar insumos para o atendimento. Soluções simples, como uma pequena escada que garanta o acesso às macas de forma autônoma por idosos ou por crianças em ambientes pediátricos, podem agilizar o processo de atendimento e reduzir a fadiga dos enfermeiros, quando o estado de saúde do paciente não é crítico. Criado-mudo, para a guarda de objetos pessoais de pacientes e acompanhantes, e mesa de refeições, também contribuem para seu conforto no local. E, visando evitar acidentes, sugere-se que a localização da lixeira para resíduos infectantes seja de difícil acesso aos pacientes e, portanto, seja localizada fora do box individual. Ela pode ser alocada suspensa do chão, em altura adequada ao uso por enfermeiros e funcionários de limpeza.

No que se refere às estratégias para *humanização* do ambiente, os participantes da pesquisa evidenciaram ser desejável: o uso de cores ou adesivos decorativos nas paredes; móveis e brinquedos para uma ambientação adequada ao público infantil, em locais de atendimento pediátrico; e dispor de distrações positivas para pacientes e acompanhantes. Durante as entrevistas, alguns usuários comentaram que distrações como aparelho televisivo e música ambiente podem causar desconforto, tendo em vista o caráter coletivo da sala e a impossibilidade de cada indivíduo decidir a programação ou regular o volume sonoro do aparelho. Assim, foram sugeridos pelos participantes passatempos silenciosos como: revistas, livros, contemplação da natureza e de obras de arte que retratem ambientes naturais.

Também é fundamental assegurar o *conforto ambiental* – térmico, acústico e lumínico – dando suporte às atividades realizadas durante todo o dia. Sugere-se dispor de iluminação geral para o ambiente e de iluminação direcionada e individualizada para os leitos permitindo o exame visual dos pacientes, e a realização de atividades de maior acuidade visual como leituras. A disponibilidade de iluminação em cada box de atendimento, também favorece o controle dos níveis luminosos pelos pacientes e acompanhantes, já mencionada. Recomenda-se ainda dispor de iluminação direcionada para as bancadas de trabalho dos profissionais de saúde, dando suporte ao preparo de medicações e insumos.

É fundamental assegurar as condições adequadas de ventilação natural e de climatização artificial visando

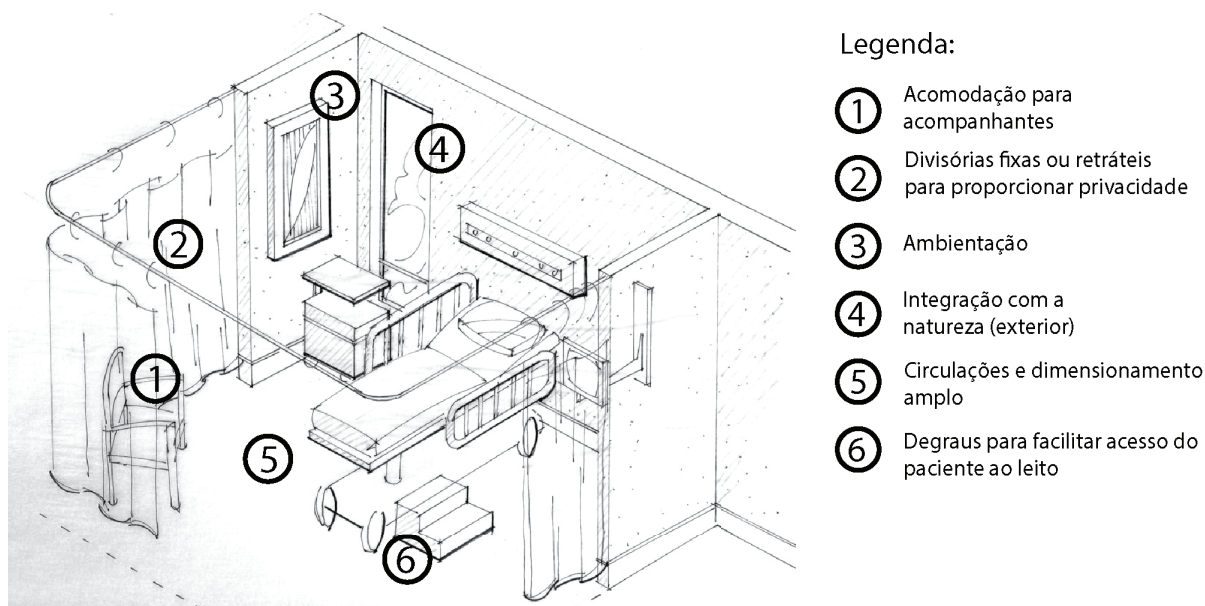


Figura 2. Ilustração de um *box* individual dentro de uma sala de observação e/ou medicação.

Figure 2. Illustration of an individual box from the inside of an observation or medication room.

Fonte: Elaboração própria (2014).

o conforto térmico e a redução do risco de disseminação de doenças infecciosas. Em ambientes coletivos de Unidades de Emergência, assegurar condições adequadas de renovação do ar é ainda mais importante tendo em vista a diversidade de patologias que os usuários podem apresentar frente ao seu já debilitado sistema imunológico. Dispor de aberturas para o exterior contribui para a renovação do ar e o conforto térmico, redução do consumo de energia, além de potencializar o contato visual com a paisagem do entorno e a natureza. Além disso, estudos afirmam que os níveis de estresse diminuem sensivelmente com o aumento da exposição à luz natural (Alimoglu e Donmez, 2005), confirmando sua importância.

Considerações finais

O presente artigo apresentou diretrizes projetuais para o planejamento de interiores de dois ambientes distintos e característicos de Unidades de Pronto Atendimento: posto de enfermagem e sala de observação e medicação. Acredita-se que a abordagem qualitativa, por meio do estudo da percepção ambiental e observação do comportamento dos usuários, favoreceu a compreensão da natureza de cada um dos ambientes estudados e dos aspectos que são essenciais para seu planejamento.

Nem todos os atributos ambientais mencionados como sendo desejáveis para o local são contemplados nas normativas, por sua especificidade e pequena escala. De qualquer modo, entende-se que cabe às normativas regulamentar os atributos mínimos necessários para o funcionamento do ambiente, e não englobar todos os atributos ideais ou desejáveis na percepção de diferentes grupos usuários, o que poderia tornar as normas demasiadamente restritivas. Porém, o conhecimento destes atributos desejáveis aos ambientes na percepção de seus usuários pode auxiliar a atuação profissional de arquitetos, engenheiros e designers no desenvolvimento de projetos cada vez mais responsivos aos seus anseios.

Na sala ou posto de enfermagem observou-se que as distrações positivas e outros aspectos relativos à humanização foram menos destacados pelos participantes durante a aplicação dos métodos do que nos outros dois ambientes estudados – sala de espera e sala de observação e medicação. Os critérios apontados pelos profissionais de saúde como sendo essenciais para o planejamento do posto de enfermagem e de seu mobiliário centram-se, sobretudo em aspectos funcionais e ergonômicos, de modo a facilitar as atividades de observação e atendimento aos pacientes. Isso possivelmente se deve ao fato de que o local é de uso quase que exclusivo da equipe de enfermagem, e apenas estes usuários foram consultados sobre seu planejamento.

Já na sala de observação e medicação, convergiu uma diversidade maior de atributos ambientais no seu planejamento. Apresentaram-se como demandas significativas dos usuários: a facilidade de contato físico e visual

com os profissionais de saúde, a privacidade do paciente nos boxes de atendimento, a ambientação do local, a possibilidade de acomodar confortavelmente os acompanhantes e a disponibilidade de distrações positivas. A utilização deste ambiente por distintos grupos usuários – profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes – evidenciou, portanto, uma variedade maior de necessidades, anseios e expectativas.

Dentre as dificuldades verificadas na realização do trabalho, destaca-se o fato de que parte dos pacientes e acompanhantes consultados não concordaram em participar da pesquisa, devido ao estado de saúde ou ao estresse que experienciavam. Outra parte dos usuários consultados, não concordou em participar em mais de um dos métodos. Apesar de fatos como este limitarem o tamanho total da amostra, verificou-se a recorrência significativa de resultados, o que lhes conferiu confiabilidade.

Neste trabalho não foi possível avaliar e propor recomendações para a sala de emergência ou reanimação, embora este fosse um dos objetivos previstos no planejamento desta pesquisa. Não foi possível incluir este ambiente no estudo, pois em nenhum dos dias de realização do trabalho de campo se verificou atividade no local. Acredita-se, no entanto, que o estudo das salas de emergência é muito importante e deve ser explorado em pesquisas futuras, tendo em vista o fato de que as atividades ali realizadas são críticas, e demandam um planejamento cuidadoso e pautado em critérios restritos, funcionais e ergonômicos.

Espera-se com o presente trabalho ter contribuído para o planejamento desses ambientes, evidenciando alguns aspectos gerais que são significativos para funcionários, pacientes e acompanhantes, a partir do estudo de seu comportamento e percepção ambiental. As diretrizes projetuais apresentadas são bastante simples e fáceis de implementar, mas nem sempre foram encontradas nos estabelecimentos visitados e nos ambientes avaliados. Acredita-se que a compreensão da percepção ambiental dos diferentes grupos usuários pode contribuir para o desenvolvimento de projetos ajustados às suas atividades e demandas, e que sejam cada vez mais qualificados e humanizados.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). 2002. Resolução RDC Nº 50. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/anexo/anelxo_prt0050_21_02_2002.pdf. Acesso em: 12/05/2014.
- ALIMOGLU, K.M.; DONMEZ, L. 2005. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5):549-555. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.001>
- ARNEILL, A.B.; DEVLIN, A.S. 2002. Perceived quality of care: the influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22(4):345-360. <https://doi.org/10.1006/jevp.2002.0274>

- BACON, A.S. 1920. Efficient hospitals. *Journal of the American Medical Association*, **74**(2):123-126.
- BECHTEL, R.B.; MARANS, R.W.; MICHELSON, W.M. 1987. *Methods in Environmental and Behavioral Research*. New York, Van Nostrand Reinhold.
- BOBROW, M.; THOMAS, J. 2000. Multibed versus single-bed rooms. In: R.L. KOBUS *et al.*, *Building type basics for healthcare facilities*. New York, John Wiley & Sons, p. 145-157.
- CABRERA, I.N.; LEE, M.H.M. 2000. Reducing noise pollution in the hospital setting by establishing a department of sound: A survey of recent research on the effects of noise and music in health care. *Preventive Medicine*, **30**(4):339-345.
<https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0638>
- CARPMAN, J.R.; GRANT, M.A. 1993. *Design that cares: Planning health facilities for patients and visitors*. San Francisco, American Hospital Publishing, 310 p.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). 1996. Resolução CNS 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 28/08/2009.
- DIJKSTRA, K.; PIETERSEB, M.E.; PRUYNA, A.T.H. 2008. Individual differences in reaction towards color in simulated healthcare environments: the role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology*, **28**(3):268-277.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2008.02.007>
- GALLANT, D.; LANNING, K. 2001. Streamlining patient care processes through flexible room and equipment design. *Critical Care Nursing Quarterly*, **24**(3):59-76.
<https://doi.org/10.1097/00002727-200111000-00006>
- LEE, T. 1977. *Psicologia e meio ambiente*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 159 p.
- MONTI, F. *et al.* 2012. Pictorial Intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit. *Journal of Environmental Psychology*, **32**(3):216-224.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.03.001>
- MOURSHED, M.; ZHAO, Y. 2012. Healthcare providers' perception of design factors relates to physical environments in hospitals. *Journal of Environmental Psychology*, **32**(4):362-370.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.06.004>
- SANOFF, H. 1990. *Participatory Design: Theory and Techniques*. North Carolina, North Carolina State University.
- SOLOVY, A. 2002. "Home" improvement. *Hospitals & Health Networks*, **76**:28.
- SOMMER, R.; SOMMER, B.A. 1997. *Practical Guide to Behavioral Research: Tools and Techniques*. New York, Oxford University Press, 375 p.
- TATE, J. 1980. The need for personal space in institutions for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, **6**(8):439-449.
<https://doi.org/10.3928/0098-9134-19800801-05>
- TOLEDO, L.C.; FERRER, M.V. 2004. Urgência e Emergência: Primeiros Cuidados Projetuais. In: A.P.A. de CARVALHO, *Arquitetura de unidades hospitalares*. Salvador, Faufba, p. 87-106.
- ULRICH, R.S. 1984. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, **224**(4647):420-421.
<https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- ULRICH, R.S. 1995. Effects of healthcare interior design on wellness: Theory and recent scientific research. In: S.O. MARBERRY, *Innovations in healthcare design: Selected presentations from the first five symposia on healthcare design*. New York, Van Nostrand Reinhold, p. 88-104.
- ULRICH, R.S. *et al.* 2008. A review of the research literature on evidence-based healthcare design (part I). *Health Environments Research and Design Journal*, **1**(3):61-125.
<https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- VERDERBERER, S.; FINE, D. 2000. *Healthcare Architecture in an era of Radical Transformation*. New Haven, Yale University Press, 404 p.
- WHITEHOUSE, S. *et al.* 2001. Evaluating a children's hospital garden environment: utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, **21**(3):301-314.
<https://doi.org/10.1006/jevp.2001.0224>
- ZIMRING, C.; CARPMAN, J.R.; MICHELSON, W. 1987. Design for special populations: Mentally retarded persons, children, hospital visitors. In: D. STOKOLS; I. ALTMAN, *Handbook of Environmental Psychology*. New York, Wiley, p. 919-949.

Submetido: 05/02/2016

Aceito: 14/06/2017