



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ARQUITETURA**

**ESPECIALIZAÇÃO DE ARQUITETURA EM SISTEMAS DE
SAÚDE**

LISSANDRA MENDES RIBEIRO

**HUMANIZAÇÃO DO ESPAÇO ARQUITETÔNICO
EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE**

**SALVADOR-BAHIA
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ARQUITETURA**

**ESPECIALIZAÇÃO DE ARQUITETURA EM SISTEMAS DE
SAÚDE**

LISSANDRA MENDES RIBEIRO

**HUMANIZAÇÃO DO ESPAÇO ARQUITETÔNICO
EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Arquitetura da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Arquitetura em Sistemas de Saúde.

Orientador(a): Ana Margarida Barreira
Nascimento

**SALVADOR-BAHIA
2008**

911:574 Ribeiro, Lissandra M.,
S683 Humanização do espaço arquitetônico em unidade
de hemodiálise – Salvador/BA/ Lissandra Mendes Ribeiro, 2008.

46fls: il.

Monografia (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em
Arquitetura.

Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura , 2008.

1. Arquitetura Hospitalar
2. Arquitetura e Saúde
- I. Humanização do espaço arquitetônico em unidade de hemodiálise
- II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura
- III. Monografia.

LISSANDRA MENDES RIBEIRO

**HUMANIZAÇÃO DO ESPAÇO ARQUITETÔNICO
EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO
submetida em satisfação parcial dos requisitos ao grau de

ESPECIALISTA EM ARQUITETURA DE SISTEMAS DE SAÚDE

à
Câmara de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
da
Universidade Federal da Bahia

Aprovado:

Comissão Examinadora

.....
.....
.....

Data da Aprovação:/...../.....

Conceito:

Dedico este trabalho aos pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica, que me estimulou a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Á toda equipe da Clínica INED (Instituto de Nefrologia e Diálise – Salvador/Ba), que cuida diariamente dos pacientes e, principalmente , à médica Cássia Mendes Matos por ter me permitido visitar várias vezes a clínica, utilizando-a como fonte de pesquisa para o tema desta monografia.

Ás professoras Maria Helena Rios e Ana Margarida B. Nascimento pelo empenho, ensinando e orientando-me na confecção desta monografia.

E, ao meu futuro marido, Renato Silva Filho, que esteve ao meu lado incentivando-me e apoiando-me em todos os momentos dessa jornada acadêmica.

“Não se projeta nunca para, mas sempre contra alguém ou alguma coisa: contra a especulação imobiliária e as leis ou as autoridades que a protegem, contra a exploração do homem pelo homem, contra a mecanização da existência, contra a inércia do hábito e do costume, contra tabus e a superstição, contra a agressão dos violentos, contra a adversidade das forças naturais; sobretudo projeta-se contra a resignação ao imprevisível, ao acaso, à desordem, aos golpes cegos dos acontecimentos, ao destino. Projeta-se contra a pressão de um passado imodificável, para que sua força seja impulso e não peso, senso de responsabilidade e não complexo de culpa. Projeta-se para algo que é, para que mude; não se pode projetar para algo que não é; não se projeta para aquilo que será depois da revolução, mas para revolução, portanto, contra todo tipo de conservadorismo.”

Giulio Argan, 2000

RESUMO

Os estudos em torno de uma arquitetura humanizada nos EAS (estabelecimentos assistenciais de saúde) tem sido um tema bastante discutido atualmente. Em uma unidade de hemodiálise, onde o sofrimento e a dor fazem parte do dia a dia dos pacientes, faz-se necessário uma abordagem mais específica deste tema.

Este trabalho monográfico, de natureza teórico-empírica, objetiva levantar fatores arquitetônicos que possam humanizar projetos de unidades de hemodiálise e contribuir para os profissionais de saúde, nas áreas de arquitetura, engenharia, administração, medicina e enfermagem, fornecendo dados que proporcionem uma melhoria no bem estar do paciente.

Através da pesquisa bibliográfica e de natureza observacional do cotidiano do paciente portador de IRC (insuficiência renal crônica) em tratamento na Clínica INED - Instituto de Nefrologia e Diálise, em Salvador, Bahia, foi possível verificar que vários aspectos arquitetônicos do ambiente físico podem ser modificados para proporcionar bem estar aos pacientes e com isso contribuir para melhoria da saúde dos mesmos.

Palavras-chaves: Insuficiência Renal Crônica - IRC, Arquitetura Hospitalar, Arquitetura de EAS, Hemodiálise.

ABSTRACT

Nowadays, studies about a humanization of architecture of the health units has been a topic much discussed. In a haemodialysis unit, where the suffering and the pain are part of daily life of the patients, it is necessary to give more attention for this theme.

Using a theoretical and empirical tools, this monograph aims to analyse architectural factors that can humanize projects for the hemodialysis. The database generated should contribute to health professionals and related areas as medicine, nursing, hospital architecture, engineering, administration, providing information towards to the welfare of the patient.

The results of a observational survey of daily life of the chronic renal insufficiency (CRI) patients in treatment in the clinic INED - Institute of Nephrology and Dialysis, in Salvador, Bahia, indicate that various architectural aspects of the physical environment can be modified in order to improve the life quality of the patients and contribute to their health.

Key-words: chronic renal insufficiency (CRI), hospital architecture, architecture of the health units, hemodialysis.

SUMÁRIO

Lista de Fotos	XI
Siglas e Abreviaturas Usadas	XII
1.Introdução	13
2. A Insuficiência Renal Crônica	
2.1. A doença, o tratamento e o ambiente do tratamento	15
2.2. Os impactos psicológicos da doença e do tratamento sobre o paciente	19
2.3. A interferência do tratamento nos relacionamentos do paciente :	
2.3.1 Com a família	22
2.3.2 Com a equipe	23
2.3.3 Com a “máquina”	24
2.3.4 Com a “morte”	24
3. A influência da arquitetura humanizada em ambientes de saúde nos tratamentos de doenças	25
4. Fatores de um projeto arquitetônico que humanizam os ambientes de saúde:	
4.1 Conforto ambiental.....	28
4.2 Iluminação e ventilação.....	28
4.3 Cores.....	29
4.4 Forma.....	32
4.5 Materiais.....	32
5. Material e métodos	33
6. Os espaços arquitetônicos de uma unidade de hemodiálise: possibilidades de humanizar.....	34
7.A unidade de hemodiálise no hospital do futuro.....	42
8 Considerações finais.....	43
9 Referências	45

LISTA DE FOTOS

Foto01 – Recepção do laboratório Lâmina.....	31
Foto 02 – Sala de espera do hospital São Luís.....	31
Foto 03 – Enfermaria de hemodiálise da clínica Futura.....	36
Foto 04 – Sala de espera.....	38
Foto 05 – Sala de espera.....	39
Foto 06 – Enfermaria de hemodiálise	40
Foto 07 - Enfermaria de hemodiálise	41
Foto 08 – Cadeira de hemodiálise	41

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
IRC	Insuficiência Renal Crônica
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia

1. INTRODUÇÃO

Então, o que é humanizar? Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente.

Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes.

Jaime Betts

O tema da monografia partiu da idéia do quanto o ambiente físico de uma unidade de hemodiálise pode influenciar no bem estar de pacientes portadores de insuficiência renal crônica - (IRC), em tratamento de hemodiálise. Portanto, foi desenvolvido um trabalho de pesquisa de cunho teórico-empírico em uma clínica de nefrologia e diálise tendo como foco os pacientes e o ambiente físico de uma unidade.

A crença em uma arquitetura humanizada voltada para as reais necessidades do ser humano e os momentos de convivência com portadores de IRC, me impulsionaram para pesquisa do tema.

Enquanto profissional de arquitetura, senti a necessidade da realização de um estudo que vislumbrasse o espaço físico de uma unidade de hemodiálise, levantando fatores capazes de orientar profissionais de arquitetura e engenharia e os da área de saúde em relação aos projetos de arquitetura e ambientação dessas unidades.

Nas últimas décadas vem ocorrendo mudanças na natureza do trabalho médico-hospitalar, na organização dos espaços dos estabelecimentos assistenciais de saúde que o tem se dado devido o avanço tecnológico na medicina no século XX. Neste novo modelo, a medicina tem falhado no objetivo principal que é aliviar o sofrimento e produzir bem-estar ao paciente. Além disso, com a mudança do perfil demográfico e

epidemiológico das populações e os custos crescentes com assistência à saúde, principalmente relacionados à tecnologia, vem sendo , cada vez mais , necessário uma nova proposta de promoção de saúde assim como a adaptação dos espaços físicos, agora mais complexos, á nova situação.

Além dos avanços tecnológicos e científicos ocorreram mudanças também na mentalidade dos pacientes. Estes se tornaram mais conscientes e exigentes em relação aos serviços prestados e aos espaços físicos, passando a exigir conforto, limpeza e segurança.

Com o um aumento nos conhecimentos científicos sobre o meio ambiente e a sua relação com a saúde começa, então, a surgir novos conceitos para o projeto dos estabelecimentos assistenciais de saúde, considerando os pensamentos e sentimentos dos pacientes nos diversos tipos de assistência e de perfil institucional. Como exemplo pode ser citado o *Patient-Centered Care*, uma organização sem fins lucrativos, fundada em 1978, por Angélica Thieriot, cujos princípios fundamentais se baseiam na humanização do ambiente e na relação entre o paciente e o corpo clínico.

O portador de IRC, em tratamento de hemodiálise, padece de uma patologia que diminui grande parte de sua capacidade física lhe impõe uma rotina de tratamento tão intensa que modifica seu modo de viver e influencia desfavoravelmente a sua qualidade de vida. Muitas vezes, o curso da doença que levou à IRC não foi percebida pelo cliente. Ele, subitamente , torna-se dependente de uma tecnologia , a hemodiálise , para sobreviver, sem que tenha tido condições de se preparar física e emocionalmente para isso.

À partir do conhecimento mais aprofundado do programa de hemodiálise, pelo qual passa o portador de IRC, o tema escolhido torna-se relevante, pois suscita reflexões

sobre o cotidiano do cliente em tratamento e sobre a influência do ambiente físico de uma unidade e bem estar do mesmo.

Criando espaços favoráveis ao tratamento de hemodiálise, através das soluções arquitetônicas, é possível gerar resultados significativos no bem estar e na saúde do cliente. O desafio é criar espaços humanizados, centrados no cliente, e que adequados ao estado psicológico possam acolhê-lo e colaborar fundamentalmente com a melhoria da saúde ou cura desejada.

Assim, conhecendo o tratamento de hemodiálise e o cliente portador de IRC e as necessidades de quem o acompanha, é possível, através da criatividade, análise de fatores e organização arquitetônica dos espaços focando, principalmente, os aspectos físicos - funcionais, o conforto ambiental, a ergonomia, os tipos de materiais de acabamento, o tipo de mobiliário, a estética, dentre outros, projetar espaços diferenciados e, principalmente, humanizados voltados para o resultado de saúde e para o paciente, além de contribuir para os profissionais de saúde nas áreas de arquitetura, engenharia, administração, medicina e enfermagem fornecendo dados orientadores para os projetos arquitetônico de hemodiálise humanizada.

2. A INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA

Segundo a SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia, um paciente sofre de insuficiência renal crônica quando seus rins não são mais capazes de filtrar as impurezas do sangue para poder conseguir o equilíbrio de sais minerais.

2.1. A DOENÇA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, O TRATAMENTO E O AMBIENTE DO TRATAMENTO

A DOENÇA IRC

De acordo com Ajzen&Schor, a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é doença de alta mortalidade, com incidência e a prevalência de pacientes aumentando progressivamente no Brasil, bem como em todo o mundo.

Em relação á esperança do transplante renal, Medina relata que no Brasil existem cerca de 46.000 pacientes em diálise. Devido a grande quantidade de pacientes e pequena de doadores o paciente renal crônico vive a angustia de uma espera de um transplante que nunca acontece prolongando ainda mais o sofrimento e a dor. Deste modo a maioria dos pacientes passa o resto das suas vidas freqüentando clínicas e hospitais que contenham unidade de hemodiálise.

Segundo o professor Otto Busato (2001), quando o paciente renal atinge a fase final de sua doença, ou seja, perde-se a função renal de modo irreparável, impedindo a filtragem das toxinas, cabe a este paciente, atualmente, três métodos de tratamento, que substituem a função dos rins: a diálise, a hemodiálise e o transplante renal. Estes métodos, apesar de seus problemas, segundo Busatto (2001), irão proporcionar a sobrevivência, com maior ou menos conforto dependendo de inúmeros fatores.

Em se tratando da IRC, situação que o paciente passa a depender de um procedimento médico sistemático para manter a vida - a diálise - essa questão torna-se ainda mais evidente e dramática porque a diálise é um procedimento apenas paliativo e não curativo (MATOS, 2005).

Com relação às diversas complicações enfrentadas pelos portadores de IRC, é citado como problemas neurológicos as alterações do estado de alerta e do sono, cefaléia, convulsões, irritabilidade, dificuldade de concentração (RIELLA,1996). Dentre os

problemas músculo esqueléticos encontram-se as câimbras e dores ósseas. A palidez, a hiperpigmentação solar, pele seca e escamosa, prurido e alterações capilares são alguns dos acometimentos dermatológicos, cujo indivíduo portador de Insuficiência Renal Crônica se depara. Riella (1996) descreve os problemas endócrinos decorrentes da IRC destacando a possibilidade de hiperparatireoidismo, amenorréia ou hipomenorréia, decréscimo da fertilidade e deficiência estrogênica na mulher; já nos homens, verifica-se atrofia testicular, redução da espermatogênese e na síntese de testosterona, podendo ocorrer também diminuição da luz vascular, fibrose e esclerose do epidídimo, levando a um dano reprodutivo irreversível. Em ambos, a disfunção sexual com diminuição da libido está presente.

O TRATAMENTO

O tratamento de hemodiálise significa a tentativa de sobrevivência do paciente ao atingir a fase final de sua doença. Isto significa que a pessoa terá que se deslocar de sua casa, em geral, três vezes por semana e terá que ficar “ligado” à máquina por um período aproximado de quatro horas por seção. Esta máquina representa um “rim artificial”, externo, que irá filtrar o sangue e devolvê-lo ao corpo do paciente. Para Meleti (2003), é um processo que consiste na circulação do sangue fora do organismo do paciente, através do acesso vascular.

De acordo com Busato (2001), já está provado que uma pessoa pode viver bem, com boa qualidade de vida e trabalhar sem problemas, apesar de realizar 12 horas semanais de diálise.

Mas o paciente renal crônico jamais voltará a ter o estado físico que tinha antes de adoecer. E esta condição, aliada aos problemas do tratamento em si, mais as complicações da doença e os problemas que podem ocasionar a sua dependência real à

máquina, podem gerar danos psicológicos e emocionais irreversíveis na vida deste paciente.

O tratamento hemodialítico pode se prolongar por toda a vida do paciente ou até que um doador apareça e forneça um órgão compatível para a realização do transplante.

Este tratamento, segundo Meleti (2003), o paciente renal crônico recebe, no geral, em centros especializados em hemodiálise, instituições vinculadas à Previdência Social ou hospitais-escolas. É raro instituições privadas prestarem este tipo de assistência.

Para Meleti (2003), é um tratamento de alto custo financeiro, sendo, portanto, formado por grupos de pacientes heterogêneos em diferentes aspectos: idade, sexo, condição sócio econômica e culturais.

De qualquer forma, o processo de hemodiálise, apesar da tecnologia avançada que atualmente representa, não oferece um estado de saúde e qualidade de vida ao paciente renal crônico tal qual ele tinha antes de se ver acometido pela doença (IRC).

Mariano (2004) compara a realidade do paciente renal crônico com o mito grego antigo de “Scylla” e “Charybdis”; nele, os marinheiros enfrentaram uma área perigosa na costa da Sicília, através da qual precisavam passar, de um lado aguardava “Scylla”, um monstro de seis cabeças, cujos membros inferiores eram serpentes e cães ferozes; no outro lado havia “Charybdis”, um terrível redemoinho. Sob o olhar da equipe nefrológica, segundo a autora, tem-se uma situação análoga em uma pessoa enfrentando uma doença renal em estágio final, que está presa entre a morte certa ou uma vida dependente do suporte tecnológico.

Para Mariano,

[...] este dilema reflete-se na literatura a cerca da insuficiência renal e de seu tratamento. Frequentemente são citadas frases como: “medo da morte e da vida”, “vivendo com tempo emprestado”, “escravo de uma máquina” e outras [...].

(Sandra Mariano, 2004,pg.02)

Portanto ao paciente cabe almejar a vida que levava anteriormente à doença crônica, sem ter que tri semanalmente depender da hemodiálise, o que o faz ansiosamente aguardar pelo transplante, o que no Brasil não seria uma solução de fácil viabilidade, por vários motivos, tais como: sociais, religiosos e culturais, o que dificulta e impede que as equipes médicas consigam órgãos cadavéricos para transplantes.

O AMBIENTE DO TRATAMENTO

O paciente tem acesso á unidade de tratamento através de salas de espera e *hall* de distribuição que ficam interligados a outros setores.

O ambiente do tratamento, propriamente dito, é normalmente uma enfermaria de hemodiálise, que consiste em várias máquinas e poltronas alinhadas lado a lado e frente a frente, o que significa dizer que um paciente está em contato com outros a todo instante e a cuidados de emergência, tanto podendo ser para outros pacientes, como para ele próprio. Isso porque poderá existir ocasião que ele será a causa do emergencial, ou então poderá passar pela experiência de presenciar a morte de um outro paciente, companheiro de diálise.

Segundo o livro *Arquitetura de Unidades Hospitalares* o tratamento e as sessões são demorados, cerca de 12 horas semanais de diálise, em torno 4 horas diárias, ocorrem constantes problemas emocionais de depressão, fruto da dependência da máquina existe a necessidade de humanizar a unidade, criando espaços para oficinas, sala de estar, e posicionamento das salas de terapias voltadas para jardins, proporcionando conforto visual ao paciente. Uma unidade de saúde, que exige a permanência prolongada de seus usuários, necessita de um cuidado especial: priorizar o tratamento humanizado. No caso de diálise, que é frequentada por pessoas obrigadas ao retorno constante, sua arquitetura é fator essencial para o próprio desenvolvimento da atividade, contribuindo para recuperação do indivíduo e a qualidade de serviço prestado. Para a confecção das

soluções espaciais de uma unidade de diálise, é preciso um entendimento mínimo das condições em que esta se processa, de suas motivações funcionais e clínicas.

2.2. OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO SOBRE O PACIENTE

O tratamento causa impactos psicológicos sobre o cliente renal, a família, os profissionais de saúde, de certa forma, sobre todos os envolvidos pois é uma doença que traça interações diversas, multiformes e complexas. Além disso ocorrem vários conflitos nos relacionamentos dos pacientes que se dão em vários níveis: com a equipe do serviço de Nefrologia, com a família, com o cônjuge e com os amigos.

Para Busato (1976) quando a doença renal crônica final é descoberta abruptamente, tanto o paciente como a família, sofrem profunda depressão e decepção necessitando algum tempo para serem superadas. Os pacientes renais crônicos, até atingirem a fase final, passam por um período mais ou menos longo de evolução, dependendo da etiologia da doença. Se, durante essa evolução, ocorrer um aconselhamento médico consciente com adequada orientação, os pacientes terão oportunidade de elaborar a perda de sua função renal. É bem provável que, durante o tratamento conservador, momento em que surgem as primeiras restrições na qualidade de vida, os pacientes comecem a tomar consciência da chegada de uma nova fase: sua dependência vital de uma máquina, que é o rim artificial.

Segundo Buasato (1976) o paciente com IRC passa por diversas fases: em um primeiro momento, ele se encontra em estado de alerta, tenso, agitado e na expectativa de que algo está para acontecer, o que lhe ocasiona um desgaste físico e emocional muito grande. Isso é vivido desde o diagnóstico de IRC, quando o paciente começa a apresentar sintomas típicos de estresse. Por desconhecer o processo a que se submeterá,

ele deixa aflorar todos os seus medos, angústias e fantasias. Tudo o que lhe é apresentado é muito novo e o fato de todo seu sangue estar circulando entre os dispositivos da máquina faz com que seja atribuído a ela o poder de mantê-lo vivo. Teme, então, que ela pare de funcionar, retendo parte do seu sangue. Acredita estar arriscando sua vida ao tratar-se. Esse medo acentua-se, ainda, de acordo com o estado dos outros pacientes que dividem com ele o mesmo espaço físico, a sala, onde passam boa parte do tempo. Juntos presenciam situações alarmantes. Por isso, quando acontece algum incidente numa sessão, eles reativam o estado de alerta e voltam a temer que o pior lhes aconteça.

Num segundo momento, o paciente passa da fase de alerta para a da adaptação aparente. Ainda não aceitou a doença e o tratamento, porém, exteriormente, mostra-se calmo, tranquilo e não se apavora diante das situações emergenciais. Realiza o tratamento normalmente, comportando-se como um bom paciente, assíduo, obediente. Os fatos que ocorrem à sua volta são corriqueiros e tudo faz parte da sua rotina de vida.

Num terceiro momento, para as autoras, quando suas defesas já não estão mais tão arraigadas, a mudança comportamental do paciente começa a surpreender a todos. Atitudes inesperadas, como transgredir a dieta, faltar às sessões, ter atrito nas relações interpessoais são aspectos que caracterizam essa fase. Enquanto as defesas diminuem, aumenta o nível de consciência e, em consequência, surge a depressão, como resultante do conflito existente entre aceitar ou não a nova forma de vida. Esse comportamento pode agravar o quadro do paciente e ocasionar rompimentos de vínculos afetivos com pessoas próximas, o que dificultará seu tratamento, sobretudo na medida em que a agressividade gerada pelo conflito atuar sobre a equipe que o assiste.

Meleti (2003) cita que as hipóteses levantadas com relação a essas disfunções abarcam não só a enfermidade física, como também as razões psicológicas – como sentimento de

dependência real do procedimento da hemodiálise, a impotência perante ele mesmo e os outros, na medida em que muitos casos há a inversão de papéis na família, quando, diante das necessidades financeiras, cabe ao cônjuge sadio ir trabalhar fora de casa, restando ao paciente algumas atividades domésticas; além da depressão, que tem concomitantes físicos que incluem o estresse e a capacidade sexual diminuídos. Meleti (2003) relata também a perda da independência e liberdade em função do tratamento e das intercorrências, que muitas vezes os confinam em casa ou no hospital, acamados.

Miranda, Krollmann & Silva (1993) observaram, no que diz respeito à vida profissional do paciente renal crônico, que o paciente que se submete ao tratamento dificilmente conseguirá manter-se em emprego com vínculo empregatício, pois tem que ausentar-se do trabalho durante várias horas semanais para estar no programa de hemodiálise. Além disso, geralmente, ele reclama de mal-estar, alteração na pressão arterial, fraqueza generalizada, o que interfere bastante no desempenho de uma atividade profissional. Trabalhar é, na verdade, uma forma de manter-se útil, produtivo e motivado pela pulsão de vida. Além da privação concernente à sua vida profissional, neste estudo as autoras também descrevem as outras privações vividas pelo paciente e suas implicações no estado emocional dele, tais como a privação alimentar, afetiva e privação de informação.

Assim sendo, ao conviver com a máquina, com a terapêutica de tratamento e à dependência aos mesmos, de importância vital, pode-se perceber que esta situação do paciente renal crônico assume características especiais à sua afetividade e seu comportamento. Isto quer dizer que a ele cabe uma nova forma de adaptação de vida, que deve se ajustar, pois que não se trata de uma situação transitória ou aguda, mas de uma situação de ajuste e adaptação permanentes, o que implica em dizer que esta nova

forma de adaptação e ajuste depende da capacidade do paciente em lidar com as contrariedades, traumatismos e frustrações, que são inerentes ao tratamento.

2.3 A INTERFERÊNCIA DO TRATAMENTO NOS RELACIONAMENTOS DO PACIENTE:

2.3.1 COM A FAMÍLIA

Em relação ao apoio da família do paciente renal crônico, Dyniewicz, Zanella & Kobus (2004, p. 199 – 212), ao citarem Silva et al. (2002, p. 566), descrevem que a avaliação de uma pessoa em relação à sua qualidade de vida está muito relacionada ao apoio que recebe da família, e que este fato a faz sentir melhor. Consideram que a “doença, de uma certa forma, também é da família e, quando os familiares estão presentes, dando apoio constante, a dor do doente renal crônico é compartilhada, diluída” De acordo com estas autoras, ao citarem Gonçalves et al. (1996), em relação à doença crônica, verificou-se a tendência para a concentração das responsabilidades de cuidado ou ajuda num cuidador único da família. Neste estudo, nota-se que o cônjuge desempenha este papel. Gonçalves et al. (1996) reforçam que a qualidade de vida tão desejada a ser vivida no contexto familiar depende do empenho dos familiares junto ao doente, amparando-o, não o negligenciando ou fragilizando. Para tanto, o cuidador único não deve se sobrecarregar ou se estressar até à exaustão. Neste estudo, parece haver o compartilhar de cuidados entre os membros da família quanto aos cuidados com a dieta, a administração de medicamentos, o que mostra uma resposta positiva unânime, segundo as autoras, frente às necessidades diárias do paciente.

Segundo Dyniewicz, Zanella & Kobus (2004, p. 199 – 212) a família e os amigos, inicialmente, acompanham de perto o tratamento do paciente renal crônico. Com o passar do tempo, instala-se uma rotina e um conseqüente afastamento das pessoas. O

paciente considera esse afastamento como abandono. Muitas vezes, é o paciente quem se distancia das pessoas, porque imagina que a aproximação pode significar uma cobrança à família ou às pessoas mais próximas para que lhe doem um rim. O fato de a família compartilhar do seu problema leva-o a um sentimento de culpa exacerbado, gerando sofrimento para todos os envolvidos. O próprio estado depressivo leva o paciente, às vezes, a fechar-se em si mesmo, evitando relacionar-se com os outros.

Com cônjuge, as autoras citam que a situação torna-se bastante delicada. Sobretudo porque, com frequência, a fantasia do casal diz respeito à impotência e à dependência gerada pela doença. Vários são os casos de separação após o casal ter consciência de serem esses problemas, sem previsão de solução, um fator que contribui para todos esses conflitos.

2.3.2 COM A EQUIPE

Apesar da solução para o problema do paciente ser dada pela máquina, é a equipe de médicos e enfermeiros que garante sua manutenção adequada. Ele sabe que depende dessa equipe para sair com vida da sessão de hemodiálise, mas isso não impede um conflito interpessoal. É comum vê-lo reclamar de todos. É preciso perceber o que está subjacente a essas reclamações para não se ficar em constante atrito com o paciente. A fala do paciente revela seus sentimentos diante de tudo o que lhe está acontecendo.

2.3.3 COM A “MÁQUINA”

Sentimentos de ambivalência também norteiam o quadro psicológico do paciente renal crônico, segundo Gordon (1975) com relação a “máquina”, salvadora de sua vida, não-comunicativa. Os pacientes comentam, segundo o autor, com frequência, que esta parece ter personalidade própria. Produz barulhos, tem luzes que piscam e em alguns dias parece trabalhar melhor do que em outros. De certa forma, a diálise reproduz situação análoga a uma dependência primitiva mãe-criança, pela qual o paciente é

novamente obrigado a depender de um sistema externo de subsistência de vida, tipo placenta, para purificar seu sangue. Priva o paciente de sua independência, mas salva a sua vida.

2.3.4 COM A “MORTE”

Gordon (1975) também fala sobre a morte. Segundo o autor, estas angústias difíceis e crônicas estão em jogo contra a implacável e onipresente perspectiva da morte iminente. A defesa normal da negação da morte está sempre presente no paciente com insuficiência renal. Mais ameaçadora ainda é a morte de um companheiro com o mesmo problema. O estresse crônico da incerteza da morte produz uma irmandade única. Para o autor, portanto, em qualquer programa de diálise ou de transplante, pode-se esperar encontrar depressão, comportamento imaturo, de oposição ou neurótico, dificuldades conjugais e sexuais, psicoses ocasionais e morte provocada pelo paciente.

Gordon finaliza:

Como na maior parte das outras situações humanas, os pacientes que têm maiores possibilidades de serem bem sucedidos são aquela minoria de afortunados que podem adaptar-se ao estresse crônico e difícil, submeter-se a experiências emocionais positivas e ter uma família que colabore, trabalho satisfatório, identidade sólida, amor próprio adequado – em resumo, aqueles com boa saúde mental. A discussão gira em torno da personalidade ou das variáveis da experiência da vida que possam ter utilidade prognóstica.”
Aspectos Psiquiátricos da Moléstia Renal Crônica

3. A INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA HUMANIZADA EM AMBIENTES DE SAÚDE NO TRATAMENTO DE DOENÇAS

Pesquisas apontam para ligação do emocional das pessoas com o adoecer e indicam que ações curativas devem ser desenvolvidas em ambientes que promovam a redução do estresse e envolvam os sentidos de modo terapêutico. A novidade surpreendente é que a

estratégia do projeto dos ambientes pode, efetivamente, melhorar os resultados (Malkin, 2003).

A nova geração de estabelecimentos de assistência à saúde está emergindo, bem diferente daquela baseada em modelos institucionais familiares. Baseada em cuidados focados nos pacientes os fundamentos do Patient - Centered Care busca a cura do paciente de forma global, esses novos centros de saúde são santuários espirituais com jardins, fontes, luz natural, arte e música.

A arquiteta Elza Maria Alves Costeira no livro Saúde e Arquitetura (2004) divide em seis requisitos que fundamentam o desenho baseado em evidências:

- 1) eliminar os fatores estressantes;
- 2) conectar o paciente com a natureza;
- 3) oferecer opções de e escolhas para controle individual;
- 4) disponibilizar oportunidades de socialização;
- 5) promover atividades de entretenimento “positivas”;
- 6) promover ambientes que remetam a sentimentos de paz, esperança, reflexão, conexão espiritual, relaxamento, humor e bem-estar.

Segundo Elza Maria Alves Costeira (2004): o espaço interdisciplinar e a proposta de promoção da saúde vem se tornando uma referência para a arquitetura direcionando-a para os resultados de saúde e qualidade de vida trazendo para seus espaços, os signos e valores que encontramos em nossas casas em integração com o espaço exterior. Os desafios estabelecidos são os de criar espaços humanizados, centrados no paciente, colaborando para a sua autonomia estabelecendo adequadas relações psicológicas com o espaço que o acolhe, como elemento fundamental da desejada cura.

O planejamento do espaço físico visando a humanização, utilizado no tratamento, não se restringe apenas aos benefícios para o cliente, mas a todos envolvidos como: acompanhantes, equipe de saúde e demais funcionários, que convivem com o mesmo .

A humanização aparece muito presente quando se estuda arquitetura orgânica. Zevi (1970) afirma que essa arquitetura não é de função contemplativa, e sim participativa. O homem não é um simples expectador, e sim um edifício em sinergia com as sensações físicas e psicológicas do homem.

Em História da arquitetura
Moderna, Bruno Zevi, escreve:

“Orgânico enquanto, espaços interiores da arquitetura , se procura a felicidade material, psicológica e espiritual do homem; orgânico porque prolonga esta existência do ambiente isolado à casa, da casa à cidade. Orgânico, era, pois um atributo que tinha na sua base uma idéia social, não uma idéia figurativa; por outras palavras, referia-se a uma arquitetura que quer ser, antes de humanística, humana.”
(Zevi, 1970, p.340).

Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída, envolve um processo de conscientização e sensibilização , sendo de fundamental importância o envolvimento de todos os atores do sistema: profissionais de todos os setores, direção e gestores. O aprimoramento da interação profissional-cliente é uma das mais importantes facetas da humanização da assistência (MATOS, 2005).

O arquiteto possui o papel desafiador de compreender todo o sistema envolvido no tratamento do cliente portador de IRC, para adquirir embasamento suficiente, tornando-o capaz de encontrar soluções para os espaços arquitetônicos humanizados.

Assim é o caminho do arquiteto: trabalhar os espaços com qualidade e excelência, buscar conforto e bem estar das populações e transformar a sua visão do mundo para

que as pessoas se conscientizem do direito que tem a uma vida mais digna, harmonizada com o meio ambiente, contando com seus espaços ao abrigo das diversidades e sonhando com mais saúde e desenvolvimento para gerações futuras (Costeira , 2004).

4. FATORES DE UM PROJETO ARQUITETÔNICO QUE HUMANIZAM OS AMBIENTES DE SAÚDE

Para Corbella (2003), uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No caso dos edifícios hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas.

Segundo Costeira (2004), existe vários elementos a serem incorporados aos projetos que buscam estabelecer bases para um ambiente apropriado às ações de assistência à saúde, com conforto visual e acústico , iluminação adequada, materiais para absorção de ruídos, uso das cores e uso de obras de arte para tornar a atmosfera acolhedora e caseira. Existem estudos quantitativos e tabulações que nos levam a enfatizar a concepção de ambientes mais humanizados e dotados de itens de conforto ambiental, apressar a cura e alta de pacientes em unidades de saúde. .

4.1. CONFORTO AMBIENTAL

O arquiteto Wayne Ruga (1994) menciona a possibilidade de delegar aos pacientes o controle das luzes, temperatura e alguns equipamentos, como televisor, aparelhos sonoros, entre outros, facilmente comandados a partir do leito.

Miquelin (1992) lembra que o desconforto ambiental nos hospitais pode ser um problema a mais nesses espaços, construídos para, muitas vezes, situações estressantes de atendimento associadas a pacientes com risco de vida ou sofrimento profundo.

Segundo os princípios que fundamentam a assistência á saúde, do Patient-Centered Care o suporte de um ambiente confortável, ameno e acolhedor é um componente essencial para a dispensa de cuidados á saúde de alta qualidade.

4.2. ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO

A noite pode parecer uma eternidade para qualquer paciente, mas especialmente para os que estão passando muito mal. Em geral, as enfermarias e quartos têm algum tipo de lâmpada bem fraca que fica acesa a noite inteira. Segundo Marie Louise Lacy o uso de uma suave luz rosa no começo da noite ajudará o paciente a se sentir seguro, protegido e cuidado; mais tarde, uma luz quente azul-clara causa sono e proporciona ao doente uma energia terapêutica. Nunca se deve usar luz verde, porque ela é exaustiva para todas as pessoas, inclusive para médicos e enfermeiros. Os interruptores reguláveis são ideais para todos os quartos .A existência de luzes de cores diferentes no hospital dá ao pessoal a liberdade de usá-las como e quando achar necessário, separadas ou em conjunto, de acordo com as recomendações de um terapeuta especializado.Quando um paciente está muito mal , pode-se usar tanto rosa quanto azul, numa proporção de dois terços de azul para um de rosa. Quando o paciente é acomodado ao dormir, é preferível a luz azul. Ela reduz a agitação e acalma a mente e , conseqüentemente, o corpo.

No devido tempo será introduzida uma iluminação colorida como recurso terapêutico, e que poderá fazer parte do currículo das enfermeiras o conhecimento dos aspectos mais profundos de como e porque as cores nos afetam tanto.O uso excessivo de qualquer cor pode reverter seus efeitos positivos; no começo, a pessoa pode sentir ótima, mas depois

ficar exaurida. Tanto luz demais como de menos num ambiente altera sentimentos e humores que ele nos causa.

Ainda segundo Marie Louise Lacy outra área em que as luzes coloridas contribuem positivamente é a sala de espera. Os familiares dos pacientes muitas vezes têm de receber notícias desagradáveis, e a presença de luzes coloridas faria uma grande diferença no sentido de aliviar o choque e libertar as pressões e tensões criadas na sala de espera. Pode-se acender as luzes e apagar de acordo com a necessidade; fora disso, a iluminação natural deve predominar no ambiente.

Para o arquiteto James Mills (1996) é importante o uso da iluminação natural, bem como da iluminação do espectro total, uma vez que, quanto mais a luz penetrar no lugar, mais harmonioso será o ambiente.

4.3. CORES

Segundo Lacy (1996), a sabedoria das cores foi transmitida através dos tempos, observada por muitos videntes e sentidas por outros. As descobertas nos levaram a compreender que o uso de uma ou várias cores no ambiente pode alterar a comunicação, as atitudes e a aparência das pessoas presentes; a cor pode acalmar, reduzir o stress e a violência ou aumentar a vitalidade e a energia. Hoje, cromoterapeutas competentes estão usando a cor de muitos modos diferentes, pois a cromoterapia é uma forma de medicina energética. Quando se usa a cor apropriada, o equilíbrio e a harmonia são gradativamente restaurados.

Ainda segundo Lacy (1996) a área de recepção precisa ser “receptiva”. O uso excessivo de tonalidades azuis pode evocar os piores medos de uma pessoa, fato que pode parecer estranho, já que o azul é considerado uma cor terapêutica por seu poder de acalmar, tranquilizar e até anestésiar. Mas todas as cores tem atributos contrários e o aspecto

contrário do azul pode trazer á tona medos ocultos. Quando se usa uma tonalidade clara vermelho ou laranja como cor predominante, cria-se uma atmosfera aconchegante que ajuda a relaxar as pessoas que estão internadas nos hospitais, bem como os parentes e amigos que vão visitá-las. Ao escolher as cores, pense na natureza: chão verde, céu azul e, no espaço intermediário, todas as cores com seus milhares de tons diferentes. Talvez devêssemos imitar a natureza e começar a introduzir harmonia no nosso meio.

Para Lacy (1996) antes de escolher as cores, precisamos saber que uso terá o ambiente e se ele está voltado para o Norte, o Sul, o Leste, ou o Oeste. Devemos escolher cores mais claras para os ambientes sombrios que a luz do natural não penetra, de forma a torná-los os mais claro possível. A cor é a energia curativa do presente.

A cor é muito importante e, além de ter que estar de acordo com os elementos que compõem o ambiente, tem que está relacionada com as reações que cada cor provoca nas pessoas (cores e reações). É preciso acolher quem está mexendo no seu entorno, mobilizando seu inconsciente através de seus arquétipos, antes de decidir qual é a cor e qual tonalidade mais adequada (COSTI, 2002).

Há determinadas composições cromáticas em ambientes que estimulam estados emotivos e que tem relação com aspectos de predisposição dos indivíduos. Estar exposto a uma determinada cor interfere no estado de ânimo. Por exemplo: uma parede verde pode resgatar relações com hospitais, com a natureza, com relaxamento, mas pode também suscitar sentimentos de tristeza porque ambientes com aquela cor lembram doentes. Assim como cores vibrantes podem estimular pessoas deprimidas e agitar pessoas muito ativas. Ocorrem vibrações eletromagnéticas que influenciam o organismo. A saturação, o matiz e a cor são importantes e tem sua peculiaridade que pode ser diferente de uma pessoa para outra. O que não muda são as relações que se

estabeleceram de forma arquetípica, quer dizer, indivíduos com características diferentes podem perceber e reagir da mesma forma devido a estes registros (COSTI, 2002).

Cada um de nós tem suas próprias relações com as cores. Da mesma forma, cores muito estimulantes e em grandes superfícies podem suscitar movimentos internos cuja vibração não condiz mais com a capacidade de movimentar-se e de exigir-se. A idade da pessoa, seu perfil, sua forma de viver, sua mobilidade. tudo precisa ser observado (COSTI, 2002).



Recepção do Laboratório Lâmina
Projeto arquitetônico: RAF Arquitetura

Foto:01Recepção do laboratório Lâmina

Fonte:www.mundocor.com.br



Projeto: Claudia Costa

Hospital São Luiz

Foto :02 Sala de espera do hospital São Luis

Fonte: internet

4.4. FORMA

No livro O Poder das Cores no Equilíbrio dos Ambientes (1996), a autora cita que hoje os arquitetos estão incorporando mais elementos da geometria sagrada dos cinco sólidos platônicos e querendo criar um meio ambiente integrado. Tendo isso em mente, o arquiteto James Mills (The North London Project) usa muitos padrões da geometria sagrada em seu projeto do North London Hospice, hospital para doentes terminais. No projeto existem triângulos, retângulos, quadrados, pirâmides e sempre que possível ,

são usados materiais naturais, como corrimãos de feixos, fechaduras de bronze e tapetes de fibra de sisal. Ele levou em consideração que as pessoas que vivem em hospitais desse tipo devem tomar consciência das forças da natureza através dos materiais usados na construção e, que também, colocando fontes dentro do edifício, eles possam ouvir o som da água, que faz bem às emoções.

Alguns arquitetos como Wolodymir Radysh (Camphill Architects) consideram que a forma, a cor e o espaço transmitem um significado para as pessoas. Em um projeto de um centro de saúde, ele utilizou uma escadaria curva na recepção que dá acesso ao pavimento superior para proporcionar uma sensação de receptividade.

4.5. MATERIAS

Segundo Lacy (1996), o centro de saúde de Blackthorne aplica sua abordagem holística em todos os materiais usados: materiais não-sintéticos, apenas emplastros naturais, carpetes de lã e tintas orgânicas. Os materiais sintéticos desprendem eletricidade e atualmente são os fatores ocultos causadores de muitas doenças; enquanto não começarmos a pensar em termos holísticos, estaremos atacando apenas os efeitos e nunca as causas.

Pode-se usar vidro colorido em lugares em que o sol penetra durante o dia. A cor inunda todo o ambiente e as pessoas que estão nele.

Costumamos nos identificar com o que vemos, e o uso de ilustrações como obras de arte, fotos, etc. se tornariam temas de comentários entre pacientes e o pessoal de atendimento.

Para a autora, Marie Louise Lacy (1996), a beleza visual e as paisagens estimulantes são extremamente terapêuticas. O ingrediente mais importante é o compromisso de cada um dos administradores de introduzir um pouco de arte e música nos hospitais. É preciso, entretanto, acrescentar, com respeito a qualquer grupo de pacientes, que as melhorias visuais em seus ambientes precisam ser cuidadosamente pensadas para que correspondam às suas necessidades emocionais.

5. MATERIAL E MÉTODO

Foi escolhido um método de natureza observacional e através da pesquisa bibliográfica por entender que ao observar o espaço das enfermarias de hemodiálise e ao conversar informalmente com os pacientes, com a equipe médica e com a família dos pacientes seria possível ter um a compreensão inicial das suas necessidades. Os textos foram pesquisados na internet, livros e em algumas monografias de médicos e enfermeiras.

Não houve dificuldade para encontrar os dados de pesquisa. Foi permitido fotografar e livre acesso à clínica escolhida. Foi escolhida apenas um local para pesquisa, a clínica INED (Instituto de Nefrologia e Diálise localizada na rua Jardim João XXIII , n. 10, Boa Vista de Brotas, Salvador, Bahia, porém, informalmente, observei as unidades de hemodiálise do Hospital Roberto Santos e do Hospital das Clínicas localizado em Salvador, Bahia.

O período de tempo utilizado para obtenção dos textos foi deste a data de escolha do tema até a conclusão da revisão de literatura e a escolha dos textos para inclusão foi baseada na relação dos mesmos com ao tema da monografia.

O que limitou a pesquisa foi o fato de não ter encontrado muitos exemplos de projetos de unidades de hemodiálise humanizados.

O idioma do texto utilizado foi a língua portuguesa.

6. OS ESPAÇOS ARQUITETÔNICO DE UMA UNIDADES DE HEMODIÁLISE : POSSIBILIDADES DE HUMANIZAR

“Podemos comprar o tempo de um homem, material, instalações, porém não se pode comprar o desejo de se fazer uma coisa bem feita. Temos que conquistá-lo.” Pierre Well

À partir da pesquisa foi possível adquirir conhecimentos que possibilitaram levantar alguns fatores arquitetônicos para contribuir e orientar projetos de unidades de hemodiálise considerando a humanização favorecendo profissionais de saúde nas áreas de arquitetura, engenharia, administração, medicina e enfermagem fornecendo dados para os projetos e, principalmente para a melhoria do bem estar do paciente.

Os resultados obtidos Mesmo sabendo que existem outros fatores não abordados e outros em fase de estudos por parte de pesquisadores, os resultados obtidos foram satisfatórios. O conhecimento adquirido serve como ponto de partida para o desenvolvimento de projetos mais humanizados, não só visando as unidades de hemodiálise mas também para os diversos ambientes de saúde, assim como para o aprofundamento do tema escolhido.

Inicialmente foi necessário conhecer a doença IRC, o tratamento e o impacto deste sobre o paciente:

6.1. A DOENÇA E O TRATAMENTO DA IRC

RESULTADOS: A pesquisa da literatura fornece dados técnicos a respeito da gravidade de algumas doenças renais como a IRC , tratada através da diálise.

E através da observação em uma unidade de tratamento e da pesquisa da literatura foi possível conhecer a sua rotina. Estas informações adquiridas confirmaram a necessidade

de buscar a melhoria do espaços arquitetônicos destas unidade, não deixando dúvidas sobre a contribuição no bem estar de todos que o utilizam.

DISCUSSÃO : Devido a intensidade do tratamento quase que diária, em alguns casos, nota-se a necessidade de que o ambiente do tratamento seja adequado e que deve-se aliar a qualidade do espaço ao tratamento do paciente. Normalmente, como o tratamento é feito em enfermarias, estes espaços devem ser amplos e o mais confortável possível. A pequena distância entre as poltronas, às vezes em torno de 1.0m, devem ser adequada para proporcionar conforto e privacidade aos mesmos, principalmente nos casos de emergência. O projeto também deve privilegiar a funcionalidade e a organização espacial, sem perder o foco no conforto ambiental e visual.



Foto 03: Enfermaria de uma unidade de hemodiálise da clínica renal Futura, Porto alegre, Rio Grande do Sul.
Fonte:internet

Acessos específicos para pacientes de consulta e da área de tratamento também são importantes gerando uma planta com fluxos independentes com, às vezes até duas salas de espera na clínica. Como existem pacientes de diversas idades os espaços devem estar apropriados e ambientados para cada faixa etária mesmo que separados por divisórias.

Em relação aos espaços fora das enfermarias, deve se prever ambientes humanizados, como esperas, banheiros, lanchonetes também para a família já que, normalmente, o paciente está acompanhado e o tempo do tratamento é em média de 4 horas de duração.

Outros espaços podem ser sugeridos para compor uma unidade como sala de música, home theatre, sala para atividades de artes, etc.

Como os pacientes, após a doença não conseguem ter o mesmo estado físico é importante proporcionar-lhes a melhor acessibilidade possível, evitando escadas, longas distâncias, etc.

6.2. OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO SOBRE O PACIENTE

RESULTADOS: A pesquisa revelou todas as fases que o paciente passa durante a doença e a forte interferência no seu emocional e psicológico e em todos os envolvidos como familiares e a equipe de saúde. Ficou claro que o estado psicológico do paciente interfere no tratamento e qualquer melhoria neste estado contribui para melhorar o resultado do tratamento. As informações adquiridas demonstraram o grau de sofrimento do paciente portador de IRC.

DISCUSSÃO: Já que o tratamento causa forte impacto nos pacientes e sabemos que promover um ambiente agradável à equipe de saúde e aos pacientes, que fugisse das características hospitalares, influência no psicológico das pessoas, torna-se viável modificar os espaços em busca do bem estar de todos. Muitas vezes o ambiente é apenas funcional e sem a preocupação de quem o ocupa e de suas necessidades. Quando se projeta espaços residenciais, comerciais, por exemplo, sempre há uma grande preocupação em atender às necessidades de quem o ocupa ou o frequenta. O mesmo deve ser considerado para ambientes de saúde, principalmente porque quem os

freqüenta tem necessidades muito especiais. Para se projetar para o “paciente” de IRC em questão deve-se levar em conta não só o tratamento em si, mas o paciente como “habitante” do espaço como se este fosse sua nova casa, mesmo que temporária.

6.3. ARQUITETURA HUMANIZADA

RESULTADOS: Através da pesquisa de literatura foi encontrada informações de diversos estudos acerca da humanização dos ambientes de saúde e a influência destes nos resultados dos tratamentos.

DISCUSSÃO: Já que o paciente de IRC passa por situações que o desequilibram como um todo, os ambientes de tratamento podem remeter, através de interferências arquitetônicas na parte física, às pessoas aos sentimentos de paz, esperança, reflexão, conexão espiritual, relaxamento e humor. Assim o projeto pode conter elementos como artifícios que imite a natureza proporcionando essas sensações. A criatividade, a sensibilidade e a empatia do arquiteto, enquanto profissional na área de saúde, e que irá projetar uma unidade de hemodiálise certamente contribuirá para o resultado de um projeto humanizado. O importante é criar um espaço que faz bem e faz sentir-se bem.



Foto 04: Sala de espera (Celebration Lobby)

Fonte : Copyright © 2000 Medicina On line - Revista Virtual de Medicina
Número 10 - Ano III (Abril/Dez de 2000)

6.4. FATORES QUE HUMANIZAM UMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

RESULTADOS: Baseado na pesquisa de literatura existe vários elementos a serem incorporados aos projetos como conforto visual e acústico, conforto ambiental, iluminação e ventilação, cores, forma dos espaços, materiais utilizados, uso de obras de arte, etc. que podem proporcionar ambientes mais humanizados melhorando o estado físico e mental de pacientes em unidade de saúde.



Foto 05 :Sala de espera

Fonte :Corbis Royalty Free /www.fotosearch.com.br/fotos-imagens/medicina.html

DISCUSSÃO: A arquitetura de uma unidade de hemodiálise precisa de um tratamento diferenciado. Como arquiteto deve-se propor ambientes que remetam a bons sentimentos proporcionando bem estar. Para o bem estar físico, psicológico e espiritual do paciente a concepção dos espaços devem estar focados na cura ou na melhoria da saúde, na tecnologia e no conforto ambiental. Através de conversas com os pacientes e equipe de saúde se torna mais fácil entender o que sente o paciente em uma enfermaria de hemodiálise, para isso o arquiteto precisar vivenciar o espaço.

Assim como a medicina, a arquitetura também podem se basear em evidências para buscar fatores que humanizem as unidades de hemodiálise.

O conforto ambiental pode ser melhorado buscando diminuir fatores estressantes como ruídos, iluminação e ventilação inadequada, exagero no uso das cores, etc. O projeto pode conter ambientes agradáveis compostos de jardins internos, ou janelas voltadas para uma bela paisagem, ou elementos que “levem “ a natureza para dentro dos espaços como através de obras de arte como quadros, esculturas, fontes de água, aquários, etc.



Foto 06: Enfermária de hemodiálise (South Orlando PatientCare)
Fonte : Copyright © 2000 Medicina On line - Revista Virtual de Medicina
Número 10 - Ano III (Abril/Dez de 2000)

A forma do espaço, o layout, e o equilíbrio visual podem estar em harmonia com a funcionalidade. Muitos espaços onde ocorrem os tratamentos de hemodiálise são projetados apenas para funcionar, e não dão a devida importância às pessoas que o utilizam e o que estas desejam.

Alguns elementos construtivos melhoram o bem estar do paciente como grandes esquadrias voltadas para uma vista, seja da cidade ou de uma paisagem em relação ao layout sugiro que não se deve colocar as poltronas dos pacientes voltadas para uma parede fria, e mesmo não havendo como beneficiar a todos, da mesma forma, existem outras maneiras de trazer a natureza para dentro das enfermarias como com jardins internos ou até com um vaso de planta ou uma simples fotografia de uma paisagem.



Foto 07: enfermaria de hemodiálise (Celebration Patient Care Area)
Fonte : Copyright © 2000 Medicina On line - Revista Virtual de Medicina
Número 10 - Ano III (Abril/Dez de 2000)

Em busca de espaços acolhedores na escolha de materiais de acabamento as palavras-chave devem ser aconchego e conforto, ou seja, os materiais devem passar estas sensações. Estes também devem ser apropriados quanto à acústica.

A escolha de móveis deve procurar estar relacionada com a ergonomia. A definição das poltronas para hemodiálise também deve ter uma atenção especial já que o paciente passa o tempo integral do tratamento nestas.



Foto 08 : cadeira ergométrica para hemodiálise.
Fonte: internet

As cores escolhidas devem estar fundamentadas em estudos de cromoterapia para estarem adequadas ao uso espaço e às necessidades dos pacientes.

7. A UNIDADE DE HEMODIÁLISE NO HOSPITAL DO FUTURO

A unidade de hemodiálise no hospital do futuro com o avanço tecnológico espera-se que as unidades de hemodiálise estejam com equipamentos mais modernos proporcionando mais segurança e conforto ao paciente. A assistência ao paciente deverá ser diferente quanto à atenção dada a este como indivíduo integralmente nas dimensões biológica, psíquica e social.

As equipes de saúde poderão ser multidisciplinares e mais complexas promovendo resultados mais eficazes. Trabalharão médicos, enfermeiras, psicólogos e terapeutas e outros profissionais em conjunto dando uma assistência psicossocial de forma integrada. Com o avanço da medicina provavelmente vai ser possível diminuir o trabalho mecânico e burocrático dando lugar a uma assistência mais direta ao paciente.

Algumas clínicas já fazem o tratamento médico com atividades artísticas e de lazer em paralelo para isso. Haverão mais espaços dedicados as atividades artísticas incorporadas ao tratamento acompanhado de um apoio psicológico e afetivo ao paciente.

A expectativa é que o hospital do futuro alie a tecnologia e as terapias alternativas, priorizando a humanização. O ambiente, as atividades psicossociais, a fusão da Medicina Oriental e Ocidental contribuirão para o processo de cura e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

O hospital do futuro, além, da viabilidade econômico-financeira, deverá atender aos requisitos de : expansibilidade, flexibilidade, segurança, eficiência e, sobretudo, humanização.

A unidade de hemodiálise do futuro terá muitos jardins, será um espaço bonito e agradável, totalmente humanizado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A arquitetura é uma atividade capaz de transformar os espaços e as emoções modificar as sensações de bem estar do paciente e conseqüentemente influenciar na sua cura.

Intervir, como profissional de arquitetura, requer criatividade que possibilite um projeto humanizado na tentativa de melhorar o bem estar dos pacientes portadores de IRC. Nessa atuação, é necessário que o arquiteto observe o ambiente do tratamento e o paciente para que por meio desta, seja possível compreender as necessidades dos mesmos.

Percebi que o ambiente físico para o tratamento da Insuficiência Renal Crônica abrange muitos aspectos a serem estudados e pesquisados. O que aqui apresento, apenas sugere alguns fatores capazes de melhorar o aspecto da humanização de uma unidade de hemodiálise não se constituindo, portanto, num encerramento das possibilidades..

O projeto arquitetônico não deve estar voltado para o momento presente, mas para o futuro e para as diferentes necessidades dos pacientes , dos profissionais e dos ambientes de saúde. Para as unidades de hemodiálise do futuro cada paciente será visto individualmente e utilizando a moderna tecnologia, o uso dos espaços através do controle individual de intensidade da luz, escolha de músicas, privacidade entre ambientes ou controle do funcionamento de um móvel. Deste modo o paciente passa a ter escolhas à partir das suas necessidades. Um novo modelo está surgindo, um modelo humanizado apoiado na figura do paciente e na tradução de todos os seus direitos e suas aspirações como usuário do sistema de saúde.

Assim sendo, eu acredito ter conseguido atingir meu objetivo, pois esta pesquisa possibilitou-me

compreender o que ocorre em uma unidade de hemodiálise e encontrar estudos acerca de fatores arquitetônicos que possibilitem a humanização de ambientes de saúde.

Ao encontrar estes fatores se torna possível incorporar aos projetos a dimensão do conforto ambiental, agregando a dimensão humana nas unidades, adequando a tecnologia de ponta ao exercício da medicina segundo a visão e os anseios do paciente, pesquisando suas aspirações e angustias para estabelecer relações psicológicas do indivíduo com o espaço que o acolhe nessas instituições, como elemento fundamental da desejada melhoria da saúde física e mental.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani: (orgs) Saúde e Arquitetura: caminhos para humanização dos ambientes hospitalares, Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2004.

2 SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani ; COSTEIRA, Elza. Saúde e Arquitetura : O hospital do futuro, Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2004. 77-90 p

3 HUMANIZASUS: ambiência / Ministério da saúde, Secretaria-executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

4 FREIRE, Márcia Rebouças. A qualidade dos ambientes em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. In: Carvalho, Antonio Pedro Alves de (org.) Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2003.

5 MATOS, Cácia Mendes. Trabalho de Conclusão de Curso TCC para o MBA em Gerência de Saúde: Humanização da Assistência e Responsabilidade Social: Ações e Intenções de um Serviço de Diálise na Cidade de Salvador – Fundação Getúlio Vargas, Salvador, 2005.

6 SILVA, Carla da Rocha. Monografia do curso de Terapia ocupacional: Hemodiálise:uma realidade interferindo na vida de atividades e relações dos indivíduos com insuficiência renal crônica – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica, Salvador, 2006.

7 COSTI, Marilice. A influencia da luz e cor em corredores e salas de espera hospitalares.1.ed. Porto alegre:EPIPUCPS, 2002.

8 MALKIN, Jain. The business case for creating a healing environment in business: hospital engineering & facilities management 2003.Londres: World Market Research Centre Ltda. Em associação com The International Federation of Hospital Engineering (IFHE).Londres , 2003.

9 VOELKER, Rebecca, JAMA – The journal of American Medical association, 1994. Disponível em <http://www.planetree.org/welcome.html>>.

10 ZEVI, Bruno; História da Aqritetura Moderna. Lisboa: Editora Arcádia. 1970
FUSCO, Renato de; História da Arte Contemporânea .Lisboa: Editora Presença. 1983.

11 MIQUELIN, Lauro Carlos. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: CEDAS, 1992.

12 CORBELLA, Oscar. Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

13 DYNIEWICZ, Ana Maria; ZANELLA, Eloísa; KOBUS, Luciana S. G. , 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig7_narrativa.pdf. Acessado em: 24/11/2007.

14 BUSATO, Otto. “Transplante Renal: aspectos emocionais”. In: MARTINS, Cyro et al. *Perspectiva da Relação Médico-Paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1975. *Hemodiálise – O eu é?*. Artigo ABC da Saúde, 2001. Revisão: 2003. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?224> –Acessado em: 24/11/2007.

15 MIRANDA, Eunice M. F.; KROLLMANN, Aparecida de O.; SILVA, Cibely A. da. *Perfil Psicológico do Paciente Renal Crônico*. Jornal Brasileiro de Nefrologia. Vol. 15 – nº. 3 – Setembro, 1993.

16 MARIANO, Sandra R. T, *Mini-Curso - Psicologia Hospitalar*. Anais da VI Semana de Psicologia da UEM: Subjetividade e Arte. Maringá: UEM, 2004. Disponível em: <http://www.dpi.uem.br/> – Acessado em: 24/11/2007.

17 LEVINE, Janis .-Nefrologia – “Cuidados do Paciente com Doenças Renais”. Sao Paulo : Roca , 1985.

18 MOORE, Dr. Gordon L. *Aspectos Psiquiátricos da Moléstia Renal Crônica*.Minnesota: Mayo Clinic and Mayo Foundation Rochester, 1975.

19LACY, Marie L. O Poder Das Cores No Equilíbrio Dos Ambientes. São Paulo: Pensamento,1996.

20PLANETREE.Creating patient-centered care in healing environment.<http://www.planetree.org/welcome.html>