

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Alisson Brizon D'Angelo Chaib

**A ARQUITETURA DO TERRITÓRIO HOSPITALAR E SUAS IMPLICAÇÕES  
PARA A CONFIGURAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Governador Valadares - MG  
Maio/2019

ALISSON BRIZON D'ANGELO CHAIB

**A ARQUITETURA DO TERRITÓRIO HOSPITALAR E SUAS IMPLICAÇÕES  
PARA A CONFIGURAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Governador Valadares - MG  
Maio/2019

Ficha Catalográfica - Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz (UNIVALE)

720

C434a

Chaib, Alisson Brizon D'Angelo.

A Arquitetura do Território Hospitalar e suas implicações para a configuração da equipe de enfermagem [manuscrito] / Alisson Brizon D'Angelo Chaib – 2020.

126 f. ; 29,5 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território – GIT, 2020.

Orientador : Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

1. Arquitetura de hospitais. 2. Equipe de Enfermagem. 3. Território. I. Silva, Leonardo Oliveira Leão e. II. Título.



**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**  
**Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território**

ALISSON BRIZON D'ANGELO CHAIB

**“A arquitetura do território hospitalar e suas implicações para configuração da equipe de enfermagem.”**

Dissertação aprovada em 22 de maio de 2019,  
pela banca examinadora com a seguinte  
composição:

Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva  
Orientador - Universidade Vale do Rio Doce

Prof.ª Dr.ª Suely Maria Rodrigues  
Examinadora - Universidade Vale do Rio Doce

Prof.ª Dr.ª Denise de Souza Cerqueira Nascimento  
Examinadora – Faculdade Pitágoras – Ipatinga/MG

*Este trabalho é dedicado à minha esposa Andiara e ao meu filho Guilherme pelo amor, companheirismo e apoio incondicional, presenças vivas de Deus em minha vida. Por vocês, me inspiro para ir além dos meus limites.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primordialmente por me proporcionar a vida, a saúde, a coragem e a perseverança, elementos indispensáveis para a finalização dessa tarefa.

À minha esposa e ao meu filho, pela paciência e por estarem sempre comigo, nos dias bons e ruins. Amo vocês!

Aos meus pais, irmãos e cunhadas pelo apoio, orações e conselhos.

Aos meus sogros por estarem sempre conosco.

Ao meu orientador e amigo, Leo, obrigado por me conduzir e corrigir os meus caminhos durante esta empreitada.

À Professora Suely Rodrigues, pelo apoio e conselhos desde a qualificação.

À amiga Aline Valéria, por ter aberto sua casa e me acolher durante este período.

A todos os professores do GIT, pelo apoio e pelos ensinamentos que tanto agregaram a este trabalho.

Aos colegas de Mestrado, pelo companheirismo e amizade no decorrer dessa jornada trabalhosa e desafiadora, porém muito prazerosa.

*Com sabedoria se constrói a casa, e com discernimento se consolida. Pelo conhecimento os seus cômodos se enchem do que é preciso e agradável.*

*Provérbios 24: 3 - 4*

## RESUMO

A arquitetura hospitalar atua na configuração espacial dos ambientes assistenciais, influenciando na qualidade do espaço construído. O hospital elaborado com planejamento, projetado e executado em consonância com aspectos normativos e técnicos, atendendo ao conforto ambiental e satisfazendo aos anseios de todos os frequentadores desse território, em especial para as equipes de enfermagem que se apropriam e territorializam os espaços onde exercem suas atividades laborais é fundamental para a manutenção do bem-estar e saúde desses profissionais. Assim, se propôs esta pesquisa alicerçada no modelo transversal, descritivo e observacional, desenvolvida com abordagem qualitativa e quantitativa, na busca de dados a serem coletados quanto à prevalência de algumas doenças relacionadas à população e sua relação com o espaço físico. Para isso, utilizou-se de dois instrumentos de pesquisa, o questionário Guias de Avaliação de Riscos, criado pelos espanhóis Boix e Vogel, apropriado para utilização com os trabalhadores de unidades hospitalares brasileiras. E a Análise de Pós-ocupação, que se utilizou de outro modelo de questionário, o Sistema de Avaliação Integral dos Edifícios (AEDET – “Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit”), desenvolvido pelo National Health Service – NHS e adaptado para o Brasil para análise dos edifícios assistenciais de saúde. Esses instrumentos foram aplicados para uma amostragem de 25 servidores, componentes das equipes de enfermagem do HMGV, concursados e efetivos, respeitando sua privacidade conforme o TCLE. Os dados compilados foram analisados e avaliados, demonstrando que, conforme a percepção dos servidores participantes, as más condições dos ambientes de trabalho aos quais as equipes de enfermagem estão submetidos são motivos possíveis para o surgimento ou agravamento de patologias diversas, corroborando para a conclusão desta dissertação e respondendo à questão norteadora, referente à má qualidade dos ambientes hospitalares e sua responsabilidade para perda de saúde dos servidores de enfermagem e seu consequente afastamento do trabalho.

**Palavras-chave:** Arquitetura Hospitalar. Equipe de Enfermagem. Território.



## **ABSTRACT**

The hospital architecture acts in the spatial configuration of care environments, influencing the quality of the built space. The hospital is prepared with planning, designed and executed, in accordance with normative and technical aspects, attending to the environmental comfort and satisfying the wishes of all the residents of this territory, especially to the nursing teams that appropriate and territorialize the spaces where they exercise their activities is fundamental for the maintenance of the health and well-being of these professionals. Thus, this research was based on the transversal, descriptive and observational model, developed with a qualitative and quantitative approach, in the search of data to be collected regarding the prevalence of some diseases related to the population and its relation with the physical space. Two research instruments were used: the Risk Assessment Guidelines questionnaire, created by the Spanish Boix and Vogel, appropriate for use with workers from Brazilian hospitals. And the Post-Occupancy Analysis, which used another questionnaire model, the Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit (AEDET), developed by the National Health Service - NHS and adapted for Brazil to analyze the health care facilities. These instruments were applied to a sample of 25 servers, components of the nursing teams of the HMGV, bankrupt and effective, respecting their privacy according to the TCLE. The data compiled were analyzed and evaluated, demonstrating that, according to the perception of the participating servers, the bad conditions of the work environments to which the nursing teams are submitted are possible reasons for the appearance or aggravation of diverse pathologies, corroborating the conclusion of this dissertation and responding to the guiding question regarding the poor quality of hospital environments and their responsibility for the loss of health of the nursing staff and their consequent removal from work.

**Keywords:** Hospital Architecture. Nursing team. Territory.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas  
AEDET - Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APO – Análise de Pós Ocupação  
CBMMG – Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa  
CID – Código Internacional de Doenças  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CME – Central de Material Esterilizado  
CNEM – Comissão Nacional de Energia Nuclear  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
DML – Depósito de Material de Limpeza  
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
HMGV – Hospital Municipal de Governador Valadares  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INMET – Instituto Nacional de Meteorologia  
MS – Ministério da Saúde  
MT – Ministério do Trabalho  
NBR – Norma Brasileira  
NHS – National Health Service  
NR – Norma Regulamentadora  
NUVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PSA – Pronto Socorro e Acolhimento  
RAT – Risco no Ambiente de Trabalho  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
RH – Recursos Humanos  
RRS – Problemas de Saúde  
SND – Serviço de Nutrição e Dietética  
SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDR – Territorialização - Desterritorialização - Reterritorialização

UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

UTO – Unidade de Tratamento Ortopédico

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 TERRITÓRIO NO CONTEXTO HOSPITALAR</b> .....	18
2.1 O TERRITÓRIO .....	18
2.2 O HOSPITAL .....	19
2.3 O TERRITÓRIO HOSPITALAR .....	22
2.4 A ARQUITETURA E O TERRITÓRIO HOSPITALAR .....	24
<b>3 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NO TERRITÓRIO HOSPITALAR</b> .....	27
3.1 A HUMANIZAÇÃO E A INTERDISCIPLINARIDADE .....	27
3.2 HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DA SAÚDE TERRITÓRIO HOSPITALAR .....	28
3.3 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO INTERDISCIPLINAR DO TERRITÓRIO HOSPITALAR .....	29
3.4 UMA ARQUITETURA PARA HUMANIZAR: O TERRITÓRIO HOSPITALAR E SEUS ESPAÇOS APROPRIADOS, HUMANIZADOS E SADIOS .....	31
<b>4 O HOSPITAL E A EQUIPE DE ENFERMAGEM</b> .....	35
4.1 A RELEVÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL DO HOSPITAL .....	35
4.2 O PROCESSO DE AMBIENTAÇÃO DO TERRITÓRIO HOSPITALAR PARA AS EQUIPES DE ENFERMAGEM .....	38
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	40
5.1 GERAL .....	40
5.2 ESPECÍFICOS .....	40
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	41
6.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO .....	41
6.2 LOCAL DO ESTUDO/UNIVERSO .....	41
6.3 AMOSTRA .....	48
6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO .....	49
6.5 ESTUDO PILOTO .....	50
6.6 COLETA DE DADOS .....	50
6.6.1 Dados quantitativos - Fase 1 .....	51
6.6.2 Dados quantitativos e qualitativos - Fase 2 .....	51
6.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	59
6.8 ANÁLISE DE DADOS .....	59
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	61
7.1 AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NO TRABALHO .....	66
7.2 AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM .....	80

<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>

## APRESENTAÇÃO

Os parâmetros que direcionam as premissas para se obter uma ambientação adequada dos ambientes hospitalares estão colocados em bases normativas federais pelo Ministério da Saúde e suas esferas subordinadas, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, por exemplo, da Secretaria do Trabalho, vinculada ao Ministério da Economia (antigo Ministério do Trabalho), pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, vinculada ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, Normas Brasileiras (NBR) editadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e outras.

Dentre essas normas, destaca-se a Norma Regulamentadora 32, simplesmente chamada de NR-32, editada pelo antigo Ministério do Trabalho em 2005 e suas atualizações, sendo a última pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011. A NR-32, conforme descrito em seus objetivos e campo de aplicação, tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2011).

Além dessa, pode-se citar a Política Nacional de Humanização – PNH, bem como a Resolução da Diretoria Colegiada de número 050, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC 050/2002 da Anvisa, como normativas essenciais à elaboração de um projeto arquitetônico hospitalar. Quando ainda em planejamento, essas normas podem prever e condicionar o território hospitalar para uma melhor adaptação a todo o grupo de trabalhadores de enfermagem, trazendo também uma melhor percepção sobre os espaços, e conseqüente melhoria na qualidade e satisfação desses quanto ao seu ambiente de trabalho (BRASIL, 2010).

Dentro dessa perspectiva, e levando-se em consideração as relações dos profissionais de enfermagem com o território hospitalar e a forma como eles se apropriam e territorializam os espaços onde exercem suas atividades laborais, foi colocada a seguinte pergunta de pesquisa: ***de que modo as implicações da arquitetura, no território hospitalar, podem influenciar a saúde dos trabalhadores de enfermagem em um hospital público?***

Para responder a esse questionamento foi realizado o presente trabalho, que encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte chamada estudo conceitual, compreende os Capítulos 1, 2, 3 e 4, expondo a revisão teórico-conceitual que fundamenta a pesquisa. A segunda parte, Metodologia, Resultados e Discussão, a partir dos Capítulos 5 e 6, descreve a metodologia utilizada para a obtenção dos dados de interesse e a construção dos quadros de análise como resultado. Chega-se então às conclusões e recomendações finais. Portanto, a dissertação apresenta-se organizada da forma como segue:

A Introdução, apresenta e situa o tema a ser abordado.

O Capítulo 2, O Território no Contexto Hospitalar, traz definições sobre o conceito de território e de hospital, fazendo uma relação entre o território e o hospital: o Território Hospitalar. Por fim, apresenta uma abordagem da arquitetura como elemento definidor desse Território Hospitalar.

No Capítulo 3, A Humanização no Território Hospitalar, conceitua-se a humanização, sua importância para o ambiente hospitalar e quais atributos do espaço físico são responsáveis pela sua aplicação; e são abordadas as teorias atuais sobre humanização e correlações normativas. Explica-se como o espaço é percebido pelo usuário, quais os fatores do ambiente influenciam a sua percepção, quais os canais sensoriais implicados e qual a atuação do espaço físico no bem-estar, no ânimo e na saúde dos usuários.

No Capítulo 4 é abordada a Ambientação do Território Hospitalar para a Equipe de Enfermagem. Primeiramente, traça-se um histórico da enfermagem, o desenvolvimento dessa atividade no contexto hospitalar e como a equipe territorializa o Hospital. Em seguida, aborda-se a influência da ambientação no cotidiano laboral dessa camada de profissionais, influências e aplicabilidade normativas como a RDC 050 da Anvisa, as Normas Regulamentadoras (NRs) regidas pelos órgãos fiscalizadores do trabalho, no contexto de um hospital público.

No Capítulo 5 estão descritos os objetivos do presente estudo.

O Capítulo 6 apresenta a Metodologia utilizada, detalhando o tipo de abordagem adotado para a pesquisa, caracterização do local escolhido como fornecedor de dados, o universo de estudo com os critérios de filtro para inclusão e exclusão de amostragem, forma e instrumentos para coleta de dados, o processamento e a análise dos dados coletados e as ferramentas aplicadas para a análise dos dados.

No Capítulo 7 estão descritos os resultados obtidos e a discussão com o embasamento das referências teóricas que, aplicadas aos dados coletados, evidenciam a análise feita sobre a Arquitetura do Território Hospitalar para as Equipes de Enfermagem e suas influências sobre a saúde e o bem-estar dessa população.

As conclusões e considerações finais estão no Capítulo 8, que trata, enfim, das respostas aos objetivos geral e específicos propostos, amparados nos referenciais teóricos da pesquisa bibliográfica e da discussão dos resultados obtidos. Constam ainda neste capítulo, as recomendações para futuras pesquisas relacionadas ao tema.

Por fim, tem-se as Referências Bibliográficas utilizadas para a elaboração deste trabalho de pesquisa e os Anexos, a saber, documentação composta pelas autorizações para acesso aos locais de realização do trabalho, coleta e utilização de dados e os modelos dos instrumentos padronizados para coleta de dados.



## 1 INTRODUÇÃO

A arquitetura atua na configuração de qualquer ambiente físico, dessa forma, em sua especialidade hospitalar, influencia na qualidade do espaço construído dessas instituições, podendo contribuir para o conforto e para satisfação de todos os frequentadores desse território, onde a saúde e a doença, a alegria e a tristeza caminham sempre juntas. Assim, um espaço hospitalar bem planejado, projetado e executado em consonância com os anseios de todos os seus usuários é fator essencial para o seu bom funcionamento.

Para compreender esse território complexo, definido pela apropriação de um tecido social, multiescalar, em que o poder e o trabalho estão imbricados como um sistema (SAQUET, 2003), o território hospitalar, então, conforme Ferreira et al. (2013), pode ser analisado como os demais territórios, pois é a manifestação concreta e abstrata do espaço apropriado, produzido, formado em sua multidimensionalidade pelos atores sociais que o (re)definem constantemente em suas cotidianidades, num campo de forças relacionalmente emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades e ritmos.

Quando coloca-se a arquitetura como elemento do processo qualitativo do território hospitalar, há de se considerar que também pertence objetivamente junto a outros profissionais do processo de humanização desses espaços. Nesse sentido, a arquitetura, juntamente com a psicologia, corpo clínico, enfermagem, gestores e demais disciplinas passam a ter um importante papel, e, em conjunto, interdisciplinarmente, devem trabalhar no desenvolvimento de espaços que sejam comprometidos com o bem estar dos frequentadores e colaboradores, com a qualidade dos serviços e procedimentos hospitalares, em todos os aspectos desde a gestão, o tratamento, desenvolvimento e a manutenção (MINAYO, 2006).

Existem estudos que trazem a discussão sobre como harmonizar a arquitetura hospitalar voltada para os usuários/clientes e até para o corpo clínico, mas ainda pouco se produziu sobre como os projetos de hospitais podem privilegiar o trabalho da equipe de profissionais de enfermagem. Este é considerado como o maior contingente humano dessas instituições e constitui o grupo de trabalhadores que mais sofre com as más condições de trabalho, insalubridade e ambiente mal condicionado para as atividades laborais, até com as medidas de contenção de custos, fatores que podem levar ao absenteísmo (FAKIH et al., 2011), e que nos remete a este trabalho.

Essas questões, observadas pela arquitetura hospitalar, refletem na qualidade da ambientação dos espaços e estão diretamente ligadas à manutenção da salubridade e do bom condicionamento às atividades cotidianas de trabalho para as equipes de enfermagem e estão condicionadas às premissas pré-concebidas deste território normado que é o Hospital.

## 2 TERRITÓRIO NO CONTEXTO HOSPITALAR

### 2.1 O TERRITÓRIO

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de ‘pedaço de terra apropriada’. Em uma acepção mais antiga pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre (HAESBAERT, 2007).

Em um agrupamento humano, ordenado politicamente, os indivíduos se arranjam por meio de relações reguladas com princípios mínimos de organização. Esse arranjo organizado só é viabilizado quando existe um poder habilitado a ordenar todos aqueles que estão em um determinado espaço. Por isso, quando se analisam as sociedades ao longo da história, só se destaca a ideia de território a partir das primeiras sociedades organizadas politicamente. Assim, implica-se a hipótese de que um elemento indivisível da noção de poder é o território, dado que não há organização sem poder (NUNES, 2006).

Todo território é concebido a partir de uma dupla conotação, material e simbólica, influenciado pelas múltiplas relações de poder que se aplicam sobre ele. As relações materialistas de poder são provenientes das forças políticas, que trazem do Estado o ordenamento jurídico em suas normas e leis e das forças econômicas, correspondendo às interferências do capital, das relações de trabalho e classes na conformação territorial. As relações simbólicas (culturais e imateriais) denotam esse território como uma apropriação social, considerando o cotidiano, o lugar e a identidade dos atores para com o território, delimitando-o, moldando-o e o construindo (HAESBAERT, 2007).

As forças econômicas, políticas e culturais que atuam mutuamente apropriam o território “no” e “com” o espaço geográfico, centrado e originado na e da territorialidade cotidiana dos indivíduos. A adaptação e a construção territorial são processos econômicos, políticos e culturais. Elas estão estreitamente associadas à produção do território (SAQUET, 2003).

Ao analisar o “território” deve-se considerá-lo como híbrido, pois envolve a materialidade e a imaterialidade, o natural e o artificial, sistemas de objetos e de ações que marcam diferenças, revelam multiplicidades, conexões e superposições (SANTOS, 1999).

A territorialidade para Sack (1986) é uma estratégia dos indivíduos ou grupo social para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural – é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área e essa área é o território.

Para que um território seja habitado é necessário apropriar-se dele. Essa abordagem remete à territorialização, que é o processo de “habitar um território”. E assim, explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele, detectar suas alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos – não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais – mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (GONDIN; MONKEN, 2019).

Assim, para além da vertente material e do poder para o território, a identidade, o simbolismo e a cultura são dimensões fundamentais para o seu entendimento. A relação existente entre identidade e território é tão forte que “toda identidade implica numa territorialização, assim como a territorialização permite a permanência identitária” (COSTA, COSTA, 2008).

## 2.2 O HOSPITAL

A palavra hospital deriva do latim *Hospitalis* e de origem relativamente recente. Vem de hospes – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; arginaria, para os incuráveis (BRASIL, 1965).

*Hospitium* era chamado o lugar em que se recebiam hóspedes. Desse vocábulo derivou-se o termo hospício. A palavra hospício foi consagrada especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres,

incuráveis e insanos. Sob o nome de hospital, ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos. Hotel é o termo empregado com a aceção bem conhecida e universal (BRASIL, 1965).

Na Grécia Antiga, os enfermos recebiam a cura divina por meio dos sacerdotes nos templos, já no Império Romano, as valetudinárias (enfermarias militares) acolhiam os legionários feridos em batalhas. Além desses, as Termas (locais para banhos e terapias) também tinham funcionalidades terapêuticas (BRASIL, 1965).

Na Idade Média, no Oriente, a caridade e assistência eram características aplicadas pelo povo islâmico que acolhiam os enfermos nas bimaristans (enfermarias), que já traziam conceitos como separação por tipologias de patologias e por sexo. O Ocidente, sob influência da Igreja Católica Romana, que tinha a função de rezar, cuidar dos enfermos, alimentar os famintos, hospedar estrangeiros e sepultar os mortos, herdou dos antigos gregos os xenodochium (hospedaria para estrangeiros), tinham ainda o nosocomum, que eram as enfermarias, e lobotrophium, onde segregavam os leprosos (BRASIL, 1965).

O termo hospital era impreciso na idade média em relação ao conceito atual, pois era utilizado para distinguir várias tipologias de construções desde hospedarias de estudantes, peregrinos cruzados, e inclusive, abrigo para desocupados. Vários desses estabelecimentos, criados onde hoje é a cidade de Paris (BRASIL, 1965).

Passando para a Idade Moderna, no Renascimento, Reforma Protestante e Iluminismo, tem-se o avanço de edificações utilizadas como hospitais com um sistema de coleta de esgotos, mesmo que ainda precário, além de local para banho (próximo aos leitos), surgimento do dispensário (ambulatorio), e de forma insipiente no campo profissional, as precursoras da enfermagem leiga (BRASIL, 1965).

Contudo, esses locais eram caóticos, reflexos dos centros urbanos da época que tinham excesso de mendicância, e as doenças se proliferavam com grande facilidade nesse contexto. Mesmo assim foi um período de grande desenvolvimento das ciências dado ao antropocentrismo (conhecimento centrado no homem – razão), ponto central do próprio período iluminista (BRASIL, 1965).

Passando ao período após a Revolução Francesa e a Revolução Industrial, ao início do século XX, tem-se um grande desenvolvimento das ciências médicas, novas técnicas e tecnologias são aprimoradas, e conseqüentemente, refletem na concepção do hospital, passando a serem espaços mais disciplinados, onde o saber médico começa a ser incorporado e valorizado (BRASIL, 1965). Florence Nightingale,

precursora da enfermagem profissional, Pasteur e a teoria dos germes, Pierre e Marie Courrier com a descoberta dos Raio X são alguns nomes expoentes dessa evolução (BRASIL, 1965).

Assim, incorporou-se na própria edificação hospitalar alguns preceitos utilizados até os dias de hoje, como o modelo pavilhonar, com grandes aberturas para ventilação das enfermarias, diminuição do número de leitos e adoção de distância entre leitos (BRASIL, 1965).

No século passado, o vertiginoso desenvolvimento das disciplinas médicas, da enfermagem, de novos medicamentos e tratamentos promovidos principalmente no período das grandes guerras, refletiu também nas tipologias de edifícios hospitalares e suas funcionalidades (TOLEDO, 2005). Tem-se o desenvolvimento dos anestésicos, conseqüentemente dos centros cirúrgicos. Os hospitais passam também a serem centros de pesquisa e de produção de conhecimento (MIQUELIN, 1992).

Nessa evolução, enquanto o hospital se especializa e incorpora essas novas técnicas e tecnologias, os fluxos internos passam a ser mais intensos e as pessoas passam a enxergar o local não mais como um território apenas do pesar e da morte, mas também da possibilidade do tratamento e da cura (BROSS, 1989).

Na atualidade, a complexidade imposta ao território hospitalar versa desde as questões ambientais e de sustentabilidade com a adaptação da edificação ao clima, sua inserção na urbanidade, eficiência energética e adequação orçamentária, até as questões do tratamento humanizado, do conforto e da ambientação conformada para todos os seus frequentadores desde corpo clínico, equipes de enfermagem, pacientes e acompanhantes e demais colaboradores. Esses são fatores indispensáveis no pensamento do hospital contemporâneo, além da constante incorporação de novas tecnologias aplicadas ao diagnóstico e terapias (MIQUELIN, 1992).

Assim, a definição atribuída pelo Ministério da Saúde brasileiro para o hospital dá-se como:

É parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica e Sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 1977, p. 9).

No entendimento da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000):

O hospital é um elemento organizador de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa bio-social (OMS, 2000, p. 01).

Para a OMS (2000), esse conceito é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos.

### 2.3 O TERRITÓRIO HOSPITALAR

Para compreender essa correspondência entre hospital e território, recorre-se às teorias de Santos (1999), que define o espaço territorial como um todo indissociável. Esquemáticamente, dizemos que nesse espaço existem elementos ou objetos naturais, ou seja, no estado em que se encontram na natureza, sem a ação humana e elementos ou objetos elaborados e/ou transformados pela ação do homem (construções e modificações humanas sobre o ambiente natural). Nesse contexto, Santos (1999) leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, todos sem exclusão, supondo a existência dos objetos como sistemas e não apenas como um conjunto: a função atual dos objetos, passada ou futura, vem exatamente de sua apropriação, combinada pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores.

Para Santos (1999), seu papel, do espaço, é tanto simbólico quanto funcional. Os objetos e suas formas aparecem como uma condição da ação, meios de existência que o agir humano deve, em um momento certo, levar em conta. Assim, quando o arquiteto pode trabalhar os espaços, preparando, criando e condicionando os objetos para seus atores, aqueles que em dado momento aplicarão sobre esses objetos, suas ações configurando os espaços, e em seu conjunto, o território hospitalar.

Dessa forma, ao se entender o hospital como um território, conforme Ferreira et al. (2013), pode-se considerar que o hospital é uma organização com alta complexidade, dominado por uma multiplicidade de interesses, que ocupa lugar fundamental na prestação de serviços de saúde, lugar de pertencimento e de

apropriação de espaços, em que convivem diversas identidades profissionais, com grande reconhecimento social. Em uma analogia aos preceitos de Raffestin (1993), afirma-se que o espaço vem antes do território, ou seja, o território é formado a partir do espaço, em função da ação de um ator sintagmático (aquele que realiza determinadas ações) em diferentes níveis. Ao se apropriar de um dado espaço, de forma concreta e abstrata, o ator territorializa o espaço. O território é um espaço em que se projetou um trabalho que se apoia no espaço, mas que não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Afirma-se que o território é um espaço modificado pelo trabalho e revela relações de poder.

O campo de produção da saúde inclui trabalhadores e usuários em sistemas complexos de identificação, diferenciação, hierarquização e símbolos de força, poder e reprodução.

Já para Saquet (2007), o território significa enraizamento, identidade e conexões, recursos ambientais e infraestrutura, relações cotidianas, conhecimentos, experiências e lugar de vida, tem uma dimensão local e outra global, em que a territorialização se dá, principalmente, por fatores econômicos e culturais.

As forças econômicas, políticas e culturais (EPC), reciprocamente relacionadas, efetivam um território, um processo social, no (e com o) espaço geográfico, centrado e emanado na e da territorialidade cotidiana dos indivíduos [...]. A apropriação é econômica, política e cultural, formando territórios heterogêneos e sobrepostos fundados nas contradições sociais (SAQUET, 2003, p. 22).

Dessa forma, compreende-se esse território complexo, definido pela apropriação de um tecido social, multiescalar, em que o poder e o trabalho estão imbricados como um sistema.

O hospital, então, conforme Ferreira et al. (2013), pode ser observado como os demais territórios, pois segundo os autores:

O território hospitalar, como os demais territórios, é a manifestação concreta e abstrata do espaço apropriado, produzido, formado em sua multidimensionalidade, pelos atores sociais que o (re) definem constantemente em suas cotidianidades, num campo de forças relacionalmente emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades e ritmos (FERREIRA, et. al., 2013, p. 804).



## 2.4 A ARQUITETURA E O TERRITÓRIO HOSPITALAR

Cada povo, segundo sua cultura e crenças, destina um local para o cuidado de seus enfermos. A atenção com os lugares de cura remonta há séculos e envolve ambientes construídos e naturais.

No Ocidente, até meados do século XIX, o acolhimento ao enfermo era feito principalmente por instituições religiosas e dependia da caridade. O objetivo era principalmente dar conforto e prover a salvação da alma em detrimento à reabilitação do doente (BRASIL, 1965).

A ideia do hospital, como local para terapia, somente é fortalecida quando da segunda parte do século XIX, auge da Revolução Industrial. Contudo, conforme menciona Foucault (1989), os modelos para construção e seu funcionamento eram ainda bastante genéricos, e esse ambiente com função hospitalar, desordenado.

Florence Nightingale, nesse mesmo período, sendo a principal precursora da enfermagem moderna, angustiada com as condições insalubres de atendimento, já afirmava: “(...) embora pareça estranho, é importante estabelecer que a primeira condição para o funcionamento de um hospital é que ele não cause nenhum mal ao paciente” (NIGHTINGALE, apud MIQUELIN, 1992, p. 27). A partir desse período, o saber científico adquiriu maior importância na conformação e organização da edificação hospitalar.

Assim, na Europa, começaram a tratar seriamente do assunto no final do século XVIII, quando a Academia de Ciências da França desenvolveu diversas pesquisas nos hospitais europeus, tendo como finalidade estabelecer diretrizes para a criação de um novo desenho hospitalar, chamada por Foucault (1989), de hospital terapêutico.

Foucault (1989, p. 109), ao trabalhar em sua obra *Microfísica do Poder*, o nascimento do hospital terapêutico, tratou dessa questão ao escrever: “A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico”.

Dentro dessa nova percepção, os hospitais deixam de ser apenas instituições de caridade, assistência aos pobres e de exclusão ou isolamento social, adquirindo também a premissa de curar. Assim, para que essa nova concepção fosse efetivada, as práticas médicas, os edifícios hospitalares e os processos até então conhecidos, tiveram que passar por grandes transformações, dentre as quais podemos destacar que os médicos passaram a atuar dentro do edifício hospitalar num processo chamado

de medicalização, pois, naquela época, os atendimentos e práticas da medicina se davam fora do ambiente hospitalar. Podemos dizer que, provavelmente, essa foi uma das primeiras ações de humanização, embora esse nome ainda não fosse utilizado.

Para a arquitetura hospitalar, a importância desse momento pode ser mensurada pelo fato de que as diretrizes propostas pelas pesquisas realizadas, com a iniciativa da Academia de Ciências da França, se mantiveram válidas até o início do século XX (TOLEDO, 2005).

No Século XX, com edificações cada vez mais complexas, novas técnicas construtivas, equipamentos e tipologias foram se desenvolvendo. Com os hospitais não foi diferente, pois a possibilidade de verticalização foi um destes efeitos, em contraponto ao já conhecido edifício pavilhonar, fato possível com as estruturas metálicas, o concreto armado e os elevadores (TOLEDO, 2005).

Com construções mais resistentes e robustas, tornou-se mais fácil para arquitetos hospitalares incorporarem a essas edificações as novas tecnologias e técnicas de tratamento e diagnóstico que exigiam novas conformações de espaços, novos profissionais, e novos ordenamentos (BROSS, 1989).

Cada vez mais o hospital se torna um território segmentado por diversas formas de poderes, advindos principalmente dos detentores de conhecimentos, dos grupamentos funcionais formados pelo corpo clínico, enfermagem e demais agentes sintomáticos que vão territorializando esses espaços (SAQUET, 2007).

Assim, como forma de minimizar a insuficiência do caráter disciplinar, abre-se possibilidades para a adoção de outras estratégias pautadas na construção de novos valores, com a interdisciplinaridade como fundamento primordial no estabelecimento de novas relações entre trabalhadores com trabalhadores e trabalhadores com usuários, que resultem na defesa da vida dos indivíduos (MERHY, 2007).

Com ênfase no estudo do território hospitalar, muitas vezes visto como hostil, a importância de uma melhor percepção de todos os entes envolvidos no funcionamento da edificação, tratamento dos pacientes, e por fim os usuários, é fator crucial para a qualidade dos serviços prestados e influencia até no processo de cura dos enfermos (TOLEDO, 2008).

Cabe então ao profissional de arquitetura, que naturalmente deve ser interdisciplinar, desenvolver um projeto que seja concomitantemente funcional e técnico, sem deixar de ser acolhedor e confortável a todos os profissionais e usuários do hospital, entendendo os anseios de cada parte componente de toda essa

complexidade. Partindo do princípio de que o espaço, em suas relações com os seres humanos, tem participação fundamental nos processos de adoecimento e cura, considerando que a Arquitetura tem, portanto, contribuições essenciais ao planejamento em saúde, inerentemente complexo, e inserindo-se nos debates em torno da humanização da assistência à saúde, abre-se então a uma outra discussão, após entender a importância da arquitetura na configuração de um território hospitalar: a humanização do território hospitalar.

### 3 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NO TERRITÓRIO HOSPITALAR

#### 3.1 A HUMANIZAÇÃO E A INTERDISCIPLINARIDADE

O termo humanização referencia-se às bases dos pensadores renascentistas e permite sustentar que não trata de uma ideia nova, em seu uso, mas de suas transformações e adequações ao longo dos séculos.

Nos últimos tempos, o discurso da humanização tem-se dado, além da área da saúde, com foco em outras áreas como na administração, no debate da economia e no novo ordenamento das práticas em variadas vertentes do setor de serviços. Na atenção à saúde, esse discurso organiza-se em torno ora da política de defesa dos direitos e da cidadania, ora de uma discussão que alcança em torno da ética. Na área da administração, a base discursiva é a da qualidade total e do estado de bem-estar na empresa, visando a melhoria dos processos produtivos do trabalho. Na economia, o conceito é buscar a identificação do homem com o seu trabalho, base para desconstruir a alienação produzida pela mais-valia. Já na área de serviços, como a de transportes, bancos, comércios, etc., percebe-se a ideia de humanização associada à acessibilidade (escadas, rampas, elevadores) e à sua qualidade, enfatizando a pontualidade nos horários, redução do tempo de espera, respeito aos idosos, gestantes e deficientes, e o investimento em comunicação visual, conforto e ambiência (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Como definição, Humanizar, segundo o dicionário Aurélio, significa “inspirar humanidade, adoçar, suavizar, civilizar, tornar-se humano, compadecer-se”. Ou seja, é um verbo relativo ao homem, tem o sentido, então, de dar condições humanas a qualquer coisa ou lugar.

Mezzomo (2002, p. 42) enfatiza que “Qualquer empreendimento humano, para ter sucesso, deve atingir a mente, o coração e o espírito”. Pode-se, portanto, dizer que, para humanizar é preciso compreender a definição de ser humano. É necessário ter consciência de que a pessoa que utiliza o espaço é a peça fundamental na definição de como deve ser o ambiente. Somente conhecendo as necessidades e expectativas do usuário é que será possível proporcionar-lhe um ambiente capaz de atendê-lo, tornando-o mais próximo de sua natureza, de seus sentimentos, pensamentos e valores pessoais.

### 3.2 HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DA SAÚDE TERRITÓRIO HOSPITALAR

Mas em que consiste humanizar o cuidado de saúde? A humanização, segundo Minayo e Deslandes (2006), passa pela radicalidade democrática do bem comum, uma responsabilidade social. Assim, deve-se entender que o cuidado está presente no dia a dia do ser humano e faz parte da sua essência, pois todos necessitam ser cuidados. Dessa forma, pode-se responder a essa questão dizendo que humanizar o cuidado, e aqui enfatizar o cuidado da saúde não se limita a uma ação de reparação dos sintomas, pois engloba, além disso, um universo de ações que, em conjunto, na inter-relação de diversos saberes pela busca do bem comum, se produzirá uma comunidade aprazível e um território hospitalar menos conflituoso.

A gestão dos estabelecimentos de saúde, portanto, além de utilizar ferramentas e metodologias administrativas, passaria a considerar as relações e os interesses do conjunto de indivíduos e grupos envolvidos nos serviços de saúde. Então, a humanização na saúde implica também numa mudança gerencial das organizações de saúde e seus serviços. Essa mudança altera o modo como usuários e trabalhadores da área da saúde interagem entre eles.

Dessa forma, humanizar um ambiente hospitalar, ou seja, efetivar uma ação de Ambientação, é buscar na qualificação do ambiente edificado o objetivo de possibilitar a quem o utiliza o conforto físico e psíquico para a realização de suas atividades, por meio de requisitos ambientais que provocam a sensação de satisfação a todos os usuários, sejam clientes ou colaboradores.

O tema da humanização do edifício hospitalar vem sendo tratado pelos arquitetos desde o início do século passado. A preocupação entre os arquitetos desse período manifestava-se, principalmente, por meio de princípios gerais que regem uma boa arquitetura, tais como: a orientação do edifício, de forma a garantir a melhor insolação para as enfermarias; a proteção contra as intempéries; sua correta localização na estrutura urbana; seu dimensionamento; o cuidado com os fluxos hospitalares e com as instalações, quase sempre visitáveis por shafts e pavimentos técnicos (TOLEDO, 2008).

Assim, tinha-se a ausência nesses projetos passados de certos tipos de cuidados, chamados por Roslyn Lindheim (1975) de “cosméticos”: ambientes decorados com cenários domésticos, pisos acarpetados, paredes coloridas, etc. Mas é interessante perceber que hoje muitos preceitos colocados em prática a partir dos

conceitos do hospital terapêutico passam despercebidos aos nossos olhos, sendo considerados como parte componente do ambiente hospitalar.

Com o aprimoramento das ciências médicas, dentro da tradição individualista e da racionalidade ocidental moderna, produziu-se ambiência para que as teorias que enfatizaram a racionalidade objetivista, extremamente disciplinar da prática clínica tradicional, fizessem com que a perspectiva da relação entre o agente do tratamento e o paciente fosse esquematizada essencialmente pela dimensão da doença e pelos diversos fatores a ela relacionados, distanciando os profissionais dos seus pacientes (BRASIL, 2010).

Esse distanciamento, profissionais – paciente, gerou um processo “desumanizado” do tratamento. O problema, ou seja, a doença, se sobrepunha ao sujeito acometido pela doença, o que sintetiza as ideias de certa autonomia da doença sobre o sujeito humano, de uma supervalorização do corpo biológico e da desatenção para as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado.

Assim, bem colocam em seu artigo, Souza e Moreira:

As matrizes analíticas privilegiam as oposições binárias razão x emoção, virtude x vício e, ao mesmo tempo, não se reduzem às mesmas. A objetividade reduz e possibilita um recorte da realidade, fundando-se em universais, certezas e verdades absolutas. O projeto moderno construiu, por meio da cultura dos especialistas, as unilateralizações como estratégia de análise das práticas cotidianas, o que gerou problemas de mediação na relação com essas práticas. O projeto da modernidade científica, da cultura dos especialistas, reduziu a complexidade dos problemas cotidianos às antinomias, organizando uma pretensa totalidade. Desta totalidade, reduzida a binômios, fez parte, também, o processo de neutralização dos compromissos de ordem ética e solidária (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 333).

### 3.3 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO INTERDISCIPLINAR DO TERRITÓRIO HOSPITALAR

As problemáticas geradas por esse processo disciplinar e impessoal no tratamento da saúde coletiva proporcionou um campo de debates sobre a importância da temática da humanização e, principalmente, sua inserção na agenda política. A reivindicação da sociedade expressa na XI Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada no ano 2000, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, enfatizou a questão da humanização no território hospitalar (BRASIL, 2004).

Como resultado dessas discussões, o Ministério da Saúde, em 2004, lançou o programa “HUMANIZA SUS”, no qual estabeleceu as diretrizes de uma política nacional de humanização da atenção à saúde e estabeleceu uma estratégia geral para sua implementação, como criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, ofereçam novos olhares sobre processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas, ou seja, a melhoria do que, nesse documento, é chamada de Ambiência.

Assim, a implementação dessa Ambiência traz a discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços consoante às primordialidades de usuários e trabalhadores de cada serviço e é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde buscando, com isso, trazer de volta as relações mais humanas ao processo terapêutico para o âmbito da Saúde Pública (BRASIL, 2004).

De qualquer forma, a adequação da ambiência no edifício hospitalar e seus espaços físicos, sociais, profissionais e de relações interpessoais deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2004).

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc., conforme preconiza as exigências da Política Nacional de Humanização. Sem dúvida alguma, constitui peça importante na estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para implementá-la (BRASIL, 2004).

Nesse território do cuidado, identificado pelo hospital e aqui, entendemos o hospital como território, que é apropriado pelos profissionais e usuários que o compõem, onde estes profissionais de saúde detêm capacidade decisória, sustentada no conhecimento técnico, o desempenho do saber disciplinar se mostra insuficiente (MERHY, 2007).

Assim, como forma de minimizar a insuficiência do caráter disciplinar, abre-se possibilidades para a adoção de outras estratégias pautadas na construção de novos valores, com a interdisciplinaridade como fundamento primordial, no estabelecimento de novas relações entre trabalhadores com trabalhadores e trabalhadores com usuários, que resultem na defesa da vida dos indivíduos (MERHY, 2007).

Os conhecimentos disciplinares são paradigmáticos (KUHN, 1998), mas os interdisciplinares não são assim. A história da interdisciplinaridade se confunde, portanto, com a dinâmica multifacetada do conhecimento. Contudo, o mesmo não pode ser dito da história das disciplinas, as quais congelam de forma paradigmática o conhecimento alcançado em determinado momento histórico, defendendo-se de qualquer outro tipo de abordagem alternativa. A interdisciplinaridade é sempre uma reação alternativa à abordagem disciplinar normalizada dos diversos objetos de estudo, tanto no ensino quanto na pesquisa (LEIS, 2005).

O tratamento do tema da humanização da saúde abre uma nova fronteira para a prática interdisciplinar, o qual está longe de ser esgotado. Neste sentido, a arquitetura, juntamente com a psicologia, corpo clínico, enfermagem, gestores e demais disciplinas passam a ter um importante papel, onde, em conjunto devem trabalhar no desenvolvimento de espaços, comprometidos com o bem estar dos frequentadores e colaboradores, com a qualidade dos serviços e procedimentos hospitalares, em todos os espectros desde a gestão, o tratamento, desenvolvimento e a manutenção (MINAYO, 2006).

Nesse contexto, traçou-se o objetivo de tentar identificar as relações provocadas pelo território hospitalar com a saúde dos profissionais de enfermagem, no tocante à arquitetura hospitalar, promovendo a integração entre esses espaços físicos e suas relações sociais, muitas vezes negligenciados nos processos de humanização, quase sempre voltados somente aos usuários.

#### 3.4 UMA ARQUITETURA PARA HUMANIZAR: O TERRITÓRIO HOSPITALAR E SEUS ESPAÇOS APROPRIADOS, HUMANIZADOS E SADIOS

Para Toledo (2005), com o agravamento da crise na saúde, alguns cenários daquele passado longínquo voltaram a assombrar indo de encontro aos primeiros preceitos sobre humanização já mencionada aqui do Hospital Terapêutico. Crianças ocupando o mesmo berço; isolamentos com mais de um paciente; corredores atravancados de macas usados como enfermarias; pacientes disputando, nas UTIs, respiradores para sobreviverem; filas intermináveis, profissionais desmotivados, sobrecarregados, trabalhando sem as condições mínimas de ergonomia e conforto, além de consultas e procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico permanentemente adiados compõem o cotidiano dos nossos hospitais e corroem qualquer vestígio de



autoestima nos pacientes, afetando também, diretamente, todo o corpo de colaboradores componentes do território hospitalar.

Nas palavras de Foucault (1979, p 108, 109), quando descreve as características do hospital do final do século XVIII, entre outros conceitos nos coloca que: “A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura. O hospital exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir”. Nessa época, a arquitetura hospitalar procurava atender às necessidades espaciais e funcionais exigidas pela prática de uma medicina hospitalar que, pela primeira vez na história do ocidente, tinha o objetivo de curar (TOLEDO, 2005).

Com esse objetivo, os arquitetos, em conjunto com os demais profissionais de cada área distinta dentro do território hospitalar, criaram um conjunto de artifícios como as barreiras físicas contra a disseminação de infecções hospitalares, algumas das quais utilizadas até hoje, as enfermarias em pavilhão, as antecâmaras, os vestiários-barreira, os prós-pés e os corredores exclusivos (TOLEDO, 2005).

Com o decorrer do tempo, e com ele a sofisticação das práticas médicas e de procedimentos associada aos progressos da assepsia de ambientes e materiais e do uso dos antibióticos, pouco a pouco essas barreiras foram sendo desnecessárias para conter as infecções hospitalares e outras contaminações dentro do ambiente hospitalar, tornando o processo de humanizar esses espaços menos traumático e segmentado (TOLEDO, 2005).

Roslyn Lindheim (1975) diz que um ambiente construído não tem o poder de humanizar ou desumanizar os serviços de saúde, mas que os espaços hospitalares podem ser um facilitador e, até mesmo um estimulador de práticas que considerem a melhoria da autoestima dos frequentadores desse território.

Nesse sentido, acredita-se que os arquitetos precisam posicionar-se como protagonistas desse processo, não aceitando o papel de meros coadjuvantes, cujo encargo seria apenas de projetar os ambientes definidos em programas hospitalares desenvolvidos, em sua maioria sem a sua participação.

Os arquitetos, na produção dos edifícios hospitalares, têm a oportunidade de atuar em equipes interdisciplinares. Essas equipes tem a função de valorizar a permanente troca e incorporação de saberes, não só entre os diferentes profissionais implicados no projeto como também entre esses projetistas e os usuários da edificação hospitalar (TOLEDO, 2005).

A contribuição dessas equipes tem sido fundamental para a reabilitação dos

pacientes bem como para a idealização de espaços laborais mais adequados às atividades das equipes de enfermagem, médica, e demais profissionais, por meio da criação dos edifícios, do mobiliário e de boa parte dos equipamentos médicos utilizados pelos hospitais, construindo juntos, um território hospitalar aprazível.

Para Boing (2003), o processo de ambientação cobre diversos itens que devem ser observados com ênfase na arquitetura de interiores. Nesse aspecto, variáveis como o uso das cores, de revestimentos e texturas, mobiliários e objetos decorativos, iluminação, contato visual com a parte exterior da edificação, e ainda, o uso de vegetação, são essenciais. Mas envolve, principalmente, a psicologia ambiental, ou seja, a forma como o usuário do espaço percebe cada um dos elementos citados acima e a forma como cada um desses elementos pode influenciá-lo.

Pensar a concepção de um edifício hospitalar requer muita atenção não apenas aos aspectos técnicos e normativos, que por si só já restringem potencialmente a capacidade criativa do arquiteto, mas também aos aspectos humanos (MIQUELIN, 1992).

Deve-se compreender que o isolamento sofrido pelo paciente e também pelos componentes das equipes de enfermagem e corpo clínico em relação ao espaço exterior proporciona-lhe uma maior angústia em relação ao seu estado psíquico, bem como clínico. Além disso, o hospital, por ser uma construção com grande especificidade técnica, com fluxos diferenciados, frequentemente gera grande confusão aos usuários e colaboradores (MIQUELIN, 1992).

Apesar da grande evolução que vem ocorrendo nos hospitais na área do conforto ambiental, ainda hoje muitos dos edifícios hospitalares não se atentam aos aspectos ambientais, preferindo utilizar soluções mecânicas que são mais fáceis, como: ar condicionado e o uso da luz artificial. No entanto, existem muitos arquitetos que se contrapõem a esse contexto, lutando para incorporarem aspectos ambientais nos projetos hospitalares. A arquitetura possui uma grande influência e importância na humanização hospitalar, melhorando as condições dos usuários desses espaços e aparecendo como uma grande evolução para qualquer tratamento (MIQUELIN, 1992).

Dentre as diversas funções do edifício hospitalar está a sua necessidade de redesenhar-se, adaptar-se frequentemente, pois é uma edificação com prazo de validade. Suas relações espaciais estão intimamente ligadas às mudanças tecnológicas fazendo com que tenha uma responsabilidade social intrínseca de expandir-se, reconstruir-se e reequipar-se continuamente. Nesse processo constante

de construção e reconstrução, de definição e redefinição desse território hospitalar, o arquiteto hospitalar tem ainda mais uma pendência a ser resolvida, a saber, lidar com as interferências dessas obras, impactando da menor forma possível o desempenho dos serviços com alterações de fluxos, produção de ruídos indesejáveis e sujeira, fato que se perder de controle afetará consideravelmente a saúde dos colaboradores e a recuperação dos pacientes (BITENCOURT, 2006).

O hospital é um organismo dinâmico, sempre em mutação: paredes e divisórias são seguidamente removidas, deslocadas e acrescidas; alterações espaciais se sucedem em decorrência de exigências administrativas, normativas e técnicas; novos equipamentos demandam suportes, apoios, suprimentos e instalações como de água, energia elétrica e outros (KARMAN, 1995).

No Brasil, o planejamento de uma edificação hospitalar e seus setores é regida pela Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela sua Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 050 – que, inclusive, está em processo de revisão (BRASIL, 2002). Nessa normativa são trabalhadas as premissas básicas que os projetos de instituições de saúde devem atender, como suas áreas e dimensões mínimas, distanciamentos, instalações necessárias por ambiente, suas relações de entorno e apoio às principais atividades desenvolvidas. Existem ainda outras legislações de níveis federal, estadual e municipal, considerando-se sempre as suas versões mais atuais e mais restritivas (GOES, 2004).

Arquitetura e Manutenção são termos criados para exprimir requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura do hospital, e principalmente para assegurar a imprescindível continuidade operacional, sem interrupção de setores vitais e críticos, fazendo também com que haja menor impacto possível aos usuários desse território hospitalar (KARMAN, 1995).

Dessa forma, na busca pela humanização da atenção à saúde, caberia então aos arquitetos cuidar, particularmente da humanização do edifício hospitalar, que no nosso entender, nada mais é do que realizar uma “boa arquitetura”, adequada aos usuários, sejam eles pacientes, acompanhantes ou trabalhadores, pois a negligência na observação desses critérios de ambientação poderá ocasionar problemas a esses usuários, principalmente àqueles que utilizam desse território-lugar, que é o hospital, em suas atividades laborais cotidianas, muitas vezes inadequadas.

## 4 O HOSPITAL E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

### 4.1 A RELEVÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL DO HOSPITAL

O território hospitalar é um espaço onde se materializa o trabalho dos profissionais de saúde, concretizado em forma de energia e/ou informação, em que relações de poder e interesses característicos se encontram. Essas relações, mesmo que sejam um sistema de elo de existência e/ou produtivo, são relações de poder, pois instauram uma hierarquia, a exemplo do saber-poder do trabalho médico tão categoricamente impostas nas relações diárias entre médicos e demais componentes da equipe de enfermagem (FERREIRA et al., 2013).

Quando se usa o termo espaços hospitalares, indica-se sobre a segmentação dos setores dentro de um território hospitalar, que possuem dinâmicas totalmente diferentes uns dos outros, o que provoca também, sob essa influência territorializações diferentes. Nesses casos, acredita-se na ocorrência do processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização (TDR), constantes e concomitantes quando observa-se a movimentação desses trabalhadores de enfermagem pelos diversos setores do hospital, pois eles devem se adaptar às novas realidades, exigências, competências, conhecimentos e responsabilidades impostas por cada um desses setores (SAQUET, 2007).

Para um efetivo ordenamento desse território, a interação entre todas as atividades da instituição de saúde e seus colaboradores é necessária, pois, o hospital possui relações de diferentes níveis de tecnologia e profissionais (GOES, 2004).

As equipes de enfermagem passam grande parte de seu tempo dentro do hospital, trabalhando com o paciente de forma direta ou no setor de gerenciamento, estando assim presente em quase todos os ambientes hospitalares. Responsáveis por boa parte das ações de saúde, chegando a uma proporção de 80%, e por estar intimamente ligado ao cliente acaba conhecendo toda a rotina hospitalar (BRASIL, 1986).

Na dimensão propriamente assistencial, pode-se enfatizar o arranjo da organização tecnológica do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar à saúde, o que põe em questão o modelo clínico e seus desdobramentos na moderna medicina tecnológica, espaço de desmembramento do objeto de trabalho (doença e doentes) e de segmentação metodológica do trabalho médico em diversas especializações e

suas subespecialidades. O desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado, em verdade uma requalificação do convívio entre equipe de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários.

A compreensão sobre o funcionamento do território hospitalar e as necessidades para os cuidados e melhora do paciente tornam os profissionais das equipes de enfermagem grandes aliados dos arquitetos hospitalares, pois a tomada de decisões depende diretamente da influência da percepção desses servidores da enfermagem sobre os problema do ambiente (ROBBINS, 2002).

Assim, mesmo sendo o hospital um território normado e rígido, cabe dentro dessa rigidez, o olhar desses profissionais que a todo tempo territorializam e se apropriam de seus espaços, conformando-os.

Já existente, essa participação da enfermagem fica explícita quando, conforme Bello (2000) diz, a cada planejamento hospitalar pode-se contar com os enfermeiros responsáveis por cada setor, pois esses conhecem as necessidades diárias para a manutenção de um atendimento de qualidade.

As equipes de enfermagem compõem a maior parte do corpo técnico dos hospitais e é também o conjunto de colaboradores que mais estão suscetíveis aos problemas relacionados aos aspectos organizacionais e administrativos, às condições ocupacionais inadequadas e ao excesso de atribuições, sendo profissionais que configuram os principais fatores relacionados ao absenteísmo nessas unidades (REZENDE et al., 2012).

Assim sendo, torna-se necessário avaliar a interferência do espaço hospitalar e sua utilização na conjunção as perturbações de saúde dos servidores de enfermagem. Nota-se que a equipe de enfermagem territorializa o território lugar configurado pelo hospital em suas diversas segmentações (centro cirúrgico, pronto atendimento, enfermarias, etc.). Essas dinâmicas, que se impõem sobre esses profissionais, tanto física quanto psicologicamente, podem gerar um grau de estresse que provavelmente terão como fim o absenteísmo e conseqüentemente o afastamento de seu posto de trabalho, desfalcando seu setor.

As ausências ao trabalho interferem determinantemente nos processos produtivos, diminuindo a eficiência e sobrecarregando a equipe restante do ambiente

de trabalho que fica desfalcado, pois esta terá de suprir as tarefas dos profissionais ausentes, e como resultado final, gera grande impacto negativo tanto econômico quanto qualitativo no contexto das unidades hospitalares (FAKIH et al., 2011).

Cabe ainda salientar que, dificilmente um profissional ausente será substituído, provocando um reordenamento na distribuição do trabalho naquele determinado setor sobre os demais profissionais que estão em atividade. Como provável consequência, em um dado momento, essa equipe sobrecarregada poderá sofrer também com possíveis ausências por doenças decorrentes das condições inapropriadas de trabalho.

Dessa forma, no contexto desse ambiente hostil em que se transformou o território hospitalar, indaga-se sobre como exigir desses profissionais de saúde a continuidade de um atendimento humanizado e de qualidade, sendo que esses mesmos trabalhadores podem ser acometidos por doenças, estando esgotados psicologicamente e fisicamente, provavelmente por problemas provocados pela falta de condições ideais de trabalho.

Nos hospitais públicos, o absenteísmo dos profissionais de enfermagem é de fato um fenômeno que merece atenção, pois tanto em resultados de pesquisas quanto em relatos de gestores dos serviços de saúde, demonstram-se os altos números de ocorrência e frequência dos mesmos (SANCINETTI et al., 2009).

Diversas são as causas para a ocorrência do absenteísmo. Dentre os motivos com maior frequência, que prejudicam os profissionais de enfermagem, conforme as pesquisas já realizadas, estão as doenças osteomusculares, transtornos psíquicos e comportamentais, doenças infecciosas e infectocontagiosas, problemas respiratórios, cardiológicos, acidentes com exposição a fluidos corpóreos e uma variada sintomatologia, como dores, ansiedade e outros (SANCINETTI, et al., 2009).

Contudo, mesmo entendendo as diversas patologias a que esses profissionais são expostos, estabelecer uma ligação entre os distúrbios de saúde desses trabalhadores com a forma de trabalhar é um processo complexo e nem sempre tão evidente, implicando na realização de estudos mais aprofundados na tentativa de se estabelecer tais correlações e compreender os fatores determinantes (SANCINETTI, et al., 2009).

Deste modo, se propõe este trabalho investigativo para a busca no entendimento dessas questões que poderiam levar os profissionais de enfermagem ao absenteísmo, na tentativa de identificar se e como os processos de humanização

e arquitetura dos espaços hospitalares podem impactar positivamente, diminuindo os principais fatores ligados ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital público.

#### 4.2 O PROCESSO DE AMBIENTAÇÃO DO TERRITÓRIO HOSPITALAR PARA AS EQUIPES DE ENFERMAGEM

Na segunda metade do século XIX, Florence Nightingale trouxe tal cuidado com o meio ambiente para o âmbito da enfermagem com a fundação da enfermagem profissional, o que repercute atualmente em uma assistência humanizada, fundamentada no controle do ambiente ao redor do paciente, o qual é visto como um ser de relações e interações com o meio em que está inserido. Dessa forma, coloca-se a enfermagem em posição de destaque nesse processo terapêutico no universo hospitalar, pois seriam esses profissionais responsáveis pela manutenção assistencial e relacional com o paciente (MEDEIROS, 2015).

Ao passo em que os trabalhadores de enfermagem são encarregados pela manutenção da adequação do ambiente, na busca pelo conforto do paciente, podendo conseqüentemente, potencializar a probabilidade de melhora, eles também necessitam ser beneficiados por esse ambiente terapêutico, pois permanecem nele durante um longo tempo no seguimento de suas atividades laborais. Como ser humano, o profissional de enfermagem também precisa de um espaço físico propício e um ambiente psicossocial harmonioso para que se sinta bem e consiga desempenhar seu papel satisfatoriamente, para ele e para o cliente (SILVA, 2010).

Não há como promover um cuidado de “excelência” se não houver uma satisfação do profissional com o local onde executa suas tarefas. Para Vitória Regis e Porto (2006), o profissional que desenvolve o cuidado transmite por meio dessa prática os seus desejos, necessidades e satisfações. O cuidado é influenciado por sentimentos e valores, fazendo com que o ambiente passe a ser “(...) espelho das relações pessoais e sociais”. Sendo assim, a insatisfação dos integrantes da equipe de enfermagem passa a ser uma situação a se observar, pois pode influenciar a assistência prestada ao cliente.

Entretanto, nunca ocorrerá uma total satisfação de um indivíduo com o seu ambiente profissional, mas é necessário que haja um esforço por parte de todos para a transformação desse ambiente num local prazeroso, e para tanto, aponta-se a

arquitetura hospitalar como elemento central que irá moldar esse ambiente aos seus usuários (TOLEDO, 2006).

Assim, o ambiente como um todo deverá ser arquitetonicamente manipulado, pois o mesmo espaço do cliente/paciente é também o ambiente do profissional, em especial, da equipe de enfermagem que depende desse ambiente para a sua prática cotidiana. Esse espaço, quando insatisfatoriamente elaborado, pode provocar efeitos negativos nas rotinas de trabalho e na saúde dos componentes da enfermagem (PAZ, 2010).

Um ambiente impróprio para a prática laboral da enfermagem pode motivar ou intensificar doenças nesses profissionais de enfermagem, como estresse, osteopatias, patologias do sistema circulatório, dentre outros. E fatalmente serão geradores do absenteísmo entre a equipe. Para Bianchi (2000, p. 394), “o sucesso da prestação da assistência ao paciente e família se faz com profissionais que estejam preparados globalmente, isto é, no sentido de conhecimentos, emoções e atuação com estrutura adequada”.



## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 GERAL**

Relacionar a configuração da arquitetura do território hospitalar na saúde da equipe de enfermagem no Hospital Municipal de Governador Valadares – HMGV.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

Caracterizar a população estudada (equipe de enfermagem do HMGV) quanto às variáveis sociais e demográficas (sexo, idade, profissão, tempo na ocupação e escolaridade).

Identificar as causas do absenteísmo entre os profissionais da equipe de enfermagem, no HMGV.

Identificar perfis de associação relacionados às causas dos afastamentos;

Verificar como os processos de humanização, referentes à ambientação do território hospitalar, direcionados aos profissionais de enfermagem do HMGV, estão sendo aplicados.

## 6 METODOLOGIA

Para se alcançar os objetivos propostos por este trabalho de pesquisa, seguiu-se os critérios básicos para a produção acadêmica.

### 6.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO

Este estudo, alicerçado no modelo transversal, descritivo e observacional, com foco nos trabalhadores de enfermagem, na busca da fundamentação dos dados a serem coletados quanto à prevalência de certas doenças relacionadas à população, foi desenvolvido com abordagem qualitativa e quantitativa.

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa trabalha sobre questionamentos envoltos na intimidade do ser humano. Essa metodologia explora um nível de realidade que não é possível ou que não deveria ser quantificado. Dessa forma, ela investiga o conjunto dos significados, das razões, dos anseios, crenças, valores e das ações. Esse universo de manifestações humanas é entendido nessa forma de abordagem como parte da vivência, pois o indivíduo se distingue não só por suas ações, mas também por refletir sobre o que faz e por entender suas atitudes dentro e sobre a prática vivida e compartilhada com outros seres humanos.

Os métodos quantitativos são embasados dentro da lógica positivista, sendo inclinados à busca da amplitude e das causas dos fenômenos sociais, sem relevância para a dimensão subjetiva, que é o objeto da pesquisa qualitativa. Utilizam-se procedimentos controlados. São objetivos e distantes dos dados (perspectiva externa, outsider), orientados à verificação e são hipotético-dedutivos, assumindo uma realidade estática e orientados aos resultados, são replicáveis e universalizáveis, sendo extensamente utilizados para classificar e qualificar programas que tenham um produto final constante e dimensionável (SERAPIONI, 2000).

### 6.2 LOCAL DO ESTUDO/UNIVERSO

O Estado de Minas Gerais possui 853 municípios, e desses, 13 municípios tem uma população superior a 200 mil habitantes, sendo Governador Valadares ocupante da 9ª posição, com aproximadamente 280 mil habitantes, conforme estimativa do IBGE. Essa população, que é predominantemente urbana, o coloca na classificação

de um município de médio porte e distribui-se sobre uma área territorial correspondente a 2.357,07 km<sup>2</sup>, sendo que a densidade demográfica fica na ordem de 118,98 habitantes/km<sup>2</sup>. Essa população está distribuída em 13 distritos e em sua sede, que concentra mais de 90% do total de sua população (IBGE, 2019).

Governador Valadares está localizada na região leste do Estado de Minas Gerais. Teve sua emancipação política em 31 de dezembro de 1937, administrativamente faz parte da Microrregião de Governador Valadares e da Mesorregião Vale do Rio Doce, que agrega 102 municípios (IBGE, 2019). Exerce grande influência sobre as cidades do seu entorno, e por isso, o Município tem status de polo regional, sendo referência em várias áreas, como educação e saúde.

O referido município possui um hospital público, o Hospital Municipal de Governador Valadares – HMGV, situado à Rua Teófilo Otoni, 361, bairro Esplanada, sendo o local de estudo da presente pesquisa.

O HMGV tem como função básica, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares:

- Executar, planejar, coordenar, controlar e avaliar a execução das atividades de atenção hospitalar à saúde;
- Supervisionar a prestação dos serviços de atenção hospitalar e de apoio diagnóstico e tratamento;
- Promover a articulação dos serviços de atenção hospitalar com os serviços de atenção básica e em especialidades através do sistema de referência e contra referência;
- Supervisionar as atividades de apoio administrativo ao funcionamento do Hospital em articulação com os setores de Administração e Finanças da Secretaria Municipal de Saúde.

Está inserido na macrorregião Leste de Minas, alcançando 85 municípios e quase um milhão e meio de pessoas numa área de abrangência de 32 mil km<sup>2</sup>. É mantido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, com seu atendimento exclusivamente público. Tem em suas atividades principais, correlacionadas à RDC 050 da Anvisa (BRASIL, 2002):

1. *Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia*: atenção à saúde, incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada;
2. *Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde*: atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência);
3. *Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação*: atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos);
4. *Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia*: atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto);
5. *Prestação de serviços de apoio técnico*: atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto);
6. *Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa*: atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;
7. *Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa*: atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;
8. *Prestação de serviços de apoio logístico*: atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

As quatro primeiras são atribuições fim, isto é, constituem funções diretamente ligadas à atenção e assistência à saúde. As quatro últimas são atribuições meio para o desenvolvimento das primeiras e de si próprias (BRASIL, 2002).

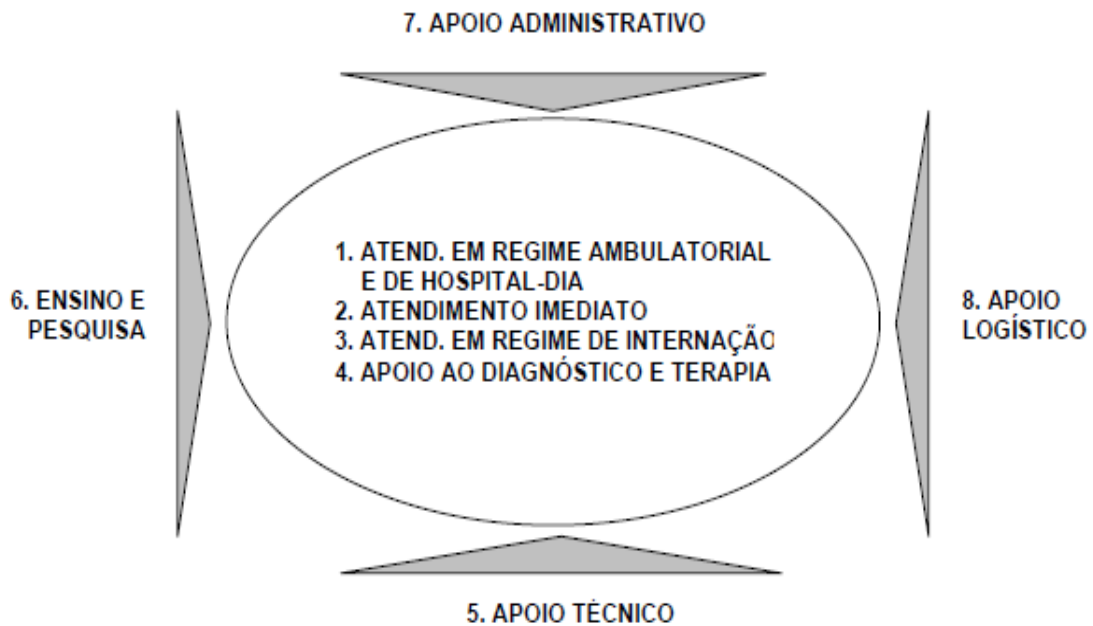


Figura 01: Atribuições dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.  
 Fonte: Ministério da Saúde - RDC 050/2002 da Anvisa.

O HMGV oferece atendimento nas especialidades básicas por especialistas, e/ou outras especialidades médicas de alta complexidade. Dispõe de serviço de Urgência/Emergência, internação adulto e pediátrica, centro obstétrico, centro de ortopedia e traumatologia, unidade de tratamento intensivo adulto/neonatal, enfermaria semi-intensiva e bloco cirúrgico, além de outros setores de atendimento, como diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas, farmácia, central de material esterilizado, serviço de nutrição e dietética, podendo então, ser classificado como um hospital geral de alta complexidade.

- **Missão:** Prestar atendimento médico hospitalar de urgência/emergência aos usuários do SUS, por meio de uma equipe interdisciplinar qualificada, e servir como campo de ensino para as práticas educativas.
- **Visão:** Buscar o credenciamento como “hospital escola” e ser reconhecido na Macrorregião Leste como hospital de referência nas atividades de ensino, prestando atendimento com qualidade e humanizado aos usuários do sistema.
- **Valores:** Responsabilidade social, qualidade, desenvolvimento de pessoas, ética, parceria e transparência.
- **Modelo de Gestão:** Democrático (Descentralizada e participativa do SUS).

- **Modelo Assistencial:** Promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde dos usuários da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade.
- **Programas da Instituição:** Rede Cegonha, Pró-hospitalar, Rede Resposta Hospitalar, Rede de Urgência e Emergência, Humaniza SUS e Viver.
- **Política de Financiamento:** Sistema Único de Saúde – SUS.
- **Sistema de Informação:** Sistema Viver – Programa de informática intersetorial, que contém todos os dados de identificação dos pacientes, causa da internação, resultados de exames e motivo da alta hospitalar.
- **Indicadores:** Trato respiratório, Sistema nervoso central, Sistema cardiovascular, Pneumonia, Gastrointestinal, Infecção primária da corrente sanguínea, Infecção de pele ou tecidos moles, Infecção de sítio cirúrgico, Infecção no trato urinário, olhos, ouvidos, nariz, garganta ou boca, Óssea e articular.
- **Caracterização da Clientela:** Clientes conveniados pelo SUS, de mínima e alta complexidade, vítimas de acidentes domésticos, queimaduras, acidentes com automóveis e motocicletas, vítimas de violência, e outros.
- **Especialidades Atendidas:** Cirurgia Torácica, Bucomaxifacial, Cardiologia, Cirurgia Infantil, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Nefrologia, Infectologia, Hematologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Fonoaudióloga, Fisioterapia, Dermatologia, Nutrição, Serviço Social, Reumatologia, Psicologia, Urologia, Psiquiatria e Pneumologia.

Conforme dados do ano de 2015, descritos no Memorial Descritivo, arquivado e fornecido pelo Serviço de Engenharia da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Governador Valadares, e informações atualizadas junto à administração do hospital, o HMGV conta com:

- UTI Neonatal, sendo a maior e única pública de toda região, ofertando 28 leitos;
- UTI Adulto, com 08 leitos;
- Unidade Semi-intensiva, com 08 leitos;
- Pronto Socorro Adulto, com 30 leitos;

- Pronto Socorro e Enfermaria Pediátrica, com 40 leitos;
- Unidade de Traumatologia e Ortopedia, com 14 leitos da ala masculina e 09 leitos da ala feminina;
- Centro Obstétrico, com 04 salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto);
- Enfermaria Obstétrica (maternidade), com 45 leitos;
- Enfermaria Adulto, sendo 44 leitos da ala masculina e 30 leitos da ala feminina;
- Centro Cirúrgico, com 04 salas de cirurgia;
- Diagnóstico por Imagem, equipado com 01 equipamento de Ultrassonografia, 02 equipamentos de Raios X, 01 Tomógrafo.
- Diagnóstico por métodos gráficos com equipamentos de ECG e ECC.
- Endoscopia e Colonoscopia;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Central de Material Esterilizado – CME;
- Serviço de Nutrição e Dietética – SND;
- Lavanderia;
- Farmácia;
- Manutenção;
- Almoxarifado;
- Administração.

Todos os ambientes acima descritos estão demonstrados nas plantas baixas do hospital, do projeto de “As Built”, ou seja, como construído, aprovado pelo serviço de vigilância sanitária estadual e fornecido para consulta desta pesquisa pelo serviço de engenharia da Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares.

Trata-se de um hospital de médio porte, que tem em seu quadro de Recursos Humanos, 279 médicos, 423 funcionários de enfermagem e 445 profissionais em outras atividades.

Nos últimos anos, O HMGV tem trabalhado acima de sua capacidade de atendimento, cuja taxa de ocupação em 2018 foi de 100,08%, o que demonstra a insuficiência da disponibilidade de leitos.

A Unidade Hospitalar teve, no ano de 2018, conforme dados fornecidos pela administração do hospital, 16.162 internações, 170.680 atendimentos ambulatoriais, realizando 1.676 cirurgias eletivas (com agendamento), 3.593 cirurgias de urgência e 21 cirurgias de emergência, totalizando 5.290 cirurgias.

A tabela a seguir traz os dados compilados referentes ao ano de 2018, detalhados mensalmente, em que pode-se observar o grande volume de atendimentos dos mais diversos tipos no HMGV.

Tabela 01 – Dados gerais de quantitativos de atendimentos do HMGV

DADOS DE ATENDIMENTOS REFERENTES AO ANO DE 2018													
TOTAL DE INTERNAÇÃO													
Mês	Jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	Jun/18	Jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	Total Ano
Total	1.289	1.163	1.386	1.502	1.452	1.327	1.362	1.394	1.338	1.321	1.338	1.290	16.162
TOTAL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS													
Mês	Jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	Jun/18	Jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	Total Ano
Total	18.484	16.036	15.728	13.295	13.936	12.868	14.053	13.766	13.714	13.652	13.196	11.952	170.680
CIRURGIAS REALIZADAS													
	Jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	Jun/18	Jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	Total Ano
Eletivas Agendadas	86	112	112	159	164	161	172	154	140	158	132	126	1.676
Urgência	311	253	253	306	300	274	302	338	292	329	319	316	3.593
Emergência	2	3	3	1	2	1	1	0	2	1	1	4	21
Total Mês	399	368	368	466	466	436	475	492	449	444	452	446	5.290
TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS													
	Jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	Jun/18	Jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	Média Ano
Ocupação Geral	100,00%	100,00%	101,00%	100,33%	100,25%	100,32%	100,21%	100,30%	93,43%	106,09%	102,01%	97,00%	100,08%

Fonte: HMGV (2019)

### 6.3 AMOSTRA

A população do HMGV, alvo desta pesquisa, foi na etapa quantitativa, todos os profissionais da equipe de enfermagem, concursados e efetivos como servidores públicos dessa unidade hospitalar.

Todos os profissionais de enfermagem identificados trabalham sob regime de plantão ou turno, conforme escala determinada pela instituição. Os turnos são de 12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso.



Para a abordagem quantitativa, primeira fase da pesquisa, foram reconhecidos todos os servidores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem), em seus diversos níveis hierárquicos, e de todos os setores do HMGV, a fim de promover o cadastramento de todos os servidores que passaram por algum tipo de afastamento de sua atividade laboral, independentemente do motivo ou causa. Essa fase é estritamente documental e foi realizada junto à Coordenação de Enfermagem e ao Setor de Recursos Humanos do HMGV.

Assim, foram coletadas informações sobre a data e o período do afastamento, motivo do afastamento, vinculando o CID, quando esse estava descrito e o setor do hospital onde o servidor trabalhava quando do afastamento.

Na segunda etapa, especificamente o estudo qualitativo, a amostra inicial foi constituída por indivíduos de cada um dos perfis que foram formados, compostos pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e sorteados aleatoriamente dentro de um grupo e de um determinado setor do hospital, onde a ocorrência do absenteísmo entre as equipes de enfermagem foi mais recorrente, fato a ser verificado pela pesquisa quantitativa.

A determinação do número de indivíduos deu-se após a verificação, junto à Coordenação de enfermagem, da lista de profissionais de enfermagem que nos anos de 2017 e 2018 precisaram se afastar das atividades, desde que o CID referente ao afastamento estivesse lançado no registro do afastamento. Assim, a lista foi resumida a um total de 56 profissionais, sendo: 05 Enfermeiras, 48 Técnicos de Enfermagem e 03 Auxiliares de Enfermagem. Vale salientar que as informações referentes a afastamentos nos meses de março, abril e maio do ano 2017 e janeiro, fevereiro e março de 2018 não foram lançadas nos registros da Coordenação de enfermagem, não sendo possível sua contabilização.

Dentre esses 56 profissionais, foram selecionados aqueles cujo CID mencionado fosse relacionado a algum tipo de doença, e assim, foram excluídos os demais profissionais, permanecendo 52 no total.

Desses 52 profissionais, haviam vários que se aposentaram ou estavam em período de licença maternidade e outros que estavam em gozo de férias. Esses também foram excluídos, permanecendo a amostragem de 34 profissionais da equipe de enfermagem.

A esses 34 servidores selecionados foi apresentada a proposta de pesquisa, sendo facultativa sua participação. Aqueles que optaram pela não participação foram

automaticamente excluídos da pesquisa. Já, aqueles que concordaram em participar, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TLCE, foram submetidos à aplicação dos questionários padronizados constantes dos Anexos C, D e E, deste trabalho.

Por fim, 09 servidores dos 34 profissionais da equipe de enfermagem se recusaram a participar da pesquisa e a lista resultante ficou com 25 profissionais de enfermagem participantes, sendo quatro Enfermeiros, 20 Técnicos em Enfermagem e um Auxiliar de Enfermagem.

#### 6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Na etapa quantitativa foram incluídos todos os indivíduos identificados, dentre os servidores concursados e efetivos, com no mínimo oito anos de atividade na unidade hospitalar. Desses, foram cadastrados e tabulados, com a identidade preservada, aqueles que passaram por algum tipo de afastamento das atividades laborais nos anos de 2017 e 2018, conforme dados coletados junto à Coordenação de Enfermagem e ao Setor de Recursos Humanos do HMGV, e assim, foram incluídos no trabalho, independente do motivo do afastamento. Os profissionais que não se afastaram do trabalho durante o período estudado, compreendido pelos anos 2017 e 2018, foram excluídos da seleção.

Entre os profissionais que passaram por afastamento, foram separados e mantidos como selecionados aqueles em que havia o CID mencionado nas fontes de consulta, seja nos registros da Coordenação de Enfermagem ou no Setor de Recursos Humanos do HMGV. Ainda, desses, segregou-se os afastamentos cujo CID não correspondia a alguma doença e foram retirados da pesquisa. Trata-se, nessa etapa, de uma fase documental que subsidiou a fase seguinte, a qualitativa.

Para a fase qualitativa, foram elencados para a amostragem os servidores componentes das equipes de enfermagem, fossem enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, que haviam passado por algum tipo de afastamento por motivo de doença entre os anos de 2017 e 2018, conforme dados coletados junto à Coordenação de Enfermagem e ao Setor de RH do HMGV.

Contudo, aqueles servidores, dentre os que formaram o grupo eleito para objeto da pesquisa, que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram automaticamente excluídos da pesquisa.

## 6.5 ESTUDO PILOTO

A fase quantitativa foi estritamente realizada por meio de dados secundários, que gerou subsídios e informações para a fase qualitativa da pesquisa. Assim, a pesquisa quantitativa trabalhou com a produção documental, com a montagem de um banco de dados, sua manipulação e interpretação.

Com o intuito de verificar, na fase qualitativa da pesquisa, o modo de tratamento das questões, a compreensão e tempo gasto pelos participantes com as perguntas dos questionários padronizados (ANEXOS C, D e E), foi realizado um estudo piloto com 02 indivíduos, escolhidos aleatoriamente, dentre os participantes selecionados para a participação na pesquisa, observando os critérios de inclusão e exclusão acima mencionados. Não obstante, os dados obtidos com o estudo piloto não foram considerados para o estudo principal.

## 6.6 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, inicialmente foi solicitada e concedida pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme o ofício indicado no ANEXO A, a autorização para acesso e circulação no Hospital Municipal de Governador Valadares – HMGV.

Além disso, foi permitido o acesso aos dados compilados dos servidores lotados nessa unidade hospitalar, tanto no setor de Recursos Humanos quanto junto à Coordenação de Enfermagem, com o acesso aos relatórios e prontuários médicos de afastamentos, livros de registro e demais documentos necessários para extrair as informações necessárias para a pesquisa, sobre toda a população componente do grupo de amostragem.

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2019, durante um período de 3 semanas, nas dependências do HMGV, conforme os horários e escalas de trabalho de cada um dos componentes da amostragem, portanto, foi necessário o trânsito pelo hospital em diversos horários diferentes a fim de adequar da melhor forma possível a aplicação dos questionários ao ritmo e demandas de trabalho de cada servidor.

### **6.6.1 Dados quantitativos – Fase 1**

Na fase quantitativa, foi realizada a coleta de dados cadastrais dos servidores do HMGV, composta pela equipe de enfermagem, fossem enfermeiros, técnicos ou auxiliares, que porventura tenham passado por algum tipo de afastamento do trabalho, causado por algum tipo de doença, independente do período de afastamento, entre os anos de 2017 e 2018. Essa fase de produção documental teve a finalidade de contribuir com diversas informações para o desenvolvimento da fase seguinte da pesquisa, a qualitativa.

Para obtenção dos dados quantitativos, foi construído um prontuário de estudo com base nos dados referentes aos servidores do HMGV com as variáveis pesquisadas conforme consta do ANEXO C. Foram coletadas informações como: gênero, idade, raça, função que ocupa na unidade hospitalar, data de admissão e o setor em que trabalha atualmente.

Obtidos esses dados, permitiu-se a identificação do perfil da equipe de trabalhadores de enfermagem conforme a seleção pré-definida pelos critérios de inclusão/exclusão já expostos. Esses dados são importantes balizadores comparativos, que junto aos dados qualitativos que estão descritos a seguir, ajudaram a corroborar com os resultados desta pesquisa.

### **6.6.2 Dados quantitativos e qualitativos – Fase 2**

Nessa fase, foram aplicados questionários padronizados, compostos pelos ANEXOS D e E desta pesquisa, e descritos a seguir. Com a lista dos profissionais selecionados para a aplicação dos questionários padrão (ANEXOS D e E), foi então realizado contato diretamente com o servidor, em seu horário de trabalho a fim de explicar a relevância da pesquisa e solicitar sua permissão para colaboração e participação com suas respostas aos questionários padrão. Optou-se em realizar a aplicação dos questionários na própria unidade hospitalar, pela facilidade de contato e também para que as respostas fornecidas tivessem maior confiabilidade e garantia da percepção real colocada pelas questões.

Assim, o pesquisador explicou os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais foi submetido, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforçou que a participação na pesquisa era de caráter

voluntário e que todos participantes necessitariam assinar o TCLE (ANEXO B) para que pudessem participar da mesma.

A execução do questionário padronizado deste trabalho teve como premissa avaliar as situações de trabalho das equipes de enfermagem nos setores do hospital, onde este servidor estava lotado. As seções do instrumento foram aplicadas pelo próprio pesquisador.

A ferramenta utilizada para essa fase de Coleta de Dados (ANEXO D) foi uma moldagem dos questionários discorridos a partir das Guias de Avaliação de Riscos nos Lugares de Trabalho em Indústria, criados por Boix e Vogel (1997) e referenciados na vivência sindical de diversos países europeus. O dispositivo completo, intitulado “Instrumentos para la gestión sindical de la evaluación de riesgos laborales”, é constituído por 5 partes, sendo, conforme o documento original: (1) Diagnóstico de la situación; (2) Identificación preliminar de riesgos; (3) Cuestionario sobre riesgos y daños; (4) Observación de problemas; (5) Propuesta de soluciones. As partes 1, 3 e 4 foram utilizadas no projeto original, denominado “Inovação de Gestão das Condições de Trabalho em Saúde para Hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS/BRASIL”, estruturado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Yvone Chaves Mauro, no ano de 2008 (PAZ, 2009).

Sua formatação é composta de um expediente de observação com questões fechadas que contemplam as variantes da pesquisa sobre o diagnóstico situacional de perigo na instituição, ou seja, é um questionário sobre riscos e danos para a verificação subjetiva dos dilemas de saúde no trabalho, conforme a compreensão de cada pesquisado, sobre os motivos de perigo no ambiente a que estão sujeitos. Com um total de 45 questões, dispostas em respostas objetivas, em que serão atribuídas notas que variam de 0 a 5, sendo 0 quando o servidor desconhece o problema e 5 quando o trabalhador sempre observa o problema em seu espaço de trabalho, e notas intermediárias conforme descrito no instrumento de pesquisa. As questões abordam temas como os locais de trabalho, equipamentos, tecnologia, e instrumentos; substâncias e materiais utilizados; fatores ergonômicos; e fatores organizacionais (DUARTE, 2010).

Optou-se por definir anteriormente os critérios de classificação para os participantes do estudo, a fim de tentar diminuir as variações pessoais em relação à classificação desses fatores.

Na segunda parte do ANEXO C, tem-se como continuidade desse dispositivo de coleta de dados, o questionário sobre riscos e danos com a identificação subjetiva

das doenças relacionadas ao trabalho referentes aos problemas de saúde dos profissionais. Assim, o objeto traz uma listagem de com 30 questões sobre riscos e danos, com as possíveis respostas, também objetivas, a serem respondidas pelo servidor com relação à(s) doença(s) que ele possa ou não possuir, e assim solicitadas: como sendo uma doença/lesão existente ou não, sendo existente se é relacionada ao trabalho ou não, por fim, sendo relacionada ao trabalho responder se foi provocado ou agravado pela atividade laboral.

Utilizou-se a avaliação descritiva das informações com a aplicação de estatística simples para os cruzamentos de dados entre variáveis. Com base nas escalas de Likert, utilizadas nos dois questionários para avaliação das percepções quanto às situações de trabalho e das doenças, foram elaboradas duas escalas por tercís, sendo, uma escala de Risco no Ambiente de Trabalho (RAT) e uma outra escala sobre os Problemas de Saúde (PRS). As escalas RAT e PRS foram criadas a partir da soma dos escores obtidos nas respostas das perguntas referentes aos blocos “Fatores de riscos do ambiente de trabalho” (45 questões) e “Problemas de saúde dos profissionais” (30 questões), respectivamente. No caso da escala “RAT”, as cinco opções de resposta eram “sempre”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente”, “não acontece” e “desconhece”. Cada uma dessas opções recebeu uma pontuação em ordem de importância que variava de 0 a 5, sendo 0 a pior pontuação correspondendo a “desconhece” e 5, a melhor pontuação correspondente a “sempre” (PAZ, 2010).

De posse dessa soma de escores, classificaram-se as respostas dos servidores conforme os tercís da distribuição da soma da pontuação obtida por cada respondente. Assim, a escala foi dividida em três categorias: 1. Baixa, quando a pontuação obtida ficou abaixo do primeiro tercil; 2. Moderada, quando a pontuação obtida ficou entre o primeiro e o segundo tercil; e 3. Alta, após o segundo tercil. A proporção sobre as situações de trabalho foi cruzada segundo as variáveis cargo e local de trabalho, e a escala de problemas de saúde foi cruzada segundo as variáveis: função, setor de trabalho, sexo, idade, número de vínculos empregatícios e tipo de jornada. Assim, objetivou-se nessa etapa, extrair informações relevantes para o diagnóstico situacional de risco para as equipes de enfermagem, na instituição.

Para a segunda etapa de coleta dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Pós Ocupação (APO), sendo realizada com a aplicação de um outro questionário, o ANEXO E, também respondido pelos profissionais selecionados na amostragem.

A APO é um instrumento amplamente utilizado por profissionais da arquitetura, engenharia e administração para a avaliação qualitativa de edificações nas mais diversas tipologias. No caso em questão, a edificação hospitalar, a APO é uma ferramenta que gera subsídios para mantê-la apropriada no decorrer de seu uso, identificando seus impactos sobre os usuários direta ou indiretamente relacionados à saúde, pela aplicação da metodologia avaliativas. Dentro de uma visão sistêmica e estratégica, a APO fornece instrumental para realimentar as diretrizes de gestão espacial por meio de intervenções físico-funcionais, antevendo situações de futuro crescimento e de readequações de seus ambientes mais próximos das necessidades e da satisfação dos seus usuários, gerando diretrizes de gestão espacial com foco na humanização (ONO, 2018).

Esse questionário foi desenvolvido pelo serviço inglês de saúde, o National Health Service – NHS, em 2002, como uma publicação do Centre for Healthcare Architecture & Design, com o nome de Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit – AEDET.

Esse sistema trabalha com a verificação qualitativa do espaço construído, utilizando os conceitos do healing environment, que traduzindo significa o ambiente de cura. Para isso, são utilizados instrumentos para avaliação, que analisam os espaços qualitativamente quanto ao impacto, à função e à técnica. Assim, parte-se do princípio de que, pela intersecção dessas três variáveis, se alcança a excelência da técnica de projeto e construção de edifícios de saúde, conforme representação abaixo (GUELLI, 2010).



Figura 02 - Diagrama que apresenta os aspectos avaliados pelo “AEDET” Fonte: AEDET (Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit), 2002, traduzido por Guelli (2010).

Esse sistema apresenta-se no formato de um formulário caracterizado por uma sequência de questões de respostas simplificadas. Podem ser respondidas por um conjunto de trabalhadores envolvidos especificamente no processo de atenção ou pode envolver uma equipe multidisciplinar, trazendo profissionais de diversos setores: administrativos e de manutenção/construção, dentre outros. No caso da presente pesquisa, utilizou-se apenas do grupo formado pela amostragem para sua aplicação.

O instrumento AEDET, segundo Guelli (2010), que o adaptou para utilização no Brasil, é dividido, como já mencionado, em três domínios principais e esses se subdividem, gerando um total de 10 tópicos. Para cada tópico são propostas várias perguntas que deverão ser respondidas atribuindo uma nota de forma subjetiva e objetiva. Dessa forma, com a análise das categorias de funcionalidade, impacto e padrão construtivo e seus respectivos tópicos, torna-se possível avaliar as qualidades proporcionadas pelo espaço físico no esforço para se atingir a excelência da edificação hospitalar.

Para Guelli (2010), as questões tratam da função do edifício, sua finalidade e como a edificação pode facilitar ou inibir a realização das tarefas às quais é proposta, tanto dentro quanto em seu entorno, observando aspectos quanto ao espaço, acessos e seus usos, conjugados na categoria da funcionalidade.



Quanto ao tópico relacionado aos usos da edificação, são averiguados os aspectos da adequação do edifício na habilitação para o desempenho das atividades laborais e operacionais quanto às instalações e aos cuidados da saúde pelos trabalhadores. Para que se consiga uma boa nota qualificativa nesse tópico, a edificação deverá apresentar boa funcionalidade, flexibilidade e eficiência. Os espaços deverão ser suficientes para a realização das atividades previstas para ele e com facilidade para circulação dos usuários. Para isso, são analisados e avaliados a filosofia dos serviços, exigências e relacionamentos funcionais, fluxo de trabalho, logística, disposição, dignidade humana, flexibilidade, adaptabilidade e segurança (GUELLI, 2010).

Ainda, segundo o autor, quanto ao acesso é observado de que modo usuários do edifício podem ir e vir. Questiona sobre a facilidade e eficiência para entrada e saída das pessoas do hospital. A análise é feita considerando a segurança, facilidade de orientação, saídas de emergência, acessibilidade aos portadores de necessidades especiais, pedestres, acessos a estacionamentos e veículos, abrangendo qualquer meio de transporte e de forma lógica, fácil e segura.

Guelli (2010), orienta quanto à categoria impacto, uma vez que essa envolve os aspectos do caráter e da inovação, do bem-estar do usuário, do ambiente interno e a acomodação urbana e social, tratando ainda sobre a forma pela qual o edifício cria um senso de lugar, e contribui positivamente para a vida daqueles que o apropriam, utilizam e a relação com a vizinhança. Nesse sentido, o autor instrui que o edifício é avaliado de forma abrangente, investigando quanto a sua clara definição arquitetônica e a que se destina, suas funções primordiais como edifício de saúde. Uma boa pontuação nesse tópico é alcançada quando são identificadas a excelência, qualidade e valor, se a edificação é beneficentemente estimulante e se denota inovação, sendo um exemplo específico de boa arquitetura.

No aspecto satisfação do cidadão, ainda quanto ao impacto e caráter da edificação hospitalar, avalia-se o conceito, proporções, escalas, harmonia, estética, materiais e o enriquecimento visual proporcionado pela edificação. Não é uma análise técnica sobre os materiais, mas sobre suas texturas, sensações e percepções, observadas integralmente pelos usuários.

Quanto ao ambiente interno são verificados diversos itens que em conjunto sintetizam sobre as boas práticas projetuais para o ambiente, se esse ambiente proporciona cura, ou seja, se o environment healing são cumpridas, conforme indicada

pelas respostas, em notas, às perguntas. Para isso, são analisados pela avaliação a qualidade do ambiente para o paciente, o uso da luz e das cores e se são exploradas as melhores vistas para todos os usuários. Verifica-se, também, a eficácia do uso da comunicação visual e o planejamento e adequação dos espaços internos. Quanto ao impacto, há análise da integração urbana e social, aspecto também muito importante para a conferência se a edificação atinge com satisfação a percepção do sentido de lugar, sua relação de vizinhança com os edifícios próximos, sua integração ao tecido urbano e sua sociabilidade. E para se atingir uma boa pontuação, o empreendimento precisa ser compreendido pela população estudada como um fator de melhoria da vizinhança e não danoso a ela (GUELLI, 2010).

Como terceira e última categoria, trabalhada por Guelli, (2010) na tradução e adequação do AEDET para o Brasil, tem-se a técnica, que avalia o desempenho, a engenharia e a construção, lidando com os elementos físicos do edifício e dos espaços, fundamentando nos aspectos mais íntimos de engenharia construtiva. Assim, para se chegar a uma análise profunda, são questionados itens sobre o desempenho, a engenharia e a construção. No item desempenho verifica-se quanto ao aproveitamento da luz natural, otimização da qualidade interna do ar tanto para pacientes quanto para servidores, sobre a proteção termo acústica e o conforto proporcionado por ela.

Ainda segundo Guelli (2010), quanto à engenharia, são observados os sistemas de gerenciamento de engenharia da edificação, se os materiais são apropriados para a tipologia edificada, a existência e eficácia dos sistemas de prevenção e combate a incêndios, se os sistemas de emergência são otimizados. Observa-se, inclusive, sobre a sustentabilidade da edificação na utilização de sistemas artificiais de ventilação e iluminação, qualidade, segurança e estabilidade das instalações e sobre a industrialização dos processos construtivos. Assim, questiona se o edifício é uma construção com minimização de defeitos, segura e fácil de operar e, por fim, se é sustentável.

Para que um edifício hospitalar tenha uma boa pontuação nesse aspecto, são avaliadas as fases de construção, manutenção, robustez, integração, padronização, pré-fabricação, sustentabilidade e segurança, além de proporcionar facilidade e agilidade na manutenção (GUELLI, 2010).

Foi atribuído o valor de 0 a 10 para as respostas às questões que compõem o AEDET, ficando entendido que, para os itens muito insatisfatórios a nota a ser lançada

seria 0, e na escala até 10 para aqueles itens que primam pela qualidade na edificação. Assim, para cada questão geral há várias perguntas que visam elucidar as questões específicas e a essas questões é atribuída a nota. Depois de respondidos todos os itens do questionário, utilizando o programa Microsoft Excel®, gera-se um resultado médio para cada um dos 10 grupos, bem como um gráfico radar, mostrando quais itens precisam ser melhorados, e quais possuem qualidade reconhecida entre os usuários (ARAÚJO et al., 2017).

A avaliação de cada uma das questões a considerar, de cada um dos itens de cada um dos dez aspectos, é introduzida em uma planilha de cálculo do software Microsoft Excel®, que processa automaticamente a média aritmética da pontuação de cada um dos aspectos e, então, expõe o resultado em um diagrama tipo radar, apresentado na figura abaixo como exemplo, por meio do qual, em um relance, podem-se ver, de forma sintética, quais são os pontos fortes e fracos do estudo ou edifício de interesse avaliado (GUELLI, 2010).



Figura 03 - Gráfico que apresenta o resultado da aplicação do AEDET – Brasil.  
Fonte: Augusto Guelli, 2006, p. 42

Assim, com os dados da APO pode-se depreender a percepção da equipe de enfermagem composta pela amostragem quanto à essência da edificação.

Em todas as aplicações dos questionários padrão foi conservado o caráter informal, a fim de que o servidor se sentisse à vontade para responder a todas as questões. Para registro das respostas foram utilizados como recurso apenas caneta esferográfica comum, uma prancheta, o TCLE e os questionários (ANEXOS C, D e E), impressos em papel sulfite A4 comum.

A aplicação dos questionários foi realizada individualmente, dando ao participante a opção de escolha do local para a aplicação, onde ele se sentisse à vontade e que assegurasse a sua privacidade, mas em todos os casos constantes da pesquisa, optou-se em responder no próprio local e horário de trabalho do servidor, conforme sua escala, noturno ou diurno.

## 6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo levou em consideração a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações que compreendem seres humanos e foi submetida à Plataforma Brasil, que é um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos nos Comitês de Ética em todo o país. O projeto, os relatórios e instrumentos provenientes desta pesquisa serão arquivados por 05 (cinco) anos, no Núcleo de Pesquisa SAIS, sala nº 10, Bloco PVA, da Universidade Vale do Rio Doce. O Termo de Aprovação da pesquisa junto ao CEP da UNIVALE está, em cópia, no ANEXO F deste trabalho.

A participação dos indivíduos envolveu os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

## 6.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio do software R®. (<https://www.r-project.org/>) ou equivalente. Esse programa está direcionado para pesquisa acadêmica e de análise gerencial de dados quantitativos, o qual oferece uma visão integrada dos processos de coleta, de preparação e de análise de dados. Assim, os dados selecionados alimentaram o sistema da seguinte forma:

- Identificação do perfil social e demográfico do servidor que passou por algum processo de afastamento por doença, conforme amostragem;

- Reconhecimento dos perigos no ambiente de trabalho identificados pelo servidor;
- Identificação das possíveis doenças provocadas ou agravadas pelo espaço laboral, conforme a percepção do trabalhador;
- Verificação dos aspectos qualitativos da edificação, conforme o julgamento dos servidores de enfermagem componentes da amostra.

Os dados qualitativos foram analisados a partir das referências obtidas pelo Guia de Avaliação de Riscos nos Locais de Trabalho de Boix e Vogel, adaptado para as instituições de saúde por Mauro (2008), e pelas informações adquiridas na aplicação da Análise de Pós Ocupação (APO), pelo método AEDET, traduzido e adaptado por Guelli (2006).

As informações presentes nesses questionários padronizados foram associadas em categorias relativas a cada item, e as respostas analisadas dentro de cada tema. A técnica para o tratamento estatístico dos dados foi realizado através de uma análise simples e descritiva, com frequências absoluta e relativa.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações obtidas na combinação dos dados quantitativos e qualitativos auxiliaram na compreensão dos motivos relacionados ao absenteísmo. Foi possível relacionar as possíveis causas de doenças e consequentes afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem do HMGV, relacionados à ambiência (espaço físico arquitetônico e comportamento).

Assim, procurou-se identificar de que modo as implicações da arquitetura, no território hospitalar, podem influenciar a saúde dos servidores de enfermagem da instituição estudada.

Independentemente do trabalho que realiza, a enfermagem deve estar integrada com as demais disciplinas, buscando sempre o contínuo aperfeiçoamento na realização de um atendimento cada vez melhor e fortalecendo os laços de confiança entre os pacientes e acompanhantes com seu cuidador (DUARTE, 2010).

Entretanto, a qualidade no atendimento está intimamente ligada às instalações físicas, equipamentos e instrumentais utilizados. A enfermagem, por terem suas atividades diretamente relacionadas ao “ato de cuidar”, destaca-se, pois estão durante as 24 horas vinculadas à assistência prestada, permanecendo em contato permanente com os usuários e familiares (OLIVEIRA et al., 2008).

As informações coletadas estão apresentadas em gráficos e tabelas e discutidos a partir da literatura existente. Apresenta-se inicialmente a caracterização do perfil sociodemográfico dos servidores de enfermagem do HMGV, por meio de um quadro sumarizado.

Tabela 2 – Especificação sociodemográfica dos servidores de enfermagem do HMGV participantes da pesquisa, 2019 (número de participantes = 25)

<b>GENERO</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
MASCULINO	4	16
FEMININO	21	84
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

<b>IDADE</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
20 – 29	0	0
30 – 39	7	28
40 – 49	9	36
50 - +	9	36
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

A amostra apresenta um total de 25 servidores de enfermagem do HMGV, com hegemonia feminina de 21 participantes (84%) e apenas 4 (16%) masculina. Isso reproduz uma característica da profissão de enfermagem, cuja população é prevalente do gênero feminino.

As atividades laborais do gênero feminino apreendem algumas especificidades. Spindola e Santos (2005), em seu estudo, destacam que um grande volume de mulheres vivencia a dificuldade da maternidade concomitante à atividade de enfermagem, e adaptar a atividade remunerada com as familiares nem sempre é uma tarefa simples. Todavia, a mulher ocupa cada vez mais espaço no mercado de trabalho, ampliando suas perspectivas nesse ambiente de oportunidades, embora tenham muitos obstáculos neste caminho.

Destacou-se a fração de trabalhadores com idade adulta, com 9 (36%) entre 40-49 anos, que igualou-se à faixa etária superior aos 50 anos, também com 9 (36%), seguida de 7 (28%) com idade compreendida entre 30-39 anos.

A maior frequência de indivíduos na faixa etária adulta pode ser explicada pelo regime estatutário que garante a estabilidade aos trabalhadores em uma instituição pública. Contudo, o que os resultados sugerem também é que a ausência ou demora na realização de concursos públicos dificulta a entrada de trabalhadores mais jovens, fato observado pela ausência de servidores compreendidos na faixa etária de 20-29 anos entre os pesquisados, uma vez que foram coletados apenas dados de efetivos concursados. Vale salientar que a política atual da administração é a contratação de profissionais por seleção simplificada e enquadramento profissional via CLT, abdicando dos concursos para servidores efetivos, considerando que o último certame cujas vagas foram dispostas ao HMGV data do ano 2008.

Além disso, foi possível buscar justificativas para a ocorrência de algumas patologias que verificou-se com esses servidores de enfermagem em consequência do tempo de serviço e pela própria idade, o que ainda será apresentado e discutido.

Pode-se observar na tabela 3 uma predominância da categoria de técnicos de enfermagem, comparando-se à quantidade de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, com cerca de 20 (80%) indivíduos da amostra, seguida de quatro (16%) enfermeiros e apenas um (4%) auxiliar.

O trabalho da equipe de enfermagem se processa com características da divisão técnica do trabalho, que parcela tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes de acordo com os agentes (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Assim se deu essa

hierarquia dentro do grupo de trabalhadores da enfermagem. Neste estudo, pôde-se depreender a realidade proporcional do quantitativo de trabalhadores de enfermagem do HMGV, equivalente à do Brasil, que tem um número maior de trabalhadores auxiliares/técnicos e um quantitativo muito menor de enfermeiros.

Tabela 3: Caracterização profissional dos profissionais da equipe de enfermagem em relação ao cargo/qualificação, local do serviço e quantidade de vínculos no HMGV – 2019 (número de participantes = 25)

<b>FUNÇÃO</b>	Frequência (n)	%
ENFERMEIRO	4	16
TÉCNICO	20	80
AUXILIAR	1	4
<b>TOTAL</b>	25	100

<b>LOCAL (setor de trabalho)</b>	Frequência (n)	%
AMBULATÓRIO / CC	1	4
CTI ADULTO	3	12
MATERNIDADE	3	12
NUVEH	1	4
PEDIATRIA	1	4
POSTO 2	2	8
POSTO 3	2	8
POSTO 4	1	4
PSA / ACOLHIMENTO	3	12
SEMI INTENSIVA	3	12
SND	1	4
CTI NEONATAL	3	12
UTO	1	4
<b>TOTAL</b>	25	100

<b>VÍNCULOS</b>	Frequência (n)	%
1	10	40
2	12	48
3	3	12
<b>TOTAL</b>	25	100

Nessa divisão de trabalho, a enfermagem com graduação assumiu a posição do controle administrativo, gerenciando a assistência de enfermagem, e até mesmo, a organização institucional.

Ainda, conforme Almeida e Rocha (1989), o que se espera da enfermeira, pela instituição, é mais conhecimento do que execução de tarefas no trabalho de



enfermagem, reduzindo assim, a quantidade desse profissional e conseqüentemente menor gasto pela administração hospitalar com essa mão de obra especializada.

O quantitativo reduzido de enfermeiros concentra-os em funções administrativas e gerenciais. De acordo com o COFEN (1986), pela Lei 7498/86, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem no Brasil, é função dos profissionais auxiliares apenas o exercício de atividades com média complexidade e que tenham natureza repetitiva. Esses serviços auxiliares devem ser desenvolvidos sob supervisão, e mesmo a participação na execução de processos simples de tratamentos, também requerem a presença próxima de um enfermeiro.

Desde os primórdios dos anos 2000, está em processo no Brasil a busca pela qualificação dos auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem. O próprio COFEN, pela resolução 276/2003, fomenta essa passagem, pois o Conselho garante apenas a habilitação definitiva para o profissional técnico de enfermagem, assim, o curso de formação em auxiliar de enfermagem irá gradativamente se extinguir, como de fato está. Essas alterações, segundo Paz (2009), aconteceram em função das mudanças ocorridas na legislação que regulamenta a estruturação dos cursos técnicos de nível médio no país.

Os resultados deste estudo demonstram que no grupo estudado, apenas 1 (4%) dos profissionais de enfermagem atua como auxiliar de enfermagem e ainda não possui qualificação técnica. Esse fato que pode justificar a grande proporção da categoria de técnicos de enfermagem neste grupo estudado (80%).

Essa realidade exige uma reflexão, uma vez que, como trata-se de um grupo em que todos os profissionais da equipe de enfermagem são concursados e efetivos da instituição, pode-se observar que o próprio poder público tem buscado suprimir os profissionais auxiliares de enfermagem, na medida em que se aposentam ou até mesmo pedem exoneração do cargo. Essa mudança ocorre gradativamente por profissionais com nível técnico, na maioria das vezes por contrato. Esse dado foi comprovado pelo edital do último concurso para provimento de vagas destinadas ao HMGV, que data do ano de 2008.

Outra questão observada é que vários dos técnicos de enfermagem já cursaram e concluíram a graduação em enfermagem, porém não foram promovidos até o momento no trabalho por questões impeditivas legalmente e continuam trabalhando e recebendo como técnicos de enfermagem. A ausência da promoção no trabalho, segundo Paz (2009), reflete a falta de reconhecimento do trabalhador, o que

pode contribuir para o seu desgaste psíquico e desestimulá-lo para o estudo e crescimento profissional, ameaçando valores e crenças, e ferindo a dignidade e a esperança desse trabalhador.

No contexto estudado, destaca-se um número maior de trabalhadores nos Serviços de CTI Neonatal, com 3 (12%), de Pronto Socorro e Acolhimento - PSA, de Maternidade, CTI Adulto e Unidade Semi-intensiva, nos Postos que atendem as enfermarias com média de 2 (8%) dos participantes, seguido pelo NUVEH, Unidade de Traumatologia e Ortopedia – UTO, Serviço de Nutrição e Dietética – SND, Pronto Socorro Pediátrico, esses com apenas 1 (4%) participante da amostragem. Mesmo tratando de um grupo pequeno, proporcionalmente à totalidade de profissionais de enfermagem do HMGV, pode-se justificar a concentração de trabalhadores do PSA, CTI Adulto e Neonatal, pois são locais de trabalho que demandam forte carga emocional e física, levando esses profissionais a possíveis afastamentos, o que veremos em dados posteriores.

Em contraponto, observa-se uma proporção menor em setores como SND e NUVEH, locais em que as atividades dos profissionais de enfermagem são, em geral, administrativas, com menor possibilidade de provocar doenças, e conseqüentemente, afastamentos desses profissionais. O estudo alcançou amostra significativa de praticamente todos os serviços de enfermagem do hospital, caracterizando uma boa representatividade dos servidores de enfermagem efetivos e concursados da instituição.

A inserção dos trabalhadores da equipe de enfermagem no hospital iniciou-se por meio de concursos. Contudo, devido às mudanças políticas e econômicas nos serviços públicos, os trabalhadores do regime estatutário têm sido gradativamente suprimidos e substituídos por contratados, na medida em que esses servidores estatutários se aposentam.

Atualmente, a inserção dos profissionais se dá por meio de contratos. Assim, o diminuto número de estatutários não condiz com a realidade de uma instituição pública e denota as dificuldades administrativas, políticas e econômicas que, em geral, atravessam setores de serviços públicos. Essa entrada de novos servidores contratados e temporários no serviço público, decorrentes de questões políticas e econômicas, adiam a realização de novos concursos públicos, o que vem permitir, de certa forma, a terceirização e fragilização da relação de trabalho em um grupo de fundamental importância, que é a equipe de enfermagem.

A precariedade do ambiente laboral, provocada provavelmente pela instabilidade do vínculo trabalhista, que fica à mercê de ventos políticos e econômicos, afeta negativamente a saúde dos trabalhadores e agrava objetivamente a exposição aos riscos laborais. No campo onde foi realizado este estudo, encontram-se a terceirização e o trabalho precário, por meio dos contratos temporários. Percebe-se outro agravante, ou seja, os dispêndios permanentes da instituição com a qualificação dos servidores temporários, que se renovam de tempos em tempos, gerando novos gastos com treinamentos, e interferindo qualitativa e economicamente no trabalho realizado nessa instituição.

Paz (2009) destaca que nas últimas décadas, as transformações ocorridas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores. A intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, recebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres e de alto risco.

O contexto social, político e econômico mostra-se influente quando destacou-se o número de vínculos empregatícios dentre esses profissionais estudados, conforme se descreve na tabela 2, mostrando que 10 (40%) deles possuem apenas um emprego, seguido de um grupo significativo de 12 (48%) servidores que possuem dois empregos. Há ainda o grupo com até 3 vínculos, com três indivíduos, 12% da amostragem.

Esse número de trabalhadores de enfermagem que apresentam dois empregos reflete a realidade do duplo vínculo na enfermagem, na maioria das vezes por buscarem a complementação salarial, tendo em vista os baixos salários disponibilizados em geral para esses grupos de trabalhadores. Esse fato os expõe ainda mais aos riscos ocupacionais, aumentam a sobrecarga de trabalho, gerando danos ao corpo do trabalhador (Paz, 2009).

## 7.1 AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NO TRABALHO

Embora seja volumosa a descrição dos motivos relacionados aos fatores de risco, o formato apresentado torna-se necessário para alcançar o objetivo de visualizar a frequência dos fatores e de destacar os mais incidentes, tendo em vista que o conjunto deles, inter-relacionados, é que dá a influência das condições de trabalho

existentes no setor. Nesse sentido, considerou-se existentes os respondidos como “sempre”, “frequentemente” e “às vezes”, conforme descrito na tabela 4, a seguir.

Tabela 4 – Distribuição proporcional dos trabalhadores componentes da amostragem segundo percepção de existência e frequência de fatores de risco do ambiente de trabalho (sempre + frequentemente + às vezes) do HMGV. (n = número de participantes = 25 indivíduos)

	<b>Fatores de risco do ambiente de trabalho</b>	Frequência (n)*	%
1	Má distribuição do espaço físico	21	84%
2	Ordem e limpeza insuficientes	19	76%
3	Desconhecimento das saídas de emergências	12	48%
4	Risco de queda no ambiente de trabalho	18	72%
5	Risco de queda de materiais	19	76%
6	Choques contra objetos móveis / imóveis	20	80%
7	Riscos de tropeçar em objetos	20	80%
8	Riscos de sobrecarga de trabalho	23	92%
9	Risco por contato elétrico	9	36%
10	Risco de incêndio e explosão	6	24%
11	Exposição a temperatura inadequada	19	76%
12	Exposição a umidade excessiva	10	40%
13	Ventilação insuficiente / inadequada	18	72%
14	Iluminação insuficiente	13	52%
15	Exposição ao ruído	22	88%
16	Exposição à radiação	19	76%
17	Risco de contrair infecção / doença	24	96%
18	Exposição a riscos biológicos (lixo, etc)	18	72%
19	Lesão por objetos perfuro cortante	15	60%
20	Exposição a gases, vapores e aerossóis	10	40%
21	Risco de contato com substâncias químicas	13	52%
22	Falta de equipamentos de proteção individual	13	52%
23	Má utilização do equipamento de proteção individual (EPI)	15	60%
24	Esforço físico que produz fadiga	20	80%
25	Manipulação de cargas pesadas	19	76%
26	Desconforto pela postura adotada por muito tempo	23	92%
27	Posturas forçadas pela realização de algumas tarefas	21	84%
28	Duração excessiva da jornada de trabalho	18	72%
29	Organização insatisfatória do horário	13	52%
<hr/>			
	<b>Fatores de risco do ambiente de trabalho</b>	Frequência (n)*	%
30	Tarefas rotineiras ou monótonas	16	64%
31	Ritmo de trabalho acelerado	21	84%
32	Trabalho isolado que dificulta o contato com companheiros	7	28%
33	Recursos insuficientes para realizar o trabalho	21	84%
34	Conflito com clientes ou pacientes	12	48%
35	Conflito entre trabalhadores	11	44%
36	Conflito com chefias ou encarregados	10	40%
37	Pouca decisão sobre a realização do trabalho (autonomia)	9	36%
38	Pouca oferta de formação contínua	19	76%
39	Pouca possibilidade de promoção	22	88%

40	Agressividade, assédio sexual ou violência no trabalho	6	24%
41	Situação de discriminação no trabalho (assédio moral)	13	52%
42	Desconhecimento ou formação insuficiente sobre os riscos do próprio trabalho	9	36%
43	Risco de contaminação no ambiente externo	16	64%
44	Exposição ao vírus HIV	21	84%
45	Exposição ao vírus da Hepatite	22	88%

\*Múltiplas respostas

Observaram-se como existentes, os riscos biológicos, riscos ergonômicos, riscos mecânicos ou de acidentes, o risco químico e os riscos físicos. Apresenta-se a seguir os fatores constatados pelos servidores agrupados nos diferentes riscos, conforme a classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Os Riscos Biológicos são inerentes aos ambientes hospitalares e talvez por esse motivo se destacaram dentre os demais.

Tabela 05 – Demonstrativo do risco biológico segundo percepção dos servidores de enfermagem no HMGV. (n = 25 participantes)

<b>Fatores de riscos biológicos</b>	<b>Frequência (n)*</b>	<b>%</b>
17 - Risco de contrair infecção / doença	24	96%
45 - Exposição ao vírus da Hepatite	22	88%
44 – Exposição ao vírus HIV	21	84%
18 - Exposição a riscos biológicos (lixo, etc)	18	72%
19 - Lesão por objetos pérfuro cortante	15	60%

\*Múltiplas respostas

Nos ambientes hospitalares, os principais riscos biológicos manifestam-se por meio das várias formas das Hepatites e pela AIDS. Quanto às infecções bacterianas, dentre aquelas que mais se destacam, estão a tuberculose pulmonar e a rubéola, mas existe ainda o risco de outras infecções como sarampo, parotidites, conjuntivites, herpes simples, varicela-zoster, etc. (PAZ, 2010).

Duarte (2010) aponta para o perigo elevado à exposição a agentes biológicos em uma instituição hospitalar, destacando a relevância dos comportamentos preventivos recomendados. Os profissionais de enfermagem encontram-se expostos ao material biológico por estarem em contato direto com os pacientes durante o seu acompanhamento, devido à tipologia de assistência e frequência em que são realizados sem, muitas vezes, ter o real conhecimento do perigo da exposição de agentes enquanto realizam os procedimentos, agravado pelo elevado desconhecimento sobre o correto uso de EPI.

Conforme Neves et al. (2011), o contato do trabalhador de enfermagem com sangue, secreções e materiais contaminados expõe esse grupo aos riscos biológicos diariamente e consiste num dos maiores perigos ocupacionais entre os trabalhadores de enfermagem.

Para a guarida desses servidores, é necessário programar e aplicar as regras de prevenção padrão por meio do uso de EPI (luvas, capotes, máscaras, óculos, gorro, etc.), sempre que necessário, independentemente do diagnóstico do paciente. Outras medidas específicas devem ser tomadas de acordo com o modo de transmissão da doença diante de diagnósticos prévios e por meio de EPI específicos, conforme relacionado pelo serviço de engenharia e segurança do trabalho que toda unidade hospitalar deveria possuir.

Para a administração e implementação das premissas referentes à segurança do trabalho quanto aos riscos biológicos, se enfatiza a importância do cumprimento da NR 32, que dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Essa normativa tem o propósito de estabelecer as diretrizes básicas para a efetivação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, discutindo todas as medidas necessárias para mitigar esses perigos, inclusive sobre a vacinação dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

A exposição excessiva das equipes de enfermagem aos agentes biológicos pode explicar a motivação deles serem apontados como os maiores causadores de acidentes de trabalho, aumentando o risco de infecção. Os dados indicativos da Tabela 2 mostram que os servidores têm ciência dos riscos a que estão expostos e denotam a importância de que a instituição deve dispensar atenção ao assunto, visto que os fatores patogênicos são inerentes ao espaço laboral, mas que medidas como treinamentos de segurança sobre o uso de EPIs, procedimentos e manejo de equipamentos e instrumentos, etc. e a própria aplicabilidade da NR 32 são fundamentais para abrandar a exposição aos riscos biológicos.

Em segundo lugar nesta pesquisa, aparecem os Riscos Ergonômicos, com inúmeros fatores que interferem diretamente no trabalho de enfermagem, conforme Tabela 06.

Tabela 06 – Demonstrativo do risco ergonômico segundo percepção dos trabalhadores de enfermagem no HMGV. (n = 25 participantes)

<b>Fatores de riscos ergonômicos e físicos</b>	Frequência (n)*	%
26 - Desconforto pela postura adotada por muito tempo	23	92%
15 - Exposição ao ruído	22	88%
27 - Posturas forçadas pela realização de algumas tarefas	21	84%
33 - Recursos insuficientes para realizar o trabalho	21	84%
24 - Esforço que produz fadiga	20	80%
25 – Manipulação de cargas pesadas	19	76%

\*Múltiplas respostas

Os elementos de risco relacionados à ergonomia foram evidenciados no estudo, como a manutenção de posições inapropriadas por tempo prolongado, o arranjo inadequado do espaço físico, posturas forçadas pela realização de algumas tarefas, falta de recursos corretos para a execução do trabalho. Além desses, esforços que produzem fadiga quando associados à intensidade, duração e frequência podem concorrer para o aparecimento de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT (BRASIL, 2005).

As relações de trabalho de enfermagem e os distúrbios musculoesqueléticos são evidenciadas pela multiplicação das patologias dos trabalhadores de enfermagem ligados às inadequações das condições de trabalho. Diversos autores trazem que grande parte dos esforços que levam aos danos da coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem estão relacionados a fatores ergonômicos inadequados de mobiliário, posto de trabalho e equipamentos, além da falta de treinamento e de pessoal que envolve fatores ambientais e organizacionais, além dos ergonômicos (GUEDES, 2000; GURGUEIRA, 2005; DUARTE, 2010; MARQUES, 2015, FAKIH ET AL., 2012).

Esses dados corroboram com o citado por Duarte e Mauro (2010) ao referir que os problemas de saúde no trabalho não estão limitados aos impactos do número de fatores de risco identificados. Segundo os autores, os espaços de trabalho não são apenas locais onde existe um número de possibilidades de exposição a riscos especiais, mas são lugares de relações que colaboram ou dificultam a conservação da saúde dos trabalhadores.

Os riscos ergonômicos correlatam-se a atividades como a repetitividade de ações, posturas erradas com flexões inadequadas de coluna vertebral para a movimentação e transporte de pacientes, requerendo dos profissionais de enfermagem intensos esforços físicos. Esses fatores podem levar à evolução de problemas como fraturas, lombalgias, varizes, entre outros (MORAIS, 2009).

As equipes de enfermagem atuam nas edificações hospitalares na maior parte do tempo em pé, posição em que declaram cansaço. Por essa razão, os intervalos de trabalho são indispensáveis, pois servem para precaver a exaustão.

O manejo de cargas, considerado por Grandjean (1998) como trabalho pesado, especialmente o levantamento de cargas, é justificado, pois patologias futuras podem ser adquiridas por complicações advindas de uma carga elevada sobre a coluna. Para ele, o principal problema no manuseio de cargas não é tanto a exigência dos músculos, mas sim o desgaste dos discos intervertebrais. Os danos aos discos intervertebrais, com suas consequências na coluna e nas pernas, são um problema pessoal e econômico, pois provocam dores, limitam a mobilidade e vitalidade das pessoas.

Neste trabalho, verificou-se que 19 (76%) dos trabalhadores associam o manuseio de cargas pesadas como um grande fator de risco, neste caso, principalmente ao manusearem pacientes acamados com frequência nas enfermarias. Segundo Grandjean (1998), o manuseio de cargas pode conduzir ao absenteísmo prolongado do trabalho e configurar uma das principais causas de invalidez prematura.

Destaque-se, ainda, que 21 (84%) dos trabalhadores perceberam como fatores de risco as posturas forçadas pela realização de alguns trabalhos e a inexistência de recursos para a realização de tarefas, além de 20 (80%) desses profissionais apontarem também que os esforços que produzem fadiga são fatores que podem colaborar para aumentar o risco ergonômico no ambiente laboral, e conseqüentemente, servirem de agravantes causas de faltas não programadas ao trabalho, entre as equipes de enfermagem.

Ainda quanto à ergonomia, salienta-se que a Norma Regulamentadora 17, a NR 17, também editada pelo antigo Ministério do Trabalho, hoje sob responsabilidade do Ministério da Economia e sua subordinada Secretaria do Trabalho, visa estabelecer critérios que permitam a adequação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a promover o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos, às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho (BRASIL, 2007).



Segundo a NR 17, os locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto (BRASIL, 2007):

- a) Níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO;
- b) Índice de temperatura efetiva entre 20°C (vinte) e 23°C (vinte e três graus centígrados);
- c) Velocidade do ar não superior a 0,75m/s;
- d) Umidade relativa do ar não inferior a 40 (quarenta) por cento.

Além desses parâmetros, a NR 17 traz ainda elementos norteadores para a determinação dos níveis de iluminação dos ambientes, seja natural ou artificial, geral ou suplementar, apropriada à natureza das atividades (BRASIL, 2007).

A falta de condições ambientais de conforto, ou ambientação também é indicada na pesquisa, pois 22 (88%) dos trabalhadores responderam ser grande o risco pela exposição a ruídos. Para 19 (76%) dos participantes, a exposição à temperatura inadequada é também presente nessa unidade hospitalar, além da ventilação insatisfatória/inadequada conforme responderam 18 (72%) dos respondentes da amostragem. Já, 19 (76%) dos participantes apontaram que a exposição à radiação oferece grandes riscos no ambiente de trabalho, bem como, em proporção menor, 13 (52%) deles responderam que a iluminação é insuficiente e 10 (40%) que estão expostos à humidade excessiva.

De acordo com Silva (2010), os ruídos componentes dos aparelhos são de fundamental importância, pois eles funcionam como um alerta para os profissionais atuantes em diversos setores do hospital, com ênfase para as UTIs, Centros Cirúrgicos e Diagnóstico por Imagem, por exemplo, para possíveis alterações comportamentais clínicas dos pacientes, podem indicar também o mau funcionamento desses equipamentos.

Contudo, de acordo com Paz (2010), citando Grandjean (1998), os ruídos mesmo sendo existentes e necessários, muitas vezes prejudicam os trabalhos mentais mais complexos, dificultando também determinadas produções com grandes exigências na concentração, na destreza e na análise de informações. Além disso, o ruído pode dificultar o aprendizado, e altos níveis de ruído, ou seja, aqueles acima de

90 dB, podem diminuir o desempenho mental.

Segundo Paz (2010), a proteção ao ruído acontece por meio do planejamento arquitetônico do local de trabalho, quando se busca evitar ruídos externos. A diminuição do ruído em suas fontes, seja protegendo ou substituindo equipamentos, e nesse caso, a arquitetura atua em conjunto com a engenharia clínica, que é uma equipe de especialistas em equipamentos médico-hospitalares, na procura de mitigar a circulação excessiva de pessoas, o amortecimento da dispersão do som com soluções construtivas e calculadas apropriadamente para cada tipo de espaço, como por exemplo por meio da forração de salas com placas acústicas e, por fim, a proteção individual da audição, pelo uso correto de EPIs.

Além disso, as equipes de segurança e medicina do trabalho, em harmonia com as Normas Regulamentadoras já citadas, monitorarão com aplicação dos exames audiométricos e outros artifícios, os trabalhadores locados em ambientes de trabalhos ruidosos, e podem assim, contribuir para proteção ao ruído, visando a identificação de lesões devido ao ruído e estabelecer uma base para as medidas de segurança (GRANDEJEAN, 1998).

Quanto à exposição a altas temperaturas, primeiramente, é preciso enfatizar que Governador Valadares é uma cidade onde as temperaturas, no verão, chegam facilmente aos 30°C (INMET, 2019), e com média anual sempre acima dos 20°C. Com essa informação, os arquitetos, projetistas de edificações, devem ter atenção redobrada às influências que essas altas temperaturas provocam na ambientação de qualquer edificação.

Em uma edificação hospitalar esse cuidado deve ser ainda maior, pois com calor excessivo no ambiente, pode acontecer de forma crescente um desequilíbrio das funções psíquicas, psicológicas e fisiológicas, em função do tempo de exposição, podendo surgir perturbações como sensação de desconforto, maior irritabilidade, queda na concentração e diminuição da capacidade para trabalhos mentais.

Conseqüentemente, isso pode ocasionar o aumento do volume de erros, menor produtividade e até um maior número de acidentes. Por último, pode provocar maior fadiga, elevação da frequência cardíaca e pressão arterial, diminuição da atividade do sistema digestivo, aumento da temperatura da pele e da produção de calor (GRANDJEAN, 1998).

Para diminuir os efeitos prejudiciais das altas temperaturas que podem estar relacionadas com o clima da região, proximidade com equipamentos fontes de geração de calor, aglomerações de pessoas ou até a conjunção de um ou mais desses fatores, Grandjean (1998) recomenda a aplicação de medidas técnicas de atenuação do calor, que incluem a instalação de equipamentos de ventilação e a melhoria das condições naturais de ventilação. A arquitetura hospitalar deve estar atenta a esses fatores, a fim de buscar o perfeito equilíbrio entre as técnicas, materiais construtivos e normas sanitárias vigentes para o suporte aos anseios da equipe de enfermagem.

Portanto, evidencia-se que os espaços laborais dos servidores de enfermagem identificados nesta pesquisa, são inadequados ao trabalho dos profissionais, visto que em seu espaço físico, o ambiente, a ventilação e a temperatura não se encontram em conformidade com as Normas Regulamentadoras preconizadas.

De acordo com Paz (2010), essas condições ambientais desfavoráveis, como calor em excesso, ruídos e vibrações constantes, além de iluminação insuficiente ou inadequada são fatores geradores de tensões no trabalho e causam desconforto, podendo aumentar consideravelmente o risco de acidentes e danos à saúde do trabalhador, e como última consequência, o absenteísmo desses profissionais.

Assim, em conjunto, interdisciplinarmente, arquitetos hospitalares, engenheiros clínicos, os trabalhadores de enfermagem, médicos e a gerência devem discutir e planejar a estrutura física hospitalar, visando organizar ou reorganizar o meio ambiente de trabalho, e assim, reduzir danos ao trabalhador e melhorar o resultado do seu trabalho.

Em terceiro lugar, a pesquisa mostrou que os trabalhadores de enfermagem percebem os riscos mecânicos ou de acidentes, descritos a seguir:

Tabela 07 – Demonstrativo dos riscos mecânicos ou de acidentes, segundo a compreensão dos trabalhadores de enfermagem no HMGV. (n = 25 participantes)

<b>Fatores de riscos mecânicos ou de acidentes</b>	<b>Frequência (n)*</b>	<b>%</b>
1 - Má distribuição do espaço físico	21	84%
6 - Choques contra objetos móveis / imóveis	20	80%
7 - Riscos de tropeçar em objetos	20	80%
2 - Ordem e limpeza insuficientes	19	76%
5 - Risco de queda de materiais	19	76%
4 - Risco de queda no ambiente de trabalho	18	72%

\*Múltiplas respostas

Na pesquisa realizada, a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem quanto aos Riscos Mecânicos ou de Acidentes a que estão suscetíveis trouxe os seguintes resultados: quanto a má distribuição do espaço físico, em uma proporção consideravelmente alta, pois 21 (84%) deles se mostraram insatisfeitos. No entanto, 20 (80%) dos servidores de enfermagem do HMGV apontaram o risco de choques contra objetos móveis e imóveis, bem como risco de tropeçar em objetos 20 (80%), um índice relevante. Ainda, quanto a ordem e limpeza, 19 (76%) consideraram insuficientes, assim como quanto ao risco de queda de materiais, nessa mesma proporção. Por fim, 18 (72%) participantes da população estudada apontou o perigo de queda no local de trabalho como fator de risco latente nos ambientes de trabalho.

As ocorrências que causam lesões ou danos à saúde do trabalhador, levando à diminuição de sua eficácia no trabalho, são entendidos, conforme a legislação brasileira, como acidentes de trabalho. Nos riscos ditos mecânicos ou acidentes se enquadram as ferramentas inadequadas, as máquinas sem proteções, os choques elétricos e as explosões (ARAÚJO, 2010).

Araújo (2010) afirma que acidente de trabalho também pode ser definido como decorrente do desempenho das atividades dentro ou fora da empresa, ocasionando lesões corporais, permanentes ou temporárias, a perda total ou parcial da capacidade de trabalho, ou até mesmo a morte. Pode ser dividido em três categorias: típicos, quando é proveniente das atividades realizadas pelo próprio trabalhador; de trajeto, quando ocorre no percurso entre o local de trabalho e a residência do trabalhador; e por fim, as doenças de trabalho, que podem ser ocasionadas em qualquer classe de atividade (SANTOS, 2017).

O risco mecânico ou de acidente inclui diversos motivos, tais como máquinas e equipamentos inadequados ou sem proteções, possibilidade de incêndio e explosão, composição física equivocada dos espaços, locais para armazenamento inadequados ou inexistentes de materiais, equipamentos e objetos, quedas, cortes, perfurações, instalações elétricas deficientes ou inadequadas, expondo o risco ao choque elétrico. Todas essas situações colocam os trabalhadores em condições de vulnerabilidade (SANTOS, 2017).

Salienta-se que no quesito sobre incêndios, explosões e sistema de emergência, verificou-se que a unidade hospitalar não possui sistemas adequados de prevenção de incêndios ou explosões, bem como não existem sinalizações de emergência, assim como, os sistemas de saída de emergência estão inadequados

quanto às normas vigentes do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais – CBMMG.

Essa não é uma prerrogativa apenas dessa unidade hospitalar, mas fato comum entre outras edificações de saúde pública em todo o País, conforme Hökerberg et al. (2006), que constataram em pesquisa em outros hospitais, a presença dos extintores de incêndio em locais inadequados e mal sinalizados. Argumentam, ainda, sobre a inexistência de um programa de treinamento de combate a incêndios, o que, em caso de acidente ou incêndio, pode aumentar a magnitude do evento, dadas as condições precárias dos referidos sistemas. Complementa-se que o CBMMG exige, dentre outras medidas, a formação de uma equipe de brigadistas, que são responsáveis pela organização da saída das pessoas da edificação e pelo manuseio inicial dos equipamentos para combate ao sinistro.

Para Duarte e Mauro (2010), a população estudada sofre com o sistema de armazenamento inadequado de materiais, falta de armários e prateleiras ou da manutenção dos existentes, o que pode gerar sobrecarga física para os servidores de enfermagem, assim como o perigo de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho, provocadas pelo risco de queda de materiais.

A ausência de planejamento durante a concepção dos estabelecimentos hospitalares, evidenciado nos locais de armazenamento de materiais, favorecendo os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem, corrobora com o que foi constatado por Hökerberg et al. (2006) sobre as ameaças que oferecem riscos presentes em um hospital, decorrentes do armazenamento inapropriado de substâncias químicas, instalações elétricas e de gás, obsoletas, mal sinalizadas e sem manutenção preventiva.

O item falta de ordenação do ambiente físico do trabalho, definido por alguns fatores apreendidos pelos servidores, indica risco mecânico ou de acidentes no trabalho de enfermagem. O acidente de trabalho é responsável pelo afastamento legal do trabalhador por períodos curtos, longos ou até permanentes. Medidas mitigadoras devem ser tomadas pela instituição na busca da prevenção de acidentes e defesa da saúde desses trabalhadores (PAZ, 2010).

Esses números e fatores denotam a urgente necessidade de adequação arquitetônica dos espaços e de layout a fim de organizar e reduzir, conseqüentemente, os riscos apontados por esses servidores por meio do instrumento de coleta de dados, como de choques contra objetos móveis/imóveis, riscos de tropeçar em objetos, ordem e limpeza insuficientes, risco de queda de

materiais e o risco de queda no ambiente de trabalho.

Em quarto lugar, a pesquisa mostrou que os trabalhadores percebem os riscos psicossociais, descritos a seguir:

Tabela 08 – Demonstrativo dos riscos psicossociais, segundo percepção dos trabalhadores de enfermagem no HMGV. (n = 25 participantes)

<b>Fatores de riscos psicossociais</b>	Frequência (n)*	%
8 - Riscos de sobrecarga de trabalho	23	92%
39 - Pouca possibilidade de promoção	22	88%
31 - Ritmo de trabalho acelerado	21	84%
33 - Recursos insuficientes para realizar o trabalho	21	84%
38 - Pouca oferta de formação contínua	19	76%
28 - Duração excessiva da jornada de trabalho	18	72%

\*Múltiplas respostas

Os riscos apontados pelo questionário de riscos e danos, nesse caso, provocados pela sobrecarga de trabalho, apontada por 23 (92%) dos participantes, o ritmo acelerado de trabalho percebido por 22 (88%) dos enfermeiros, técnicos e auxiliares componentes da amostragem e a duração excessiva da jornada de trabalho são fatores que influenciam tanto psicológica quanto fisicamente as equipes de enfermagem, pois segundo Morillejo e Munoz (2004), a necessidade de atender a várias tarefas ao mesmo tempo nos diversos setores do hospital, com pouco tempo para repouso, gera cansaço físico e mental e dificulta o cumprimento das tarefas e das normas de biossegurança.

Paz (2010) classifica o ritmo laboral da enfermagem como frenético. Essa velocidade exacerbada na prestação dos serviços e no cumprimento das tarefas contribui significativamente para o desgaste psíquico no ambiente hospitalar e pode provocar o adoecimento físico e/ou psíquico. Na maioria das vezes, o ritmo intenso da enfermagem se deve pela aglutinação de funções, devido à desconformidade dos recursos materiais e humanos, que exige do trabalhador uma energia muito maior para desenvolver as suas atividades, gerando, desse modo, uma sobrecarga com repercussões físicas e psíquicas no corpo do trabalhador.

Além do compasso impetuoso e do grande volume de trabalho, ainda pode-se perceber que o grupo de trabalhadoras, é muitas vezes responsável por grande parte do, se não de todo, trabalho doméstico e familiar, o que implica em exigências que deve assumir de forma simultânea com as do trabalho remunerado, configurando sua

dupla ou até tripla jornada laboral. Esses fatores potencializam as possibilidades de serem afetadas física e psicologicamente, acometendo-se a várias doenças que fatalmente irão gerar faltas e afastamentos de seus postos de trabalho (MAURO, 2004).

As poucas possibilidades de ascensão, percebidas por 22 (88%) indivíduos da amostra pode ser justificada, dentre outros fatores, pela inexistência de um plano de carreira na instituição. Plano de carreira este, que possa prever o crescimento profissional do trabalhador, fato que desmotiva a equipe a buscar novos conhecimentos técnicos em cursos fora da instituição.

De acordo com Duarte e Mauro (2010), a importância da instituição promover constantes treinamentos e qualificação de seus profissionais, de forma contínua e de alta qualidade, proporciona aos profissionais de enfermagem, novos conhecimentos para a execução com excelência de suas tarefas laborais, concordando com o entendimento dos participantes desta pesquisa. Eles apontaram como insuficiente a formação contínua, com 19 (76%) respostas positivas.

A formação continuada deve ser fomentada e incentivada pelos gestores, sendo complementar ao conhecimento dos profissionais, de acordo com as necessidades e técnicas de trabalho desenvolvidas, pois, compreendendo os processos de produção existentes e adequando as tarefas aos trabalhadores, ocorrerá uma contribuição para minimizar ou mesmo dirimir o problema dos riscos à saúde no ambiente hospitalar (DUARTE, 2010).

Em quinto lugar e último, a pesquisa mostrou que os trabalhadores percebem os riscos químicos, descritos a seguir:

Tabela 09 – Demonstrativo dos riscos químicos, segundo percepção dos trabalhadores de enfermagem no HMGV. (n = 25 participantes)

<b>Fatores de riscos químicos</b>	Frequência (n)*	%
21 - Risco de contato com substâncias químicas	13	52%
20 - Exposição a gases, vapores e aerossóis	10	40%

\*Múltiplas respostas

Os riscos químicos compreendem a exposição a agentes como a poeira mineral e vegetal, gases e produtos químicos de maneira geral (ARAÚJO, 2010).

Nesta pesquisa, constatou-se que 13 (52%) componentes participantes enxergam o risco de contato com substâncias químicas diversas como nocivos à

segurança e saúde laboral e 10 (40%) indivíduos da amostragem indicaram que a exposição a gases, vapores e aerossóis são também fatores preocupantes.

No ambiente hospitalar, é evidente que o trabalhador de enfermagem está exposto aos riscos químicos por estar constantemente em contato com medicamentos, inclusive os antibióticos e os quimioterápicos. Além disso, encontra-se um grande número de substâncias tóxicas utilizadas para limpeza e desinfecção dos ambientes hospitalares e outros fins. Esses produtos podem gerar mal estar como dores de cabeça, tonturas, e até em casos mais graves, intoxicação desses profissionais que estão em contato diário com esses produtos, seja em seu manuseio direto ou indireto (PAZ, 2010).

De acordo com Santos (2017), os principais riscos químicos para os profissionais de enfermagem consistem nas substâncias tóxicas, entre elas o cloro, acrítil, renalin, vircone e a exposição a substâncias químicas como tolueno, manganês, mercúrio e outros solventes orgânicos que podem levar ao surgimento de doenças, entre elas dermatoses, ou ainda a fadiga (BRASIL, 2001).

A NR 32 também ressalta recomendações importantes para a monitoramento do risco químico em estabelecimentos de saúde, destacando-se os cuidados com a rotulagem, o armazenamento e a capacitação do trabalhador para o manuseio do produto químico (BRASIL, 2008).

Ainda, corroborando com Morillejo e Munoz (2004), os trabalhadores revelaram o descumprimento das normas de segurança, devido à não disposição dos meios necessários, à complexidade de tais normas ou ao desconhecimento de todas as medidas a tomar, destacando-se assim, a importância das variáveis estruturais e organizacionais (cursos de formação, dotação de mais recursos e meios que ajudem a colocar em prática tais medidas de segurança).

Nesse sentido, considera-se importante disponibilizar recursos materiais e humanos adequados, que permitam o cumprimento das normas de segurança aos trabalhadores de enfermagem. Além disso, é necessário o incentivo para a atualização sobre as medidas de vigilância, padrão e específicas, por meio de cursos e treinamentos.

Além dessas ações, conforme preconiza a RDC 050 da Anvisa, a arquitetura dos espaços como Postos de Enfermagem, Salas de Utilidades, DML, Expurgo, CME, Laboratórios, Dispensação e Farmácia devem permitir um leiaute capaz de suprir as demandas para a correta armazenagem e acondicionamento desses produtos, seja



por armários ou prateleiras fabricadas em materiais inertes. A circulação deve ser restrita a profissionais capacitados, devem possuir áreas dotadas de bancadas ergonomicamente posicionadas e concebidas de materiais inertes e sem porosidade e com coloração uniforme e clara (BRASIL, 2002).

Nesses locais de manipulação de produtos químicos e biológicos, também devem ser dispostas pias para lavagem de materiais e equipamentos, além de lavatórios para a higienização de mãos. Dependendo do caso, deve ser prevista a instalação de lava-olhos. Devem, ainda, contemplar iluminação e ventilação (mecânica ou natural) coerente com o tipo de uso do ambiente. Todas essas demandas estão previstas na RDC 050, da Anvisa (BRASIL, 2002).

Assim sendo, mais uma vez reitera-se a necessidade de que a elaboração de um projeto hospitalar, seja para reforma ou adaptação, seja para uma nova unidade, deve sempre ser tratada interdisciplinarmente, entre os entes que utilizarão desse território para suas atividades laborais, que estarão constantemente sendo afetados em suas cotidianidades, no processo cíclico da TDR em que os profissionais de enfermagem estão inseridos.

Nesse processo interdisciplinar, com a participação de todos, tecnicamente, será produzido um território, o Território Hospitalar, normado por natureza, mas também mais próximo aos seus usuários, ambientalmente adequado aos seus usos e com espaços de trabalho que tragam a sensação de dignidade e prazer aos seus ocupantes.

## 7.2 AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

As patologias que atingem os trabalhadores são apresentados por meio de duas tabelas (10 e 11). A primeira tabela demonstra os problemas de saúde que, conforme o questionário aplicado, foram respondidas como existentes:

Tabela 10 – Distribuição proporcional dos trabalhadores do HMGV, componentes da amostragem, segundo a percepção quanto existência de doenças. (n = 25 participantes)

<b>Problemas de saúde existentes entre os participantes</b>		Frequência (n)*	%
1	Lesões por acidentes	7	28%
2	Doenças infecciosas	6	24%
3	Dor de cabeça frequente	12	48%
4	Perda auditiva	1	4%

5	Problemas oculares	16	64%
6	Hipertensão	5	20%
7	Doenças do coração	5	20%
8	Varizes	19	76%
9	Doenças renais	4	16%
10	Intoxicação por metais ou substâncias químicas	2	8%
11	Problemas respiratórios	11	44%
12	Doenças de pele	1	4%
13	Câncer	0	0%
14	Problemas digestivos	10	40%
15	Doenças do fígado	2	8%
16	Problemas de articulação	13	52%
17	Dores musculares crônicas	10	40%
18	Lesões da coluna vertebral	6	24%
19	Lombalgias	11	44%
20	Problemas do sistema nervoso	8	32%
21	Estresse / depressão	19	76%
22	Transtornos do sono	16	64%
23	Mudanças de humor / alterações de comportamento	13	52%
24	Alcoolismo e frequente de outras drogas	1	4%
25	Consumo frequente de medicamentos	10	40%
26	Afastamentos frequentes por motivo de saúde	5	20%
27	Mudança / transferência do trabalho por motivo de saúde	5	20%
28	Agressões ou condutas violentas	0	0%
29	Transtornos relacionados ao ciclo menstrual	5	20%
30	Transtornos da gravidez ou do aparelho reprodutor	3	12%

\*Múltiplas respostas

Observa-se, conforme a percepção dos participantes, as varizes com 19 (76%) indivíduos, seguida, na mesma proporção, pelos problemas relacionados ao estresse e depressão, depois, os problemas oculares com 16 (64%) dos servidores, também na mesma porcentagem os transtornos do sono. Com 13 (52%) afirmativas foram mencionados os problemas referentes às articulações e os ligados a mudanças de humor e/ou alterações de comportamento, 12 (48%) dos componentes da amostragem indicaram que tem dor de cabeça frequente e 11 (44%) sofrem com as lombalgias e com problemas respiratórios. Já na faixa de 10 (40%) participantes foram muito referidos os problemas digestivos, as dores musculares crônicas e o consumo constante de medicamentos. Abaixo da faixa de frequência de 10 indivíduos (40%), com 8 (32%) citações quanto aos problemas do sistema nervoso e com 7 (28%) as lesões por acidentes. Os demais itens foram citados abaixo da frequência de 6 (24%) servidores da amostragem.

Contudo, para que se pudesse responder à questão que objetiva este estudo, buscando o entendimento sobre de que modo as implicações da arquitetura, no território hospitalar, podem influenciar a saúde dos servidores de enfermagem do HMGV, foi necessário abrir um debate sobre as relações das patologias relacionadas com o trabalho praticado pelas equipes de enfermagem, e mais além, com o território onde esses servidores estão inseridos. Para isso, não bastou apenas a identificação da existência desses problemas de saúde. Fez-se necessário então, identificar qual é a relação desses problemas com as atividades laborais e com o ambiente.

Dessa forma, procurando uma aproximação quanto à percepção dos servidores de enfermagem do HMGV, abriu-se a questão se o problema de saúde assinalado por eles tinha relação com o seu trabalho ou se foi provocado e até agravado pelo trabalho. Esses dados, com relevância para este estudo, estão representados na tabela 6.

Assim, a tabela 11, abaixo, demonstra os problemas de saúde que, conforme o questionário aplicado, foram respondidas como: não existente, existente, mas não relacionado com o trabalho, existente e provocado pela atividade laboral e existente e agravado pelo trabalho. A amostragem, como já detalhado, foi composta por 25 profissionais de enfermagem do HMGV.

Tabela 11 – Distribuição proporcional dos trabalhadores do HMGV, componentes da amostragem, segundo percepção de existência de doenças que possam estar relacionadas ao trabalho. (n = 25 participantes)

Problemas de saúde	Provocado		Agravado		Total	
	Freq. (n)*	%	Freq. (n)*	%	Freq. (n)*	%
1 Lesões por acidentes	5	20%	1	4%	6	24%
2 Doenças infecciosas	2	8%	3	12%	5	20%
3 Dor de cabeça frequente	6	24%	5	20%	11	44%
4 Perda auditiva	0	-	0	-	0	-
5 Problemas oculares	7	28%	2	8%	9	36%
6 Hipertensão	2	8%	3	12%	5	20%
7 Doenças do coração	1	4%	3	12%	4	16%
8 Varizes	14	56%	4	16%	18	72%
9 Doenças renais	1	4%	2	8%	3	12%
10 Intoxicação por metais ou substâncias químicas	1	4%	1	4%	2	8%
11 Problemas respiratórios	5	20%	4	16%	9	36%
12 Doenças de pele	1	4%	0	-	1	4%
13 Câncer	0	-	0	-	0	-

14	Problemas digestivos	6	24%	2	8%	8	32%
15	Doenças do fígado	1	4%	1	4%	2	8%
16	Problemas de articulação	9	36%	3	12%	12	48%
17	Dores musculares crônicas	6	24%	4	16%	10	40%
18	Lesões da coluna vertebral	4	16%	2	8%	8	32%
19	Lombalgias	7	28%	3	12%	10	40%
20	Problemas do sistema nervoso	5	20%	3	12%	8	32%
21	Estresse / depressão	9	36%	8	32%	17	68%
22	Transtornos do sono	9	36%	6	24%	15	60%
23	Mudanças de humor / alterações de comportamento	6	24%	7	28%	13	52%
24	Alcoolismo e frequente de outras drogas	1	4%	0	-	1	4%
25	Consumo frequente de medicamentos	6	24%	3	12%	9	36%
26	Afastamentos frequentes por motivo de saúde	3	12%	2	8%	5	20%
27	Mudança / transferência do trabalho por motivo de saúde	3	12%	2	8%	5	20%
28	Agressões ou condutas violentas	0	-	0	-	0	-
29	Transtornos relacionados ao ciclo menstrual	1	4%	1	4%	2	8%
30	Transtornos da gravidez ou do aparelho reprodutor	0	-	0	-	0	-

\*Múltiplas respostas

Na tabela 11, observou-se que nem todos os problemas de saúde informados pelos trabalhadores na tabela 10 estão relacionados com o seu trabalho, de acordo com a sua percepção.

Neste trabalho, vamos focar na categoria dos problemas de saúde que, conforme o entendimento dos servidores pesquisados, estejam relacionados às atividades laborais.

Dentre os 10 problemas que mais foram destacados na tabela 10 pelos servidores, e incluídos na tabela 11 como provocados e/ou agravados pelo trabalho, com mais de 13 (50%) dos participantes da pesquisa respondendo positivamente, destacam-se as varizes, mencionadas por 18 (72%) indivíduos, o estresse/depressão como a segunda patologia mais incidente dentre a amostragem, com 17 (68%) dos participantes, os transtornos do sono, indicados por 15 (60%) dos trabalhadores analisados, seguido das mudanças de humor/alterações de comportamento com 13 (52%) pessoas respondendo positivamente.

Na faixa de 40% de incidência temos os problemas de articulação, aparecendo em 12 (48%) respostas, dores de cabeça frequentes com 11 (44%) e as lombalgias e dores musculares com 10 (40%) trabalhadores afirmando a existência dos sintomas e relacionando-os ao trabalho. Esses dados corroboram os estudos científicos

existentes na área de enfermagem do trabalho.

Diversas patologias, presentes na lista acima, possuem relação com os riscos ergonômicos, pela natureza dos ofícios de enfermagem que têm em comum o incômodo pela posição corporal adotada por um longo período, a exposição ao ruído, posturas forçadas, como flexões inadequadas para a execução de algumas tarefas, principalmente da coluna vertebral, falta de meios para a efetivação do trabalho, esforços que produzem fadiga e a manipulação, movimentação e transporte de cargas pesadas, tais como os pacientes, por exemplo.

Além da repetitividade de movimentos, na enfermagem, em geral, muitos trabalhadores são obrigados a ficarem em pé durante longo tempo, muitas vezes não podendo andar ou assentar-se durante o período em que executam suas tarefas, exigindo dos profissionais esforços físicos intensos, podendo levar ao desenvolvimento de problemas como fraturas, lombalgias, varizes, entre outros (MORAIS, 2009).

Paz (2010), corroborando com o que já enfatizaram diversos autores (ALEXANDRE, 1998; MAURO, 2009; GUEDES, 2000; MORAIS, 2009), mostrou que os enfermeiros passam a maioria do seu trabalho em pé ou em posições desconfortáveis, o que pode provocar ou agravar os problemas circulatórios e osteomusculares.

Por isso, para Feitosa, et al. (2014):

As pausas de trabalho são imprescindíveis, pois servem para precaver a fadiga, no ambiente hospitalar, onde os trabalhadores de enfermagem ficam na maior parte do tempo em pé, posição que desenvolve cansaço. Além disso, a sobrecarga de trabalho leva a um comprometimento físico e mental afetando assim as horas de sono e repouso, o que vai repercutir na vulnerabilidade do trabalhador aos acidentes ou doenças ocupacionais, como os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e outras patologias decorrente do estresse (FEITOSA et al., 2014, p. 54).

Posteriormente, ainda segundo Paz (2010), esses problemas podem se desenvolver em Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, ocasionados pela utilização exagerada das estruturas anatômicas do sistema musculoesquelético e da falta de tempo para a devida recuperação, fato corriqueiro no trabalho de enfermagem. Grande parte dessas agressões contra a coluna vertebral e o fato de permanecerem longos períodos em posições fatigantes a que estão submetidas as equipes de enfermagem possui relação direta com as questões

ergonômicas, já apontadas, como a desconformidade de mobiliários, postos de trabalho mal dimensionados e posicionamento inconveniente de equipamentos.

Esses problemas envolvem fatores ambientais e organizacionais, que conforme Duarte e Mauro (2009), geram impactos econômicos e laborais para a instituição e aos profissionais de enfermagem, principalmente como causadores de absenteísmo, visto que são acometidos devido às doenças e aos acidentes associados ao trabalho. Verifica-se que as causas de riscos ambientais nas atividades de enfermagem encontram-se presentes diariamente nas suas atividades, podendo causar ou agravar lesões físicas e psíquicas, cabendo aos gestores fazer uma avaliação desses problemas de forma a minimizarem os seus efeitos sobre a vida desses servidores.

Nesse sentido, Alexandre (1998) destaca o mérito da participação de representantes da enfermagem no desenvolvimento e planejamento dos ambientes físicos hospitalares, juntamente com os arquitetos e demais componentes dessa equipe interdisciplinar.

As condições para a prática da enfermagem impõem um volume muitas vezes excessivo de atividades e de concentração para muitas tarefas concomitantemente, o que pode fazer com que esses trabalhadores desenvolvam transtornos relacionados com o estresse laboral. O estresse e outros transtornos psicológicos como a depressão e a ansiedade, estão intimamente ligados a fatores relativos ao desempenho de funções, conseqüentemente aos riscos impostos pela própria relação de trabalho (PAZ, 2010).

Os riscos psicossociais, tais como de sobrecarga de trabalho, de pouca possibilidade de promoção, do ritmo de trabalho acelerado, pela falta de recursos para realizar o trabalho, além da pouca oferta de formação contínua e da duração excessiva da jornada de trabalho, conforme dados levantados nesta pesquisa, são definidos pelas interações existentes entre a organização do trabalho, a gestão, as atividades que são desempenhadas e as condições do ambiente de trabalho. Vale ressaltar que, geralmente, os riscos psicossociais estão associados ao estresse e ao trabalho, por isso, tem sido um grande desafio para a saúde e a segurança ocupacional nos dias atuais (SOUZA, 2017).

Ainda, segundo Souza (2017), é preciso ter em mente que o estresse e a depressão se tratam de reações do sujeito a determinadas situações que, aglutinadas, podem provocar alterações físicas, comportamentais, e principalmente, psicológicas.

Assim, o trabalhador de enfermagem sofre com as patologias mentais como consequência da manifestação da organização, gestão e da própria atividade que é desenvolvida sobre a saúde desses indivíduos, os quais ficam expostos a situações e a fatores que podem levar a seu adoecimento como, por exemplo, a exposição aos ruídos, índice de luminância incorretos, a agentes tóxicos, às más condições ergonômicas do ambiente de trabalho, problemas de e com a gestão, entre outros, causando um desgaste físico e mental (PAZ, 2010).

As pressões psicossociais produzem grande influência sobre o corpo humano. Essas demandas psicossociais e culturais podem interferir na sensibilidade e na dor, e assim afetar a atenção, a sintomatologia e aumentar o relato de sintomas de distúrbios musculoesqueléticos, e/ou a percepção de suas causas (SOUZA, 2017).

Como evidenciado nesta pesquisa, os transtornos ou mudanças de humor são também distúrbios de saúde percebidos pela população estudada, além das alterações de comportamento. A generalidade desses servidores têm suas atividades ligadas diretamente no cuidado junto aos pacientes e acompanhantes, na realização de atividades cujas propriedades são as altas demandas psicológicas, pouco suporte social e o controle sobre o trabalho.

Diversos problemas distintos são sempre mencionados pelas equipes de enfermagem como ansiedade, transtornos do sono, variação de peso corporal e diversos tipos de dores (cabeça, lombalgias, articulações), possivelmente resultantes do trabalho ou seu excesso. Os ambientes inadequados, atividades mal organizadas, pouca valorização do trabalhador, participação insatisfatória nas decisões, demandas excessivas, baixos salários e realização de atividades repetitivas contribuem para posturas incorretas em situações laborais indesejáveis e podem favorecer o adoecimento (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Outra característica do trabalho de enfermagem, aqui trazida por Paz (2010), está no fato de que esses profissionais passam muito tempo dedicando-se aos enfermos e seus familiares. Inevitavelmente são formadas relações interpessoais, em geral carregadas de emoções, tensões, por vezes frustrações e até hostilidade. Essa relação íntima entre profissional e usuários pode conduzir ao aparecimento de doenças psicossociais nesses grupos profissionais. E isso é mais latente quando da atenção direcionada a pacientes com enfermidades terminais, quando essa percepção de desaponto pode ser altamente desenvolvido.

Os trabalhos e o assessoramento da enfermagem nas instituições públicas, como destacam Spindola e Santos (2005), têm sido penalizados com a escassez dos recursos humanos e materiais. Essas deficiências gerenciais prejudicam diretamente na qualidade da execução das atividades e na saúde mental das enfermeiras. Os autores demonstram ainda que o agravamento da deterioração do ambiente de trabalho das equipes enfermagem é responsável pelo aumento do absenteísmo dentre muitos trabalhadores, o que tem promovido aumento do esgotamento físico e mental dos servidores que permanecem na atividade, uma vez que as tarefas precisam ser redistribuídas e assumidas entre aqueles que permanecem, sem possibilidade de preservação da qualidade da execução das atividades previstas.

A prevenção dos problemas de saúde relacionados com o ambiente de trabalho é fundamental porque permite diminuir o acometimento de doenças, acidentes, e consequentemente de absenteísmo, bem como proporciona para as instituições maior e melhor satisfação entre os servidores, motivando a melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores, incentivando-os a produzirem serviços de melhor qualidade.

Nesse contexto, a arquitetura hospitalar possui a atribuição de definir ou redefinir os espaços e os ambientes. Ao defender que a humanização desses espaços de atenção à saúde poderá reverter esses processos desencadeantes de riscos ocupacionais e consequentes doenças ou lesões nos trabalhadores de enfermagem, como discutidos acima, voltando os olhos para o fomento da saúde e para o bem-estar do trabalhador de enfermagem, foco desta pesquisa, cria-se a sintonia com o pensamento de todos aqueles que compreendem a importância e a urgência de repensar os edifícios de saúde para aqueles entes que constantemente o territorializam em sua cotidianidade.

Para abrir então uma relação quanto à ambientação e os problemas de saúde que sua falta podem gerar, passa-se à análise dos dados componentes do Anexo E, dado pela Análise de Pós Ocupação – APO, realizada pelo método AEDET - *Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit*, já apresentado na metodologia.

A formulação, a distribuição espacial, seu dimensionamento e a objetividade de um empreendimento hospitalar devem buscar o uso aprimorado dos recursos físicos para que assim, sua decorrente produtividade ocorra a partir de uma análise e planejamento, considerando e ponderando os diferentes aspectos que influem no processo, tais como o meio ambiente, os objetivos institucionais, os recursos operacionais e físicos e os econômicos (BROSS, 1989).



Para o autor, as necessidades técnicas, funcionais e emocionais, que envolvem todo o procedimento de atenção à saúde, são também variáveis a serem observadas e organizadas por ferramentas de planejamento e administração do recurso físico, para que possam ser sanadas.

As tarefas e processos realizados nos diversos setores de atenção e suas relações devem ser reconhecidas por um rigoroso levantamento de dados e indicadores de produção e satisfação daqueles que utilizam esses espaços, considerando as atividades e as inter-relações entre os diferentes setores e os atores que o definem e redefinem, configurando esse Território Hospitalar.

A compreensão das relações entre aqueles que exercem funções da atenção aos pacientes, neste caso, das equipes de enfermagem, e os espaços físicos destinados para praticarem suas atividades, deve ser aprofundada com metodologia e instrumentos de avaliação que levam ao correto dimensionamento de um empreendimento, em que sua operação ocorra sem que haja desocupação ou acumulação, e com conforto e eficiência (GUELLI, 2010).

O sistema utilizado para a APO, como já mencionado, foi o AEDET, que funciona por meio de um questionário. Para o estudo de caso em questão, foi aplicado a diversos profissionais de enfermagem, componentes da amostragem já definida anteriormente, em número de 25 participantes, sendo que todos lidam diretamente com o ambiente.

O questionário padrão, que está indicado no Anexo E deste trabalho, é apresentado dividido em conjuntos, grupos principais com suas subdivisões:

- O Conjunto 1 que trata da Funcionalidade e tem como subitens os usos, acessos e espaços.
- O Conjunto 2 é o do Impacto, com subitens que analisam o caráter e a inovação, a satisfação do cidadão, o ambiente interno, e a integração urbana e social.
- O Conjunto 3 analisa o Padrão de Construção, nele estão os subitens desempenho, engenharia e construção (ARAÚJO et al., 2017).

As perguntas foram respondidas, atribuindo notas em uma escala de 0 a 10, para cada questionamento, sendo 0 a nota para os quesitos mais precários e 10 para aqueles itens com maior satisfação na edificação.

O tema geral foi elucidado por uma série de questões específicas, que foram usadas para dar a nota geral para os temas principais. Após completadas as respostas de todos os itens do instrumento, o programa Microsoft Excel®, versão 2013, gerou um resultado com a média da nota para cada um dos 10 grupos, apresentados conforme a tabela abaixo e também por meio de um gráfico radar, mostrando quais itens estão defasados e quais correspondem às expectativas (ARAÚJO et al., 2017).

Com os resultados obtidos nessa etapa, foi possível traçar uma relação entre as percepções de risco quanto ao ambiente de trabalho, as doenças mencionadas como provocadas e/ou agravadas por esse ambiente, com a APO, pelas respostas dos participantes, podendo assim, elucidar como a arquitetura hospitalar, atuando na configuração territorial do hospital, pode influenciar na melhoria da qualidade do ambiente laboral para as equipes de enfermagem.

Tabela 12 – Grupos de questões do método AEDET e pontuação média geral.

GRUPOS	PERGUNTAS ESPECÍFICAS E NOTAS MÉDIAS OBTIDAS	NOTA MÉDIA DO GRUPO
GRUPO 01 - FUNCIONALIDADE: USOS	1 A edificação hospitalar responde à filosofia do serviço e à estratégia pretendida?	5,10
	2 A edificação hospitalar reúne as exigências funcionais estabelecidas?	4,50
	3 A edificação hospitalar respeita a importância e a dignidade do indivíduo?	4,80
	4 As relações entre as diferentes funções são apropriadas?	5,10
	5 Os fluxos de trabalho e a logística dos processos são otimizados?	4,30
	6 O edifício hospitalar é projetado para atender a capacidade planejada?	3,00
	7 O edifício hospitalar é projetado para ser adaptável, ou seja, responde às mudanças e possibilita expansões?	4,50
	8 O edifício hospitalar possibilita segurança discreta e facilidade de controle?	4,20
GRUPO 02 - FUNCIONALIDADE: ACESSO	1 O acesso ao hospital é apropriado para todos os veículos, incluindo vias locais para ambulâncias, transporte público, veículos de serviço e de combate a incêndio?	5,80
	2 Há estacionamento adequado no hospital para visitantes e funcionários?	1,40
	3 O acesso de materiais e veículos de remoção de resíduos do hospital é separado do acesso do público e de pessoal?	5,80
	4 A estratégia de orientação e localização externa e de sinalização é de boa qualidade e integrada à edificação hospitalar?	4,80
	5 Os pedestres são capazes de acessar prontamente o edifício hospitalar?	6,80
	6 O acesso ao hospital é apropriado para todos, incluindo pessoas deficientes?	5,40
	7 A estratégia de combate ao incêndio permite o rápido acesso e saída da edificação?	4,40
		4,44
		4,90

GRUPO 03 - FUNCIONALIDADE: ESPAÇOS	1	A edificação possui em padrões adequados de espaço?	4,80	5,03
	2	A edificação atende às exigências da Resolução - RDC 50 da ANVISA (Requisitos Básicos para Elaboração de Projetos de EAS), da ABNT e outras orientações relevantes da boa prática?	5,20	
	3	A utilização dos pavimentos é otimizada?	5,10	
GRUPO 04 - IMPACTO: CARÁTER E INOVAÇÃO	1	O conceito da edificação hospitalar busca a excelência da atenção aos pacientes?	4,80	4,18
	2	O conceito da edificação hospitalar busca a excelência da atenção à saúde?	5,10	
	3	O edifício hospitalar cria uma imagem arquitetônica claramente definida?	4,70	
	4	A edificação hospitalar é estimulante?	3,50	
	5	O edifício hospitalar promove a inovação dos modelos de atenção?	4,00	
	6	O edifício hospitalar demonstra reconhecidamente alta qualidade?	3,80	
	7	O edifício hospitalar expressa a qualidade de um bom projeto?	3,50	
GRUPOS	PERGUNTAS ESPECÍFICAS E NOTAS MÉDIAS OBTIDAS		NOTA MÉDIA DO GRUPO	
GRUPO 05 - IMPACTO: SATISFAÇÃO DO CIDADÃO	1	O conceito da edificação hospitalar é satisfatório?	4,60	4,25
	2	O prédio do hospital possui uma escala e proporções apropriadas?	5,10	
	3	A composição da edificação hospitalar é harmoniosa e consistente?	4,80	
	4	A forma do edifício hospitalar agrada o sentido estético?	4,20	
	5	Os materiais externos de acabamento são apropriados e atraentes?	3,20	
	6	A cor e a textura são utilizadas para enriquecer visualmente o edifício hospitalar?	3,70	
GRUPO 06 - IMPACTO: AMBIENTE INTERNO (PACIENTES E PESSOAL)	1	A edificação hospitalar cria um ambiente de alta qualidade ao paciente?	3,00	3,85
	2	A luz e a cor são exploradas para pacientes, pessoal e o público no hospital?	4,60	
	3	As vistas (paisagens) são exploradas para pacientes, pessoal e público no hospital?	3,90	
	4	A estratégia de comunicação visual é de alta qualidade e completamente integrada à edificação hospitalar?	3,80	
	5	Os espaços internos do hospital são bem planejados e apropriados?	3,90	
GRUPO 07 - IMPACTO: INTEGRAÇÃO URBANA E SOCIAL	1	O prédio do hospital realça o sentido do local?	5,00	5,05
	2	O edifício hospitalar é um bom vizinho para os edifícios próximos?	5,00	
	3	A edificação hospitalar contribui positivamente para a vizinhança e a comunidade?	5,50	

	4	O prédio hospitalar assenta-se bem no local?	6,00	
	5	A edificação no local reflete exigências das autoridades de planejamento urbano?	4,90	
	6	O tratamento de paisagismo (jardins espaços livres) do hospital é apropriado?	3,90	

GRUPO 08 - PADRÃO DE CONSTRUÇÃO: DESEMPENHO	1	O uso da luz natural é maximizado e adequado no hospital?	4,00	3,69
	2	A qualidade do ar interna é otimizada para pacientes, pessoal e público?	3,70	
	3	A acústica do hospital proporciona conforto e privacidade aos usuários?	3,90	
	4	A edificação hospitalar proporciona conforto térmico aos usuários?	2,80	

GRUPOS	PERGUNTAS ESPECÍFICAS E NOTAS MÉDIAS OBTIDAS	NOTA MÉDIA DO GRUPO
--------	--	---------------------

GRUPO 09 - PADRÃO DE CONSTRUÇÃO: ENGENHARIA	1	O local conta com engenharia apropriada para sistema de gerenciamento e controle nas operações?	5,10	4,40
	2	Os sistemas especiais de engenharias do hospital são apropriados?	5,10	
	3	Os materiais de engenharia otimizam o uso de elementos padronizados?	5,00	
	4	Os materiais de engenharia otimizam a utilização de elementos pré-fabricados?	4,80	
	5	Os sistemas de iluminação artificiais do hospital são otimizados?	4,70	
	6	O sistema prevenção de combate ao incêndio foi incorporada à edificação?	4,00	
	7	Os sistemas de emergência são projetados para minimizar a interrupção dos serviços prestados no hospital?	4,80	
	8	Os sistemas de resfriamento, aquecimento, ventilação e sistemas de condicionamento de ar são projetados para operar de forma eficientemente com controle local onde requerido?	3,20	
	9	Os sistemas de energia elétrica estão projetados apropriadamente?	4,20	
	10	Os sistemas operacionais da água quente e de vapor estão baseados em sistemas apropriados de engenharia?	3,20	
	11	Os sistemas de telecomunicações são fáceis de operar?	4,60	
	12	Sistema de água / esgotos e drenagem (água de chuva) é eficiente e eficaz?	4,00	

GRUPO 10 - PADRÃO DE CONSTRUÇÃO: CONSTRUÇÃO	1	A edificação hospitalar pode ser reformada ou adaptada em fases (áreas isoladas) segundo o planejamento ou estágios da construção, sem prejudicar o seu funcionamento?	5,00	5,19
	2	O edifício hospitalar pode ser mantido prontamente?	5,00	
	3	A construção é resistente?	5,60	
	4	A estrutura e as instalações estão integradas ao edifício hospitalar e entre si?	5,00	

---

5 O edifício foi planejado para a saúde e segurança na sua construção e operação?

---

5,40

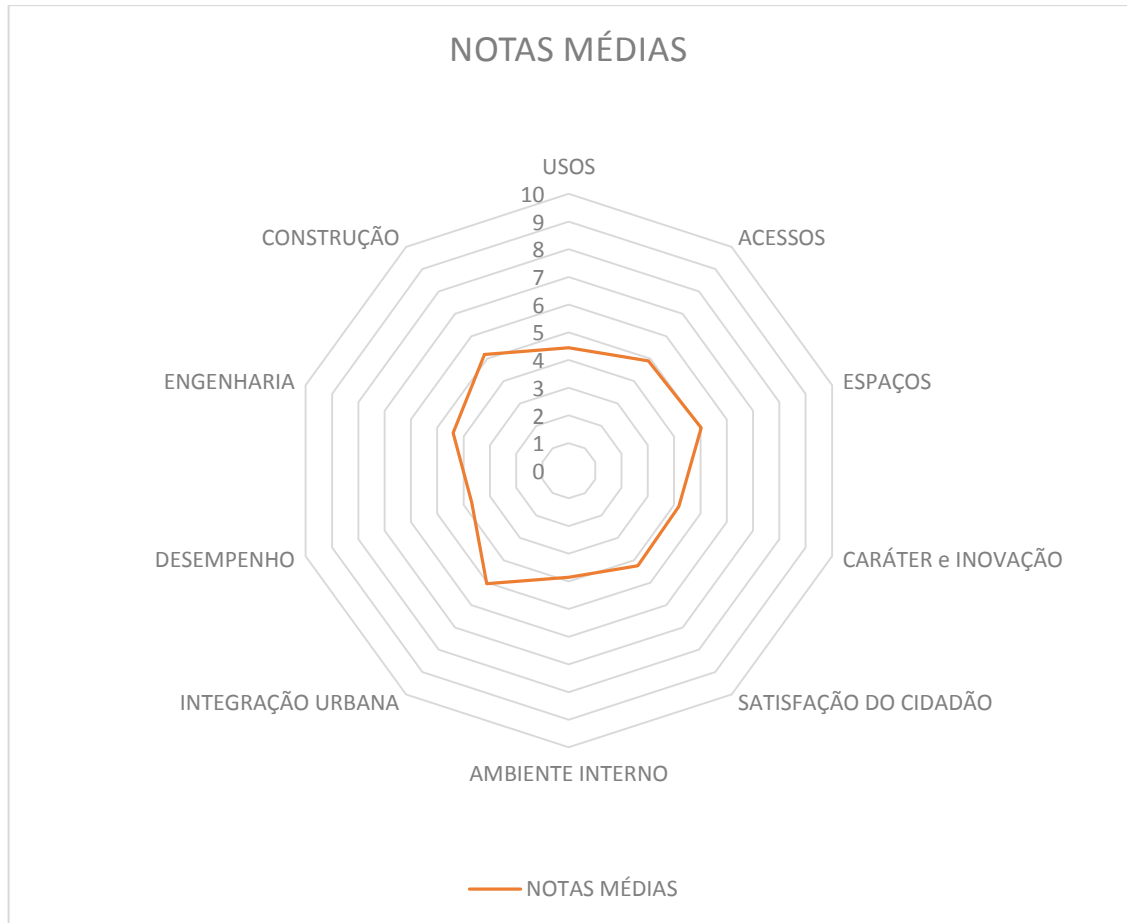


Gráfico 1 – Gráfico representando a aplicação e resultados do AEDET para a população componente da amostragem (25 profissionais de enfermagem) do HMGV.

Pode-se observar que nos diversos quesitos solicitados pela APO, a população estudada expõe uma insatisfação quanto à edificação hospitalar, observado pela média geral das notas obtidas de 4,50, ou seja, abaixo de 5 pontos numa escala de 0 a 10.

Essa afirmativa está alicerçada nos dados apresentados, quando observa-se que o maior valor, por grupo, no caso, atribuído ao Grupo 10, que traz perguntas sobre a construção e seus padrões, obteve média de 5,19. Nota relativamente baixa, considerando a escala de 0 a 10 utilizada no instrumento. Verifica-se que, sendo esse o maior valor alcançado, é latente a percepção negativa desses servidores quanto ao Território Hospitalar que ocupam.

Percebe-se ainda, que no grupo de questões que avaliam a qualidade do padrão de construção, em seu desempenho, cuja nota média não passou de 3,69, e

considerando que nesse item as questões são referentes à qualidade da ambientação quanto a iluminação, qualidade do ar, da acústica e do conforto térmico, pode-se depreender que a Ambientação dessa edificação hospitalar, preconizada pelo PNH, é insatisfatória ao olhar da população estudada.

Outro aspecto que se destacou negativamente foi o grupo referente ao ambiente interno, com nota média de 3,89. Nele são postas questões sobre o ambiente do e para o paciente, a luz, as vistas, paisagens, os espaços sociais, a disposição e o planejamento dos espaços internos e a orientação e comunicação visual. Essas variáveis fazem parte das melhores práticas indicadas pelas pesquisas de evidências, sendo fundamentais para o processo de ambientação arquitetônica, e conseqüentemente, melhoria da humanização. A nota baixa apresentada aponta que o hospital deverá desenvolver planos para aperfeiçoar esses requisitos.

Ao compararmos os resultados obtidos pela APO com os dados indicados nas Tabela 4 – Distribuição proporcional dos trabalhadores componentes da amostragem segundo percepção de existência e frequência de fatores de risco do ambiente de trabalho e na Tabela 6 – Distribuição proporcional dos trabalhadores analisados, segundo percepção de existência de doenças que possam estar relacionadas ao trabalho, pode-se perceber a relação de frequência entre aqueles motivos que eles indicam serem causadores de doenças, com as próprias doenças a que são acometidos, e também com o território hospitalar em que estão inseridos.

Dentre as correlações que mais se destacaram, negativamente, podemos trazer:

Tabela 13 – Comparativo dos Riscos com as Doenças apontadas pelos participantes da pesquisa quanto a ergonomia e os riscos mecânicos e de acidentes. (n = 25 participantes)

	<b>Relação dos Riscos Percebidos</b>	<b>Freq. (n)*</b>	<b>%</b>
<b>Percepção quanto aos Riscos para Saúde do Trabalhador relacionados à ergonomia.</b>	Desconforto pela postura adotada por muito tempo	23	92%
	Exposição ao ruído	22	88%
	Posturas forçadas pela realização de algumas tarefas	21	84%
	Recursos insuficientes para realizar o trabalho	21	84%
	Esforço que produz fadiga	20	80%
	Manipulação de cargas pesadas	19	76%

	<b>Relação das Doenças Percebidas</b>	<b>Freq. (n)*</b>	<b>%</b>
<b>Percepção das Doenças Existentes Relacionadas ao Trabalho podendo ter sido Provocadas ou Agravadas pela ergonomia inadequada.</b>	Lesões por acidentes	6	24%
	Problemas oculares	9	36%
	Varizes	18	72%
	Problemas de articulação	12	48%
	Dores musculares crônicas	10	40%
	Lesões da coluna vertebral	6	24%
	Lombalgias	10	40%
Consumo frequente de medicamentos	9	36%	

	<b>Relação dos Riscos Percebidos</b>	<b>Freq. (n)</b>	<b>%</b>
<b>Percepção quanto aos Riscos mecânicos e de acidentes</b>	Má distribuição do espaço físico	21	84%
	Choques contra objetos móveis / imóveis	20	80%
	Riscos de tropeçar em objetos	20	80%
	Ordem e limpeza insuficientes	19	76%
	Risco de queda de materiais	19	76%
	Risco de queda no ambiente de trabalho	18	72%

	<b>Relação das Doenças Percebidas</b>	<b>Freq. (n)</b>	<b>%</b>
<b>Percepção das Doenças Existentes Relacionadas ao Trabalho podendo ter sido Provocadas ou Agravadas pelos riscos mecânicos e de acidentes</b>	Lesões por acidentes	6	24%
	Dor de cabeça frequente	11	44%
	Problemas oculares	9	36%
	Varizes	18	72%
	Problemas respiratórios	9	36%
	Problemas de articulação	12	48%
	Dores musculares crônicas	10	40%
	Lesões da coluna vertebral	6	24%
	Lombalgias	10	40%
Consumo frequente de medicamentos	9	36%	

\*Múltiplas respostas

Na APO, quando das respostas às perguntas elaboradas para os Grupos 1 – Funcionalidade / Usos, Grupo 2 – Funcionalidade / Acessos, Grupo 3 – Funcionalidade / Espaços, percebe-se a correlação às transcrições das tabelas acima, pois as notas médias obtidas ficaram respectivamente em 4,40, 4,90 e 5,03, em uma escala de 0 a 10, ou seja, relativamente baixa quanto à satisfação, às adequações de Uso, Acessos e Espaços da edificação hospitalar estudada.

Os três grupos referenciam suas perguntas aos Riscos e as Doenças listadas,

pois essas doenças podem ter sido provocadas ou agravadas pelo ambiente de trabalho e sendo esse ambiente mal avaliado nesses quesitos, pressupõe-se que, se a instituição hospitalar traçar metas objetivando mitigar tais insatisfações, poderá, em contrapartida, obter resultados futuros positivos com a diminuição ou até a eliminação dessas patologias, que geram afastamentos e múltiplos prejuízos ao erário.

Observando outras variedades de riscos e problemas de saúde que possam ser ocasionados por eles nos espaços laborais da enfermagem, conforme o entendimento dos componentes do conjunto de servidores de enfermagem que colaboraram com a participação, respondendo aos questionários, podemos correlacionar:

Tabela 14 – Comparativo dos Riscos com as Doenças apontadas pelos participantes da pesquisa quanto a ergonomia e os riscos mecânicos e de acidentes. (n = 25 participantes)

	<b>Relação dos Riscos Percebidos</b>	<b>Freq. (n)*</b>	<b>%</b>
<b>Percepção quanto aos Riscos psicossociais para a saúde dos trabalhadores</b>	Riscos de sobrecarga de trabalho	23	92%
	Pouca possibilidade de promoção	22	88%
	Ritmo de trabalho acelerado	21	84%
	Recursos insuficientes para realizar o trabalho	21	84%
	Pouca oferta de formação contínua	19	76%
	Duração excessiva da jornada de trabalho	18	72%

	<b>Relação das Doenças Percebidas</b>	<b>Freq. (n)*</b>	<b>%</b>
<b>Percepção das Doenças Existentes Relacionadas ao Trabalho podendo ter sido Provocadas ou Agravadas pelos riscos psicossociais</b>	Dor de cabeça frequente	11	44%
	Hipertensão	5	20%
	Problemas digestivos	8	32%
	Problemas do sistema nervoso	8	32%
	Estresse / depressão	17	68%
	Transtornos do sono	15	60%
	Mudanças de humor / alterações de comportamento	13	52%
	Consumo frequente de medicamentos	9	36%

\*Múltiplas respostas

Os riscos apresentados pela sobrecarga de trabalho, ritmo acelerado de trabalho, duração excessiva da jornada, aliados à falta de recursos para sua realização, além das doenças mencionadas pelos participantes conforme sua percepção, é possível afirmar que podem estar relacionadas às lesões por acidentes provocadas por choque contra objetos, quedas de objetos, quedas no local de trabalho, isso considerando que na correria do dia-a-dia, com os problemas de layout,



tais possibilidades são potencializadas no local de trabalho.

Além dessa relação, os problemas psicossociais estão intimamente ligados a todas as outras patologias, pois uma pode ser consequência da outra e vice-versa. Essa intimidade relacional entre os riscos e as doenças nos chama a atenção, pois tornam essas patologias com maior poder agressivo aos quais os profissionais de enfermagem podem estar expostos.

A falta de estímulo proporcionada pelo ambiente laboral inadequado, pela falta de qualidade de um bom projeto, de harmonia, estética desagradável visualmente, falta de ergonomia principalmente pela exposição a ruídos, ambientes mal iluminados que não aproveitam para proporcionar vistas dos ambientes externos e esses ambientes externos quando expostos também não são tratados, corroboram para o que a APO nos trouxe como respostas negativas, contidas nos Grupos 4, 5, 6 e 7, que discorrem sobre os impactos que a edificação hospitalar exerce sobre os usuários quanto ao caráter de inovação, satisfação, relação com os ambientes e quanto a integração, ficando com média abaixo de 5 pontos.

Chama a atenção a nota referente ao ambiente interno, cuja média não ultrapassou 4 pontos, e nesse quesito estão itens como adequação aos usuários quanto ao uso das cores e das luzes, da comunicação visual, da exploração visual de paisagens e da adequação espacial, todos fatores de risco apontados pelos respondentes como possíveis causadores de doenças.

Os resultados alcançados corroboram para o que fora pretendido com essa pesquisa, ou seja, demonstrar o quanto a arquitetura hospitalar pode influenciar positivamente, quando bem aplicada, no processo de ambientação e consequente humanização para as equipes de enfermagem que utilizam, apropriam e territorializam esse Território Hospitalar em suas relações de trabalho e sociais, onde passam boa parte do tempo de suas vidas nas longas jornadas de trabalho.

## 8 CONCLUSÕES

Constatou-se que no grupo de estudo analisado apresentam-se particularidades profissionais que o expõe ao processo de saúde-doença, como os vários vínculos empregatícios, volume de trabalho excessivo, carga horária elevada, baixa remuneração, escalas de trabalho abusivas, entre outras. Esses fatores são ainda mais evidentes quando percebe-se que o maior contingente das equipes de enfermagem são mulheres, e essas, em sua maioria, assumem ainda seus afazeres domésticos no cuidado da casa e da família, corroborando também com a revisão da literatura que mostra o quanto essa sobrecarga de atividades reflete negativamente na saúde dessas trabalhadoras, conforme relatado neste trabalho.

A fragilização dos modelos de contrato de trabalho implicada pelas mudanças mercadológicas do mundo atual chegaram também nas instituições públicas hospitalares, com forte destaque para o processo de terceirização da mão de obra, principalmente das atividades pertinentes às equipes de enfermagem. Essas transformações sociais, culturais e econômicas fazem com que esses profissionais fiquem sujeitos à desregulamentação e flexibilização do trabalho, gerando intranquilidade, medo e conseqüentemente ansiedade, repercutindo na qualidade de vida, saúde e com intensos prejuízos ao processo de trabalho.

Há necessidade da realização de novos concursos públicos para que se eleve o volume de profissionais de enfermagem sob regime estatutário, buscando assim, reduzir a sobrecarga de trabalho, dando maior sensação de segurança, resultando na atenuação dos riscos, principalmente aqueles relacionados à ergonomia e às doenças psicossociais. Contudo, é sabido das dificuldades do poder público em suprir com novos certames a forte demanda por profissionais, dada a escassez de recursos e do alto custo necessário para sua realização. Todavia, é um investimento cujo retorno repercute para melhor qualidade nos serviços prestados, dada a diminuição da incidência de algumas patologias, que geram em consequência os afastamentos, fechando esta rede de benefícios, atenuação das despesas públicas com esses servidores.

Com a aplicação do Questionário sobre Riscos e Danos aos servidores de enfermagem participantes da pesquisa, constatou-se a forte percepção dos seguintes elementos:

- 1) Riscos ergonômicos, físicos e psicossociais – as posturas forçadas e o desconforto na manipulação de cargas pesadas e na realização de algumas tarefas, os recursos insuficientes para realização das atividades, o esforço físico desproporcional, o ritmo de trabalho vertiginoso e, com isso risco de sobrecarga de trabalho, com muito volume de serviços em uma jornada excessiva de trabalho, iluminação e ventilação insuficientes e ineficientes, ruídos excessivos, EPIs mal utilizados e pouca ou nenhuma possibilidade de ascensão profissional;
- 2) Riscos mecânicos ou de acidentes – a má distribuição do espaço físico e leiaute, e com os problemas de leiaute aumentam também os riscos de choques contra objetos, de tropeçar contra equipamentos ou mobiliários e de quedas, além dos riscos proporcionados pela insuficiência na ordem e na limpeza dos ambientes;
- 3) Risco biológico – foram indicados os riscos por lesão com objetos pérfuro cortantes e a exposição a resíduos biológicos, porém destacou-se o risco a contrair infecção ou doença, principalmente pela exposição aos vírus da Hepatite e HIV.
- 4) Risco químico – risco de contato com diversas substâncias químicas.

Com esses dados pode-se, possivelmente, caracterizar o ambiente como inadequado para as atividades de enfermagem, pois poderá refletir na saúde dessas equipes. Essas desconformidades implicam na má qualidade do espaço laboral, e conseqüentemente influenciam também nas condições da assistência. Potencializam as possibilidades do servidor desenvolver patologias relacionadas ao trabalho, e por fim, seu afastamento das atividades, gerando o absenteísmo, que por sua vez sobrecarregará os demais componentes da equipe que sofrerão, ainda mais, com as más condições do ambiente.

As afirmativas são confirmadas quando da apresentação dos resultados referentes às indicações dos problemas de saúde, constantes do questionário sobre riscos e danos, julgados pelos participantes da pesquisa como provocados ou agravados pelo trabalho. Os principais apontados são: varizes, estresse/depressão, transtornos do sono, mudanças de humor e comportamento, problemas de articulação, dores de cabeça com frequência, dores musculares e lombalgias, problemas oculares, respiratórios e digestivos, lesões por acidentes e da coluna

vertebral.

Todas essas patologias estão, conforme a percepção dos entrevistados, relacionadas aos riscos ergonômicos, físicos, mecânicos, de acidentes e psicossociais, listados anteriormente, corroborando para a identificação das causas do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem do HMGV, e assim, identificando os perfis de associação relacionados às causas de afastamentos.

Por fim, para se verificar como os processos de humanização, referentes à ambientação do território hospitalar, direcionados aos profissionais de enfermagem do HMGV, estão sendo aplicados, utilizou-se da APO por meio do método AEDET-Brasil. Esse método trabalha a avaliação dos espaços de saúde, sob a ótica dos usuários, nesse caso, a equipe de enfermagem.

Evidencia-se a relevância da utilização metodológica desse processo para o diagnóstico qualitativo dos espaços físicos, por indicar problemas a serem aperfeiçoados na busca pela excelência na atenção à saúde, onde os enfermeiros possuem notória participação.

Os aspectos insatisfatórios, indicados pelas respostas dos participantes sobre o edifício estudado, estão relacionados ao padrão de construção e seu desempenho, seguido da inadequação dos espaços. Para os entrevistados, a edificação hospitalar não cria um ambiente de alta qualidade para os pacientes, e por analogia, também não pode oferecer qualidade aos profissionais que ali atuam.

Para se atingir melhor qualidade ambiental, a edificação deveria utilizar melhor da luz e das cores, explorar as vistas (paisagens) tanto para pacientes quanto para os profissionais e público em geral. As estratégias de comunicação visual são falhas, o que gera desorientação dos usuários dentro da instituição, e por consequência, acessos indevidos e insegurança.

Os espaços internos do hospital não são bem planejados e apropriados para o uso a que se destinam, como apontaram os participantes da pesquisa. A má qualidade do ar interno, falta de tratamento termo acústico que não privilegia privacidade e conforto, foram problemas identificados quanto à ambientação. Assim, com o objetivo pela busca da primazia e da alta qualidade da edificação, os resultados levam à conclusão de que devem ser aprimorados os planos e/ou projetos da instituição, visando o aperfeiçoamento desses aspectos.

Como demonstrado pela pesquisa, a busca pela qualidade ambiental dos espaços hospitalares requer um grande esforço institucional, em que os planejadores,

projetistas, profissionais que utilizam desses espaços e gestores públicos devem trabalhar interdisciplinarmente para melhorar os atributos que abarcam esses aspectos do edifício, com o intuito de elevar as percepções de todos os entes que o compõem, em busca da excelência na atenção à saúde. Mitigando as possibilidades nocivas que as más condições ambientais impõem sobre os trabalhadores desses espaços, em especial as equipes de enfermagem, sob o artifício da Ambientação Arquitetônica, como um dos pilares para se alcançar a Humanização tão desejada, é possível prover um Território Hospitalar menos hostil para todos.

Neste estudo, foram utilizados dois instrumentos distintos para a avaliação que se pretendia. Esses instrumentos foram executados em diversos outros trabalhos, porém, isoladamente. Não foi encontrada na literatura nenhuma publicação onde essas ferramentas tenham sido empregadas em conjunto, sendo então, um avanço e também limitação, já que se observa a necessidade de outras pesquisas para sustentar os resultados desta. Além disso, o uso de apenas uma unidade hospitalar fragiliza os resultados e não possibilita a extrapolação das informações, indicando assim o possível uso em outras instituições hospitalares, com a aplicação de diversos outros métodos e técnicas investigativas.

Sugere-se ainda, para novas investigações, levantamentos físicos dos locais, com medições e verificações comportamentais junto aos usuários do espaço, da elaboração de memoriais fotográficos e físicos, a fim de promover um diagnóstico realístico da situação. Contudo, para a efetivação desse processo é necessário um período maior de tempo, que, com a limitação imposta no trabalho aqui discutido, não foi possível de se alcançar.

Por esse diagnóstico, juntamente com as implicações indicadas pelos instrumentos de pesquisa e com a participação dos componentes desses ambientes hospitalares, sejam gestores, médicos, equipes de enfermagem, engenheiros, e claro, arquitetos, é possível traçar um plano diretor, ou seja, planejar o futuro da unidade, contemplando as imposições normativas, as demandas pelo crescimento ou adequação da instituição, os anseios dos usuários quanto a melhorias da ambientação e, por fim, a geração de um projeto arquitetônico que irá suprir essas variáveis e, enfim, a sua execução.

Sobre os instrumentos utilizados, na busca pela sequência futura, em novos trabalhos dessa linha de pesquisa, sugere-se contemplar um número maior de pesquisados, com a inclusão de médicos e gestores que também trabalham,

apropriam e territorializam na instituição.

Nesta pesquisa se destacou a interferência do ambiente construído na saúde das equipes de enfermagem, bem como a eficiência dos instrumentos de avaliação para o desenvolvimento qualitativo e ininterrupto desses edifícios. Por isso, é fundamental, em tempo oportuno, um estudo fundamentado sobre o aprimoramento e otimização de um número maior de ferramentas de pesquisa e coleta de dados que sejam apropriados para os edifícios de saúde, embasado em indicadores de qualidade e voltado para manutenção da salubridade laboral e para a realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada 050 de 20 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>>. Acesso em 10 mar. 2019.
- ALEXANDRE, N. M. C. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 6, n. 4, out. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13881.pdf>>. Acesso em 29 fev. 2019.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ARAÚJO, W. T. de. **Manual de segurança do Trabalho**. São Paulo: DCL, 2010.
- BELLO, S. C. **Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios**. RFM, Caracas, v.23, n.2, p.93-97, julho 2000.
- BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 34, n.4, p. 390-4, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a11.pdf>>. Acesso em 30 jan. 2019.
- BITTENCOURT, F. Quem tem medo da Arquitetura Hospitalar. In: CARVALHO, A. P. A. de (Org.). **A sustentabilidade em ambientes de serviços de saúde: um componente de utopia dou de sobrevivência?** Ed. UFPA, p. 13-48. Salvador, 2006.
- BOING, C. V. A. **Influência da configuração dos sistemas de circulação vertical e horizontal no deslocamento dos funcionários em edifícios hospitalares**. Florianópolis, 2003, 193 f. Dissertação. (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86324/211935.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 21 fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília, 1977, 39 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Série Saúde & Tecnologia. Manutenção Incorporada à Arquitetura Hospitalar. KARMAN, Jarbas - Brasília, 1995. 74 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza>>

sus\_documento\_gestores\_trabalhadores\_sus.pdf>. Acesso em 18 out. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 17 - Ergonomia**. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-485-de-11-de-novembro-de-2005>>. Acesso em 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-485-de-11-de-novembro-de-2005>>. Acesso em 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 32 p. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A atenção hospitalar - O processo de gestão participativa no Hospital**. Sentimento coletivo de trabalho pelo SUS. Caderno Humaniza SUS, vol 3. Série B – Textos Básicos de Saúde, Brasília 2011.

BROSS, J. C. **Requisitos básicos no planejamento hospitalar**. In: Gonçalves EL. O Hospital e a visão administrativa contemporânea. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em 20 mar. 2019.

COSTA, D. A. E.; COSTA, B. P. da. Geografia das (micro) territorializações culturais nas praças do centro urbano de Manaus. **Revista do Núcleo de Estudo em Espaço e Representações**. Curitiba, 2008.

COTRIM, N. A. A. et al.. **Método AEDET – Avaliação Pós-Ocupação de Hospital**. In: FÓRUM HABITAR. 4. Anais... Belo Horizonte, nov. 2017. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/habitar/73079-METODO-AEDET---AVALIACAO-POS-OCUPACAO-DE-HOSPITAL>>. Acesso em 20 mar. 2019.

DUARTE, N. S., MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem e Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 35 n. 121. p. 157-167, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000100017&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000100017&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 12 dez. 2018.

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNAMI, M. I. S. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v. 25. n. 3. p. 378-85. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-21002012000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002012000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 jul. 2018.



FEITOSA, K. V. A.; FILHO, A. C. A.; GOUVEIA, M. T. O.; Cynthia Roberta Dias TORRES, C. R. D.; AVELINO, F. V. S. D.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos ocupacionais e problemas de saúde de trabalhadores de enfermagem que atuam em setores de quimioterapia. Terezinha. **Revista de Enfermagem da UFPI** out./dez. p. 50-56. 2014.

FERREIRA, S. M. I. L.; PENTEADO, M. S.; SILVA Jr., M. F. **Território e territorialidade no contexto hospitalar**: uma abordagem interdisciplinar. Saúde e Sociedade. Boa Vista, 2013, 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Disponível em: <[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiLsMTMypviAhXTD7kGHfjKBSAQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fufrr.br%2Fprocisa%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D666%3Akarina-brasil-Wanderley%26id%3D60%3A2017%26Itemid%3D277&usg=AOvVaw2EGVYs5cdNZaG1MJ6bk9ld](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiLsMTMypviAhXTD7kGHfjKBSAQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fufrr.br%2Fprocisa%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D666%3Akarina-brasil-Wanderley%26id%3D60%3A2017%26Itemid%3D277&usg=AOvVaw2EGVYs5cdNZaG1MJ6bk9ld)>. Acesso em 03 ago. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA, 1990.

GOES, R. de. **Manual Prático de Arquitetura Hospitalar**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

GONDIN, G. M. M.; MONKEN, M., **Territorialização em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Fiocruz. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em 01 mar. 2019.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. ed.4. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GUEDES, E. M. **Distúrbios osteomusculares e o trabalho de enfermagem hospitalar**: estudo com auxiliares de enfermagem em unidade de ortopedia. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem. UERJ. Rio de Janeiro, 2000.

GUELLI, A. Sistema de Avaliação de Edifícios de Saúde. São Paulo. **USP- Revista Pós**, v.17 n.27. p. 174-192, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/posfau/article/view/43687>>. Acesso em 02 dez. 2018.

GUELLI, A. **Tradução e adaptação do “AEDET – Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit” para utilização no Brasil – Sistema de Avaliação Integral de Edifícios de Saúde**. 2006. 42p. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006.

GUIMARÃES, A. L. O.; FELLI, V. E. A. Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.69. n.3. p. 475-82. São Paulo, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0507.pdf>>. Acesso em 08 fev. 2019.

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORRÊA, H. R. F. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 11. n. 5. p. 608-13. set.-out. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 08 mar. 2019.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidades: um debate. **GEOgraphia**. Niterói. a. IX. n.17. p. 19-47. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/geographia/article/download/13531/8731>>. Acesso em 16 ago. 2018.

HOKERBERG, Y. H. M.; SANTOS, M. A. B.; PASSOS, S. R. L.; ROZEMBERG, B.; COTIAS, P. M. T.; MATTOS, U. A. O. O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 503-513, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30437.pdf>>. Acesso em 09 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama população. 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>>. Acesso em 04 mar. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA. **Previsão do tempo**. Disponível em <<http://www.inmet.gov.br/portal/index.php?r=tempo2/verProximosDias&code=3127701>>. Acesso em 20 abr. 2019.

KUHN, T. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. Ed. Perspectiva. São Paulo, 1998.

LEIS, H. R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Caderno de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**. Florianópolis. n. 73. v. 6. p. 2-23. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2176>>. Acesso em 29 abr. 2018.

LINDHEIM, R. An Architect's Perspective In: HOWARD, J. **Humanizing Health Care**. New York: John Willey and Sons, 1975.

MARQUES, D. O. O absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo. n. 68. v. 5. p. 594-60. set./out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0876.pdf>>. Acesso em 11 abr. 2018.

MAURO, M. Y. C. Riscos ocupacionais em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v. 12, p.338-345, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em 22 set. 2018.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B.C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. v. 19. n. 3. p. 518-523. jul-set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0518>>. Acesso em 02 dez. 2018.

- MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida.** In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde.* 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-60.
- MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MEZZOMO, A. A. **Humanização Hospitalar.** p. 42. Fortaleza: Realce Editora, 2002.
- MINAYO M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
- MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, Vozes, 2010.
- MINAYO, M.C. Prefácio. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.23-30.
- MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares.** São Paulo: CEDAS,1992.
- MONKEN, M. **Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde, Saúde e Movimento,** 2008. p.141-162
- MORAIS E. M. **Riscos Ocupacionais para enfermeiros que manuseiam quimioterápicos antineoplásicos.** 2009. 97 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp125013.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2019.
- MORILLEJO, E.A.; MUNÓZ, C.P. Fatores de risco em trabalhadores da saúde. **Revista Técnico Científica de Enfermagem.** v. 2, n. 9, p. 138-45, 2004.
- NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; MEDEIROS, M.; MUNARI, D. B.; RIBEIRO, L. C. M.; TIPPLE, A. F. V. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** (internet). Ribeirão Preto. v. 19. n. 2. t. 8. mar-abr. 2011.
- NUNES, P. H. F. A Influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território. **Questiones Constitucional.** Espanha. n. 15. jul-dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ejournal.unam.mx/cuc/cconst15/CUC1504.pdf>>. Acesso em 13 dez. 2018.
- OLIVEIRA, D. C. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 24, n. 1, p.197-206. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/19.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2019.

ONO, R.; ORNSTEIN, S. W.; VILLA, S. B.; FRANÇA, A. J. G. L. **Avaliação pós-ocupação: da teoria à prática**. São Paulo. Editora Oficina de Textos, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.

PAZ A. F. **Relação entre fatores de risco no ambiente hospitalar e a Saúde dos trabalhadores de enfermagem**. 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

REZENDE, R.; BORGES, N. M. A.; FROTA, O. P. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. **Comunicação em Ciências da Saúde**. Brasília. v. 23. n. 3. p. 243-252. 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v23\\_n3\\_a6\\_sindrome\\_burnout\\_absenteismo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a6_sindrome_burnout_absenteismo.pdf)>. Acesso em 22 abr. 2018.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

RULLANI, E. **Piùlocale e piùglobale: verso una economia postfordista del território**. In: SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções sobre território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 85-111.

SACK, R. D. **Human territoriality: its theory and history**. Cambridge. Cambridge University Press. 1986.

SANCINETTI, T.R.; GAIDZINSKI, R.R.; FELLI, V.E.A.; FUGULIN, F.M.T.; BAPTISTA, P.C.P.; CIAMPONE, M.H.T.; KURCGANT, P.; SILVA, F.J. Absenteísmo – doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo. v.43, n.spe2. p. 1277-83. 2009. Disponível em: <[https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/4148/art\\_SANCINETTI\\_Absenteismo\\_-\\_doenca\\_na\\_equipe\\_de\\_enfermagem\\_2009.pdf?sequence=1](https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/4148/art_SANCINETTI_Absenteismo_-_doenca_na_equipe_de_enfermagem_2009.pdf?sequence=1)>. Acesso em 30 jan. 2018.

SANTOS, C. E. S. dos. **Análise dos risco ocupacionais dos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Público em Imperatriz-MA**. 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) Pontifícia Universidade Católica de Goiás. 2017. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3675/2/Cleize%20Ediani%20Silva%20dos%20Santos.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2019.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo. Hucitec. 1999.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções sobre território**. São Paulo. Expressão Popular. 2007.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana: o desenvolvimento econômico da Colônia Silveira Martins, RS. Porto Alegre. EST Edições. 2003.**

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro. vol.5, n.1, pp.187-192. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>>. Acesso em 01 out. 2018.

SILVA, L. A. **Ambiente Hospitalar: uma proposição conceitual para o elemento do entorno do cuidado de enfermagem**. 2010. 282 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/dissertacao\\_leticia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/dissertacao_leticia.pdf)>. Acesso em 02 fev. 2019.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v.12. n.25. p.327-38, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2019.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. O Trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 58, n. 2, p. 156-60, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a05.pdf>>. Acesso em 22 jan. 2019.

TOLEDO, L. C. **Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. 2008. 238 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <<http://www.proarq.fau.ufrj.br/novo/trabalhos-de-conclusao/teses/536>>. Acesso em 06 jul. 2017.

TOLEDO, L. C. **Humanização do edifício hospitalar: um tema em aberto**. Artigo, PROJETA 2005 – II Seminário sobre Ensino e Pesquisa em Projeto de Arquitetura-Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

VITORIA REGIS, L. F. L.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 59. n. 4. 565-8. jul-ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a18v59n4.pdf>>. Acesso em 13 mar. 2019.

## ANEXOS

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO HOSPITAL MUNICIPAL E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO HOSPITAL MUNICIPAL E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS

Governador Valadares, 08 de Fevereiro de 2019.

Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares  
Hospital Municipal de Governador Valadares - HMGV

Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa no Hospital Municipal e acesso aos dados documentais do Setor de Recursos Humanos e no Setor de Infraestrutura (engenharia e arquitetura).

Prezado(a) Senhor(a),

Venho por meio deste, solicitar autorização para realização de pesquisa a ser desenvolvido no Hospital Municipal referente a projeto de pesquisa intitulada: **“HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: IDENTIFICAÇÃO, PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA”**.

O estudo será desenvolvido, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce - Univale. O objetivo geral relacionar os processos de humanização e as implicações ergonômicas da arquitetura hospitalar na configuração territorial dos profissionais de enfermagem no HMGV.

Será objeto o grupo de servidores formado pelas equipes de enfermagem, sejam auxiliares ou técnicos de enfermagem ou enfermeiros, concursados e efetivos, com no mínimo cinco anos de serviços prestados no HMGV. Será objeto, ainda, a análise da documentação correspondente aos afastamentos destes servidores por motivo de doença.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 02 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação dos servidores ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está

sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para indicar que a arquitetura hospitalar tem posição de destaque na busca do objetivo de promover espaços hospitalares mais humanizados que podem impactar positivamente na saúde de todos os indivíduos componentes deste território, em especial àqueles profissionais das equipes de enfermagem, diminuindo os principais fatores ligados ao absenteísmo desses profissionais em um hospital público.

Não existem riscos diretos quanto a saúde e integridade dos participantes, embora os mesmos possam apresentar insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por responder o questionário sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um relatório apresentando os resultados desta pesquisa. Neste sentido, solicitamos autorização para realização desta pesquisa, no Hospital Municipal de Governador Valadares.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

No aguardo de definições da V.Sa., nos despedimos.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Autorizado por:

06 

**Enes Cândido D. Júnior**  
Secretário Municipal de Saúde  
Governador Valadares/MG





## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### 1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<b>Título:</b> <b>HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: IDENTIFICAÇÃO, PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA.</b>
<b>Natureza do Projeto:</b> Pesquisa <b>Linha de Pesquisa: Território, Saúde e Sociedade</b>
<b>Pesquisador Responsável:</b> Leonardo Oliveira Leão e Silva
<b>Contato com pesquisador responsável:</b> Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)98805-1996
<p style="text-align: center;"><b>Comitê de Ética em Pesquisa</b></p> <p style="text-align: center;">Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

#### 2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **“HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: IDENTIFICAÇÃO, PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA”**.
- 2) A pesquisa terá como objetivo geral relacionar os processos de humanização e as implicações ergonômicas da arquitetura hospitalar na configuração territorial dos profissionais de enfermagem no HMGV.
- 3) Você irá responder a três questionários relacionados a sua vivência como servidor público pertencente ao corpo de enfermagem do HMGV.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 4.1) O entrevistador lhe fornecerá um questionário padronizado com algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso em algum momento houver constrangimento, você não precisará responder, deixará a pergunta em branco, sem resposta e poderá passar para a próxima pergunta. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. 4.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos:

insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

**8)** Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: possíveis intervenções na arquitetura do hospital na busca do objetivo de promover espaços mais humanizados que podem impactar positivamente na saúde de todos os indivíduos componentes deste território, em especial àqueles profissionais das equipes de enfermagem, diminuindo os principais fatores ligados ao absenteísmo desses profissionais, pertinentes à arquitetura local.

**9)** Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

**10)** Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

**Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo.  
A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.**

Governador Valadares, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

**ANEXO C – FORMULÁRIO PARA CATEGORIZAÇÃO PROFISSIONAL**

<b>FORMULÁRIO PARA CATEGORIZAÇÃO PROFISSIONAL</b>	
SETOR:	
DATA:	
FONTE:	
NÚMERO:	
NOME:	
SEXO:	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO
IDADE:	
COR:	<input type="checkbox"/> PRETO <input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> OUTRO
FUNÇÃO:	<input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> OUTRO
DATA ADMISSÃO:	

## **ANEXO D**

### **Instrumento de Coleta de Dados**

#### **Manual de Aplicação dos Questionários**

*O Instrumento é constituído de 05 (cinco) cadernos de avaliação, porém somente serão utilizados os cadernos 01, 03 e 04.*

#### **QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS: Identificação Subjetiva dos Problemas de Saúde no Trabalho**

##### **1- Objetivo:**

- a. Identificar os riscos e danos percebidos pelo trabalhador no seu trabalho.

##### **2- Conteúdo:**

- a. Questionário para caracterização profissional dos trabalhadores;
- b. Questionário para identificação dos fatores de risco do ambiente de trabalho;
- c. Questionário para identificação dos problemas de saúde relacionados ao trabalho;

##### **3- Instrução de Aplicação:**

- a. Este trabalho poderá ser aplicado por um profissional com formação em Arquitetura e Urbanismo, Engenharia de Segurança do Trabalho ou Auto aplicado.

##### **4- Respondente:**

- a. Este caderno poderá ser respondido pelos próprios trabalhadores, segundo a sua percepção.

- MAURO, M Y C, adaptado de Boix e Vogel (2008)

## Instrumento de Coleta de Dados

### QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS:

#### Identificação Subjetiva dos Problemas de Saúde no Trabalho

#### **FATORES DE RISCO DO AMBIENTE DE TRABALHO**

Considere que em seu posto de trabalho existem alguns dos seguintes problemas

Marcar com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo:

Preencher utilizando:

- 5 – Sempre: você observa todos os dias no seu ambiente de trabalho.
- 4 – Frequentemente: você observa muitas vezes no seu ambiente de trabalho.
- 3 – Às vezes: você observa regularmente no seu ambiente de trabalho.
- 2 – Raramente: você observa poucas vezes no seu ambiente de trabalho.
- 1 – Não acontece: você não observa no seu trabalho.
- 0 – Desconhece: você não tem conhecimento se acontece ou não.

<b>Aspectos percebidos pelos trabalhadores</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
1. Má distribuição do espaço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ordem e limpeza insuficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desconhecimento das saídas de emergências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Risco de queda no ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Risco de queda de materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Choques contra objetos móveis / imóveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Riscos de tropeçar em objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Riscos de sobrecarga de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Risco por contato elétrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Risco de incêndio e explosão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Exposição a temperatura inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Exposição a umidade excessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ventilação insuficiente / inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Iluminação insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Exposição a ruído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Exposição a radiação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Risco de contrair infecção / doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Exposição a riscos biológicos (lixo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Lesão por objetos pérfuro cortante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Exposição a gases, vapores e aerossóis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Risco de contato com substâncias químicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Falta de equipamentos de proteção individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- MAURO, M Y C, adaptado de Boix e Vogel (2008)

**ANEXO D (continuação)**

## Instrumento de Coleta de Dados

### QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS:

#### Identificação Subjetiva dos Problemas de Saúde no Trabalho

#### FATORES DE RISCO DO AMBIENTE DE TRABALHO

Considere que em seu posto de trabalho existem alguns dos seguintes problemas

Marcar com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo:

Preencher utilizando:

- 5 – Sempre: você observa todos os dias no seu ambiente de trabalho.
- 4 – Frequentemente: você observa muitas vezes no seu ambiente de trabalho.
- 3 – Às vezes: você observa regularmente no seu ambiente de trabalho.
- 2 – Raramente: você observa poucas vezes no seu ambiente de trabalho.
- 1 – Não acontece: você não observa no seu trabalho.
- 0 – Desconhece: você não tem conhecimento se acontece ou não.

Aspectos percebidos pelos trabalhadores	5	4	3	2	1	0
23. Má utilização do equipamento de proteção individual (EPI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Esforço físico que produz fadiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Manipulação de cargas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Desconforto pela postura adotada por muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Posturas forçadas pela realização de algumas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Duração excessiva da jornada de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Organização insatisfatória do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tarefas rotineiras ou monótonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ritmo de trabalho acelerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Trabalho isolado que dificulta o contato com companheiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Recursos insuficientes para realizar o trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Conflito com clientes ou pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Conflito entre trabalhadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Conflito com chefias ou encarregados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Pouca decisão sobre a realização do trabalho (autonomia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Pouca oferta de formação contínua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pouca possibilidade de promoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Agressividade, assédio sexual ou violência no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Situação de discriminação no trabalho (assédio moral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Desconhecimento o formação insuficiente sobre os riscos do próprio trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Risco de contaminação no ambiente externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Exposição ao vírus HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Exposição ao vírus da Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- MAURO, M Y C, adaptado de Boix e Vogel (2008)

#### ANEXO D (Continuação)

**Instrumento de Coleta de Dados**  
**QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS:**  
**Identificação Subjetiva dos Problemas de Saúde no Trabalho**

**PROBLEMAS DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS**

Marcar com um X os problemas de saúde que você possui:

Preencher utilizando:

**Existente:** você possui a doença.

**Relacionado ao trabalho:** a doença foi ocasionada pelo trabalho.

**Provocado:** você não possuía a doença antes de trabalhar neste lugar e agora adquiriu a doença.

**Agravado:** você já tem a doença e ela ficou pior depois de começar a trabalhar neste lugar.

**Não relacionado ao trabalho:** a doença não tem a ver com o trabalho.

Riscos e Danos	Existência		Relacionado ao Trabalho		Não Relacionado
	S	N	Provocados	Agravados	
1. Lesões por acidentes					
2. Doenças infecciosas					
3. Dor de cabeça frequente					
4. Perda auditiva					
5. Problemas oculares					
6. Hipertensão					
7. Doenças do coração					
8. Varizes					
9. Doenças renais					
10. Intoxicação por metais ou substâncias químicas					
11. Problemas respiratórios					
12. Doenças de pele					
13. Câncer					
14. Problemas digestivos					
15. Doenças do fígado					
16. Problemas de articulação					
17. Dores musculares crônicas					
18. Lesões da coluna vertebral					
19. Lombalgias					
20. Problemas do sistema nervoso					
21. Estresse / depressão					
22. Transtornos do sono					
23. Mudanças de humor / alterações de comportamento					
24. Alcoolismo e frequente de outras drogas					
25. Consumo frequente de medicamentos					
26. Afastamentos frequentes por motivo de saúde					
27. Mudança / transferência do trabalho por motivo de saúde					
28. Agressões ou condutas violentas					
29. Transtornos relacionados ao ciclo menstrual					
30. Transtornos da gravidez ou do aparelho reprodutor					

- MAURO, M Y C, adaptado de Boix e Vogel (2008)

## Instrumento de Coleta de Dados

### QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PÓS-OCUPAÇÃO – APO

#### MÉTODO: AEDET

**Instruções:** As perguntas específicas são respondidas com notas de 0 a 10, sendo 0 a nota para quesitos muito insatisfatórios e 10 para quesitos de excelência na edificação. Os temas principais, são elucidados por uma série de perguntas mais específicas, que são usadas para dar a nota geral dos temas principais, pela média obtida das notas das perguntas específicas. Após o preenchimento de todos os itens da tabela, o programa gera um resultado médio para cada um dos 10 grupos, e também um gráfico radar, mostrando quais itens estão defasados, e quais correspondem as expectativas.

1- FUNCIONALIDADE: USOS Incluindo: filosofia dos serviços, exigências e relacionamentos funcionais, fluxo de trabalho, logística, disposição, dignidade humana, flexibilidade, adaptabilidade e segurança.	
Pergunta 1.1: A edificação hospitalar responde à filosofia do serviço e à estratégia pretendida?	
Pergunta 1.2: A edificação hospitalar reúne as exigências funcionais estabelecidas?	
Pergunta 1.3: A edificação hospitalar respeita a importância e a dignidade do indivíduo?	
Pergunta 1.4: As relações entre as diferentes funções são apropriadas?	
Pergunta 1.5: Os fluxos de trabalho e a logística dos processos são otimizados?	
Pergunta 1.6: O edifício hospitalar é projetado para atender a capacidade planejada?	
Pergunta 1.7: O edifício hospitalar é projetado para ser adaptável, ou seja, responde às mudanças e possibilita expansões?	
Pergunta 1.8: O edifício hospitalar possibilita segurança discreta e facilidade de controle?	

2- FUNCIONALIDADE: ACESSO Incluindo: veículos, estacionamento, pedestres, pessoas com necessidades especiais, orientação, incêndio e segurança.	
Pergunta 2.1: O acesso ao hospital é apropriado para todos os veículos, incluindo vias locais para ambulâncias, transporte público, veículos de serviço e de combate à incêndio?	
Pergunta 2.2: Há estacionamento adequado no hospital para visitantes e funcionários?	
Pergunta 2.3: O acesso de materiais e veículos de remoção de resíduos do hospital é separado do acesso do público e de pessoal?	
Pergunta 2.4: A estratégia de orientação e localização externa e de sinalização é de boa qualidade e integrada à edificação hospitalar?	
Pergunta 2.5: Os pedestres são capazes de acessar prontamente o edifício hospitalar?	
Pergunta 2.6: O acesso ao hospital é apropriado para todos, incluindo pessoas deficientes?	
Pergunta 2.7: A estratégia de combate ao incêndio permite o rápido acesso e saída da edificação?	



**ANEXO E (Continuação)**

3- FUNCIONALIDADE: ESPAÇOS Incluindo: padrões do espaço, orientação e eficiência das disposições dos pavimentos.	
Pergunta 3.1: A edificação possui em padrões adequados de espaço?	
Pergunta 3.2: A edificação atende às exigências da Resolução - RDC 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Requisitos Básicos para Elaboração de Projetos de EAS), da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e outras orientações relevantes da boa prática?	
Pergunta 3.3: A utilização dos pavimentos é otimizada?	

4- IMPACTO: CARÁTER E INOVAÇÃO Incluindo: excelência, visão, estímulo, inovação, qualidade e valor.	
Pergunta 4.1: O conceito da edificação hospitalar busca a excelência da atenção aos pacientes?	
Pergunta 4.2: O conceito da edificação hospitalar busca a excelência da atenção à saúde?	
Pergunta 4.3: O edifício hospitalar cria uma imagem arquitetônica claramente definida?	
Pergunta 4.4: A edificação hospitalar é estimulante?	
Pergunta 4.5: O edifício hospitalar promove a inovação dos modelos de atenção?	
Pergunta 4.6: O edifício hospitalar demonstra reconhecidamente alta qualidade?	
Pergunta 4.7: O edifício hospitalar expressa a qualidade de um bom projeto?	

5- IMPACTO: SATISFAÇÃO DO CIDADÃO Incluindo: materiais externos, cor, textura, composição, escala, proporção, harmonia e qualidades estéticas.	
Pergunta 5.1: O conceito da edificação hospitalar é satisfatório?	
Pergunta 5.2: O prédio do hospital possui uma escala e proporções apropriadas?	
Pergunta 5.3: A composição da edificação hospitalar é harmoniosa e consistente?	
Pergunta 5.4: A forma do edifício hospitalar agrada o sentido estético?	
Pergunta 5.5: Os materiais externos de acabamento são apropriados e atraentes?	
Pergunta 5.6: A cor e a textura são utilizadas para enriquecer visualmente o edifício hospitalar?	

6- IMPACTO: AMBIENTE INTERNO (PACIENTES E PESSOAL) Incluindo: excelência, visão, estímulo, inovação, qualidade e valor.	
Pergunta 6.1: A edificação hospitalar cria um ambiente de alta qualidade ao paciente?	
Pergunta 6.2: A luz e a cor são exploradas para pacientes, pessoal e o público no hospital?	
Pergunta 6.3: As vistas (paisagens) são exploradas para pacientes, pessoal e público no hospital?	
Pergunta 6.4: A estratégia de comunicação visual é de alta qualidade e completamente integrada à edificação hospitalar?	
Pergunta 6.5: Os espaços internos do hospital são bem planejados e apropriados?	

### ANEXO E (Continuação)

7- IMPACTO: INTEGRAÇÃO URBANA E SOCIAL Incluindo: sentido do lugar, localização, sociabilidade, planejamento municipal, integração da comunidade e paisagismo.	
Pergunta 7.1: O prédio do hospital realça o sentido do local?	
Pergunta 7.2: O edifício hospitalar é um bom vizinho para os edifícios próximos?	
Pergunta 7.3: A edificação hospitalar contribui positivamente para a vizinhança e a comunidade?	
Pergunta 7.4: O prédio hospitalar assenta-se bem no local?	
Pergunta 7.5: A edificação no local reflete exigências das autoridades de planejamento urbano?	
Pergunta 7.6: O tratamento de paisagismo (jardins espaços livres) do hospital é apropriado?	
8- PADRÃO DE CONSTRUÇÃO: DESEMPENHO Incluindo: luz do dia, ventilação, condicionamento de ar, acústica, conforto térmico passivo.	
Pergunta 8.1: O uso da luz natural é maximizado e adequado no hospital?	
Pergunta 8.2: A qualidade do ar interna é otimizada para pacientes, pessoal e público?	
Pergunta 8.3: A acústica do hospital proporciona conforto e privacidade aos usuários?	
Pergunta 8.4: A edificação hospitalar proporciona conforto térmico aos usuários?	
9- PADRÃO DE CONSTRUÇÃO: ENGENHARIA Incluindo: sistemas de gerenciamento da engenharia e especialistas e sistema de emergência, segurança de incêndio, padronização da engenharia e pré-fabricação.	
Pergunta 9.1: O local conta com engenharia apropriada para sistema de gerenciamento e controle nas operações?	
Pergunta 9.2: Os sistemas especiais de engenharias do hospital são apropriados?	
Pergunta 9.3: Os materiais de engenharia otimizam o uso de elementos padronizados?	
Pergunta 9.4: Os materiais de engenharia otimizam a utilização de elementos pré-fabricados?	
Pergunta 9.5: Os sistemas de iluminação artificiais do hospital são otimizados?	
Pergunta 9.6: O sistema prevenção de combate ao incêndio foi incorporada à edificação?	
Pergunta 9.7: Os sistemas de emergência são projetados para minimizar a interrupção dos serviços prestados no hospital?	
Pergunta 9.8: Os sistemas de resfriamento, aquecimento, ventilação e sistemas de condicionamento de ar são projetados para operar de forma eficientemente com controle local onde requerido?	
Pergunta 9.9: Os sistemas de energia elétrica estão projetados apropriadamente?	
Pergunta 9.10: Os sistemas operacionais da água quente e de vapor estão baseados em sistemas apropriados de engenharia?	
Pergunta 9.11: Os sistemas de telecomunicações são fáceis de operar?	
Pergunta 9.12: Sistema de água / esgotos e drenagem (água de chuva) é eficiente e eficaz?	

### ANEXO E (Continuação)

10- PADRÃO DE CONSTRUÇÃO: CONSTRUÇÃO Incluindo: fases, manutenção, robustez, integração, padronização, pré-fabricação, saúde e segurança.	
Pergunta 10.1: A edificação hospitalar pode ser reformada ou adaptada em fases (áreas isoladas) segundo o planejamento ou estágios da construção, sem prejudicar o seu funcionamento?	
Pergunta 10.2: O edifício hospitalar pode ser mantido prontamente?	
Pergunta 10.3: A construção é resistente?	
Pergunta 10.4: A estrutura e as instalações estão integradas ao edifício hospitalar e entre si?	
Pergunta 10.5: O edifício foi planejado para a saúde e segurança na sua construção e operação?	

Tabela: Questionário do método AEDET.

Fonte: (GUELLÍ, 2006)

GUELLI, A. Tradução e adaptação do "AEDET – Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit" para utilização no Brasil – Sistema de Avaliação Integral de Edifícios de Saúde. [s.l.] Universidade Federal de São Paulo, 2006.

## ANEXO F

### Aprovação pelo CEP

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: IDENTIFICAÇÃO, PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA

**Pesquisador:** Leonardo Oliveira Leão e Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 77875717.6.0000.5157

**Instituição Proponente:** Fundação Percival Farquhar/ FPF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.390.032

##### Apresentação do Projeto:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada assassina silenciosa, é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia e a eficiência de várias medidas preventivas, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o hipertenso e para a sociedade. Dentre os desafios a serem enfrentados, destaca-se a não-adesão do paciente ao tratamento, o que tem constituído um grande desafio para os profissionais que os acompanham. A questão da adesão é particularmente importante quando se trata de diferentes faixas etárias. É grande a repercussão da não-adesão em todas as faixas etárias, tendo implicações importantes na manutenção da saúde física e mental e causando impactos significativas na qualidade de vida dos sujeitos. Este trabalho objetiva verificar de que forma as Representações Sociais e as Práticas comportamentais relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica exercem influencia sobre a Adesão ao Tratamento da Doença e na ocorrência de sintomas depressivos de pacientes trabalhadores da saúde que se encontram em distintas fases do ciclo da vida.

##### Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa tem por objetivo verificar de que forma as Representações Sociais e as Práticas

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 35.020-220  
**UF:** MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES  
**Telefone:** (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 2.390.032

comportamentais relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica exercem influencia sobre a Adesão ao Tratamento da Doença e na ocorrência de sintomas depressivos de pacientes trabalhadores da saúde que se encontram em distintas fases do ciclo da vida.

## 2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em termos específicos, procurar-se-á ao longo desta pesquisa:

- Identificar os profissionais de saúde portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Avaliar os hábitos alimentares e a qualidade de vida relacionada à Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Traçar o perfil dos profissionais de saúde hipertensos de um hospital de Emergência da cidade de Governador Valadares;
- Classificar os profissionais hipertensos de acordo com nível de adesão ao tratamento da doença: aderidos (G1) e não aderidos (G2);
- Identificar as representações sociais destes pacientes em relação a hipertensão e ao seu tratamento;
- Enumerar as práticas comportamentais destes pacientes relacionadas a hipertensão e ao seu tratamento;
- Verificar a ocorrência de sintomas depressivos nestes pacientes;
- Estabelecer relações entre G1 e G2 no que concerne ao perfil socioeconômico e faixa etária representações sociais, ocorrência de sintomas depressivos, comorbidades e práticas comportamentais relativas a doença e seu tratamento.
- Traçar os perfis multidimensionais dos participantes a partir dos dados de identificação, nível de adesão, representações sociais sobre a doença e ao seu tratamento, depressão e comorbidades.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos estão devidamente descritos tanto no projeto, quanto no TCLE.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é significativa e justificável.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados

### **Recomendações:**

Não há recomendações.

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 35.020-220  
**UF:** MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES  
**Telefone:** (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 2.390.032

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências referentes a descrição dos riscos foram corrigidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é APROVADO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1002111.pdf	31/10/2017 11:02:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Leonardo_profissionais.pdf	27/10/2017 14:43:14	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/10/2017 14:42:38	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autor_pref.pdf	27/10/2017 14:41:41	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
Outros	instrumento.pdf	29/09/2017 14:18:16	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	29/09/2017 14:12:35	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOVERNADOR VALADARES, 21 de Novembro de 2017

Assinado por:

Ivana Cristina Ferreira Santos  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 35.020-220  
**UF:** MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES  
**Telefone:** (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br