

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE ENGENHARIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE CONSTRUÍDO**

**Sara Reis de Carvalho**

A primazia da ambiência em arquitetura de clínicas de hemodiálise: um estudo em São  
João del Rei, MG

Juiz de Fora

2022

**Sara Reis de Carvalho**

A primazia da ambiência em arquitetura de clínicas de hemodiálise: um estudo em São  
João del Rei, MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ambiente Construído da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ambiente Construído. Área de Concentração: Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Dr. José Gustavo Francis Abdalla

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Carvalho, Sara Res.

A primazia da ambiência em arquitetura de clínicas de hemodiálise: um estudo em São João del Rei, MG / Sara Res de Carvalho. – 2022.

131 f.

Orientador: José Gustavo Francis Abdalla

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Engenharia. Programa de Pós-Graduação em Ambiente Construído, 2022.

1. Senso de Lugar. 2. Ambiência. 3. Place Attachment. 4. Hemodiálise. 5. Arquitetura. I. Francis Abdalla, José Gustavo, orient. II. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela vida e todas as bênçãos concedidas até aqui;

Aos meus pais, Aparecida Vitória dos Reis e Gilberto Carvalho, que são minha fonte inesgotável de força e amor incondicional;

À minha avó, Raimunda Maria dos Reis, por ser meu exemplo de mulher e mãe, que me carrega nos braços e me preenche de amor e paz;

Aos meus companheiros de vida, que são meu refúgio e fortaleza, em especial: Arthur Reis, Isabella Rodrigues, Jeniffer Zanitt, Jordana Abdalla, Juliana Leão, Lilian Kazue, Luiz Rozendo, Rodrigo Rabelo e Simone Aguiar;

Ao meu professor e orientador José Gustavo Francis Abdalla por todos os ensinamentos compartilhados, pelo apoio, paciência, companheirismo e por se permitir viver as experiências que esta pesquisa nos proporcionou;

Agradeço imensamente e incansavelmente à clínica de hemodiálise de São João del Rei, à equipe multidisciplinar que a compõem e aos pacientes que me receberam com tanto carinho, não só por todo material fornecido, que possibilitou que esta pesquisa se consolidasse, mas também pelo acolhimento, cuidado, conversas e risadas que se estabeleceram ao longo do percurso;

Agradeço à PROAC – UFJF (Programa de Pós-Graduação em Ambiente Construído) pela chance de desenvolver esta pesquisa e me proporcionar conhecer histórias e pessoas incríveis.

## **DEDICATÓRIAS**

Dedico esta pesquisa a quem deu sentido e fôlego a todo o processo, meu avôhai José Deus-Dede dos Reis (*in memoriam*) que mesmo ausente, se fez e faz presente em cada passo.

Também dedico às pacientes renais crônicas E2 e E7 (identidade preservada por estabelecimento do comitê de ética), que após dias de suas entrevistas concedidas, vieram a óbito.

Vovô fez o papel de avô, de pai  
E antes de morrer ele fez papel de filho também pra mim

Avôhai é uma palavra mágica

Avôhai significa avô e pai

Avôhai

Vovô, esteja em paz, como eu penso que você está aqui

Eu tenho certeza que você está me olhando aqui

Talvez aqui no meio de todos

Avôhai

(JOSÉ RAMALHO NETO)

## RESUMO

O tratamento de hemodiálise consiste em um mecanismo que exerce a função dos rins de maneira artificial. Esta pesquisa teve como objetivo analisar como a arquitetura de clínicas de hemodiálise, para além da funcionalidade e da técnica da edificação, pode contribuir para a saúde mental a partir da investigação da ambiência construída pela afetividade dos pacientes em tratamento dialítico. Utilizou-se conceitos da psicologia ambiental e da arquitetura, com vistas a compreender como o senso e identidade de lugar se formam para os usuários. Trata-se de uma pesquisa de caráter quali-quantitativo e exploratório, onde foi realizado um estudo de caso na clínica de hemodiálise da cidade de São João del Rei, MG. Os métodos foram a investigação documental arquitetônica e de literatura, pesquisa in loco e entrevistas semi-estruturadas com pacientes e profissionais. Foram entrevistados 26 pacientes e os resultados indicam que o projeto da clínica é pouco representativo para o que se refere aos sentimentos das pessoas dialisadas. Desta forma, identificou-se demandas, objetivas e subjetivas, de forma a contribuir para melhoria da qualidade arquitetônica das clínicas, tanto de seus aspectos físico-espaciais, quanto dos layouts dos lugares e também para a satisfação dos usuários no que se refere à constituição da ambiência.

**Palavras-chave:** Senso de Lugar. Ambiência. *Place Attachment*. Hemodiálise. Arquitetura.

## **ABSTRACT**

Hemodialysis treatment consists of a mechanism that performs the function of the kidneys in an artificial way. This research aimed to analyze how the architecture of hemodialysis clinics, in addition to the functionality and construction technique, can contribute to mental health from the investigation of the ambience built by the affectivity of patients undergoing dialysis treatment. Concepts from environmental psychology and architecture were used in order to understand how the sense and identity of place are formed for users. This is a quali-qualitative and exploratory research, where a case study was carried out at the hemodialysis clinic in the city of São João del Rei, MG. The methods were architectural and literature documental investigation, on-site research and semi-structured interviews with patients and professionals. 26 patients were interviewed and the results indicate that the clinic's design is not very representative in terms of the feelings of people undergoing dialysis. In this way, demands, objective and subjective, were identified, in order to contribute to the improvement of the architectural quality of the clinics, both in their physical-spatial aspects, as well as in the layout of the places and also for the satisfaction of the users with regard to the constitution of ambience.

**Keywords:** Sense of Place. Environment. Place Attachment. Hemodialysis. Architecture



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Número estimado de pacientes em diálise crônica por ano .....	21
Gráfico 2: Taxa bruta de mortalidade anual estimada de pacientes em diálise .....	22
Figura 1 – Estágios de respostas psicológicas perante a transformação .....	37
dos lugares ao longo do tempo	
Figura 2 – Antiga São João del Rei .....	39
Figura 3 – Igreja São Francisco de Assis .....	39
Figura 4 – Localização .....	39
Figura 5 – São João del Rei e sua Microrregião .....	40
Figura 6: Mapa da Microrregião de São João del Rei e seus distritos .....	42
Figura 7: Atividades Econômicas predominantes na Microrregião .....	44
Figura 8 – Modelo de desenvolvimento ecológico humano da pessoa-ambiente na ...	50
clínica A	
Figura 9: Localização da clínica na área de entorno do centro histórico .....	55
de São João del Rei	
Figura 10: Equipamentos no entorno da clínica A .....	55
Figura 11: Via de acesso à clínica .....	56
Figura 12: Mapa de mobilidade .....	56
Figura 13: Acesso da clínica A .....	57
Figura 14: Fachada principal .....	57
Figura 15: Entorno imediato .....	58
Figura 16: Planta baixa do subsolo com demarcação de ambientes .....	59
Figura 17: Planta baixa do primeiro pavimento com demarcação de ambientes .....	59
Figura 18: Planta baixa do segundo pavimento com demarcação de ambientes .....	60
Figura 19: Sala de hemodiálise 1 .....	61
Figura 20: Sala de hemodiálise 2 .....	61
Figura 21: Recepção da clínica A .....	62
Figura 22: Recepção da clínica A .....	62
Figura 23: Recepção da clínica A .....	62
Figura 24: Sala de DPAC .....	63
Gráfico 3: Distribuição do número de pacientes por gênero .....	64
Gráfico 4: Distribuição do número de pacientes por cidade de residência .....	66
Gráfico 5: Distribuição do número de mulheres por cidade de residência .....	67

Gráfico 6: Distribuição do número de homens por cidade de residência .....	67
Gráfico 7: Distribuição da amostra por gênero .....	70
Gráfico 8: Caracterização da amostra conforme escolaridade .....	72
Figura 25: Paciente fazendo refeição no corredor .....	94
Figura 26: Espera para acesso a copa .....	94
Figura 27: Caixinha de sugestão da clínica A .....	98
Figura 28: Altar localizado entre a recepção e a copa .....	102
Figura 29: Livro de orações de uma paciente renal crônica .....	102
Figura 30: Momento de oração antes da sessão .....	103

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – RDC’s .....	25
Quadro 2 - RDC n°50/2002 .....	26
Quadro 3 - Ambientes de apoio RDC n°50/2002 .....	27
Quadro 4 - Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano .....	34
Quadro 5 – População estimada das cidades da Microrregião de São João del Rei ...	42
Quadro 6 – Distância das cidades da Microrregião à São João del Rei .....	43
Quadro 7: Tópicos de pesquisa com as cidades correspondentes .....	45
Quadro 8 – Categorias de análise dos resultados .....	53
Quadro 9 – Divisão por gênero, número de pacientes e percentual .....	64
Quadro 10: Distribuição do número de pacientes por faixa etária e gênero .....	65
Quadro 11: Distribuição do número de pacientes segundo centro e periferia .....	65
Quadro 12: Distribuição do número de pacientes por cidade de residência .....	66
Quadro 13: Distribuição do número de pacientes por gênero .....	68
segundo centro e periferia	
Quadro 14 - Distribuição do número de pacientes por faixa etária e gênero .....	68
em São João del Rei “centro”	
Quadro 15 - Distribuição do número de pacientes por faixa etária e gênero na .....	69
Microrregião “periferia”	
Quadro 16: Divisão por gênero, número de pacientes e percentual .....	70
Quadro 17: Caracterização da amostra por faixa etária e gênero .....	70
Quadro 18: Distribuição do número da amostra segundo centro e periferia .....	71
Quadro 19 - Distribuição da amostra por faixa etária e gênero em .....	71
São João del Rei “centro”	
Quadro 20: Distribuição da amostra por faixa etária e gênero na .....	71
Microrregião “periferia”	
Quadro 21: Caracterização da amostra conforme escolaridade .....	72
Quadro 22: Caracterização da amostra .....	73
Quadro 23: Roteiro da análise de conteúdo .....	75
Quadro 24: Categorias, Subcategorias e suas definições e delimitações .....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDT	Associação Brasileira Centro de Diálise e Transplante
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DML	Depósito de Material de Limpeza
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DRA	Doença Renal Aguda
DRC	Doença Renal Crônica
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
HD	Hemodiálise
HND	Histórico Natural da Doença
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais
PROAC	Programa de Pós-Graduação em Ambiente Construído
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RSL	Revisão Sistemática de Literatura
RT	Responsável Técnico
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia

SMN	Sociedade Mineira de Nefrologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
USG	Ultrassonografia
WIFI	<i>Wireless Fidelity</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 – MOTIVAÇÃO PESSOAL... ..	15
1.2 – INTRODUÇÃO AO TEMA.....	16
1.3 – OBJETIVOS .....	18
<b>2 CONCEITUAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
2.1 - HEMODIÁLISE: BREVE HISTÓRIA .....	19
<b>2.1 - 1 A origem da hemodiálise .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 - 2 História da Hemodiálise no Brasil .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 - 3 Contexto histórico da diálise no município de São João del Rei .....</b>	<b>22</b>
2.2 O SERVIÇO DE HEMODIÁLISE .....	23
<b>2.2 - 1 As normas previstas .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 - 2 A RDC 50 .....</b>	<b>26</b>
2.3 CATEGORIAS DE ABORDAGEM AMBIENTAL .....	28
<b>2.3 - 1 Espaço e Lugar .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 - 2 Ambiente e Ambiência .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3 - 3 Identidade de lugar e Vínculo com o lugar .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 - 5 Apego e Afeto ao lugar .....</b>	<b>33</b>
<b>3 CARACTERIZAÇÃO DO LUGAR DA PESQUISA .....</b>	<b>39</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO GEOGRÁFICA E ADMINISTRATIVA..39	
DA SAÚDE PARA SÃO JOÃO DEL REI	
3.2 A MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DEL REI DA .....	41
MACRORREGIÃO DE BARBACENA	
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>45</b>
4.1 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO .....	45
4.2 –ANÁLISE AMBIENTAL .....	49
4.3 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	52
4.4 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS .....	54
<b>5 RESULTADOS, CLASSIFICAÇÃO, ANÁLISES E DISCUSSÕES.....</b>	<b>54</b>
5.1 - CLASSIFICAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA REGIÃO .....	54
5.2 - ANÁLISE DA ARQUITETURA DA CLÍNICA .....	58
5.3 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DA POPULAÇÃO DIALISADA .....	63

5.4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS .....	74
5.4.1 - A categoria Identidade de Lugar do Lugar .....	76
5.4.2 - A categoria Grupos "a priori" (centro e periferia) .....	76
5.4.3 - A categoria Formação de grupos de pensamento.....	78
5.4.4 - A categoria Pluralidade .....	85
5.4.5 - A categoria Autonomia .....	86
5.4.6 - A categoria Participação .....	87
5.4.7 - A categoria Inter-Relação .....	87
5.5 - PERCEPÇÕES DO ENTREVISTADOR.....	89
5.6 - DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS RESULTADOS .....	92
5.6.1 - Região .....	92
5.6.2 - Planta baixa arquitetônica .....	93
5.6.3 - População dialisada .....	99
5.6.4 - Entrevistas .....	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	106
6.1 - LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	110
6.2 - RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS .....	111
7 REFERÊNCIAS .....	113
APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas para os pacientes .....	117
APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas para os profissionais .....	120
ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) .....	123
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP .....	126

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 - MOTIVAÇÃO PESSOAL

Dado a importância para a proposta deste mestrado, vi como significativo apresentar algumas questões pessoais como aspectos motivacionais para serem conectados à dissertação. Assim, vejo sentido em dizer que nasci na cidade de São João del Rei e aqui permaneço até hoje. Para mim, esta cidade, no contexto do meu desenvolvimento, sempre foi sinônimo de qualidade de vida, dado ser o principal lugar de vivências para as minhas experiências. Entre alegrias e tristezas, encontro, estando nela, com meus grupos familiares e de pares, na territorialidade e relações que construí neste lugar, conforto humano e paz. Tal condição, deixo claro aqui, foi e é fundamental para compreensão do que vem no desenrolar deste trabalho.

Específico à clínica de hemodiálise da cidade de São João del Rei, o ambiente físico e foco deste trabalho, vivi dias intensos e também dias de grandes aprendizados. Foi nessa clínica que aprendi sobre dor emocional, mas também foi nela em que aprendi sobre se doar ao próximo. Foi nela em que meu avô passou os seus últimos dias e é dela o meu sentimento de gratidão e respeito.

A memória me coloca no começo do mês de março de 2017, quando, naquele momento, vivenciava uma nova realidade, pois eu não conseguia entender o alcance do tratamento e da clínica da mesma forma como se apresenta hoje para mim. Posso afirmar, como acompanhante que fui, como sujeito em meio à dor de uma situação indesejável, que os sentimentos se apresentam totalmente emaranhados e a partir da perda, se tornam cada vez mais doloridos. A partir deste momento, e até hoje, procuro maneiras de estar perto dele, porém, o que eu não sabia é que, em meu futuro, eu me “apaixonaria” por pesquisar o lugar onde, em um determinado aspecto da incompreensão humana da sequência da vida, vejo a impressão e saudades de ser o local responsável por nos ter dado mais tempo juntos.

É por acreditar nesta presença e importância do cenário de vida proposto pela arquitetura, que concilia aos humanos uma forma de reviver o tempo passado em suas mentes e consciências, que coloco este relato inicial como parte de meu trabalho, pois é dele que direcionei esta dissertação para questões de apego e afeto. Alguns diriam que não são elementos, fatos, coisas, passíveis de uma abordagem objetiva, mas outros afirmam que não podemos desconsiderar que fazem parte da forma de computar



fenômenos da vida humana, como foi apontado por Cassier (2011), onde tais fenômenos são definidos (têm nome e caráter) e fornecem explicações que podem ser demonstradas, que apresentam as realidades em formas objetivas em meio à uma subjetividade, onde um ato não se confunde com outro, assim, trazem explicações e atributos para coisas, no nosso caso a arquitetura e urbanismo, e, conforme Thibaud (2018) aborda as ambiências, são uma outra natureza para humanos, onde, para a compreensão do cenário de vida das pessoas, se requer uma “percepção interior” mais do sentimento do que a percepção sensorial direta das pessoas e das coisas.

## 1.2 INTRODUÇÃO AO TEMA

O tratamento de hemodiálise consiste em um mecanismo que exerce a função dos rins de maneira artificial. Ele se dá a partir do momento em que se tem o diagnóstico de que as funções renais estão comprometidas, parcialmente ou totalmente e consiste em utilizar um equipamento de filtragem do sangue para, no processo, devolvê-lo para o corpo do paciente. Segundo Ribeiro C.D.S et.al (2013) a pessoa que vivencia um desequilíbrio em seu estado de saúde, como a Doença Renal Crônica (DRC), vê-se constantemente em perigo de perder sua integridade tanto física como psíquica, ou seu lugar na família e na sociedade, em decorrência das alterações em suas funções orgânicas.

Uma vez que as arquiteturas são capazes de influenciar a qualidade da vivência humana, também é possível transferir tal influência para âmbito hospitalar, onde a ambiência pode vir a se tornar um aspecto significativo para o usuário, quer este seja um colaborador, ou um paciente (BARA, 2019). Em espaços de saúde, aqui específico em clínicas de hemodiálise, existem significados subjetivos atribuídos ao ambiente pelos usuários, que por sua vez, são resultados das experiências particulares de cada um. Portanto, busca-se compreender o lugar e as relações que se estabelecem ali, através da análise dos significados que são atribuídos a ele, e das ligações afetivas e preferências que contribuem para a transformação de espaço em lugar e, posteriormente para o apego dos indivíduos a esse lugar (ALEIXO, 2019).

Naturalmente, a relação das pessoas com os lugares vem atribuída de significados, onde cada sujeito confere um significado distinto e pessoal, influenciado pelas suas emoções, experiências e sentimentos. A abordagem dessas inter-relações passa pelo conceito de espaço e lugar. Sendo o “espaço” relacionado ao aspecto físico do ambiente e “lugar”

aos sentidos que os usuários atribuem a esse espaço físico (SPELLER, 2005). Desta forma, o “espaço” se transforma em “lugar” à medida que começa a ser atribuído de valores pelos indivíduos, uma vez que o homem não é simplesmente uma criatura física, mas principalmente moldada por relacionamentos, sejam sociais, culturais, ambientais ou outros (PENG, STRIJKER E WU 2020). Portanto, é necessário compreender o espaço sob a ótica do senso de lugar, ou seja, como este espaço é transformado em lugar e como ele se apresenta para a população que dele faz uso e o experiencia.

Na arquitetura e urbanismo acontecem inúmeros debates sobre como os aspectos funcionais de um edifício podem influenciar a percepção e até mesmo a satisfação dos seus usuários. Como exemplo, podemos citar o Planetree, organização criada em 1978, por Angélica Thieriot, que traz o conceito de *Patient-Centered Care*, cujos princípios fundamentais se baseiam na humanização do ambiente e na relação entre o paciente e o corpo clínico (RIBEIRO, 2008).

Estes debates resultam em várias discussões, elaborações de diretrizes e intervenções que coloquem o indivíduo como protagonista do espaço do projeto. Sendo assim, embora muitas vezes a arquitetura seja encarada como profissão-cliente da psicologia, o reatamento de tais estudos não é imediato ou simples, de maneira que somente a parceria entre ambas, na realização de trabalhos conjuntos que contemplem as suas especificidades, pode vir a possibilitar a real ampliação dos conhecimentos (ELALI, 1998).

Nisto, destaca-se o conceito de senso de lugar, que é multifatorial e interdisciplinar e com diversas definições, o que dificulta sua compreensão e muitas vezes o seu emprego. Na psicologia ambiental, por exemplo, o termo “senso de lugar” refere-se às experiências de um indivíduo em um determinado espaço e estuda as inter-relações existentes entre pessoa-ambiente, os processos afetivos e cognitivos (NAJAFI; SHARIFFI 2011).

Corraliza 1998 (apud. DA SILVEIRA; KUHNEN, 2019) defende que um dos processos mais relevantes da interação indivíduo-ambiente é constituído por aquele através do qual o espaço físico se converte em um espaço significativo para um indivíduo. Tendo por premissa que a arquitetura pode influenciar as percepções e sensações que ocorrem nos espaços, é importante compreender como aspectos construtivos e funcionais podem influenciar na relação pessoa-ambiente em uma clínica de hemodiálise, pois o

mapeamento das relações existentes, sejam elas positivas ou negativas, podem auxiliar no entendimento de como acontecem as interações e os processos de significações e como essas relações podem interferir no bem-estar e satisfação do paciente.

O portador da doença renal crônica tem as funções dos rins, parcialmente ou totalmente, comprometidas, ou seja, os mesmos não conseguem mais filtrar as impurezas do sangue para equilibrar o organismo. Sendo assim, o tratamento de hemodiálise significa a tentativa de sobrevivência do paciente ao atingir a fase final de sua doença. Isto significa que a pessoa terá que se deslocar de sua casa, em geral, três vezes por semana e terá que permanecer “ligado” à uma máquina por um período aproximado de quatro horas, por sessão. É necessário pontuar que o paciente renal crônico jamais voltará a ter o estado físico que tinha antes de adoecer, mesmo se for feito um transplante dos rins, e esta condição aliada aos problemas do tratamento em si, mais as complicações da doença e os problemas que podem ocasionar a sua dependência real à máquina, podem gerar danos psicológicos e emocionais irreversíveis na vida deste paciente.

A dissertação trata do contexto de pacientes renais crônicos, que passaram a viver uma rotina até então desconhecida. Eles, tendo agora acometidos da doença, passam a depender suas vidas a uma máquina. Portanto, investigar como o ambiente afeta as suas relações e percepções se coloca como um aspecto de abordagem e desenvolvimento espacial arquitetônico, ou seja, como o ambiente construído pode utilizar dos conceitos de senso de lugar a favor do doente renal crônico em hemodiálise.

### 1.3 OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa é compreender como a arquitetura de clínicas de hemodiálise, para além das questões funcionais e técnicas da edificação, pode contribuir para a saúde mental, criando condições espaciais-ambientais para favorecer o apego e a afetividade da pessoa em tratamento de hemodiálise.

Como objetivos específicos foram elencados:

- Identificar hábitos, comportamentos, atribuição de valores e atitudes individuais e de grupos a partir da pesquisa de senso de lugar no ambiente de hemodiálise na cidade de estudo;
- Identificar os elementos sócio-físico, ambientais e sociais gerais (aspectos técnicos organizacionais, do adoecimento, formação de equipes de assistência e

apoio, intra-clínica e municipais valores ambientais etc.), no senso de lugar dos usuários;

- Identificar aspectos disruptivos (aspectos negativos) a partir do apego e afeto dos pacientes que impactam na arquitetura;
- Identificar se o ambiente construído estimula questões de apego e/ou afeto na clínica de HD em São João del Rei.

## **2 CONCEITUAÇÃO**

### **2.1 HEMODIÁLISE: BREVE HISTÓRIA**

#### **2.1 - 1 A origem da hemodiálise**

Os primeiros indícios de procedimentos de hemodiálise datam de 1830, quando Thomas Graham, um físico inglês, ficou conhecido como “pai da diálise” por constatar que eram estabelecidas trocas ao separar dois líquidos com substâncias dissolvidas numa membrana feita de celulose (PORTAL DA DIÁLISE, 2017). Este fenômeno, ele chamou de “diálise”, mas somente após, aproximadamente, 80 anos este processo e seus procedimentos foram aplicados em animais. Assim, em 1913, John Abel utilizou o primeiro rim artificial em um cão que, segundo a Sociedade Brasileira de Enfermagem e Nefrologia (SOBEN, 2016), tinha a composição de uma série de tubos de celulose mergulhados em soro fisiológico que era por onde circulava o sangue no corpo do animal.

Em 1917, o alemão Georg Haas alterou o protótipo de John Abel minimizando inúmeros problemas que o método anterior apresentava. Em 1926, então, a diálise passou a ser aplicada em um corpo humano, contudo, não obteve resultado positivo. Após contínua pesquisa e evolução para a aplicação da diálise em humanos, em meados de 1936 iniciou-se a comercialização do celofane, que serviu de impulso na melhoria do processo, pois viabilizou o procedimento em seres humanos com maior segurança. Em 1940 o holandês Willem Kolf fez um rim artificial que consistia num tubo de 40 metros de celofane que, enrolado num cilindro irrigado com uma solução fisioquímica e com o sangue do doente, a cada rotação, filtrava o mesmo e, com isto, executava, de forma substitutiva, a função renal debilitada do paciente (PORTAL DA DIÁLISE, 2017). Após esta experiência, em 1943, Kolf aplicou o processo pela primeira vez num paciente que sofria de insuficiência renal aguda e permitiu que a diálise fosse realizada de forma

contínua, pois o sangue circulava continuamente em uma artéria e uma veia. O maior problema apresentado por este processo é que, cada vez que se realizava o tratamento, tinha-se a necessidade de uma nova veia e uma nova artéria, como consequência, não se tinha eficácia e os pacientes faleciam após 26 dias de tratamento. Contudo, em 1945 marcou-se a sobrevivência do primeiro paciente que utilizou o rim artificial de Kolf. A pessoa conseguiu realizar uma sessão de diálise de 11 horas e, com o tempo dado pelo trabalho da terapia, conseguiu reestabelecer momentaneamente (por tempo indeterminado) sua função renal. Em 1960, foi possível realizar o tratamento múltiplas vezes, porém ainda contava com vários outros problemas, como, por exemplo, infecções. Mas ainda neste mesmo ano, foi possível tratar um paciente que sofria com doença renal crônica, que utilizada hemodiálise regular uma ou duas vezes por semana em um processo assemelhado do que é feito hoje em dia, ressaltada a diferença tecnológica alcançada pelos novos conhecimentos científicos e evolução dos meios, técnicas e tecnologias do processo em hemodiálise.

## **2.1 - 2 História da Hemodiálise no Brasil**

No Brasil, em 1949, a técnica de Willem Kolf foi utilizada pelo Dr. Tito Ribeiro de Almeida, no Hospital das Clínicas em São Paulo. Segundo Mion et al. (1996 apud. BARA 2019) nesta época, a comunicação científica entre os continentes era extremamente precária, razão pela qual o rim artificial tinha um conceito totalmente diverso daquele usado por Kolff.

Em 1960 foi fundada no Brasil a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) uma entidade de classe que se organiza para recolher informações básicas no que se refere a doença renal crônica, discutir e debater de forma técnica e profissional a questão.

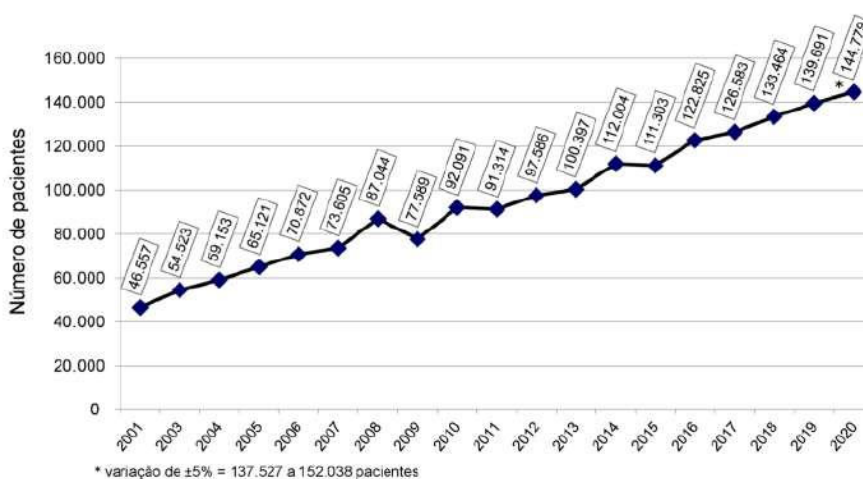
Outro marco relevante para o Brasil foi o primeiro transplante renal realizado em 1964 no Hospital do Servidor Público Estadual, no Rio de Janeiro e em outro realizado em 1965 no Hospital das Clínicas de São Paulo. Mas somente em 1998 é inaugurado o Hospital do Rim (ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM – USP – 2021).

Atualmente o tratamento de hemodiálise é realizado através de uma máquina que tem a função de filtrar o sangue e posteriormente devolvê-lo ao organismo do paciente.

Segundo Bara (2019) é de responsabilidade da máquina de HD controlar o acesso venoso ou arterial através de recursos.

No Brasil, de acordo com o Censo Brasileiro de Diálise (2020) existem 834 centros ativos de diálise e o número de doentes renais crônicos no Brasil vem aumentando significativamente. Este panorama vem se repetindo nos últimos anos, entretanto, este setor sofreu um grande impacto com a pandemia da COVID-19. O número total estimado de pacientes em julho de 2020 foi de 144.779, 3,6% maior do que em julho de 2019. O número estimado de óbitos para o ano todo foi de 35.413. A taxa bruta de mortalidade anual está entre 18 e 20% desde 2016, e a projeção é que aumente para 24,5% em 2020 (CENSO BRASILEIRO DE DIÁLISE, 2020).

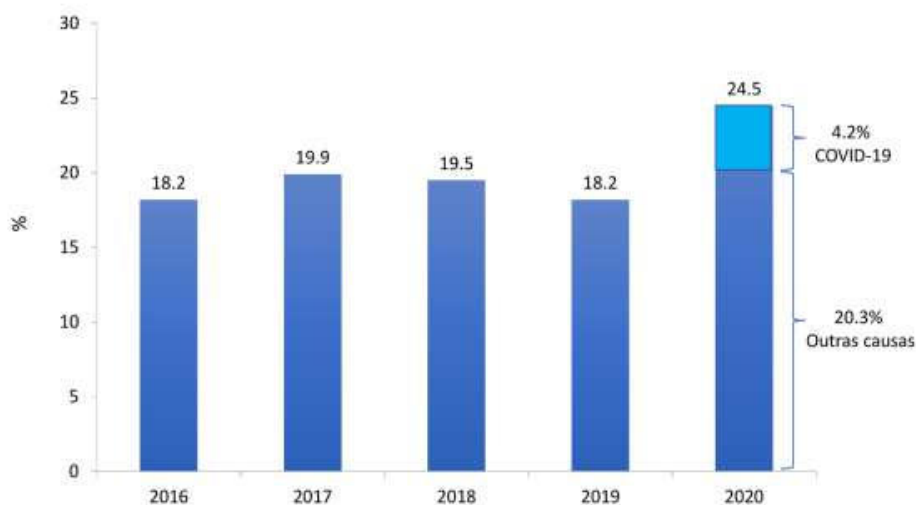
Gráfico 1: Número estimado de pacientes em diálise crônica por ano



Fonte: Censo Brasileiro de Diálise (2020)

Relativo à COVID-19 o Censo traz alguns dados: do número total de pacientes infectados, 95,7% estavam em hemodiálise e 4,3% em diálise peritoneal. Cerca de 52% dos casos confirmados foram hospitalizados e, destes, 57,6% necessitaram de tratamento em unidades de terapia intensiva. Setecentos e dezoito pacientes com COVID-19 foram a óbito.

Gráfico 2: Taxa bruta de mortalidade anual estimada de pacientes em diálise



Fonte: Censo Brasileiro de Diálise (2020)

A pandemia da COVID-19 se apresentou e se apresenta como aspecto relevante não só quantitativamente, para o cenário da diálise, mas também como fator ambiental e comportamental, que ficará registrado no contexto histórico do Brasil e do mundo. Segundo o presidente do Hospital Japonês Santa Cruz, Mario Sato, além dos pacientes crônicos, agora nos deparamos com pessoas que, após terem a Covid-19, manifestam perda de função renal. Então, mais do que nunca, o serviço de diálise precisa ofertar a melhor estrutura para atender à mais esse grupo que chega.

### 2.1 - 3 Contexto histórico da diálise no município de São João del Rei

A clínica de hemodiálise de São João del Rei iniciou suas atividades em 1992 nas dependências do Hospital em iniciativa conjunta do Sr. Newman Torga e dos médicos nefrologistas Pedro Paulo Resende e Márcia Campos. Inicialmente o serviço de hemodiálise se dava nas dependências do hospital e conforme relato de profissional administrativa, o serviço contava com apenas duas máquinas.

Com o aumento da demanda foi necessário adequar a estrutura onde funcionava o serviço de hemodiálise, sendo assim, a direção do hospital concluiu que seria necessário construir uma nova área com requintes técnicos aliados ao processo de humanização do tratamento (JORNAL DO HOSPITAL, 1998). Desta forma, começou-se a construção de

um andar inteiro, anexado ao hospital, destinado a este serviço e com a renovação de todo o parque tecnológico.

Portanto, em 1998, foi inaugurada a área física do Centro de Hemodiálise contando com 3 médicos, 2 enfermeiras, 14 auxiliares de enfermagem, 1 copeira, 2 faxineiras, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 boys, 2 secretárias e 1 técnico em manutenção. Este novo espaço contava com 10 máquinas de tanque e 7 máquinas de proporção, contando com 81 pacientes em hemodiálise (JORNAL DO HOSPITAL, 1998).

De acordo com profissional administrativo, em 2004 ocorreu mais uma ampliação com a construção de consultórios médicos e uma sala de ultrassonografia (USG). Em 2007 a clínica contava com 135 pacientes em hemodiálise, além dos atendimentos ambulatoriais.

Atualmente a arquitetura da clínica apresenta a mesma estrutura físico-espacial da última reforma ocorrida em 2004, contando, na atualidade, com 195 pacientes em hemodiálise e uma ampliação do quadro assistencial de profissionais e demais membros da equipe de saúde, que será retratada posteriormente.

## 2.2 O SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

### 2.2 - 1 As normas previstas

Os EAS (Estabelecimentos Assistenciais de Saúde) obedecem a padrões determinados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), as chamadas RDC's (Resolução da Diretoria Colegiada), que são uma série de normas com o objetivo de assegurar e garantir boas práticas a fim de manter a qualidade nos serviços destinados a saúde da população. Algumas dessas RDCs são direcionadas aos ambientes de tratamento de diálise, como a RDC nº50/2002 (Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde), a RDC nº154/2004 (Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise), a RDC nº 33/2008 (Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação dos sistemas de tratamento e distribuição de água para hemodiálise), a RDC nº 11/2014 (Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise) e também às legislações, como o plano diretor e o código de obras locais.



Conforme a RDC nº50/2002, os estabelecimentos assistenciais que oferecem tratamento dialítico, devem estar equipados para realizar algumas especificidades que são: a Hemodiálise convencional, realizada por filtração sanguínea; Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) realizada no domicílio do paciente com trocas feitas pelo próprio paciente ou cuidador; Diálise Ambulatorial Automatizada (DPA) realizada no domicílio do paciente com trocas controladas por uma máquina automática. Quando necessária a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), o serviço deve garanti-lo ao paciente e realizá-la em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina automática (BARA, 2019). Já as demais RDCs fornecem diretrizes e orientações mais específicas para o serviço de diálise, como os respectivos responsáveis técnicos, diretrizes técnicas para o tratamento adequado da água, características para um bom desempenho da máquina etc.

De acordo com a RDC nº154/2004 os serviços de diálise devem ter como Responsáveis Técnicos (RT) os seguintes profissionais: 1 médico nefrologista que responde pelos procedimentos e intercorrências médicas e 1 enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem. O médico e o enfermeiro só podem ser os Responsáveis Técnicos por 1 serviço de diálise e cada serviço deve ter a ele vinculado, no mínimo: 2 médicos nefrologistas, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha, 2 enfermeiros, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 nutricionista, auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes, auxiliar ou técnico de enfermagem exclusivo para o reuso e 1 funcionário, exclusivo para serviços de limpeza.

Os serviços de hemodiálise intra-hospitalares podem compartilhar alguns setores do hospital onde estão anexados, desde que estejam situadas em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos. Estes ambientes são: área de registro (arquivo) e espera de paciente, sanitários para pacientes (ambos os sexos), depósito de material de limpeza, sala de utilidades, sanitários para funcionários (ambos os sexos), copa, sala administrativa, área para guarda de macas e cadeiras de rodas, vestiários de funcionários, abrigo reduzido de coleta de resíduos sólidos de serviços de saúde e área de processamento de roupa (BRASIL, 2004).

A fim de compreender o funcionamento de ambientes de diálise e as normas que os permeiam, desenvolveu-se um quadro a partir da Biblioteca Temática fornecida pelo portal da ANVISA, com o objetivo de analisar as diretrizes existentes e impostas pelo órgão responsável. Os EAS que tratam de doenças renais devem cumprir todos os regulamentos e projetos exigidos a fim de assegurar o perfeito funcionamento dos serviços e tratamentos prestados.

Quadro 1 – RDC's

<b>RDC</b>	<b>Título</b>	<b>Conceitos</b>
<b>RDC n°50/2002</b>	Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.	1 - Elaboração de projetos físicos programação físico-funcional 1. - Organização físico-funcional 3- Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes
<b>RDCn°154/2004</b>	Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.	Definições; Atribuições Gerais dos Serviços De Diálise; Indicação de Diálise e Monitoramento da Evolução das Condições Clínicas do Paciente; Parâmetros Operacionais para os Serviços de Diálise; Procedimentos do Serviço de Diálise; Recursos Humanos do Serviço de Diálise; Equipamentos; 8 Qualidade da Água; Infraestrutura Física; Avaliação dos Serviços de Diálise; Notificação de Eventos Adversos Graves; Disposições Transitórias.
<b>RDC n° 33/2008</b>	Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação dos sistemas de tratamento e distribuição de água para hemodiálise, visando a	Esta Resolução deve ser observada em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo: as construções novas de serviços de diálise; as áreas a serem

	defesa da saúde dos pacientes e dos profissionais envolvidos.	ampliadas de serviços de diálise já existentes; as reformas de serviços de diálise já existentes.
<b>RDC n° 11/2014</b>	Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise.	Esta Resolução se aplica a todos os serviços de diálise públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Fonte: Adaptado pela autora com base em Bara, 2019 (2022)

## 2.2 - 2 A RDC 50

A resolução RDC n°50/2002 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde na área pública e privada. Em se tratando de estabelecimentos voltados para o tratamento de doenças renais, a norma exige os seguintes espaços, quantidades e dimensões:

Quadro 2 - RDC n°50/2002

<b>AMBIENTE</b>	<b>QUANTIFICAÇÃO</b>	<b>DIMENSÕES (mínima)</b>
Consultório indiferenciado	1 “in loco” ou não	-
Área de prescrição médica	-	2,0m <sup>2</sup>
Sala de recuperação de pacientes	1 a cada 20 poltronas ou leitos para diálise	6,0m <sup>2</sup>
Área para lavagem de fístulas	1 lavabo a cada 25 l. ou poltronas	1,10 m <sup>2</sup> por lavabo
Sala para tratamento hemodialítico	1	5,0 m <sup>2</sup> por poltrona / leito. 1,00 m entre leitos/poltronas, 0,5 m entre leitos/poltronas e paredes paralelas, 1,5 m livres em frente ao pé da poltrona/leito e 0,6 entre cabeceira da poltrona e a parede atrás da poltrona/leito
Sala de tratamento hemodialítico de pacientes HBsAg+	1 a cada 10 poltronas para hemodiálise. Opcional caso a unidade mantenha	7,0m <sup>2</sup>

	contrato com outro EAS que faça essa atividade	
Sala para diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC)	1 (de cada). A depender das atividades.	6,0m <sup>2</sup>
Sala para diálise peritoneal intermitente (DPI)	1 (de cada). A depender das atividades.	8,5 m <sup>2</sup> por leito para sala com até dois leitos e 6,5 m <sup>2</sup> quando houver mais de 2 leitos. Distância entre leitos = 1,0 m, entre estes e paredes paralelas = 0,5 m e 1,50 m livres em frente ao pé do leito.
Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 25 leitos ou poltronas e mais 1 a cada 8 leitos ou poltronas no caso de haver diálise peritoneal	6,0m <sup>2</sup>
Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados por hepatite C.	1	3,0m <sup>2</sup>
Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados por HBsAg+	1. Opcional caso a unidade não faça atendimentos de pacientes HBsAg+	3,0m <sup>2</sup>
Sala de reprocessamento de dialisadores de paciente não contaminado	1	8,0 m <sup>2</sup> a cada grupo de 20 poltronas para hemodiálise.
Sala para tratamento e reservatório de água tratada para diálise	1	A depender do equipamento utilizado.

Fonte: A autora (2022)

Além dos ambientes destacados no quadro, a norma aponta alguns ambientes de apoio, que são:

Quadro 3 - Ambientes de apoio RDC nº50/2002

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Área para registro e espera de pacientes e acompanhantes</li> <li>- Sala de utilidades</li> <li>- Sanitários de pacientes (masc. e fem.)</li> </ul>
--	---

<b>AMBIENTES DE APOIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanitários de funcionários (masc. e fem.)</li> <li>- Depósito de material de limpeza (DML)</li> <li>- Depósito de material (sala para armazenagem de concentrados, medicamentos e material médico-hospitalar)</li> <li>- Área para guarda de pertences</li> <li>- Sala administrativa</li> <li>- Copa para pacientes e funcionários</li> <li>- Área para guarda de macas e cadeira de rodas</li> </ul>
---------------------------	---

Fonte: A autora (2022)

Além do quadro com os ambientes e dimensões, a norma traz algumas diretrizes relacionadas ao conforto luminoso que são destinadas a ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas comuns de controle das condições ambientais luminosas (BRASIL, 2002). Segundo a RDC nº50/2002 Estes ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de iluminação, no sentido de necessitarem de incidência de luz de fonte natural direta no ambiente. Estes ambientes contemplam as salas para tratamento hemodialítico e salas para DPI.

Segundo Bara (2019) o regulamento deve atender às RDC's da ANVISA que estão destinadas ao planejamento, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de EAS, pois estas precisam dar conta do acompanhamento tecnológico e do desenvolvimento técnico das edificações que demandam o projeto. Isso se dá, pois as edificações hospitalares são flexíveis e se expandem para poder acompanhar as tecnologias.

### 2.3 CATEGORIAS DE ABORDAGEM AMBIENTAL

#### 2.3 - 1 Espaço e Lugar

Nesta pesquisa optou-se por contemplar o conceito de “senso de lugar”, uma vez que o mesmo se refere às experiências de um indivíduo em um determinado espaço. A partir deste conceito, foram estruturados três eixos de pesquisa considerando a análise de diferentes autores que tratam a temática: a identidade de lugar (*place identity*), o vínculo com o lugar (*place dependence*) e por último o apego e/ou afeto ao lugar (*place attachment*). Esses eixos estruturadores buscam compreender profundamente a inter-relação pessoa-ambiente no âmbito da arquitetura do lugar, da vinculação da

pessoa com o lugar e do apego e/ou afeto que a mesma possui com o ambiente que está inserida. Contudo, mais do que observar as partes isoladas, num contexto macro ou de um conjunto uníssono, se quer considerar diversas possibilidades nos relacionamentos, nas ordens dadas, isto é, considerar as probabilidades de observações entre, sob alguns aspectos, umas com as outras e, sobre outros, internas à própria classe de grupo.

A opção por estas três classes se dá porque são reconhecidas e caracterizadas em estudos, além de regulares na literatura. Contudo, há que se observar que não apresentam unidade, quer tratadas em grupo ou isoladas, quer observadas as características de definição de contornos, quer justapostos fatores convergentes e divergentes, pois, quando observado diferentes autores, épocas e disciplinas, fica constatado, por alguns trabalhos de revisão, a dificuldade conceitual para um único conceito para elas, como notam: Speller (2011); Najafi e Shariffi (2011) e Peng, Strijker e Wu (2020). Sendo assim entende-se, apoiado nas conclusões de Peng, Strijker e Wu (2020) que não se deva abandonar tais classes de grupos, mas que se devam explicar a cada trabalho, sempre que necessário, como serão abordadas.

Segundo Tuan (1983) espaço e lugar são termos que pertencem a uma mesma categoria que indicam a possibilidade de experiências comuns entre as pessoas, mas tratando-se da inter-relação pessoa-ambiente, estes termos se apresentam de forma distinta. Espaço coloca-se em destaque o aspecto físico do ambiente, enquanto “lugar” se refere aos sentidos que os usuários atribuem ao espaço físico. (SPELLER, 2005). Sendo assim, quando falamos em “espaço” estamos nos referindo a um espaço geográfico, podendo ser identificado como uma medida que separa dois pontos, duas linhas, dois objetos (CAVALCANTE; NÓBREGA 2011), portanto, o “espaço” se apresenta como neutro, pois não há atribuições de significados emocionais a ele, uma vez que, segundo as autoras, a relação da pessoa com um espaço é o que permite sua transformação em lugar. O termo “lugar” carrega consigo uma carga afetiva, de significados e valores para uma pessoa. Em seus estudos sobre o lugar e não lugar, Marc Augé (2012) trata a relação lugar e espaço. Para o autor o termo “espaço” é mais abstrato que “lugar” pois não há uma ligação entre um acontecimento, um mito ou uma história. Através dessa definição podemos inferir que a forma como o espaço é organizado, os elementos físicos que estão presentes possibilitam acrescentar mensagens e significados que os tornam lugares (RAPOPORT, 1990 apud. NAJAFI; SHARIFFI 2011).

É importante ressaltar que a transformação de um espaço em lugar é gradativa, podendo demorar dias, meses ou até mesmo anos, pois para que essa transformação aconteça é

necessário que se atribua sentimentos. Sendo assim, a conversão de um espaço em lugar não depende da quantidade de tempo investido ou do tipo de uso, mas sim da impressão causada pela relação da pessoa com o ambiente e do tipo de vínculo gerado (CAVALCANTE; NÓBREGA 2011). Este foco nos significados e experiências do lugar é apresentado pela geografia humanista que se alinha com o campo da fenomenologia.

Segundo Najafi; Shariffi (2011) para Manzo (2005) a experiência do lugar é o elemento mais importante da percepção, enquanto Allen Gussow conclui através disso que a experiência transforma qualquer ambiente em lugar. Paralelamente Norberg-Schulz (1985) definiu o lugar como o resultado de um espaço acrescido de um personagem, para ele transformar um espaço em um lugar é o propósito existencial da arquitetura. Uma terceira proposta para definir o lugar é apontada por Relph (1976), que defende que o lugar é uma fusão entre a ordem natural e a humanidade, os lugares são o ponto central de intermediação da nossa experiência com o mundo (NAJAFI; SHARIFFI 2011). O autor ainda descreve o lugar como a interação de três componentes: “configuração física”, “atividade” e “significado” e explica que lugar pode ter diferentes tamanhos, podendo ser um pequeno quarto ou um enorme continente.

O conceito de “lugar” fundamentou-se na geografia e passou a ser desenvolvido e consolidado na sociologia e psicologia, sendo a psicologia responsável por grande parte da produção científica sobre o lugar, nomeadamente sobre os significados que lhe são atribuídos (ALEIXO, 2019). Tratando-se da relação entre “espaço” e “lugar”, podemos destacar o conceito de ambiente, que, para a Psicologia Ambiental, se apresenta como um conceito multidimensional que compreende o meio físico em que se vive, seja ele natural ou construído, o qual é indissociável das condições sociais, econômicas, políticas, culturais e psicológicas daquele contexto específico (CAMPOS DE CARVALHO ET. AL 2011).

### **2.3 - 3 Ambiente e Ambiência**

Segundo Campos de Carvalho et. al (2011) os ambientes podem ser descritos em termos de: 1) suas propriedades objetivas/observáveis (aspectos físicos) ou subjetivas (percepção do usuário); 2) sua escala de imediaticidade (Modelo de desenvolvimento humano); 3) suas características independentes ou compostas. A partir destes termos, os ambientes podem ser descritos de acordo com os três eixos de análise apresentados

anteriormente (identidade de lugar; vínculo com o lugar e apego e afeto ao lugar), a fim de compreender a inter-relação pessoa - ambiente.

Ainda atrelado ao conceito de ambiente, tem-se a ambiência, onde encontra-se predominantemente o caráter de um ambiente, ou um conjunto deles, ou diversos conjuntos relacionados entre si, das mais diversas possibilidades com aquilo que é afetivo e ou relativo ao apego que as pessoas têm com os lugares e seus ambientes. Sendo assim, a ambiência coloca o observador exatamente dentro do mundo que ele percebe, e confere mais importância ao envolvimento do que à relação de exterioridade (THIBAUD, 2018). Podemos dizer que, os aspectos físicos dos lugares e os significados atribuídos relacionam-se num *loop* contínuo, ou seja, as pessoas atribuem significados aos aspectos físicos e depois interagem com o lugar determinados por esses significados, criando novas experiências que poderão, por sua vez, redefinir os significados atribuídos (WYNVEEN ET. AL 2012 apud. ALEIXO, 2019).

### **2.3 - 4 Identidade de Lugar e Vínculo com o Lugar**

O conceito de “identidade de lugar” foi introduzido Proshansky e alguns companheiros em 1978, mas apesar do seu trabalho introduzir o conceito de identidade de lugar como um sinônimo de ambiente físico para o mais conhecido e usado conceito de identidade pessoal, na verdade fazem poucas referências ao ambiente físico (SPELLER, 2005). Muitos outros estudiosos vêm contribuindo para definição e enriquecimento deste conceito versátil e sobre o qual muitas teorias psicológicas das relações homem-ambiente são construídas (ZIMMERBAUER ET AL., 2012; GIESEKING ET AL. 2014 apud. PENG, STRIJKER E WU 2020). Dentre estes estudiosos o conceito trabalhado por Passi (1986, 1991, 2002c, 2003, 2009 a, b) torna-se relevante neste estudo. Ele pensou que seria benéfico distinguir analiticamente dois aspectos da identidade de lugar, a saber, a identidade de lugar de um lugar e a identidade de lugar das pessoas (PENG, STRIJKER E WU 2020). No âmbito do senso de lugar, o ambiente físico da clínica de hemodiálise refere-se à identidade de lugar do lugar, ou seja, a personalidade do lugar (PENG J.; STRIJKER D.; WU Q, 2020). Segundo os autores, essa personalidade é atribuída pelas pessoas que vivenciam o lugar e se origina dos componentes físicos, simbólicos, institucionais e outros do local, com o objetivo de diferenciar um lugar do outro. Já a identidade de lugar das pessoas são aspectos relacionados a personalidade individual de cada indivíduo, responsável por criar



vínculos afetivos e modificar a forma com que enxergamos o ambiente ao redor, podendo, dessa forma, ser descrita sob o aspecto do vínculo com o lugar, que trata de ligações funcionais, como por exemplo, a ligação entre o doente renal e a poltrona de tratamento, e o afeto e/ou apego com o lugar, que envolve relações e ligações afetivas. Essa interação, assim como o processo de desenvolvimento humano, é dinâmica, estando sempre em processo de modificação, implicando em relações ecossistêmicas diferentes.

Pode-se perceber que diferentes autores tratam este conceito com arranjos distintos e em épocas distintas. Sendo assim, após feito a revisão de literatura e entendimento da temática, definiu-se para essa dissertação que será utilizado o termo identidade de lugar do lugar, que se dá pela arquitetura da clínica, enquanto ambiente construído e da cidade de São João del Rei e Microrregião.

Como dito anteriormente Proshansky, em 1978, introduziu as discussões acerca do conceito de identidade de lugar, mas os vínculos, sejam eles emocionais ou funcionais, relacionados ao lugar foram introduzidos por Giuliani, (1991) e Twigger (1994), segundo Speller (2005), sugerindo que a identidade de lugar tem um núcleo emocional que se manifesta nos laços formados em relação ao lugar.

Este conceito apresenta várias definições, cada uma defendida por diferentes autores, em diferentes períodos. Segundo Speller (2005), a definição de Brower (1980) assume a vinculação ao lugar como resultado da associação entre o lugar e a autoimagem ou a identidade social. Já Milligan (1998) refere-se ao significado conferido a um determinado contexto através da interação. Outra teoria que se dirige especificamente ao processo de formação da vinculação ao lugar é a de Fuhrer e Kaiser (1992). O seu trabalho sugere que há três processos que permitem que a vinculação ao lugar se gere, sendo dois, de cariz interpessoal (1) o lugar enquanto promotor da identidade de lugar (permite que o self receba informação) (2) o lugar enquanto facilitador social (permite que os outros recebam informação acerca do self) (3) um lugar de caráter intrapessoal neste caso o lugar é facilitador das necessidades emocionais.

Novamente, a partir dos conceitos apresentados, nesta dissertação será adotado a definição de Tsauer et. al (2014 apud. ALEIXO 2019) que define “vínculo com o lugar” como um conjunto de recursos físicos e sociais que definem a qualidade do lugar e que satisfazem as necessidades específicas da atividade que o indivíduo deseja praticar, ou seja, representa a importância que o lugar tem no atingir dos objetivos e necessidades dos indivíduos (STYLIDIS, 2018; WOOSMAN ET. AL 2018; apud. ALEIXO, 2019).

Sendo assim, a dependência do lugar representa um vínculo funcional objetivo, independente de relações emocionais subjetivas.

Mas apesar de suas inúmeras definições, Silva (2015 apud. ALEIXO 2019) defende que todas elas compartilham quatro aspectos comuns: uma dependência funcional relacionada com a oferta de atividade e outras experiências; as características específicas do lugar; a singularidade das experiências oferecidas; e a comparação com outros lugares em termos da importância e qualidade de recursos e atividades disponibilizadas.

### **2.3 - 6 Apego e Afeto ao lugar**

O termo *place attachment* pode ser traduzido de várias formas para o português. Em algumas bibliografias podemos encontrar o termo sendo traduzido como apego ao lugar, em outros como afeto ao lugar. Nesta dissertação optamos por trabalhar o apego e afeto conjuntamente. O conceito de *place attachment*, assim como os outros, é usado para medir e descrever como o senso de lugar se forma para os indivíduos (NAJAFI E SHARIFFI 2011). Os estudos que introduzem sobre este conceito datam da década de 1970, porém só em 1992 com a publicação homônima de Low e Altman foi possível uma fundamentação teórica para amparar a evolução nesse campo de estudo (NAJAFI E SHARIFFI 2011). Segundo as autoras, o conceito de apego ao lugar pode ser definido simplesmente como um apego afetivo ou cognitivo dos indivíduos para com o ambiente, ou seja, um apego munido de sentimentos e significados ou um apego de caráter funcional, simplesmente.

Segundo Mina Najafi et al. (2011) Altman e Low definiram “*place attachment*” como uma conexão emocional entre as pessoas e seus arredores e ainda afirma que esse “*place attachment*” compreende interações entre afeto e emoções, conhecimentos e crenças e comportamentos e ações em relação ao lugar.

Para Felipe e Kuhnen (2012) o *place attachment* é definido como um vínculo emocional que se constitui em espaços físicos, ou seja, envolve experiências já vividas ou aquelas que ainda não foram vividas, mas que já estão ligadas a um contexto emocional, pois o indivíduo cria uma imagem esperada de como essa experiência seria.

O termo também se apresenta de forma multidisciplinar e com múltiplas definições que podem dificultar a sua investigação. Segundo Low e Altman (1992 apud. ALEIXO,

2019) a diversidade das abordagens conceituais é tão grande que o apego ao lugar pode não ser apenas um fenômeno, mas sim uma variedade de fenômenos que variam em aspecto, origem e finalidades.

O apego e afeto estão intimamente ligados ao processo de desenvolvimento humano, uma vez que é capacidade do ser humano de estabelecer relações e vínculos emocionais, característica que está intrínseca à obra de Urie Bronfenbrenner. Este desenvolvimento humano caracteriza-se pela interatividade entre os processos de mudança e de continuidade ao longo das várias fases do ciclo vital (DINIZ, KOLLER 2010).

Bronfenbrenner (1981) propõe uma abordagem de sistemas ecológicos para compreensão de pessoas em suas relações com o meio ambiente. Nele define o termo “ecologia do desenvolvimento humano” como:

Estudo científico da acomodação progressiva, mútua, durante todo o curso de vida, entre um ativo ser humano em crescimento e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos nos quais a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos nos quais os ambientes estão inseridos. (BRONFENBRENNER, 1989, apud. SAMBRANO 2006).

Sendo assim, a ecologia humana tem como objetivo compreender a relação do ser humano com o ambiente em que o mesmo está inserido, sejam essas relações individuais ou coletivas, entendendo o ser humano como um sujeito que está em constante desenvolvimento. Segundo Bronfenbrenner (1977), este meio ambiente é conceituado em quatro níveis distintos: micro, meso, exo e macrossistema, que se influenciam mutuamente, assim como ao indivíduo que nele está inserido, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 4 - Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano

Microsistema	Contextos imediatos e de maior proximidade, onde o indivíduo possui total autonomia.
Mesossistema	Constitui-se pelas inter-relações entre os microsistemas.

Exossistema	Contextos mais distantes do indivíduo e seu microsistema. Onde o sujeito não tem ampla participação ativa.
Macrossistema	Sistema mais amplo e abrangente. Onde o sujeito não possui nenhuma autonomia.

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

De acordo com o quadro acima, o microsistema é o ambiente onde o sujeito possui maior controle sobre os eventos que ocorrem, como por exemplo a sua própria casa. Segundo Barreto (2016) no microsistema, a pessoa experiencia posições, relacionamentos e atividades em relações face a face com outras pessoas em desenvolvimento, como os aspectos físicos e simbólicas desse ambiente. As relações que acontecem no microsistema são relações intimamente pessoais e segundo Alves (1997) é definido como sendo o ambiente onde a pessoa em desenvolvimento focalizada estabelece relações estáveis e significativas. O mesossistema consiste na inter-relação entre os microsistemas em que o indivíduo está inserido, ou seja, ele é composto por sistemas menores, como por exemplo a relação entre a casa e a escola, a casa e o trabalho, a casa e a clínica. A diferença que se tem entre o mesossistema o exossistema, é que neste último o sujeito não está presente e não participa ativamente dos acontecimentos, sendo assim ele não é um participante ativo, diferente do mesossistema, mas os eventos que ocorrem nele influenciam indiretamente os sistemas anteriores. Um exemplo de exossistema é o hospital onde o paciente está inserido, as decisões tomadas pela direção podem influenciar o micro e o mesossistema do paciente, mas o mesmo não participa dessas decisões, elas ocorrem independente da participação dele, ou seja, ele não exerce nenhum controle sobre elas. Segundo Barreto (2016) é importante ressaltar que a classificação de espaços ou instituições, grupos ou pessoas de acordo com esses sistemas não é rígida. Ou seja, como os indivíduos são sujeitos dinâmicos e se encontram em constante transformação, um sistema ambiental pode se transformar em outro dependendo do contexto do desenvolvimento pessoal. Por último, encontra-se o macrossistema, o sistema mais amplo e abrangente. Neste ambiente o sujeito não exerce nenhum tipo de controle ou relação sobre os eventos que ocorrem, como, por exemplo, a relação de um indivíduo com o transporte público de seu município, nesta situação o sistema de transportes pode não atender o sujeito de maneira eficiente e satisfatória, mas ele não tem nenhuma relação com as tomadas de decisões,

sendo assim ele é influenciado pelo ambiente, pois precisa se adaptar, neste caso, ele não influencia o seu meio e sim é influenciado por ele.

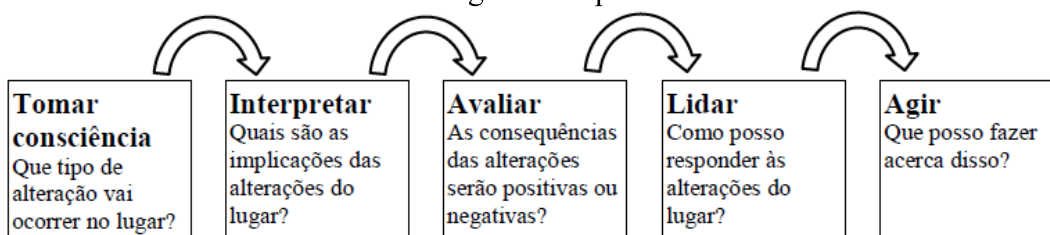
A partir deste modelo classificatório proposto, pode-se compreender o desenvolvimento humano como um processo interativo, ou seja, o sujeito não é apenas um espectador ou receptor do seu meio, mas sim um agente ativo com capacidades para intervir e modificar o seu ambiente. Neste processo o apego e/ou afeto se tornam cada vez mais decisivos, pois é através dos afetos que o ser humano se reconhece e, assim, pode se relacionar e ligar-se ao outros e são, também, esses afetos que influenciam o curso vital (STERN, 1985; 1992 apud. DINIZ, KOLLER 2010). Conjuntamente ao apego e afeto está a experiência de cada indivíduo que vai influenciar diretamente na percepção de cada um, fazendo com que um mesmo acontecimento seja interpretado de diferentes formas e segundo Diniz e Koller (2010) são essas diferentes formas de apreensão que direcionarão e conduzirão ao desenvolvimento individual.

Vários estudos e autores já citados trabalham o conceito de *place attachment*, aqui denominado como apego e afeto ao lugar, sob o aspecto da influência positiva que os lugares causam nas pessoas. Sendo assim, para tratar aspectos negativos que influenciam o apego e/ou afeto das pessoas Brown e Perkins (1992) criaram o conceito de “disrupção” (ALEIXO, 2019). Segundo o autor estes autores conceberam um modelo que inclui três fases: a pré-disrupção, onde o indivíduo é preparado para o desapego; a disrupção em si, onde acontece o desapego propriamente dito; e a pós-disrupção, em que os indivíduos tentam manter o apego ou criar um outro em outro lugar.

As disrupções podem acontecer gradativamente, como uma mudança de residência, quando a mesma acontece diante de um processo que antecede o ato, e repentinas, como desastres naturais, ou até mesmo a descoberta da doença renal crônica em estágio avançado, onde o sujeito repentinamente fica preso a cadeira de hemodiálise. Mas a fase maior será sempre a que corresponde ao lidar com a perda, reparar o apego ou criar novos apegos (ALEIXO, 2019).

A fim de analisar estas transformações e como o sujeito reage a cada uma das etapas, Aleixo (2019) formulou um esquema interpretativo baseado em um modelo proposto por Devine-Wright (2014).

Figura 1 – Estágios de respostas psicológicas perante a transformação dos lugares ao longo do tempo



Fonte: Aleixo (2019)

Estas disrupções que acontecem causam diferentes impactos nas pessoas, podendo ser mais danosas quando o apego e/ou afeto forem maiores. Segundo Milligan (1998 apud. ALEIXO, 2019) quando ocorre uma quebra no apego ao lugar, os indivíduos perdem as ligações com as experiências significativas ocorridas nos seus passados e com as que esperam que sejam significativas no futuro.

Os estudos acerca da humanização em ambientes de saúde e a influência que a mesma pode causar nos pacientes, são assuntos discutidos frequentemente. A arquitetura, enquanto ambiente construído, pode contribuir de forma significativa para o bem-estar dos pacientes com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas (RIBEIRO, 2008).

Em ambientes de tratamento renal, onde os indivíduos convivem diariamente com a dor e dependência à máquina, este bem-estar torna-se ainda mais necessário. De acordo com Bara (2019), o número de pacientes com doença renal crônica que precisaram de diálise, matematicamente, triplicou entre o ano de 2000 até o ano de 2016 (ABC DT, 2017). Numa lógica exclusivamente funcional, ser um doente renal em tratamento dialítico significa ter uma atividade que o ocupa e o obriga a se locomover de sua casa até a clínica especializada, três vezes por semana durante todo um ano e pelos próximos anos. Na clínica, o dialisado estará conectado e permanecerá “ligado” a uma máquina por, aproximadamente, quatro horas em cada uma das sessões de terapia. A hemodiálise, então, é um tratamento onde o paciente passa a depender de uma máquina para sobreviver, que tem como consequência prática, gerar, no mínimo, sentimento de impotência e perda de autonomia. Estas condições, aliadas aos problemas do tratamento em si (efeitos decorrentes do processo e das medicações) e, mais ainda, as possíveis complicações da própria doença (durante as sessões e cotidianamente), podem ocasionar não só a sua dependência real à máquina, mas também gerar danos psicológicos e emocionais ao paciente, dado as limitações que adentram em sua qualidade de vida.

Além de todos os danos físicos e psicológicos sofridos pelo paciente, ocorrem outros conflitos que se dão em vários níveis: com a equipe do serviço de nefrologia, com a família, com o cônjuge e com os amigos (RIBEIRO, 2008). Esses conflitos demonstram a complexidade e diversidade de interações que a doença traz. Como dito anteriormente, a relação espaço-tempo do paciente renal com a máquina em seu tratamento acontece em três idades. A primeira idade é caracterizada pela descoberta da doença e de como será o tratamento, este primeiro contato pode ocasionar um grande impacto, no paciente e em seus familiares. Segundo Silva et. al (2011) a mudança brusca no seu viver, o convívio com as limitações, o enfrentamento da hemodiálise como uma necessidade contínua e a possibilidade da morte, podem influenciar negativamente a sua qualidade de vida. Ao longo do tratamento, o paciente renal experimenta diferentes sensações e sentimentos, que podem modificar sua percepção, tanto espacial quanto emocional. A adaptação não acontece em um passe de mágica, é um processo complexo que mobiliza estruturas individuais (PIETROVSKI, V. DALL'AGNOL, C.M, 2006). Em uma segunda idade, o paciente passa de seu estado de descoberta para o estado de alerta e muitas vezes, de adaptação. Segundo Ribeiro (2008) ele ainda não aceitou a doença e o tratamento, porém, exteriormente, mostra-se calmo, tranquilo e não se apavora diante das situações emergenciais. Nesta idade, ele está começando a inserir o tratamento à sua rotina, comportando-se como um bom paciente, assíduo, obediente. Em uma terceira idade, começam a surgir conflitos e mudanças comportamentais não presentes anteriormente. Esta idade pode trazer consequências consideráveis, ao tratamento e ao sujeito. Conforme Ribeiro (2008) ao conviver com a máquina, com a terapêutica de tratamento e à dependência aos mesmos, de importância vital, pode-se perceber que esta situação do paciente renal crônico assume características especiais à sua afetividade e seu comportamento. Sendo assim, diante deste novo cenário, o paciente precisa ajustar toda a sua vida, visto que não se trata de uma situação provisória. O que quer dizer que esta nova forma de adaptação e ajuste depende da capacidade do paciente em lidar com as contrariedades, traumatismos e frustrações, que são inerentes ao tratamento (RIBEIRO, 2008).

### 3 CARACTERIZAÇÃO DO LUGAR DA PESQUISA

#### 3.2 - CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO GEOGRÁFICA E ADMINISTRATIVA DA SAÚDE PARA SÃO JOÃO DEL REI

São João del Rei é um município brasileiro, localizado na região do Campo das Vertentes, no estado de Minas Gerais, há aproximadamente 189 km da capital Belo Horizonte. Seus primeiros indícios de ocupação datam de 1704, quando descobriram a existência de ouro no ribeirão São Francisco Xavier, na encosta da Serra do Lenheiro. Em 1943 seu conjunto arquitetônico foi tombado pelo Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, o SPHAN, estimulando a atividade turística, que atualmente apresenta-se como um importante setor econômico, cultural e social. Atualmente, o município abrange mais cinco distritos distribuídos em sua extensão territorial, que são: Arcângelo, Emboabas, Rio das Mortes, São Gonçalo do Amarante e São Sebastião da Vitória.

Figura 2 – Antiga São João del Rei

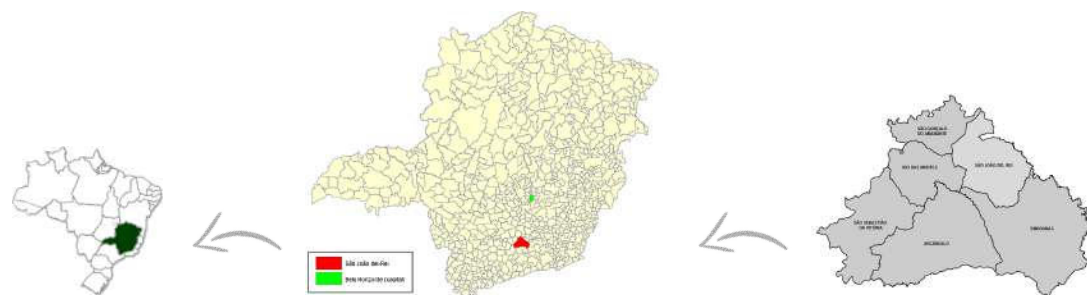


Figura 3 – Igreja São Francisco de Assis



Fonte: São João del Rei Transparente (2021)

Figura 4 – Localização



Brasil/Minas Gerais

Minas Gerais/São João del Rei

Município de São João del Rei

Fonte: Prefeitura Municipal de São João del Rei (2021)



Sua população estimada é de 90.497 habitantes, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2021 (IBGE). A microrregião onde está localizada o município de São João del Rei também conta com outras cidades, que são: Barroso, Bom Sucesso, Conceição da Barra de Minas, Coronel Xavier Chaves, Dolores de Campos, Ibituruna, Lagoa Dourada, Madre de Deus de Minas, Nazareno, Piedade do Rio Grande, Prados, Resende Costa, Ritópolis, Santa Cruz de Minas, São Tiago, São Vicente de Minas e Tiradentes. Conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR-MG, 2020), São João del Rei apresenta-se como pólo microrregional, onde está situada a Gerência Regional de Saúde (Unidade da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais), embora seja considerado ideal para uma microrregião, portes populacionais acima de 100.000 habitantes. (PEREIRA, MALACHIAS, DUTRA, 2020). A microrregião sanitária de São João del Rei encontra-se atrelada à macrorregião sanitária de Barbacena, que de acordo com o PDR-MG (2020) apesar de apresentar déficits significativos na oferta da atenção terciária, tem evoluído e apresentando melhoras significativas, além de apresentar maior oferta de especialidades (PEREIRA, MALACHIAS, DUTRA, 2020).

Figura 5 – São João del Rei e sua Microrregião



Fonte: Tabwin - DREA/SDCAR (PDR-MG 2020)

Nesta dissertação esta microrregião será caracterizada de duas formas, a primeira representada pela porção territorial da cidade sede, ou seja, a cidade de São João del Rei, aqui denominada como “centro” onde está localizada a clínica “A”, e a segunda corresponde às demais municipalidades da região, no total de 17 cidades, aqui

denominada de “periferia”. Estes termos foram utilizados referenciando, apenas, o contexto geográfico.

O município mineiro apresenta-se como importante pólo na economia da região, onde está localizada a empresa multinacional Bozel Brasil S/A, produtora de cálcio silício. Segundo a Prefeitura Municipal de São João del Rei (2014) a economia do município está voltada para extração de minérios, mas possui uma indústria bem variada. Por ser uma cidade de grande movimentação turística, tem o artesanato como um importante setor. Apesar disso, o comércio é a principal fonte de geração de empregos.

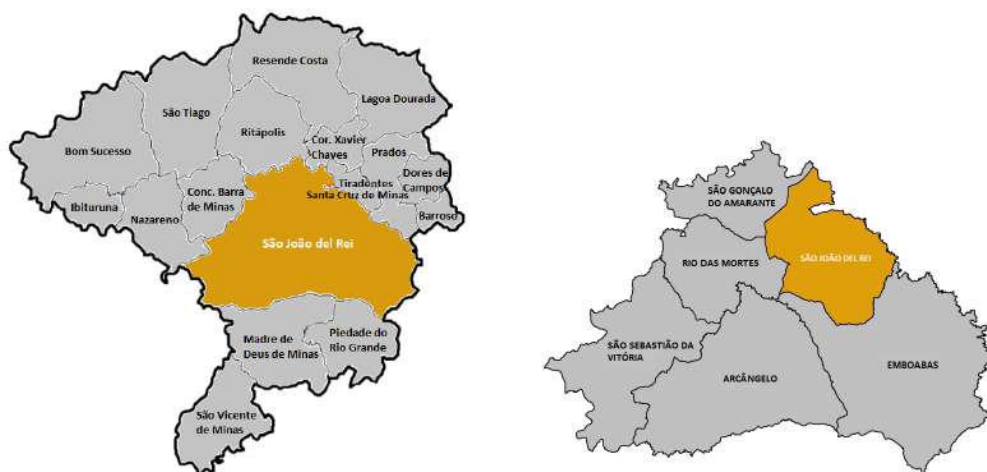
Como dito anteriormente, São João del Rei originou-se a partir da descoberta do ouro na região das encostas da Serra do Lenheiro em 1704 e foi elevada à categoria de cidade em 1838. Com o declínio da extração do ouro, muitas cidades ligadas a essa atividade entraram em decadência, mas São João del Rei se manteve ativa economicamente por meio do comércio de gêneros alimentícios para a capital e para outras partes do império (COTA; DIÓRIO 2014). Segundo Pereira (2009 apud. COTA; DIÓRIO 2014) em 1940, São João del-Rei já contava com uma população urbana quantitativamente igual à rural, diferentemente de muitos centros urbanos nos quais a população rural ainda era predominante.

Um fator importante que contribuiu e contribui para a expansão da cidade aconteceu a partir da instituição da Universidade Federal de São João del-Rei, em 2002 e da criação de novos cursos pelo Programa Reuni, a partir de 2007 (COTA; DIÓRIO 2014).

### 3.2 A MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DEL REI DA MACRORREGIÃO DE BARBACENA

A microrregião de São João del Rei é composta por 17 cidades que são atendidas pela clínica A. Sendo assim, a fim de exemplificar estas cidades e a relação delas com o pólo microrregional, foi feita uma análise, seguindo a ordem apresentada no Quadro 5, contemplando cinco eixos de pesquisa: localização, índice populacional, origem, atividades econômicas e aspectos morfológicos e de paisagem. O mapa a seguir apresenta o município de São João del Rei como “centro” e sua microrregião como “periferia”, assim como definido anteriormente.

Figura 6: Mapa da Microrregião de São João del Rei e seus distritos



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

A microrregião de São João del Rei, no que se refere ao índice populacional e às distâncias percorridas até a cidade pólo, apresenta-se de forma variada. Podemos observar cidades como Ibituruna, com apenas 2.866 habitantes, e Barroso com 19.599 habitantes. Também identificamos cidades a apenas 4,7 Km de São João del Rei e ao mesmo tempo cidades mais distantes, como Bom Sucesso e São Vicente de Minas, com 88,2 e 86,6 Km respectivamente. Os quadros abaixo ilustram este fato.

Quadro 5 – População estimada das cidades da Microrregião de São João del Rei

<b>Cidades</b>	<b>População estimada</b>
<b>São João del Rei</b>	<b>84.469 habitantes</b>
Barroso	19.599 habitantes
Bom Sucesso	17.243 habitantes
Coronel Xavier Chaves	3.301 habitantes
Conceição da Barra de Minas	3.954 habitantes
Dores de Campos	9.299 habitantes
Ibituruna	2.866 habitantes
Lagoa Dourada	12.256 habitantes
Madre de Deus de Minas	4.904 habitantes
Nazareno	7.954 habitantes

Prados	8.391 habitantes
Resende Costa	10.913 habitantes
Ritápolis	4.925 habitantes
Piedade do Rio Grande	4.709 habitantes
Santa Cruz de Minas	7.865 habitantes
São Tiago	10.561 habitantes
São Vicente de Minas	7.008 habitantes
Tiradentes	6.961 habitantes
<b>Total populacional da microrregião</b>	<b>132.145 habitantes da microrregião</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado no último censo do IBGE (2010)

Quadro 6 – Distância das cidades da Microrregião à São João del Rei

<b>CIDADES</b>	<b>DISTÂNCIA (Em km)</b>
Barroso	34,8 Km
Bom Sucesso	88,2 Km
Coronel Xavier Chaves	17,6 Km
Conceição da Barra de Minas	42,6 Km
Dores de Campos	44,2 Km
Ibituruna	71,1 Km
Lagoa Dourada	36,4 Km
Madre de Deus de Minas	54,5 Km
Nazareno	51 Km
Prados	29,1 Km
Resende Costa	38,3 Km
Ritápolis	19,2 Km
Piedade do Rio Grande	73,9 Km
Santa Cruz de Minas	4,7 Km
São Tiago	48,8 Km

São Vicente de Minas	88
Tiradentes	15 Km

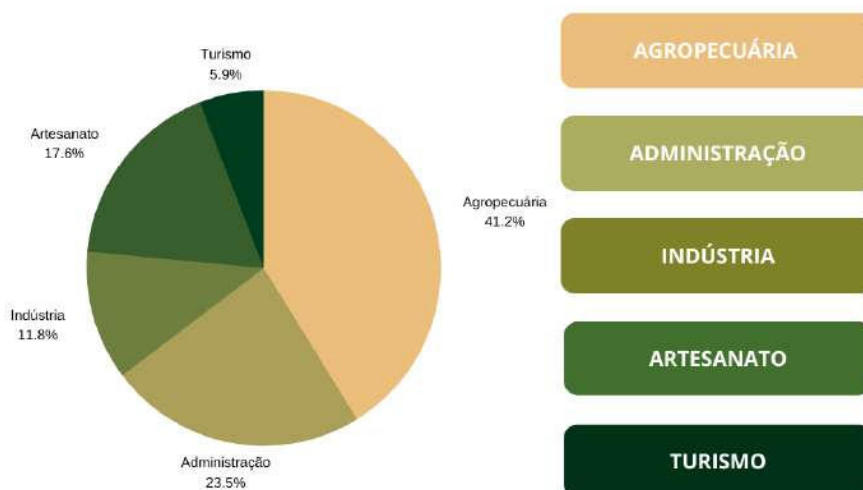
Fonte: Elaborado pela autora com base em informações do Google Maps (2022)

Estes quadros foram organizados para caracterizar, de forma geográfica, esta microrregião com o objetivo de compreender a maneira como ela se apresenta para São João del Rei.

Em relação às atividades econômicas prevalentes na microrregião, conforme figura abaixo, podemos observar uma predominância do setor agropecuário, responsável por 41,2%, seguido pela administração (23,5%), indústria (11,8%), artesanato (17,6%) e turismo (5,9%).

Apesar de São João del Rei e região serem reconhecidas pela forte influência turística, foi possível verificar que apenas Tiradentes à tem como principal atividade econômica. Em outras cidades, apesar de haver turismo, ele não se apresenta como atividade principal, porém vem crescendo ao longo dos anos com o investimento de prefeituras locais.

Figura 7: Atividades Econômicas predominantes na Microrregião



Fonte: A autora (2022)

A partir dos cinco eixos de pesquisa pré estabelecidos para analisar a microrregião gerou-se um quadro a fim de sintetizar as informações coletadas e fornecer informações que permitam uma perspectiva macro desta região.

Quadro 7: Tópicos de pesquisa com as cidades correspondentes

<b>Tópicos</b>	<b>Cidades correspondentes</b>
<b>1. Localização</b> Localizado a mais de 50 km da cidade de São João del Rei	Bom Sucesso - Ibituruna - Madre de Deus de Minas - Nazareno - Piedade do Rio Grande - São Vicente de Minas
<b>2. População</b> População estimada em mais de 10 mil habitantes	Bom Sucesso - Coronel Xavier Chaves - Lagoa Dourada - Resende Costa - São Tiago
<b>3. Origem</b> Origem devido a extração de ouro e outros metais	Conceição da Barra de Minas - Lagoa Dourada - Prados - Ritópolis - São Tiago - São Vicente de Minas - Tiradentes
<b>4. Atividade econômica principal</b> Turismo como atividade econômica principal	Tiradentes
<b>5. Paisagem</b> Característica de cidades coloniais	Todas

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Pelos objetivos apresentados que visa a importância da relação de apego e afeto entre os indivíduos em clínicas de hemodiálise no que trata da espacialidade arquitetônica, esta pesquisa possui um caráter quali-quantitativo e é exploratória, que são insuficiente o conhecimento sobre a temática a ser abordada e busca-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir novas e contribuições e questões para a condução do estudo para a própria pesquisa e para outras investigações e pesquisadores (RAUPP ET AL. 2006 apud. BARA 2019).

Inicialmente, a pesquisa se pautou por duas direções, a saber: (1) pelas questões teóricas e referenciais da literatura e (2) análise das características gerais referentes à clínica de hemodiálise localizada na microrregião de saúde da cidade de São João del Rei, em Minas Gerais, Brasil. Também, neste primeiro instante, mesmo a investigação estando focada nas pessoas em tratamento renal, não se teve a preocupação específica e direta com a população alvo que faz terapia renal substitutiva (TRS). Entretanto, foi

considerada a necessidade de conhecimento do território e da territorialidade dos usuários da clínica de HD, onde levou-se em consideração a geografia desenhada pelo Estado para a saúde (microrregião assistencial), o posicionamento urbano e a própria arquitetura. Decorrente disto, o primeiro passo foi estabelecer a diferença entre a cidade sede e as demais cidades. Assim ficou estabelecido os termos “centro” e “periferia”, respectivamente, para São João del Rei e as 17 cidades oficiais que são parte da microrregião de saúde do estudo. Os termos centros e periferia se dão em relação ao contexto físico-geográfico, deste modo, o fator territorial da localização das cidades em relação ao posicionamento da clínica na área central de São João del Rei, isto é, contrapondo à distância (dito numa forma simplificada) de endereçamento da residência, no qual o usuário externo em tratamento vive, com o lugar e endereço do tratamento. Portanto, numa visão conservadora, quando visto sob a ótica daquilo que é corrente em diversas pesquisas, sabido que em muitas delas a contemporaneidade interpretativa se dá por questões qualitativas do bem-estar social, relacional e de desigualdade na distribuição da riqueza no espaço (D’ANDREA, 2020).

No levantamento dos dados, antes de tudo, se teve que preparar e aprovar a pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP). O projeto de pesquisa foi aprovado no CEP, tendo coleta de dados autorizada e registrada no CAAE 53070521.9.0000.5147, abordado com mais detalhes no item 4.4.

Partiu-se do entendimento que a amostragem buscou assegurar a representatividade para a comparação entre possibilidades de diferentes perspectivas e posicionamentos dos participantes no que é o objetivo da investigação. Para tanto, foi proposto que os dados deveriam ser tratados de forma quantitativa, utilizando o método de amostra de uma população de 195 pessoas em TRS pelo método não probabilístico e intencional, por meio da adoção de uma amostragem estratificada, organizada por conglomerados formados por grupos homogêneos com adultos e pessoas habilitadas, física e mental, para responder. Tal entendimento gerou a formação da amostragem de pessoas respondentes, decidiu-se por desenvolver entrevistas semiestruturadas, para usuários externos (em tratamento), e abertas, para usuários internos (atores privilegiados que trabalham na clínica). As entrevistas foram gravadas em áudio e, para os pacientes, ocorreram durante as sessões de HD, com o funcionamento das salas e da clínica em geral ocorrendo normalmente. Para a equipe assistencial de saúde as entrevistas ocorreram em uma sala nas dependências da clínica.

Na determinação de números de entrevistas, além da definição mínima de que se teria uma amostragem com 10% da população total da pesquisa, ou seja, só os que estão na condição de Terapia Renal Substitutiva-TRS (195 indivíduos). Nisto as amostras nominais, seriam com reposição, isto é, quando uma pessoa não responde, se recompõe o número com o chamamento de outro respondente. Os seguintes fatores foram determinantes para a formação dos conjuntos de escolhas de pessoas: faixa etária, gênero e cidade atual de residência. A amostra original, qualitativa e de reposição, se pautou no comportamento dos indivíduos em TRS e foi dimensionada com os mesmos indicadores anteriores. Num primeiro momento, tal comportamento foi dividido em três idades dialíticas: (1) pessoas em fase de entendimento do tratamento, (2) pessoas com comportamento típico (esperado para a boa resposta perante o conhecimento do Histórico Natural da Doença – HND) e (3) o dialisado de comportamento intempestivo diante da necessidade de regularidade no tratamento. Cabe dizer que tais comportamentos são registrados na literatura (RIBEIRO, 2008). A análise probabilística dos resultados, num contexto de identificação de sentimentos (apego e afeto das pessoas sobre a clínica de HD), não é foco da pesquisa, pois ela não se volta a números, dado que cada indivíduo registra sua própria vida e com ela em mente, a relação de presença ambiental e das interações, ali ou não (memórias, histórias, perdas, ganhos etc.), com os outros.

Mais ainda, optou-se pela observação participante, isto é, onde a pesquisadora buscou apoio em grupos locais de servidores (indivíduos-chave do local, no caso uma pessoa da administração e outra da equipe assistencial de saúde) para questionamentos em relação às pessoas indicadas pela pesquisadora, frente aos respondentes indicados por membros da instituição. Além destas pessoas chaves, teve-se, em casos específicos, apoio de usuário externo (paciente em TRS) como indivíduo-chave na indicação considerada aqui. Pode-se apontar que a pesquisa também adota, entre os métodos, a bola de neve, pois a pesquisadora teve diferentes momentos, ou várias sementes (na linguagem técnica adotada) de atividades independentes que se relacionaram ao final e que tiveram: pessoas que intermediaram contatos para o desenvolvimento da dissertação in loco; pessoas que auxiliaram in loco na seleção dos respondentes, pessoas entrevistadas, pessoas que não aceitaram a entrevista e tiveram que ser repostas por indicação (VINUTO, 2014).

Para assegurar a representatividade da amostra, teve-se acesso privilegiado aos dados de prontuários, naturalmente, como dito, aprovado pelo CEP, bem como tal investigação



ocorreu, depois do conhecimento da população, mas antes da montagem das amostras. No levantamento dos prontuários da clínica, foram retiradas informações, como: nome completo, data de nascimento, sexo, cidade de origem, cidade de residência, início no tratamento e convênio. Após este levantamento foram avaliados homens e mulheres, considerando as três idades no tratamento de hemodiálise (neste momento/mente ainda suportado por tempo em TRS do paciente), sua idade física e a localização de sua habitação, segundo centro e periferia. Para as equipes administrativa e assistencial, como outra semente do método bola de neve, foram entrevistados técnicos de enfermagem, enfermeiros e outros profissionais que atuam cotidianamente e indivíduos que são usuários internos. Há que se reforçar o permanente suporte, mas de forma intermitente, de um funcionário administrativo e outro da assistência em saúde. Eles foram essenciais para o acesso da pesquisadora aos ambientes da clínica e, sobretudo, para contato com outras pessoas, tanto entrevistados, quanto não entrevistados. Além disto, esta semente de indivíduo-chave serviu para esclarecer diversos processos, a organização operacional da clínica, a visitação aos lugares etc.

Os números resultantes buscam evitar vieses de escolhas, isto é, relação de equidade entre espaço-lugar, pesquisador-pesquisado independente e a relação de escolhas por interesses de resultados; e são gerados por um contexto organizado de dois tipos: quatro conjunto de amostras nominais e um conjunto de amostra ordinal. Chegou-se a um mínimo de 20 pessoas e máximo de 27 entrevistados, tanto entre os homens, quanto mulheres e entre residentes no centro, quanto na periferia. As pessoas foram divididas em duas faixas, uma, para a amostra nominal, com cinco e outra, para a amostra ordinal, com quatorze faixas etárias (neste segundo caso entre 18 e 90 anos, de cinco e cinco anos), todas com equilíbrio, para a divisão de gêneros, contudo ressaltado as variações em cada amostra estabelecida (isto é, caso a caso em relação a idade e região de moradia). Atenta-se que todos os entrevistados foram obtidos do perfil dos selecionados em TRS. Também, relacionado ao método da observação participante, está a presença da própria pesquisadora na realização dos levantamentos in loco e das entrevistas (em todos os casos). Ainda, nesta etapa, a seleção dos indivíduos não foi aleatória, logo, a chance de um indivíduo ser selecionado não foi igual para todos, pois os mesmos foram escolhidos de forma intencional de maneira a se analisar dentro da estratégia para a pesquisa. Segundo Lewis (2003 apud. ALEIXO 2019), são amostras intencionais, pois as pessoas são selecionadas devido a fatores ou características que permitam a

exploração ambiental como fatos a partir da dedução e compreensão pelas falas das pessoas em tratamento e/ou assistência da clínica de hemodiálise.

Após os levantamentos, procedeu-se a sistematização dos dados documentais classificados com três ordens: (1) documentação técnico investigativa (limites do território da microrregião de saúde; levantamentos sobre as cidades periféricas, legislações e normas, prontuários, entre outras); (2) documentação arquitetônica da clínica e (3) dados coletados pelas entrevistas e visitas in loco. Em seguida foram organizados em tabelas e gráficos e realizado as análises dos resultados, discussões e considerações.

Nos itens seguintes serão abordados os principais métodos utilizados na pesquisa.

#### 4.2 – ANÁLISE AMBIENTAL

A fim de realizar a análise ambiental do lugar, o desenvolvimento da pesquisa in loco ocorreu em três etapas. A primeira se deu pelo levantamento espacial da clínica através de fotos e análise do projeto arquitetônico. Posteriormente foi uma investigação com a técnica *walkthrough*, palavra da língua Inglesa que pode ser traduzida como passeio ou entrevista acompanhado (RHEINGANTZ et al., 2009). Segundo Bara (2019) desta forma identifica-se os relatos e aspectos dos ambientes analisados por meios fotográficos, croquis e gravação de áudio e vídeo, possibilitando que o observador se familiarize com as edificações. Com esta técnica busca-se reconhecer, no sentido de descobrir, desvelar ao pesquisador, o lugar da pesquisa através das experiências e vivências dos usuários que vão apresentando cada um dos espaços a fim de que possamos observar e analisar a qualidade dos ambientes da clínica.

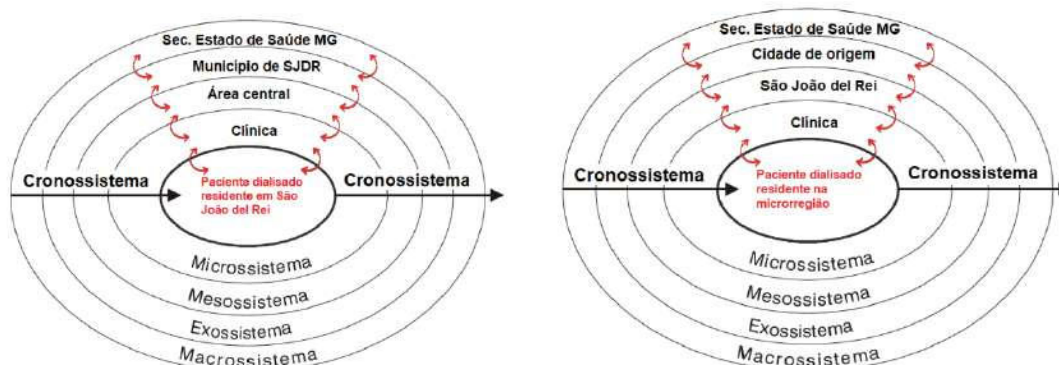
Por último, direcionado ao sujeito, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um guião constituído de três blocos de análise: levantamento de dados sobre a pessoa, levantamento de dados sobre a experiência dela no lugar e levantamento sobre a relação dela com a clínica.

O foco desta pesquisa é a inter-relação pessoa-ambiente da clínica A com vistas a entender como o senso de lugar se forma para a população que dela faz uso, a vivência. A arquitetura e urbanismo é o limite da observação, entendendo o espaço como o principal elemento e recortando-o dentro das possíveis escalas que ele se dá, sendo, em primeira instância, pela relação dialética entre o regional e o local, constituindo-se,

então, os dois primeiros ambientes da relação trabalhada. Se tem na microrregião sanitária de São João del Rei o lugar da pesquisa. Esta microrregião é classificada como: (1) o ambiente da unidade territorial urbana, traduzida pelas unidades sanitárias municipais da região sede e (2) e os ambientes das unidades sanitárias municipais das demais municipalidades da região, no total de 17 cidades. Tal subdivisão se dá para indicar que, além dos quatro ambientes (microssistema, mesossistema, exossistema, macrossistema), há diferença em observá-los sob a ótica do senso de lugar. Entendido senso de lugar sob os três eixos já apresentados: o lugar propriamente dito, a dependência com o lugar e “*place attachment*”. Portanto, a observação abrange três componentes, os componentes físicos, os não físicos e os sociais, que segundo Cavalcante; Elali (2011) estas dimensões compõem um todo que foi analisado, de modo que, ao estudar qualquer um de seus componentes, foram considerados os demais elementos do sistema ambiental.

Um fator importante para compreender a análise ambiental foi a Abordagem Ecológica do Desenvolvimento de Bronfenbrenner, que trata da relação do sujeito com o meio em que ele vive. Segundo Oliveira (2020) esse tipo de método difere de pesquisas convencionais, ao considerar as múltiplas influências dos contextos em que o sujeito vive e a bidirecionalidade em relação à pessoa e ao ambiente em que ela atua.

Figura 8 – Modelo de desenvolvimento ecológico humano da pessoa-ambiente na clínica A



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

De acordo com a Figura 13, pode-se apontar que os dois grupos de pacientes têm no ambiente da clínica o mesmo microsistema. O mesossistema se difere em função das relações que os pacientes estabelecem com os lugares. Para o paciente residente na cidade sede, o mesossistema se dá a partir dos bairros, áreas centrais etc, e para o

residente na microrregião o mesossistema apresenta-se como a própria cidade de São João del Rei. O macro e o exossistema são ambientes onde o sujeito não é ativo, ou seja, não possui autonomia, já o mesossistema e o microsistema se apresentam como ambientes onde o indivíduo possui participação ativa.

Participação ativa, nestes casos, acompanha a lógica proposta por Bronfenbrenner (1977 e 1996) e Moser (2018), onde o sujeito tem um elevado grau de autonomia em tomadas de decisões sobre a sua esfera de ação. Assim sendo, mesmo sendo um microsistema, a autonomia se dará pela “idade” do indivíduo na clínica. Em todo este contexto de escalas, cabe dizer que há uma questão a priori, pois, os indivíduos os têm como dados para sua existência.

Há que se apontar que, cada indivíduo possui uma relação distinta com os ambientes em que estão inseridos, até mesmo no microsistema, que se apresenta igual para ambos. Sendo assim, se tem no mesmo lugar, por exemplo, na clínica de hemodiálise, ambientes comuns para dialisados residentes em São João del Rei e na microrregião, e ambiências distintas para cada grupo e para cada paciente. Portanto, é possível identificar três pontos de abrangência, que são: o lugar, o ambiente e a ambiência. O lugar tem regras a priori dada pelas normas técnicas que se aplicam à edificação e à saúde e legislações urbanas. Os ambientes decorrem da natureza social da clínica, dada pela organização do serviço que acarreta a organização espacial do lugar. Por fim, a ambiência compete à sua própria subjetividade na leitura objetiva e subjetiva livre que ele tem enquanto ator no processo.

Ainda assim, a natureza do lugar, da edificação, por si só não é capaz de apresentar a plenitude ambiental humana que está ali. Sob a ótica da humanização, cada relação entre pessoa-ambiente constrói um sentido específico de senso de lugar.

Trazendo a abordagem para o lugar interno da clínica de hemodiálise, há que se apontar que, além dos dois grupos de pacientes, que têm no espaço da clínica o mesmo microsistema gerador de microambiente e ambiências, existem outros grupos, que são: os profissionais, a equipe técnica e administrativa. Cada qual tem relação distinta. Assim, no mesmo lugar, por exemplo, a sala de hemodiálise se tem um ambiente comum para dialisados e equipes e ambiências distintas para tais grupos, pois, a relação entre equipe técnica e paciente não é a mesma relação entre paciente e equipe técnica. As ordens dos fatores de observação são completamente distintas, para a equipe, o

paciente é um sujeito cuja dependência é profissional; para o paciente, a dependência àquele lugar é com relação a sua própria vida. A subjetividade-objetiva do paciente nesta situação não pode ser reconhecida como a mesma subjetividade-objetiva de lugar para a equipe.

#### 4.3 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta pesquisa foi analisada uma clínica de HD, denominada de clínica A para fins de sistematização e anonimato. Conforme a metodologia exemplificada anteriormente, neste capítulo será apresentado a maneira com que os dados recolhidos serão tratados e analisados.

Conjuntamente com as entrevistas foi possível recolher outras informações, como informações relativas à arquitetura da clínica e seu funcionamento. Também foram realizadas visitas in loco onde foi possível recolher informações adicionais e específicas que contribuiriam para a análise ambiental.

Os resultados obtidos através do levantamento dos prontuários de atendimento foram tratados através de análises estatísticas.

Os resultados obtidos através das entrevistas foram organizados por categorias e subcategorias, denominada de análise de conteúdo. Segundo Esteves (2006 apud. ALEIXO, 2019) “análise de conteúdo” é uma técnica sistemática e replicável para comprimir muitas palavras de texto em poucas categorias de conteúdo, baseadas em regras explícitas de codificação. Nessa técnica define-se categorias ou temas, que são identificados pelo investigador consoante os objetivos da investigação (ALEIXO, 2019).

Sendo assim, segundo Creswell. (2014 apud. OLIVEIRA, 2020) o investigador recolhe os dados necessários, relativos aos cenários e ambientes vivenciados pelos sujeitos, analisa as informações, declarações e citações significativas e as combina em grupos de tema. Depois, ele desenvolve uma descrição textual das experiências encontradas (o que as pessoas participantes experimentaram), uma descrição estrutural das suas experiências (como elas as experimentaram, em termos das condições, situações ou contextos) e as articula para transmitir uma essência geral da experiência.

Com esta metodologia foi identificar experiências, percepções e vivências dos doentes renais crônicos da clínica A, exemplificando como estes pontos se vinculam com os três

eixos estruturadores do senso de lugar, aqui abordados como identidade de lugar, vínculo com o lugar e apego e afeto ao lugar.

A partir do roteiro de entrevistas elaborado foram elencadas algumas classificações a priori, que são: Ambiência, Dependência, Pessoa - Lugar e Lugar - Pessoa, que são dadas previamente pelos blocos de perguntas das entrevistas. A análise desses blocos de perguntas se deu por sete categorias de observação da relação entre pessoa/arquitetura na forma de apropriação do espaço para o apego e afeto ao lugar, que serão: Identidade de Lugar do lugar, dada pelo conteúdo histórico, Grupos de observações (centro e periferia), Formação de grupos comuns, Pluralidade, Autonomia, Participação, Inter-Relação.

Quadro 8 – Categorias de análise dos resultados

<b>Categorias de análise</b>	<b>Conceitos</b>
<b>1. Identidade de Lugar</b>	Análise do conteúdo histórico
<b>2. Grupos “a priori” (centro e periferia)</b>	Pacientes residentes em São João del Rei Pacientes residentes na Microrregião
<b>3. Formação de Grupos</b>	Análise a partir de respostas comuns entre os entrevistados
<b>4. Pluralidade</b>	Análise da pluralidade entre os grupos entrevistados
<b>5. Autonomia</b>	Análise do que pode ou não realizar segundo a concepção do entrevistado
<b>6. Participação</b>	Análise do que o entrevistado faz e não faz
<b>7. Inter-relação</b>	Análise de como o entrevistado se relaciona com pessoas que gosta e com pessoas que não gosta

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Com este conjunto, buscou-se compreender e analisar a importância do senso de lugar na clínica A, a fim de identificar e discutir os hábitos, atitudes e funcionalidades demandados para o espaço.

#### 4.4 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

O projeto de pesquisa foi aprovado sob o registro CAAE: 53070521.9.0000.5147 sendo assegurado o mínimo de risco e o máximo de benefício. Todos os dados coletados serão assegurados pela privacidade das pessoas participantes a fim de resguardar sua imagem, além da garantia de que não serão utilizadas informações que possam causar prejuízos a essas pessoas ou a instituição.

A pesquisa contribuirá para a saúde e bem estar dos pacientes pois analisando o ambiente construído e como ele influencia no apego e no afeto, consegue-se indicar necessidades objetivas e/ou subjetivas que podem contribuir para melhoria da qualidade arquitetônica da clínica e conseqüentemente na satisfação de todos.

Os riscos envolvidos são considerados mínimos, pois se dá pela identificação e constrangimento dos participantes, mas que pode ser amenizado através da preservação de sua identidade utilizando-se de números ou pseudônimos, além da utilização de recursos fotográficos para não haver reconhecimento, como o recurso de embaçar o rosto.

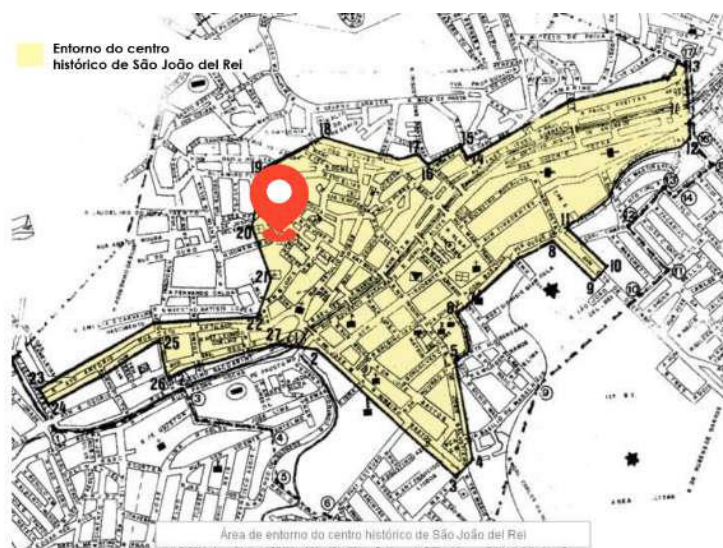
### **5 RESULTADOS: CLASSIFICAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO**

#### 5.1 - CLASSIFICAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA REGIÃO

A clínica A encontra-se anexada ao subsolo do Hospital X, que é uma edificação filantrópica datada de 1942. O funcionamento da clínica de HD data de 1992 passando por duas reformas concluídas com o objetivo de acréscimo de área devido ao aumento do número de pacientes e uma em estudo que visa os mesmos objetivos.

A localização da clínica se dá no entorno do centro histórico da cidade, em uma zona de proteção cultural consolidada, como observa-se no mapa abaixo, possuindo assim, restrições consideráveis quanto ao seu uso, construções, reformas, pavimentações, altimetria etc sendo obrigado a obedecer diretrizes e normas estabelecidas não só pela Prefeitura local mas também pelo Conselho Municipal de Preservação do Patrimônio Cultural (CMPPC) e Instituto do Patrimônio Histórico Artístico Nacional (IPHAN).

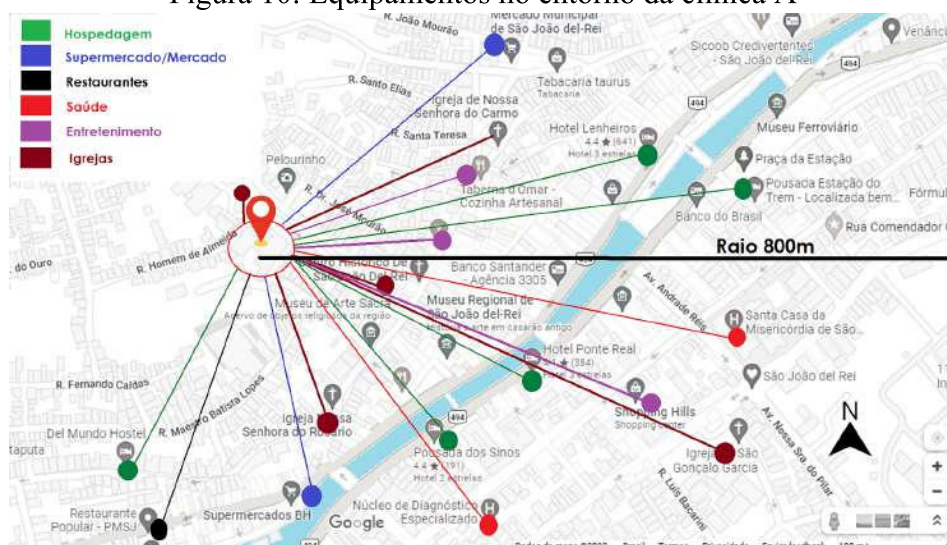
Figura 9: Localização da clínica na área de entorno do centro histórico de São João del Rei



Fonte: Prefeitura Municipal de São João del Rei (2022)

Apesar da localização da clínica na malha urbana se dar no centro histórico da cidade, como visto no mapa acima, tendo alguns acessos a equipamentos, públicos e privados, facilitados, como supermercados, farmácias, restaurantes, hospedagens e comércio em geral, sua pavimentação em pedra, calçadas ineficientes e muitas vezes inexistentes e via estreita, com apenas 3,60m, dificultam o acesso, tanto de pedestres quanto de veículos, principalmente tratando-se de pacientes que se encontram mais debilitados e com mobilidade reduzida.

Figura 10: Equipamentos no entorno da clínica A



Fonte: Adaptada pela autora com base no Google Maps (2022)



Figura 11: Via de acesso à clínica



Fonte: A autora (2022)

De acordo com o diagrama abaixo, a edificação na qual a clínica A se encontra instalada, considerando o acesso principal, é situada em uma via secundária, com fachada principal voltada para a mesma. A clínica de HD encontra-se localizada em uma via terciária, com acessos externos independentes e fluxos interiores que envolvem serviços compartilhados com o Hospital X. Nesta pesquisa classificou-se como via primária as vias mais importantes da cidade, onde o trânsito é mais intenso e possuem acesso para entrada e saída da cidade. As vias secundárias são aquelas destinadas a distribuir o trânsito ao longo da via primária através de entradas e saídas da mesma, normalmente possuem um trânsito razoável em relação a via primária. As vias terciárias são vias locais e possuem fluxo reduzido em relação ao trânsito.

Figura 12: Mapa de mobilidade



Fonte: A autora (2022)

A mobilidade nesta via de acesso é deficiente devido a pavimentação e ao desnível existente no local. As calçadas são estreitas e existentes em somente um dos lados da via, mas o desnível se apresenta como principal problema devido a maioria dos pacientes se deslocarem para a clínica através de vans, ônibus e carros e muitos deles apresentarem mobilidade reduzida, dificultando o embarque e desembarque.

Figura 13: Acesso da clínica A



Fonte: A autora (2022)

A clínica A possui dois acessos principais, o primeiro encontra-se no subsolo da edificação, onde são realizadas as consultas médicas e o segundo corresponde à recepção da hemodiálise por onde os pacientes e os acompanhantes adentram a clínica, ambos voltados para a mesma fachada. Além desses acessos, a estrutura da clínica ainda conta com um pavimento administrativo que possui acesso interno, que se dá através do segundo andar.

Figura 14: Fachada principal



Fonte: A autora (2022)

Ao redor da clínica, no mesossistema, encontram-se majoritariamente edificações habitacionais de porte baixo e médio, não ultrapassando três pavimentos. O Hospital X onde ela se encontra anexada é um dos principais centros de atendimento da cidade. Há pontos de ônibus localizados em um raio de oitocentos metros incluindo que é usual alguns pacientes utilizarem o serviço de transporte público urbano. Apesar da localização da clínica se dar em um bairro central, esta área não é atendida por nenhuma linha de ônibus. Anterior a pandemia da covid-19 esta área ainda possuía uma linha de ônibus local que acabou sendo extinta durante este período e não retornou.

Figura 15: Entorno imediato



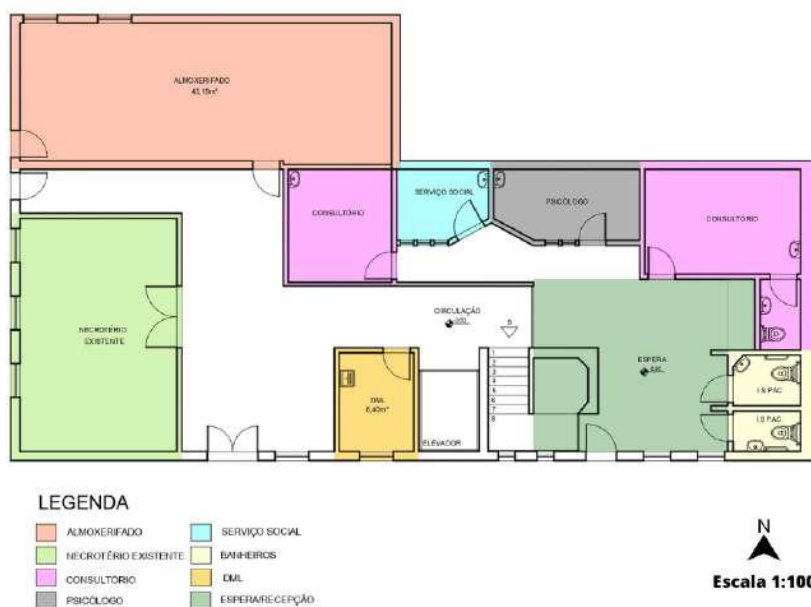
Fonte: A autora (2022)

## 5.2 - ANÁLISE DA ARQUITETURA DA CLÍNICA

A clínica apresenta planta baixa em formato retangular e apesar de possuir dois acessos externos principais, os mesmos se apresentam confusos na fachada principal, como mostra imagem anterior, para quem se apresenta em uma primeira visita. Os acessos internos são bem definidos, o que facilita o fluxo. Outro ponto observado na planta baixa é a altura do pé direito, no subsolo e primeiro pavimento, 2,19m e 2,52m respectivamente, o que pode ocasionar em proximidade com a iluminação direta, incômodo em algumas salas além de sensações claustrofóbicas.

O subsolo da clínica de HD conta com os seguintes ambientes, setorizados conforme mapa a seguir (figura x): 2 consultórios médicos, escritório de qualidade, escritório psicólogo, sanitários para pacientes (ambos os sexos), recepção e sala de espera e depósito de material de limpeza. Além disso, na planta baixa consta um necrotério e almoxarifado, cômodos pertencentes às dependências do Hospital X.

Figura 16: Planta baixa do subsolo com demarcação de ambientes



Fonte: Planta adaptada pela autora com base no acervo da Clínica A,(2022)

No primeiro pavimento esta clínica de HD conta com os seguintes ambientes, setorizados conforme mapa a seguir (figura x): recepção e sala de espera de pacientes, área de cadeira de rodas, sanitários para pacientes (ambos os sexos), 1 consultório médico, consultório de nutricionista, sala de DPAC, refeitório, sanitários/vestiários para funcionários (ambos os sexos), copa para funcionários, almoxarifado, depósito de material de limpeza.

Figura 17: Planta baixa do primeiro pavimento com demarcação de ambientes



Fonte: Planta adaptada pela autora com base no acervo da Clínica A ( 2022)

No segundo pavimento esta clínica de HD conta com os seguintes ambientes, setorizados conforme mapa a seguir (figura x): 2 salas de HD, posto de enfermagem, salas de reuso, sanitários para pacientes (ambos os sexos), depósito de material de limpeza, rouparia, 1 consultório, sala de observação com posto de enfermagem, sala de utilidades, secretaria administrativa, sanitário, sala da administração, escritório de qualidade, sala de tratamento de água e manutenção de equipamentos.

Figura 18: Planta baixa do segundo pavimento com demarcação de ambientes



Fonte: Planta adaptada pela autora com base no acervo da Clínica A,( 2022)

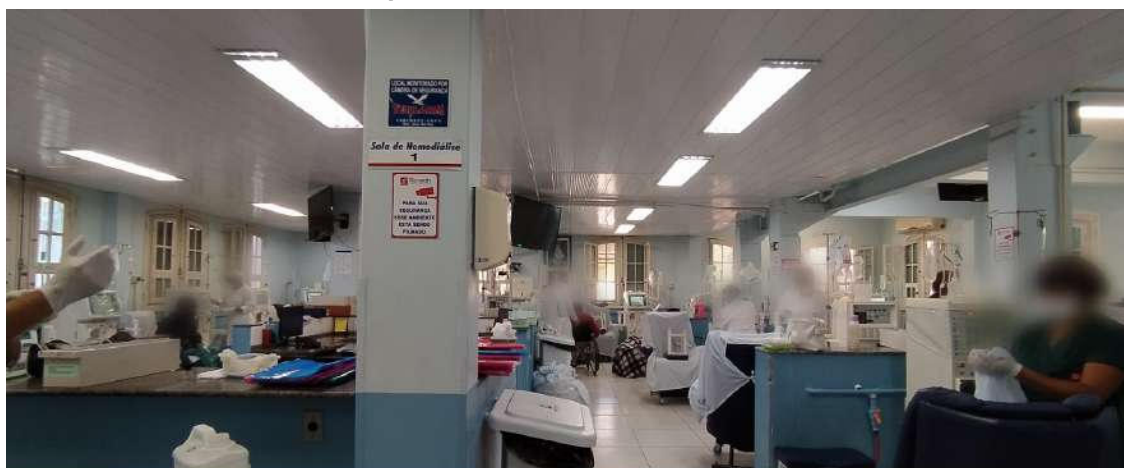
A infraestrutura física da clínica representa uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva, Hemodiálise e CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua), localizada em São João del Rei-MG. Atualmente a estrutura humana da clínica é formada por 5 médicos, 4 enfermeiras-chefe, 32 técnicos em enfermagem, 1 assistente social, 1 nutricionista, 9 funcionários do setor administrativo, 1 cozeira e 4 funcionários da limpeza, caracterizando uma multidisciplinaridade profissional.

A estrutura operacional conta com quarenta e uma (máquinas e poltronas) e 10 máquinas de reserva para eventualidades. O funcionamento é dividido em 3 turnos diários (manhã, tarde e noite), nos dias de segunda, quarta e sexta-feiras, e 2 turnos

diários (manhã e tarde) nos dias de terça, quinta e sábado, que possui uma rede de atendimento que tratam 195 pacientes fazendo o tratamento de hemodiálise interna.

As duas salas de hemodiálise possuem piso em cerâmica branca, pé direito de 2,55m e teto predominantemente em forro de PVC, tendo somente uma pequena parte da sala em laje de concreto. A temperatura é controlada por sistema de ar-condicionado. A sala 1 de HD possui layout organizado em formato de U. A sala 2 de HD é quadrada e possui pequena capacidade para estações de HD, contando com 8 poltronas em formato de L.

Figura 19: Sala de hemodiálise 1



Fonte: A autora (2022)

Figura 20: Sala de hemodiálise 2



Fonte: A autora (2022)

Além das salas de HD, há outros ambientes que compõem a clínica e são fundamentais para o seu funcionamento. O primeiro ambiente a ser considerado é a recepção. Com o fluxo intenso de pessoas devido ao aumento do número de pacientes, passou a receber

um número maior de usuários. Este fluxo refere-se tanto aos pacientes, funcionários e acompanhantes como também de macas e cadeirantes que aguardam o início do tratamento ou a chegada de um familiar ou responsável para levá-los para casa. Em horários de fluxos mais intensos há falta de mobiliários que comportem a demanda. Destaca-se o cruzamento intenso de fluxos na recepção durante a troca de turnos dos pacientes em hemodiálise. Além disso, não há um acesso distinto para os pacientes, médicos, funcionários e demais que circulam pelo ambiente da recepção, o que contribui para o fluxo intenso.

Figura 21: Recepção da clínica A



Fonte: A autora (2022)

Figura 22: Recepção da clínica A



Fonte: A autora (2022)

Figura 23: Recepção da clínica A



Fonte: A autora (2022)

Observa-se um maior fluxo de usuários nas segundas, quartas e sextas-feiras devido à realização de três turnos de HD (manhã, tarde e noite) tendo um aumento considerável de pessoas que transitam pela recepção. Nas terças, quintas e sábados o fluxo é menor devido à realização de apenas dois turnos de HD (manhã e tarde).

Algumas atividades técnico-profissionais, como a pesagem de pacientes, antes do procedimento de HD são realizados na recepção, na sala de DPAC, onde é realizado a pesagem do paciente para controle de seu peso, fator que influencia no fluxo intenso e desordenado, uma vez que essa pesagem é realizada antes e depois da sessão de hemodiálise.

Figura 24: Sala de DPAC



Fonte: A autora (2022)

Ao chegar na clínica, o paciente realiza o procedimento padrão: assinatura de uma ficha na recepção, pesagem e aferição da pressão arterial e aguarde na recepção até que é solicitado sua presença na sala de hemodiálise para enfim iniciar o procedimento. Sendo assim, o paciente só é encaminhado para a sala de HD quando solicitado pela enfermeira, fazendo com que haja uma organização nas viradas dos turnos.

### 5.3 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DA POPULAÇÃO DIALISADA

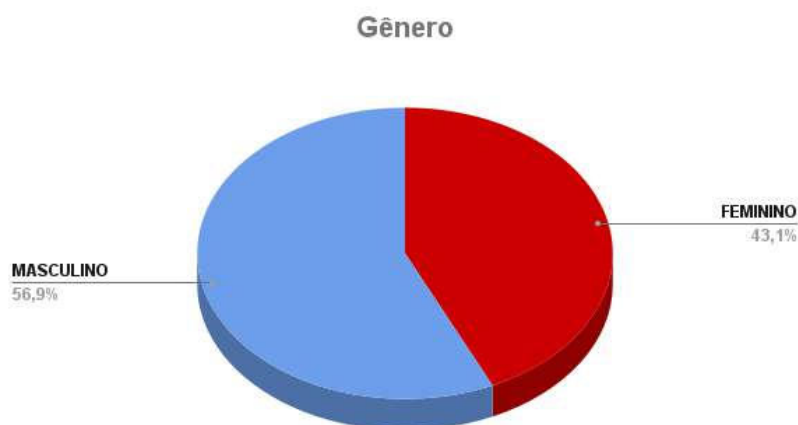
Conforme apresentado anteriormente no item 4.1 primeiramente buscou-se tratar os dados de forma quantitativamente utilizando a amostra geral de 195 pacientes que foi estabelecida através do levantamento dos prontuários de atendimento dos quais foram retiradas informações como: nome completo, data de nascimento, sexo, cidade de



origem, cidade de residência, início no tratamento e convênio. As informações coletadas foram compiladas possibilitando a análise estatística abaixo.

Os números gerais desta clínica apontam uma predominância do gênero masculino na população de portadores de IRC, com 56,9%, o que mostra uma diferença de 13,8% para a população feminina, que conta com 43,1%.

Gráfico 3: Distribuição do número de pacientes por gênero



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quadro 9: Divisão por gênero, número de pacientes e percentual

Gênero	Número de pacientes	%
Feminino	84	43,1
Masculino	111	56,9

Fonte: Dados compilados pela autora (2022)

Posteriormente os pacientes foram divididos em cinco grupos de faixa etária, de A a E. Nota-se que a maioria dos pacientes estão nas faixas etárias relativas ao grupo B (40 a 59 anos) e C (60 a 74 anos) apresentando um aumento significativo do grupo A (18 a 39 anos) para o grupo B (40 a 59 anos) e uma queda no número de pacientes do grupo C (60 a 74 anos) para o grupo D (75 a 84 anos). Isso ocorre tanto para pacientes do gênero masculino quanto do gênero feminino.

Quadro 10: Distribuição do número de pacientes por faixa etária e gênero

<b>Grupo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Classificação</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo A</b>	18 a 39 anos	Jovem	10	11	21
<b>Grupo B</b>	40 a 59 anos	Jovem adulto	28	41	69
<b>Grupo C</b>	60 a 74 anos	Adulto	33	43	76
<b>Grupo D</b>	75 a 84 anos	Adulto idoso	11	13	24
<b>Grupo E</b>	Acima de 85 anos	Idoso	2	3	5
-	-	-	<b>84</b>	<b>111</b>	<b>195</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

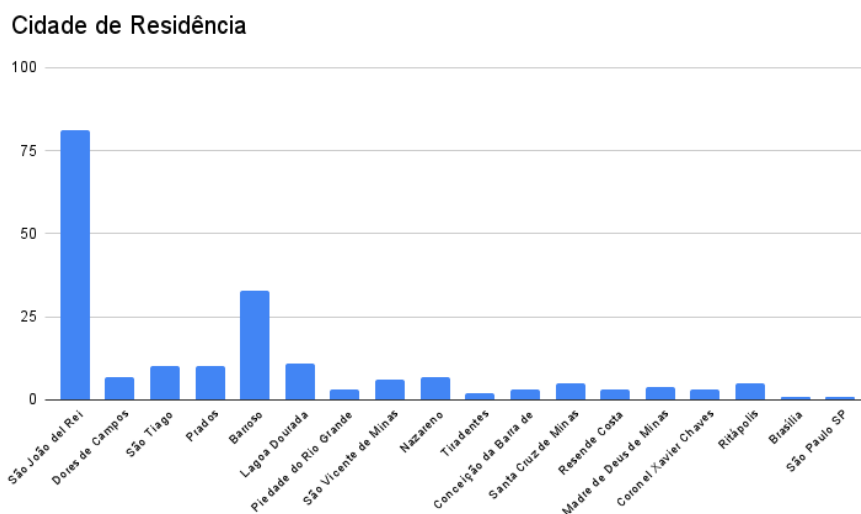
Estabelecido os termos “centro” e “periferia”, respectivamente, para identificar São João del Rei e as 17 cidades que são parte da microrregião, foram compilados os dados referentes à cidade de residência dos 195 pacientes. Utilizando-se destes conceitos e a partir das análises estatísticas pode-se observar que os pacientes residem predominantemente na “periferia”, correspondendo a 58,5% e 41,5% residentes no “centro”, como mostra a tabela abaixo. Também foi possível identificar uma porcentagem significativa de pacientes residentes na cidade de Barroso, sendo 16,9% e também Lagoa Dourada, Prados e São Tiago, correspondente a 5,6% e 5,1% respectivamente.

Quadro 11: Distribuição do número de pacientes segundo centro e periferia.

<b>Cidade de Residência</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Centro</b>	81	41,1
<b>Periferia</b>	114	58,9

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Gráfico 4: Distribuição do número de pacientes por cidade de residência



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quadro 12: Distribuição do número de pacientes por cidade de residência

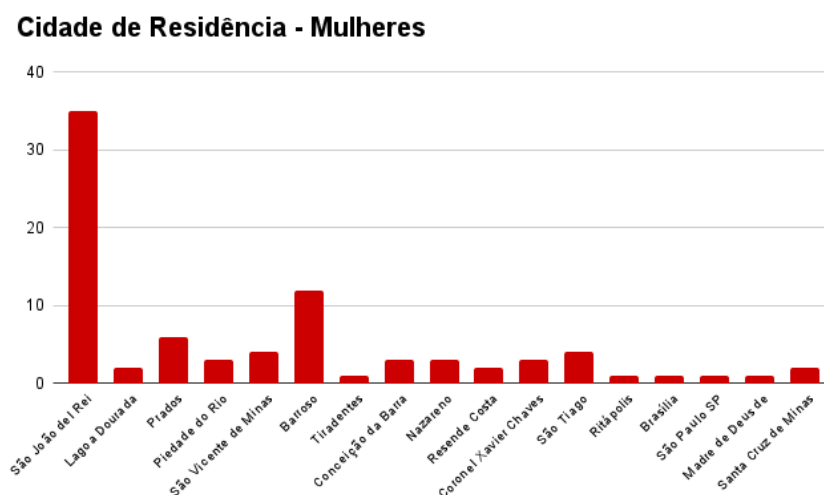
Cidade de residência	Número de pacientes
São João del Rei	81
Barroso	33
Bom Sucesso	0
Coronel Xavier Chaves	3
Conceição da Barra de Minas	3
Dores de Campos	7
Ibituruna	0
Lagoa Dourada	11
Madre de Deus de Minas	4
Nazareno	7
Prados	10
Resende Costa	3
Ritápolis	5
Piedade do Rio Grande	3

Santa Cruz de Minas	5
São Tiago	10
São Vicente de Minas	6
Tiradentes	2

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

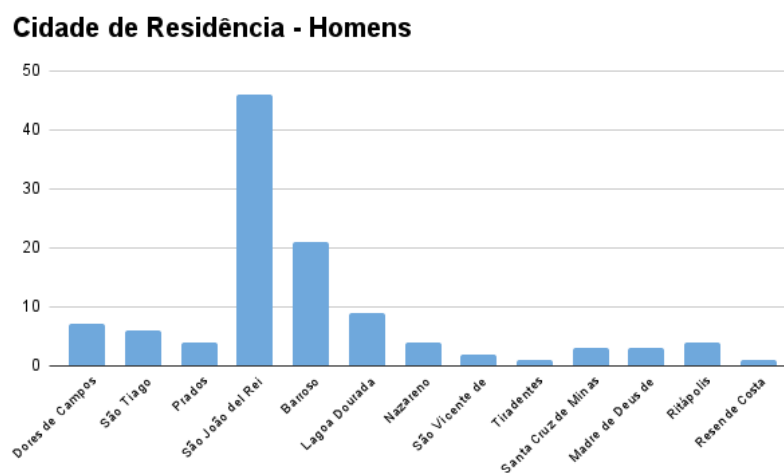
Após o levantamento macro das cidades de residência dos 195 pacientes renais crônicos, dividiu-se a amostra em gênero (feminino e masculino).

Gráfico 5: Distribuição do número de mulheres por cidade de residência



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Gráfico 6: Distribuição do número de homens por cidade de residência



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Quadro 13: Distribuição do número de pacientes por gênero segundo centro e periferia

<b>Centro/Periferia</b>	<b>Número de Pacientes</b>	<b>Mulheres</b>	<b>%</b>	<b>Homens</b>	<b>%</b>
<b>Centro</b>	81	35	43,2 %	46	56,8 %
<b>Periferia</b>	114	49	43%	65	57%

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Baseado no quadro acima pode-se observar a praticamente igualdade na proporção dos resultados entre mulheres e homens, segundo centro e periferia.

A partir deste quadro buscou-se levantar dados referentes à faixa etária e gênero referentes ao centro (São João del Rei) e periferia (Microrregião).

Quadro 14: Distribuição do número de pacientes por faixa etária e gênero em São João del Rei “centro”

<b>Grupo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Classificação</b>	<b>Mulheres</b>	<b>%</b>	<b>Homens</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo A</b>	18 a 39 anos	Jovem	2	33,3 %	4	66,7%	6 (7,4 %)
<b>Grupo B</b>	40 a 59 anos	Jovem adulto	13	44,8%	16	55,2%	29 (35,8 %)
<b>Grupo C</b>	60 a 74 anos	Adulto	12	35,3%	22	64,7%	34 (42 %)
<b>Grupo D</b>	75 a 84 anos	Adulto idoso	7	63,6	4	36,4%	11 (13,6 %)
<b>Grupo E</b>	Acima de 85 anos	Idoso	1	-	0	-	1 (1,2 %)
-	-	-	<b>35</b>	<b>43,2</b>	<b>46</b>	<b>56,8%</b>	<b>81</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quadro 15: Distribuição do número de pacientes por faixa etária e gênero na Microrregião “periferia”

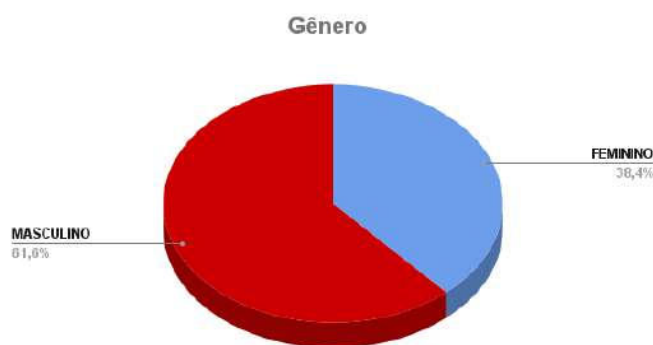
<b>Grupo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Classificação</b>	<b>Mulheres</b>	<b>%</b>	<b>Homens</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo A</b>	18 a 39 anos	Jovem	8	53,3%	7	46,7%	15 (13,2 %)
<b>Grupo B</b>	40 a 59 anos	Jovem adulto	15	37,5%	25	62,5%	40 (35,1 %)
<b>Grupo C</b>	60 a 74 anos	Adulto	21	50%	21	50%	42 (36,8 %)
<b>Grupo D</b>	75 a 84 anos	Adulto idoso	4	30,8%	9	69,2%	13 (11,4 %)
<b>Grupo E</b>	Acima de 85 anos	Idoso	1	25%	3	75%	4 (3,5 %)
-	-	-	<b>49</b>	<b>43%</b>	<b>65</b>	<b>57%</b>	<b>114</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Há que se destacar que pacientes do grupo A (18 a 39 anos) é quase o dobro na periferia, com 13,2%, enquanto o centro conta com 7,4%. Também é possível observar a igualdade na população de homens e mulheres da periferia relativo ao grupo C (60 a 74 anos) e a proximidade no grupo A (18 a 39 anos), com mulheres representando 53,3% e homens 46,7%.

Após o levantamento quantitativo dos 195 prontuários e da definição de que se teriam 10% da população, chegou-se ao número de 26 pacientes renais crônicos, entre homens e mulheres e entre residentes no centro e periferia. A amostra nominal considerou: faixa etária, gênero e cidade atual de residência e a amostra ordinal foi selecionada baseada no comportamento dos indivíduos em HD.

Gráfico 7: Distribuição da amostra por gênero



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quadro 16: Divisão por gênero, número de pacientes e percentual

Gênero	Número de pacientes	%
Feminino	10	38,4
Masculino	16	61,6

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Após a caracterização do gênero da amostra, os pacientes foram classificados de acordo com a faixa etária. Observa-se quantidade maior de pacientes selecionados no grupo B (40 a 59 anos) e grupo C (60 a 74 anos), devido ao número desses grupos serem mais significativos, conforme identificado anteriormente.

Quadro 17: Caracterização da amostra por faixa etária e gênero

Grupo	Faixa etária	Classificação	Mulheres	Homens	Total
<b>Grupo A</b>	18 a 39 anos	Jovem	2	4	6
<b>Grupo B</b>	40 a 59 anos	Jovem adulto	4	4	8
<b>Grupo C</b>	60 a 74 anos	Adulto	3	5	8
<b>Grupo D</b>	75 a 84 anos	Adulto idoso	1	2	3
<b>Grupo E</b>	Acima de 85 anos	Idoso	0	1	1
-	-	-	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Após os levantamentos das faixas etárias, a amostra foi caracterizada conforme sua cidade de residência (centro e periferia).

Quadro 18: Distribuição do número da amostra segundo centro e periferia

<b>Cidade de Residência</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Centro</b>	10	38,4
<b>Periferia</b>	16	61,6

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Observa-se a coincidência na igualdade nos números relacionados ao gênero e cidade de residência.

Quadro 19 - Distribuição da amostra por faixa etária e gênero em São João del Rei  
“centro”

<b>Grupo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Classificação</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo A</b>	18 a 39 anos	Jovem	0	1	1
<b>Grupo B</b>	40 a 59 anos	Jovem adulto	3	2	5
<b>Grupo C</b>	60 a 74 anos	Adulto	1	3	4
<b>Grupo D</b>	75 a 84 anos	Adulto idoso	0	0	4
<b>Grupo E</b>	Acima de 85 anos	Idoso	0	0	1
<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quadro 20: Distribuição da amostra por faixa etária e gênero na Microrregião  
“periferia”

<b>Grupo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Classificação</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo A</b>	18 a 39 anos	Jovem	2	3	5
<b>Grupo B</b>	40 a 59 anos	Jovem adulto	1	2	3
<b>Grupo C</b>	60 a 74 anos	Adulto	2	2	4
<b>Grupo D</b>	75 a 84 anos	Adulto idoso	1	2	3
<b>Grupo E</b>	Acima de 85	Idoso	0	1	1

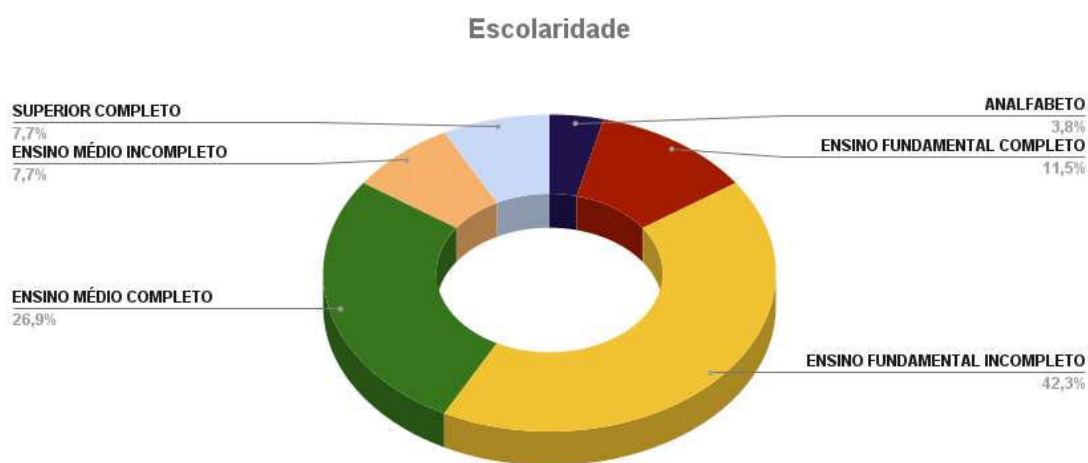


	anos				
-	-	-	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>16</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Além dos quadros e gráficos confeccionados, através das entrevistas semi-estruturadas com pacientes renais crônicos, foi realizado um levantamento sobre a escolaridade dos entrevistados.

Gráfico 8: Caracterização da amostra conforme escolaridade



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quadro 21: Caracterização da amostra conforme escolaridade

<b>Escolaridade</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Analfabeto(a)	1	3,8
Ensino fundamental incompleto	11	42,3
Ensino fundamental completo	3	11,5
Ensino médio incompleto	2	7,7
Ensino médio completo	7	26,9
Superior completo	2	7,7

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quase metade dos pacientes (42,3%) possuem apenas o fundamental incompleto. Esta baixa escolaridade pode contribuir para a desinformação do paciente. Como aponta Bara

(2019) este fato dificulta o tratamento da doença de base, não evitando, assim, que o paciente tenha a perda das funções renais. Em alguns casos pode-se verificar a influência dessa desinformação na compreensão da doença e do tratamento em si.

Quadro 22: Caracterização da amostra

<b>UNIDADE DE CONTEXTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>CIDADE DE RESIDÊNCIA (centro/periferia)</b>
E1	F	34	Ensino fundamental completo	Periferia
E2	F	34	Ensino fundamental incompleto	Periferia
E3	M	39	Superior completo	Centro
E4	M	31	Ensino fundamental incompleto	Periferia
E5	M	28	Ensino médio completo	Periferia
E6	M	28	Ensino médio completo	Periferia
E7	F	44	Ensino médio completo	Centro
E8	F	54	Ensino fundamental incompleto	Centro
E9	F	48	Superior completo	Centro
E10	M	58	Ensino médio completo	Periferia
E11	M	45	Ensino fundamental incompleto	Centro
E12	M	49	Ensino fundamental incompleto	Centro
E13	M	54	Ensino médio incompleto	Periferia
E14	F	61	Ensino médio incompleto	Centro
E15	F	36	Ensino médio	Periferia

			completo	
E16	F	66	Ensino fundamental incompleto	Periferia
E17	M	70	Ensino fundamental incompleto	Periferia
E18	M	74	Ensino fundamental completo	Centro
E19	M	64	Ensino fundamental incompleto	Periferia
E20	M	60	Ensino médio completo	Centro
E21	M	68	Ensino médio completo	Centro
E22	F	83	Sem escolaridade	Periferia
E23	M	75	Ensino fundamental completo	Periferia
E24	M	80	Ensino fundamental incompleto	Periferia
E25	M	85	Ensino fundamental incompleto	Periferia
E26	F	61	Ensino fundamental incompleto	Periferia

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

#### 5.4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Os dados foram tratados por meio de uma análise de conteúdo, que busca comprimir muitas palavras de texto em poucas categorias de conteúdo, baseadas em regras explícitas de codificação (ESTEVES 2006 apud. ALEIXO, 2019). Júnior; De Melo; Santiago (2010) sugerem uma organização por etapas para análise de conteúdo, deixando explícito que as etapas não se apresentam de maneira estanque, linear, e, sim, como um roteiro didático para o tratamento dos dados. Esta pesquisa utilizou-se do seguinte roteiro:

Quadro 23: Roteiro da análise de conteúdo

<b>Etapas</b>	<b>Intenções</b>	<b>Ações</b>
<b>1ª etapa:</b> Organização das categorias e conceitos	- Definir e organizar os conceitos baseado nas referências bibliográficas, objeto e objetivo da pesquisa	- Leitura e estudos sobre o objetivo proposto.
<b>2ª etapa:</b> Exploração do material	- Alinhar o material explorado com as categorias e conceitos definidos na 1ª etapa - Categorização em forma de tabelas;	- Desmembrar os dados (falas) para categorizá-los e organizá-los em tabelas de análise.
<b>3ª etapa:</b> Tratamento e interpretação do material	- Selecionar, transcrever os dados (falas) e interpretar - Confecção de quadros dos resultados;	- Agrupar as citações dos entrevistados nas categorias e subcategorias criadas na 2ª etapa;

Fonte: A autora (2022)

Em um primeiro momento, as categorias foram estabelecidas com base em referências de literaturas que permitiram a elaboração da entrevista semiestruturada, onde foi possível estabelecer sete categorias de análise: (1) Identidade de lugar do lugar; (2) Grupos a priori; (3) Formação de grupos; (4) Pluralidade; (5) Autonomia; (6) Participação e (7) Inter-Relação. Após ouvir áudios das entrevistas, ler e analisar de todo o material resultante dos respondentes, foram identificados partes significativas para o contexto da investigação por meio de “fragmentos” das falas que se tornaram textos a serem incorporados/considerados pertinentes para desvelarem questões de interesse da dissertação. Posteriormente, tais fragmentos foram destacados como subcategorias que, segundo Aleixo (2019), foram codificadas com uma palavra, ou texto, que sintetizava a informação nele contido, fossem palavras dos próprios entrevistados ou inferidas pelo investigador.

A partir desta classificação e categorização foi possível a confecção de uma nova tabela de categorias.

Quadro 24: Categorias, Subcategorias e suas definições e delimitações

Categorias	Conceitos	Subcategorias	Definições e Delimitações
Identidade de lugar do lugar	Análise do conteúdo histórico	Transição	Todas as referências explícitas à mudança de residência, cidade ou estado.
		Relevância	Todas as referências explícitas à locais e eventos importantes e relevantes que ocorrem na cidade natal do entrevistado e também em São João del Rei
		Preferência	Todas as referências relativas à apreciação da cidade natal e São João del Rei
Grupos "a priori" (centro e periferia)	Pacientes residentes em São João del Rei Pacientes residentes na Microrregião	Origem	Todas as referências explícitas à naturalidade
		Deslocamento	Todas as referências relativas ao meio de deslocamento para a clínica e ao tempo de percurso
Formação de grupos de pensamento	Análise a partir de respostas comuns entre os entrevistados	Cotidiano	Todas as referências relativas à rotina diária dos entrevistados.
		Relações	Todas as referências explícitas às relações familiares, com amigos e cônjuges.
		Sociabilidade	Todas as referências relativas à vida social dos entrevistados.
		Percepção	Todas as referências relativas à percepção dos entrevistados diante do tratamento dialítico
		Ergonomia / Acessibilidade	Todas as referências explícitas à ergonomia dos equipamentos e mobiliários da clínica
Pluralidade	Análise da pluralidade entre os grupos entrevistados	Espiritualidade	Todas as referências explícitas à espiritualidade, religião e Deus
		Familiares/Vizinhança	Presença dos familiares no suporte clínico e contexto afetivo (não clínico)
		Pares	Atividades realizadas internamente a clínica
Autonomia	Análise do que pode ou não realizar segundo a concepção do entrevistado	Clínica	Relacionamento com os prestadores de serviço da clínica
		Funções	Todas as referências relativas às tarefas e funções realizadas pelo entrevistado.
		Locomoção	Referente à autonomia de se locomover
Participação	Análise do que o entrevistado faz e não faz	Exterior	Todas as referências explícitas à rotina externa a clínica.
		Atividades diretas na clínica	Atividade molar e atividades clínicas
Inter-Relação	Análise de como o entrevistado se relaciona com pessoas que gosta e com pessoas que não gosta	Afeto	Todas as referências relativas à afetos dos entrevistados na clínica
		Família	Referências relativas às relações familiares
		Assistência	Todas as referências explícitas ao atendimento da clínica
		Relacionamento	Relativo aos relacionamentos estabelecimentos na clínica

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

#### 5.4.1 - A categoria Identidade de Lugar do Lugar

A identidade de lugar do lugar trata-se dos aspectos que diferenciam um lugar do outro, sabido que as pessoas não discernem lugares da mesma maneira (PENG J.; STRIJKER D.; WU Q, 2020). Sendo assim, elencou-se três subcategorias para tratar a identidade de lugar do lugar: (1) Transição, (2) Relevância e (3) Preferência. Estas subcategorias têm o objetivo de trazer reflexões sobre a maneira com que o entrevistado percebe os espaços do lugar em que está inserido e o que ele (espaço) tem de atributos próprios e a priori do sujeito (históricos, ontológicos, formais, sociais, técnicos etc.), mas que pode(m) ser considerado(s) de elemento(s) significativo(s) para sua vivência no presente momento, pelo paciente.

Neste sentido, pode-se dizer que todos os entrevistados passaram por um processo de transição ao descobrir a doença e começar o tratamento. Afirma-se categoricamente esta transição para todos aqueles em hemodiálise, dado que a vida independente da TRS não

se dava pela dependência técnica de estar “aprisionado” a uma máquina. Contudo, o caráter das transições, naturalmente, é elemento específico para cada um dos sujeitos. Apesar disto, há transições que ocorrem de forma similar e repetitiva para muitas pessoas, como aquelas que se referem à mudanças de residências, isto é, seus microssistemas residenciais, como destaca E2, E16 e E19:

*"Minha mãe mora em cidade x e aí não tinha quem cuidasse de mim lá em cidade y, eu tenho um menininho"* (E2, mulher, 34 anos, periferia).

*"Voltei pra cidade x porque aí minha mãe ficou doente aí eu vim pra olhar ela"* (E16, mulher, 66 anos, periferia)

*"Ah, eu tenho que gostar de morar lá, fazer o quê"* (E19, homem, 64 anos, periferia)

Em outra situação, já no exossistema, ou mesossistema, tem-se que muitos dos entrevistados possuem um lugar externo, quase sempre um equipamento público, onde gostam de estar em suas cidades, E1 e E6 citam:

*"Tem a praça de esportes onde eu levo meus filhos pra brincar"* (E1, mulher, 34 anos, periferia)

*"Na frente da casa da minha vó tem um coreto e eu adoro ficar lá, sentado lá"* (E6, homem, 28 anos, periferia)

Além desses lugares, é possível identificar percepções mais críticas sobre a cidade, macrossistema, como pontua, E9 e E3:

*"Já foi muito boa, agora é uma cidade muito violenta, muita droga. Pessoal que vem pra fazer a faculdade aqui não valoriza. As pessoas de fora não valoriza o que tem de bom aqui. É muita pichação, é muita coisa, muita loucura"* (E9, mulher, 48 anos, centro)

*"Eu gosto mas eu acho que São João é muito mal tratada. Eu acho que São João tem potencial muito grande. Eu acho triste São João ter virado sombra de Tiradentes"* (E3, homem, 39 anos, centro).

Mas também conseguimos notar opiniões onde a identidade de lugar, dado pelo aspecto afetivo e lúdico, extrapolando até para algo no campo ontológico, percebido e ali (clínica) presente, está presente, E3 e E7 citam:

*"Quando a gente tava vendendo a casa da minha vó eu falava com os corretores: eu não vou pra onde eu não possa ouvir sino. Eu não saio desse pedaço entre a ponte do Rosário e a ponte da rua da Estação. Quando eu saio disso aqui é como se eu não tivesse em São João"* (E3, homem, 39 anos, centro)

*"Você fala de São João del Rei você lembra do centro histórico"* (E7, mulher, 44 anos, centro)

#### **5.4.2 - A categoria Grupos "a priori" (centro e periferia)**

Esta categoria remete ao objeto de estudo da pesquisa, uma vez que foram selecionados pacientes residentes na cidade de São João del Rei e na Microrregião. A maioria dos entrevistados possuem origem em suas cidades de residência atual e os que não possuem, poucos falam sobre isso. E4 e E3 destacam:

*"Sou natural de cidade x. Fui pra cidade y trabalhar"*

(E4, homem, 31 anos, periferia)

*"Minha mãe era casada com meu pai morava em cidade x, minha mãe separou e veio morar aqui quando eu tinha 3 meses de idade então eu sou daqui, sou São João, minha formação"* (E3, homem, 39 anos, centro)

Todos os entrevistados residentes na microrregião se deslocam para a clínica por meio de vans, carros, ou mini-ônibus, todos fornecidos pelas prefeituras. Já os residentes na cidade de São João del Rei se deslocam para a clínica por uma diversidade de meios, isto é, próprios, ônibus de linha, vans fornecidas pela prefeitura ou mesmo caminhando, como citam E9, E3 e E18:

*"Todos os dias eu venho sozinha, andando"* (E9, mulher, 48 anos, centro)

*"Venho e volto a pé sozinho, 5 minutos daqui"* (E3, homem, 39 anos, centro)

*"Gosto de vim pra clínica, entendeu? Acho que é uma benção ter recursos né e ao mesmo tempo eu faço um exercício porque se eu não tivesse essa clínica pra vim eu não ia caminhar com chuva, com frio e com calor e eu tendo que vim pra clínica eu venho com prazer"* (E18, homem, 74 anos, centro)

#### **5.4.3 - A categoria Formação de grupos de pensamento**

Esta categoria buscou compilar as respostas comuns dos entrevistados no que diz respeito ao ambiente de vida e atividades cotidianas, às relações, à sociabilidade, à percepção do tratamento, à ergonomia e acessibilidade e à espiritualidade.

Referente à subcategoria cotidiano, a maior parte dos entrevistados cita a mudança na rotina em diversos aspectos, sejam aspectos relacionados à rotina das atividades de vida diária - AVD e atividades instrumental de vida diária - AIVD, rotina de esportes, de trabalho etc., tanto no ambiente interno, como no ambiente externo, mas se destaca que são falas relacionadas ao espaço de vida do sujeito em si (ao alcance da mão, em termos

do fenômeno) e seus impedimentos com consequentes distanciamentos físicos e possibilidades de interações com outros, interpessoais, como destacam E13, E6, E9 e E14. (malsucedidos)

*"O que mudou na rotina, você muda, por exemplo, eu gostava muito de água, tomar água hoje em dia eu tenho que controlar a água, sabe? Alimentação, tem a lista pra gente, por exemplo, antes eu chupava 5 laranjas hoje eu posso chupar"* (E13, homem, 54 anos, periferia).

*"Mudou muito. Vôlei eu jogava, não posso mais. Sair, tipo, tem uma festa que começa na quinta feira, eu ia quinta, sexta, sábado, domingo e até o dia que fosse acabar. Hoje em dia não tenho isso mais".* (E6, homem, 28 anos, periferia)

*"O que mudou é que eu tô afastada de um trabalho que eu amo de montão".* (E9, mulher, 48 anos, centro).

*"Mudou tudo. Eu ganhava 2 salários e meio, fui pra 1 salário"* (E14, mulher, 61 anos, centro)

E15, E10 e E23 destaca a grande mudança em sua rotina após o início do tratamento:

*"Eu tinha uma rotina de vida. As coisas que eu fazia antigamente hoje eu não as faço mais. Eu tive que mudar totalmente"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*É, a rotina é diferente né. Mudou bastante porque passou a dedicar mais a diálise né, três vezes por semana, tal"* (E10, homem, 58 anos, periferia)

*"Ah mudou muito, acabou tudo pra mim. Eu não enxergo, é.. enxergo assim, de um olho, eu não leio nada. Antes eu andava muito, escrevia muito, lia muito, agora minha vida mudou radicalmente"* (E23, homem, 74 anos, periferia)

*"Antes de eu adoecer eu andava demais agora não, agora fico quieto dentro de casa, só vou a missa de vez em quando"* (E23, homem, 74 anos)

Salienta-se que só dois de todos os entrevistados não citaram a mudança na rotina como um elemento de perda, mas de adaptação, dado as condições de vida e comparações de entes na pesquisa, dir-se-á aqui, como bem sucedida, E3 e E18 respectivamente:

*"Eu adaptei minha rotina. Segunda quarta e sexta por exemplo, que é o dia que eu venho eu começo a trabalhar 15h 15:30h 16h. Os dias que eu tô em casa, terça, quinta e sábado eu trabalho o dia inteiro"* (E3, homem, 39 anos, centro)

*"Não mudou porque eu já era aposentado"* (E18, homem, 74 anos, centro)

Além de aspectos relacionados às rotinas, AVD/ AIVD, há mudança nas relações, tanto com cônjuges e grupos familiares, quanto com amigos e outros grupos sociais. Também



é muito citada mudanças nas inter-relações e afetos, como destaca E8, E15, E19 e E10 referenciando-se ao aumento do carinho e demais cuidados.

*"A minha família lá, eles tem mais carinho. Eles não gosta muito que eu fico preocupada com certas coisas".* (E8, mulher, 54 anos, centro)

*"Eles passou a ter mais cuidado comigo sabe"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*"Minha esposa e minhas meninas elas passou a olhar mais pra mim, cobrar mais cuidado, elas passou a pegar mais no meu pé"* (E19, homem, 64 anos, periferia)

*"O atendimento deles com a minha pessoa né, eu acho que eles deram mais atenção"* (E10, homem, 58 ano, periferia)

Ainda neste aspecto, E13 destaca maior proximidade com a família após o início do tratamento:

*"Mudou assim é... os irmãos que era mais afastado agora ficou mais próximo"* (E13, homem, 54 anos, periferia)

Na subcategoria referente a sociabilidade houve uma grande conformidade em relação a perda da sociabilidade relativa à presença e participação em atividades de lugares passageiros, transitórios e fugazes, destinados à lazer, diversão, distração e mesmo festas de caráter cultural, ou meros momentos de relacionamento com grupos familiares, ou outros grupos. (tudo feito com os outros aqui) A grande maioria dos entrevistados citaram a falta ou diminuição no que se refere a vida social, muitos deles atribuindo-a ao tratamento, como destaca E6, E12, E13 e E11:

*"Antes eu saia muito, nossa senhora, não parava em casa não. Ai depois que eu descobri a doença eu desanimei"* (E6, homem, 28 anos, periferia)

*"Ia nos bailes agora desanimei viu fia, gostava muito de bola, hoje eu não faço isso mais. Ai a turma fica falando que eu tô desanimado, não é né, isso aqui deixa a gente desanimado"* (E12, homem, 49 anos, centro)

*"Depois disso aqui ainda mais que eu tô com o catéter aqui, eu tô mais recluso"* (E13, homem, 54 anos, periferia)

*"Antigamente eu ia pra qualquer lugar, pescava, ia pra baile, zuava. Agora não, agora eu dependo disso aqui, de três vez eu ta aqui ou até mais. Quando passa mal tem que vim mais vezes"* (E11, homem, 45 anos, centro)

Ainda, sobre estes lugares de relaxamento transitório, alguns ainda atribuem a diminuição da sociabilidade às implicações físicas resultantes do tratamento, como destaca E15:

*"Você fala assim, E15 vamo numa festa amanhã, eu falo com você vamo, só que aí chega amanhã eu não tô bem"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

Outros destacam como a diminuição da sociabilidade afetou a vida familiar, como E12 e E8:

*"Pra viajar é ruim, andar com meu filho. Eu tenho um filho, 13 anos, eu quero passear com ele e as vezes não tô aguentando aí eu fico meio triste com isso"* (E12, homem, 49 anos, centro)

*"Eu trabalhava, eu tenho neto pra ajudar cuidar, agora assim, tem dia que eu chego bem, tem dia que eu não chego".* (E8, mulher, 54 anos, centro).

Um dos entrevistados ainda cita como a perda de um ente querido afetou sua sociabilidade, E14 relata:

*"Depois que eu perdi meu marido eu perdi o gosto pela vida, eu não vou nem no supermercado que é do lado da minha casa"* (E14, mulher, 61 anos, centro)

*"A gente ia em baile, a gente saia, a gente ia em pesque pague, festa de família. Hoje eu não me interesso por essas coisas. Porque ele que me incentivava a sair, entendeu? Mesmo com o tratamento ele me incentivava eu sair aí depois que eu perdi ele... eu fico mais em casa"* (E14, mulher, 61 anos, centro)

Esta subcategoria apresenta-se como unanimidade no que se refere à percepção dos entrevistados diante do tratamento dialítico. Uma palavra muito recorrente foi “revolta, revoltado”, o que parece indicar uma negação ao contexto de vida atual que inflige a dependência ao tratamento impositivo, permanente e fixo ao lugar da clínica de HD, como E8, E19, E5, E12 e E7 exemplificam por meio de suas falas:

*"Eu fiquei muito revoltada, não gostei não. Chorei muito, chorei demais, se choro valia eu não tava aqui".* (E8, mulher, 54 anos, centro)

*"Eu fiquei um pouco revoltado sabe, eu achei que eu não merecia cair na hemodiálise, eu fui um cara trabalhador, um cara que gostava das coisas organizadinhas. Aí quando eu sentei na cadeira ali eu falei: daqui eu não levanto mais, fiquei um pouco revoltado"* (E19, homem, 64 anos, periferia)

*"Revoltado. Fiquei desanimado da vida, entrei em desespero porque uai, eu novo né, assim, acontecer uns negócio desse"* (E5, homem, 28 anos, periferia)

*"Nos 4 anos que eu comecei aqui eu era revoltado, saía com a turma beber, não aceitava de jeito nenhum. De uns 10 15 anos pra cá eu peguei firme". (E12, homem, 49 anos, centro)*

*"Revoltada. Eu tinha planos, tinha muitos planos aí quando ver muda tudo" (E7, mulher, 44 anos, centro)*

Além disso dois dos entrevistados citam os questionamentos que surgiram no início do tratamento, como afirmam E9 e E6:

*"Eu não sabia onde que eu estava, assim, eu vi aquele tanto de máquina e falei: meu Deus o que será de mim?" (E9, mulher, 48 anos, centro)*

*"Eu achei que seria a última vez que eu ia ver minha família. Eu cheguei aqui, eu não vi ninguém da minha idade, só gente mais velha, eu falei: gente, isso aqui é o fim da vida, eu falei: meu Deus do céu o que que eu tô fazendo aqui? O que que eu fiz com a minha saúde?" (E6, homem, 28 anos, periferia).*

Apesar dos entrevistados destacarem a "revolta" (termo aqui utilizado em adiantamento à discussão e retirado da ambiência observada com as pessoas dialisadas), em um primeiro momento, também destacam, após um período transitório e adaptativo, o conformismo após esta fase, E6, E16, E21, E11 e E10 afirmam:

*"Isso aqui agora, neste momento, é a minha vida. Daqui pra frente eu posso não estar mais aqui né. Hoje eu suporto mas não aceito". (E6, homem, 28 anos, periferia)*

*"Eu chorei muito. Chorei de tristeza, a gente nunca imaginava. Muito tempo depois aí eu fui conformando. Eu fiquei triste, depois revoltada mas Deus é muito bom e a aí a gente pega com Deus, a gente aceita" (E16, mulher, 66 anos, periferia)*

*"Assusta né mas depois acostuma" (E21, homem, 68 anos, centro)*

*"É tantos anos que você acostuma, virou rotina" (E11, homem, 45 anos, centro)*

*" Eu senti que... é o fim do mundo né, pra mim né. É uma coisa que eu nunca esperava, entendeu? Chegar nessa situação" (E10, homem, 58 anos, periferia)*

Outros, contudo, mesmo com o passar do tempo, mantém a postura de não aceitar a atual condição, como destaca E11:

*"Ninguém aceita esse tratamento aqui não, você pode perguntar todo mundo, ninguém aceita. A gente aceita porque é a única opção que tem. Até hoje eu não aceitei"* (E11, homem, 45 anos, centro)

Na subcategoria ergonomia e acessibilidade, houve uma quantidade significativa de respostas em comum. No que se refere a ergonomia, a poltrona foi muito citada e em relação a acessibilidade, o acesso à clínica. E12, E3 e E7 relatam:

*"A cadeira aqui eu acho muito ruim sabe, ela dói muito as costas da gente"* (E12, homem, 49 anos, centro)

*"A cadeira podia melhorar um pouquinho"* (E3, homem, 39 anos, centro)

*"As cadeiras são horríveis. Mas assim, as cadeiras tem que melhorar um pouquinho. Tem hora que elas não sobe tem hora que elas não desce, tem hora que elas é dura demais, tem horas que ela te finca, ta rasgada ta fincando"* (E7, mulher, 44 anos, centro).

Alguns até sugeriram a colocação de camas, como destaca E2 e E6:

*"Eu ia por das camas que tem lá em Juiz de Fora".* (E2, mulher, 34 anos, periferia)

*"Eu tiraria as cadeiras e colocaria, tipo, cama, igual a cama de hospital, eu colocaria aquele tipo de cama"* (E6, homem, 28 anos, periferia)

Além das poltronas, referente a acessibilidade, o acesso urbano à clínica foi muito citado e também o acesso à clínica, como destacam E19, E5, E15, E20, E18 e E13.

*"Aqui é um lugar bom mas é difícil acesso né. Eu acho que por ser um hospital tinha que ter um acesso mais livre".* (E19, homem, 64 anos, periferia)

*"Eu acho que só tinha que arrumar aquela rua ali onde nós sai. Tem gente que sai daqui sai arreventado. Já caiu gente ali"* (E5, homem, 28 anos, periferia)

*"A localização eu não curto muito não porque é muito perigoso ali. A descida ali. Eu já vi muita coisa horrorosa ali"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*"Aqui é terrível o embarque e desembarque, horrível" (E20, homem, 60 anos, centro)*

*"Olha, poderia ser num local mais aprazível né, porque aqui é apertado. A clínica é excelente, a parte dos profissionais daqui, o cuidado, atendimento, nota mil. Agora infelizmente você viu, você chegou ali né? Apertado, estreitinho mesmo, uma rua mal calçada" (E18, homem, 74 anos, centro)*

*"Um pouquinho mais complicado pra quem tem mobilidade é aquela rua estreita ali. Quando pára esse carro de saúde aqui aí tem que pegar um cadeirante aí o outro carro não pode parar" (E13, homem, 54 anos, periferia).*

Apesar de muito citada, a espiritualidade apresenta uma variedade nas respostas. Muitas pessoas citam o respeito a cada religião e a oração em silêncio, em suas respectivas poltronas mas ainda assim é possível identificar uma forte influência espiritual, como destaca E8, E6 e E15:

*"Sento sempre com pessoas que é católica, boas" (E8, mulher, 54 anos, centro)*

*"Deus tá me mostrando que eu sou um ser humano muito forte porque ele tá do meu lado de todos os jeitos" (E6, homem, 28 anos, periferia)*

*"A minha fé foi muito balanceada quando eu adoeci. Mas eu sou humana, eu acho que a hora que a gente questiona que a gente peca muito, a gente questiona muito meu Deus por que comigo? Com a vida pela frente, com planos" (E15, mulher, 36 anos, periferia)*

Além disso, alguns dos entrevistados citam um altar existente na clínica, onde passam e fazem uma breve oração, como destaca E5, E6 e E12:

*"Tem a Nossa Senhora ali embaixo também que eu passo e faço nome do pai" (E5, homem, 28 anos, periferia)*

*"Aqui tem, igual lá embaixo tem a Santa mas eu acho que da mesma forma que tem um local especial pra cuidar da gente eu acho que tinha que ter um local especial espiritual" (E6, homem, 28 anos, periferia)*

*"Eu já orei muito onde tem uma Santa, lá embaixo aqui" (E12, homem, 49 anos, centro)*

#### 5.4.4 - A categoria Pluralidade

Com a categoria pluralidade buscou-se identificar grupos de iguais e as atividades realizadas entre eles. Assim como relacionamentos estabelecidos no exterior e interior à clínica e atividades realizadas nestes locais.

Muitos dos entrevistados citam a boa relação com a vizinhança e com a família mais distante, três dos entrevistados citam o apoio dos vizinhos, como E2, E12 e E14:

*"Quem me ajuda é meus vizinhos e a moça que trabalha comigo".*

(E2, mulher, 34 anos, periferia)

*"Fiz um barraquinho que o povo me ajudou, pedindo ajuda e eles me ajudaram"*

(E12, homem, 49 anos, centro)

*"Meus vizinho são minha família quando eu preciso"* (E14, mulher, 61 anos, centro)

Muitas são as atividades realizadas internamente na clínica, algumas oferecidas pela própria clínica e outras organizadas pelos próprios pacientes, como afirma E9:

*"Aqui, eu faço oração no nosso turno. Se alguém vai embora, dá passagem né, falece eles me ligam e já chego aqui já concentrada em oração, pra ir em paz".*

(E9, mulher, 48 anos, centro)

Além das atividades, são identificadas algumas preferências pessoais dos pacientes, como destaca E12 e E2:

*"E essa Ana Maria aí, só isso que me incomoda mas elas gosta né".* (E12, homem, 49 anos, centro)

*"Depois que eles me trocou o horário eu melhorei um cado. Por causa de três muié que vinha no ônibus"* (E2, mulher, 34 anos, periferia)

Referente ao relacionamento com os prestadores de serviço foi possível notar múltiplos relatos em comum, o maior deles foi a omissão de informações por falta dos médicos, no início do tratamento, como destaca E9, E5, E15 e E11:

*"Porque o médico falou oh daqui três meses a gente tira o catéter e eu achei que daqui três meses em diante eu voltaria pro trabalho e etc e tal né e não foi isso que aconteceu. Ai eu tive de pavor assim, por que você omitiu isso pra mim? Você não podia ter omitido, eu queria saber"* (E9, mulher, 48 anos, centro)

*"Me internou e falou assim não tem remédio não, único remédio que tem é a hemodiálise, vão fazer seis mês talvez o rim volta e talvez não volta"*

(E5, homem, 28 anos, periferia)

*"Outra coisa que eu acho errado, os médicos aqui eles iludem um pouquinho nós. O Dr. x falou assim oh: você vai fazer 3 meses, seu rim vai voltar a funcionar e eu me apeguei aqueles 3 meses de uma forma e assim eu acho isso errado, então fala na hora pra não criar expectativa"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*"Eu achei que ia ficar 3 mês só"* (E11, homem, 45 anos, centro)

Foi possível identificar esta esperança em um dos entrevistados que se encontra na etapa inicial do tratamento, E13 relata:

*"Você fica só um pouco, assim, frustrado, nesse sentido você vai vendo assim é... porque agora pra mim, agora eu fico dependendo de uma máquina né até ver se mais pra frente se meu rim vai voltar ou se não vai, se eu vou fazer um transplante, se vai ter jeito"* (E13, homem, 54 anos, periferia)

#### **5.4.5 - A categoria Autonomia**

Nesta categoria verificou-se a perda ou diminuição da autonomia por partes dos entrevistados não só em relação às tarefas domésticas mas também em relação a locomoção, entretenimento e vida sexual. E6, E17, E1 e E23 destacam:

*"Antigamente eu ajudava ela muito assim, arrumava a casa, fazia almoço. Como hoje eu não posso fazer muito dessas coisas e ela não aceita muito eu fazer, as vezes eu costumo fazer um almoço, aí eu costumo de trocar o meu sobrinho".* (E6, homem, 28 anos, periferia)

*"Assim, relacionamento parte íntima, muda muito. Porque a gente não é aquela pessoa mais"* (E17, homem, 70 anos, periferia)

*"Eu faço o que eu tenho que fazer, minhas coisas, cuido dos meus filhos mas não fazendo esforço"* (E1, mulher, 34 anos, periferia)

*"A gente passou a ser dependente de pessoa, de ajuda, essas coisas"* (E23, homem, 74 anos, periferia)

Um dos entrevistados citou a realização de outras atividades externas à clínica, E6 relata:

*"Tava fazendo academia, só que é mais pras pernas né"* (E6, homem, 28 anos, periferia)

No que se refere a autonomia referente a locomoção, poucos são os pacientes que relatam a independência, E9 e E3 destacam:

*"Todos os dias eu venho sozinha, andando"* (E9, mulher, 48 anos, centro)

*"Venho e volto a pé sozinho, 5 minutos daqui"* (E3, homem, 39 anos, centro)

#### **5.4.6 - A categoria Participação**

Nesta categoria foram abordados aspectos relacionados às atividades molares e atividades clínicas e foram poucas as citações relevantes. E8 e E1 destacam:

*"Precisa de psicóloga né, eles tá fazendo entrevista pra poder da o apoio pra gente aqui"*. (E8, mulher, 54 anos, centro)

*"Eu conversava era com a psicóloga quando ela passava mas aí não tem mais"*  
(E1, mulher, 34 anos, periferia)

#### **5.4.7 - A categoria Inter-Relação**

Nesta categoria buscou-se referência sobre a relação dos entrevistados com as pessoas que gostam e não gostam. Percebeu-se um alto nível de apego para com os profissionais que trabalham na clínica, E8, E2 e E9 destacam:

*"Dr. x se tirasse ele daqui eu acho que ele ia fazer muita falta"*  
(E8, mulher, 54 anos, centro)

*"Eu não deixaria a pessoa x sair"*. (E2, mulher, 34 anos, periferia)

*"Dr. y, eu não deixaria ele sair daqui não"* (E9, mulher, 48 anos, centro)

*"Dr. y, ele é diferenciado"* (E13, homem, 54 anos, periferia)

Três dos entrevistados relataram como o ambiente e as pessoas da clínica se tornaram uma grande família:

*"Eu costumo falar que é minha segunda família, eu convivo as vezes mais com eles, tanto com os paciente colega quanto os profissinais. Eu convivo mais com eles do que a minha própria família"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*"Eu gosto demais desse povo aqui. Deixou de ser eu, E6, paciente, eles, médico, enfermeiro. A gente vira assim uma família muito grande né. Assim, tem umas pessoas que a gente não conversa ou que não tem aquele contato mas esse povo aqui me faz muito bem"* (E6, homem, 28 anos, periferia)

*"A gente constitui uma família aqui né, os pacientes, enfermeiros, são muito bons"* (E23, homem, 74 anos, periferia)

Além desses relatos, muitas pessoas fazem referência ao lugar, como E6 e E15:

*"Hoje, depois de 3 anos um lugar que ao mesmo tempo que me deprime pelo fato de ser esse tratamento né, que mudou muito a minha vida, me faz bem porque eu vejo todas as pessoas que me fazem bem aqui"* (E6, homem, 28 anos, periferia)



*"Isso aqui é minha vida. Esse lugar aqui me trouxe tantas pessoas maravilhosas né, além da vida é claro, tem 8 anos que isso aqui me dá a vida através de Deus, primeiro Deus, depois isso aqui"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

A equipe multidisciplinar também é muito citada por todos os entrevistados, E15, E7 e E6 relatam:

*"Só tenho a agradecer todo mundo. Esses menino tudo aí são pessoas excelentes"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*"Já fiz em cidade x, Hospital x. Olha, muito bom. Assim, no meu ponto de vista não chega aos pés daqui."* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*"Esses menino, esses profissional. Eles é humano demais. Eles são nossos psicólogos, cada um deles, eles tem problema, eles deixa o problema em casa pra chegar aqui e nos receber com um sorriso. Eles conhece a gente de trás pra frente"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

*"Tem 17 anos que eu tô aqui e nada a reclamar não"* (E7, mulher, 44 anos, centro)

*"Não tem um enfermeiro, um técnico, um médico que me faça me sentir mal ou sei lá, me deprimir. Eu fico deprimido por ter que vim neste lugar. Minha vida ter mudado tanto do jeito que mudou"* (E6, homem, 28 anos, periferia).

Em relação às relações familiares, muitos entrevistados citam o apoio da família como essencial na aceitação e continuidade do tratamento. Em relação à família, E5, E3 e E15 citam:

*"Nós é muito unido sabe? Onde que um vai o outro vai"* (E5, homem, 28 anos, periferia)

*"A gente é muito assim apegado por exemplo vizinho é família, amigo é família. Por exemplo minha mãe não tem irmão, as amigas da minha mãe são minhas tias"* (E3, homem, 39 anos, centro)

*"Na nossa família a gente não tem esse conceito de sangue, tem o conceito de afeto. Família no nosso caso é laço de afeto, laço de afetividade"* (E3, homem, 39 anos, centro)

*"Eu não vou aguentar, meu pai disse: vai sim filha, nós estamos aqui com você"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

## 5.5 - PERCEPÇÕES DO ENTREVISTADOR

Diante da metodologia proposta, dos dados coletados e do material das entrevistas considerou-se significativo registrar as percepções da pesquisadora no decorrer da pesquisa in loco, que corresponde a dois meses, de junho a agosto de 2022, onde foram realizadas visitas, levantamentos, entrevistas e observações.

Primeiramente faz-se necessário pontuar o longo processo que foi realizado para enfim ter acesso aos doentes renais crônicos, processos estes burocráticos, de reconhecimento do local e também com vistas a compreender o espaço pessoal do paciente que segundo Sommer (1969, apud ELALI, 2018) é a zona emocionalmente carregada em volta do corpo humano que é sentida pelas pessoas como sendo o “seu espaço”, em muitas situações, elas se referem como “bolha”. Em conversas com profissional de saúde da clínica foi possível compreender melhor a complexidade emocional envolvida no tratamento e as diferentes formas de enxergá-lo. Neste primeiro momento foi possível captar quão profunda e desafiadora seriam as entrevistas.

Após este processo, com o auxílio de dois profissionais da saúde iniciou-se os primeiros contatos com os pacientes selecionados para as entrevistas. No primeiro contato, os pacientes entrevistados se mostraram receosos, principalmente sobre questões que envolviam o relacionamento interno da clínica, mas no decorrer da entrevista conseguiram se soltar, principalmente após encerradas as gravações de áudio. Após o término da gravação, como observadora participante, a pesquisadora manteve conversas com os pacientes, por muitas vezes duradouras e que permitiu perceber e identificar evidências relevantes para as discussões da pesquisa.

Também é necessário destacar que no primeiro dia da pesquisadora na sala de HD já lhe foi questionado, por dois pacientes, sobre ser ou não a nova psicóloga da clínica. Questionamento realizado com frequência, inclusive por dois profissionais.

No decorrer das entrevistas, percebeu-se que pacientes novos no tratamento (entre 3 meses a 1 ano) se apresentam neutros, no que se refere aos relacionamentos estabelecidos na clínica de HD, principalmente, em se tratando de apego e afeto. Tal fato acontece no inverso com pacientes de longa data no tratamento( de 3 a 20 anos). Estes, por sua vez, construíram relacionamentos consolidados em termos de afetos, conflitos e identidades. Também relativo aos pacientes novos no tratamento, aponta-se que os mesmos se mostram esperançosos em relação a “cura” no tratamento, quer pelo restabelecimento da função renal, quer por transplante. Pacientes de longa data, entretanto, se apresentam conformados e muitos deles, por já estarem familiarizados

com o histórico natural da doença (END), não vêem esperança na cura, até mesmo alguns recusam o transplante. Fator este último que comprova a literatura pois sugere que inicialmente o paciente tem a esperança de cura e depois, face ao processo, a desilusão quanto a isso. Também chamou a atenção da pesquisadora, quando, em conversa com profissional de saúde, lhe foi relatado que muitos pacientes recusam entrar na fila do transplante, por inúmeros motivos, como o medo de complicações, o desgaste emocional da espera pelo órgão, e a reincidência ao tratamento, visto que muitos dos transplantados voltam para a hemodiálise após algum tempo. U3 destaca em relato a pesquisadora:

*"Tem umas pessoas que gostam tanto daqui, eu já ouvi mesmo, falam assim: eu gosto muito disso aqui, eu não me vejo fora disso então eu não quero fazer transplante" (U3)*

O tratamento hemodialítico provoca sucessivas mudanças na rotina e na vida do doente renal crônico, seja em se tratando de hábitos alimentares, de lazer e na vida profissional. Todos os entrevistados citaram esta mudança, porém foi possível identificar que os homens apontam o trabalho como a maior mudança ocorrida na rotina, muitas vezes se sentindo desapontados por serem obrigados a pararem de trabalhar. As mulheres, por sua vez, citam mudanças que se referem a hábitos domésticos, que envolvem cuidar dos filhos e da casa. Diante disso, foi possível perceber, através do contato com estes pacientes, que todos sofreram um grande impacto com o início do tratamento, porém os homens se mostraram mais impactados e inconformados. Segundo a percepção da entrevistadora, o tratamento de hemodiálise os trouxe para um lugar de dependência, seja da máquina, seja financeiro, físico ou até emocional, porém as mulheres mostraram uma capacidade adaptativa maior que a dos homens.

Através das entrevistas também foi possível perceber, por meio de falas, semblantes e emoções, a forte influência da família no enfrentamento da doença, podendo-se dizer que o apoio familiar se apresenta como fator decisivo na percepção, aceitação e enfrentamento da doença. Percebe-se que pacientes que possuem um laço familiar afetivo e uma rede de apoio fortalecida, não só enfrentam, mas relatam a doença, o tratamento e até mesmo a clínica de forma distinta daqueles que não possuem laços familiares consolidados.

Além das relações familiares, outro ponto que influencia positivamente no enfrentamento e aceitação da doença é a espiritualidade. Através das entrevistas e da percepção da pesquisadora identificou-se que os pacientes que possuem religiosidade

(participante ou não), apresentam uma visão mais apazível sobre a doença e o tratamento. Também foi possível identificar o respeito que os mesmos possuem pelas crenças e religiões distintas da sua. Em várias falas, tratando-se do aspecto espiritual, é possível notar a preocupação em respeitar a crença do outro.

Baseado nas falas das entrevistas analisadas e na percepção da pesquisadora pode-se dizer que grande parte dos entrevistados tiveram a vida social afetada pelo tratamento, uma vez que as relações inter-pessoais que existiam antes de adoecer, seja de lazer, de trabalho ou de entretenimento em geral e que proporcionavam prazer, descontração e qualidade de vida, ficaram comprometidas devido ao tratamento, e por muitas vezes extintas. Diante disto, a maioria dos doentes renais crônicos entrevistados perderam a vida social que tinham, fazendo com que a casa se tornasse, para eles, o lugar mais relevante do seu cotidiano, onde eles gostam e preferem estar. Ainda baseado nesta observação, grande parte dos pacientes relatam gostar de “estar sozinho” o que reforça ainda mais o isolamento social causado pela doença. É importante ressaltar aqui que muitos dos entrevistados que se consideraram caseiros, atribuem este fato ao desgaste e desânimo causado pelo tratamento, e ao relatar, também se mostraram desanimados e introvertidos. Outro aspecto influenciado pela perda da vida social é a percepção que os entrevistados apresentam em relação à cidade, seja de São João del Rei ou da própria cidade de residência. O mesmo acontece com a percepção dos entrevistados da microrregião em relação a São João del Rei, alguns trazem relatos anteriores ao adoecimento sobre as vivências na cidade, como eventos religiosos, serviço militares prestados etc, porém com o tratamento passaram a enxergar a cidade de forma diferente. Muitos deles atribuem a cidade ao seu adoecimento, pois, agora, se veem obrigados a comparecerem, no mínimo, três vezes por semana.

Com as entrevistas e as conversas informais após as gravações encerradas foi possível observar o desapontamento de alguns entrevistados que precisaram retornar à sua cidade de origem devido ao adoecimento. A maioria devido ao apoio familiar, seja pelo aspecto físico, emocional, financeiro ou funcional. Percebeu-se uma frustração por parte de alguns pacientes visto que os mesmos enxergam esta volta como um retrocesso em suas vidas. Após algum tempo, alguns relatam o desaparecimento deste sentimento e outros ainda o mantém enraizado.

Diante de todas as percepções da pesquisadora, a que mais chama atenção é a falta de importância que os pacientes dão ao ambiente físico, ficando claro que para eles, a qualidade do espaço físico arquitetônico está intimamente ligada à como ele é tratado

pela equipe e a ambiência do lugar. Somente alguns entrevistados citam a forte incidência da luz das salas de HD e relatam barulhos advindos da máquina.

## 5.6 - DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS RESULTADOS

### 5.6.1 - Região

Como apresentado anteriormente, apesar da localização da clínica A se dar no centro histórico da cidade, ela apresenta inúmeros problemas no que se refere a acessibilidade urbana, fator que se agrava com a também falta de acessibilidade no acesso à clínica, como relata U3:

*"Não pode mexer porque é histórico e tudo. Eu vejo dificuldade pra eles chegarem e até pra gente, às vezes, colocar os pacientes dentro da ambulância em determinadas situações eu acho um pouquinho difícil. Não é confortável você chegar num lugar todo íngreme, cheio de irregularidades, é um risco"*

Relatos como este apareceram em vários momentos da pesquisa, tanto por pacientes como por profissionais e acompanhantes, porém, por mais que a administração da clínica se empenhe para atender às demandas, este fator, relacionado a acessibilidade da via, não lhe compete. Diferentemente da acessibilidade da clínica, que acaba se agravando devido às deficiências da via pública, tornando-se uma grande “bola de neve”, pois, a acessibilidade da via sem a da clínica não é eficiente e vice versa. Conforme relato de um profissional do setor administrativo, a direção da clínica já recebeu propostas para mudança de local, porém a comodidade em estar próximo a um Hospital de apoio e a relação de apego estabelecida desde o início da fundação da clínica, acabam por influenciar decisões como esta.

Apesar de complexa e deficiente a acessibilidade local, tanto da via como da clínica, este fato, muitas vezes, não é citado por pacientes. Através das entrevistas percebeu-se que poucos foram os pacientes que relataram a falta de acessibilidade, muitos sequer a mencionaram. Fato este que confirma a percepção da pesquisadora ao reiterar que o conforto atribuído à clínica pelos doentes renais crônicos está atrelado à forma como o mesmo é tratado pela equipe assistencial e não por aspectos arquitetônicos da edificação. Diferente dos profissionais relacionados ao serviço, que apontam enfaticamente o problema da acessibilidade no local, como destaca U4.

*"Ser no centro é bom né mas ser no centro histórico cheio de pedrinha que traz ambulância, que traz paciente de van, acessibilidade aqui é horrível, você vê que a rua é terrível, aqui é tudo muito apertado, muito justo, o prédio em si não favorece a acessibilidade, tudo bem que a gente tem elevador mas assim, se fosse tudo no mesmo pavimento facilitaria muito o trânsito de paciente, cadeirante, de maca né, diminuiria risco de queda. Realmente assim, o lugar é adaptado, aqui no Hospital que é histórico e que tem o IPHAN aí barrando muitas obras e realmente tem que preservar o patrimônio histórico, que São João del Rei é uma cidade histórica mas o prédio em si tem muitas limitações"*

Um fato que chama atenção é a falta de um estacionamento destinado a clínica que atenda aos usuários (pacientes, acompanhantes e profissionais). Pois a maioria se deslocam para a clínica por meio de vans, ônibus ou carros (particulares ou fornecidos pela Prefeitura local). A falta de um estacionamento próprio faz com que os motoristas tenham que aguardar o término das sessões em outros lugares, esperarem serem chamados para então se deslocarem para a clínica.

### **5.6.2 - Planta baixa arquitetônica**

Além da falta de acessibilidade urbana e também de acesso à clínica, internamente, escadas e elevadores são responsáveis pela locomoção dos pacientes e profissionais. Porém, o elevador existente é compartilhado com o Hospital X, o que, por um lado, auxilia o acesso à edificação em casos de intercorrências e por outro expõe os pacientes a outros ambientes, como relata E6:

*"Eu acho que eu colocaria dois elevadores. Igual, teve na pandemia, você tá no elevador e ele ir lá no 6. Eu acho que eu colocaria especificamente só para a clínica" (E6, homem, 28 anos, periferia)*

Aliado a este fato, com o aumento do número de doentes renais crônicos observou-se que o layout da clínica, assim como seu dimensionamento e fluxo de usuários, apresenta-se ineficiente em alguns locais, como por exemplo, na copa e recepção, que não possuem mobiliários suficientes. Porém, esta falta de mobiliários, apesar de relevante, por si só não é suficiente, visto que não há espaço disponível para que se resolva este problema. Corroborando com esse fato, U2 destaca sobre a copa:

*"Vai sendo aos poucos, vai saindo pouco e entra um pouco e aí tem que esperar acabar"*

*"Não tem onde puxar mais"*

O espaço atual da copa não comporta todos os usuários que precisam utilizá-la de uma só vez, sendo necessário um rodízio para que todos sejam atendidos. Este fato, aliado à proximidade da copa com a recepção, faz com que o espaço se apresente ainda mais congestionado, pois, além da espera para acesso à área de refeições, ainda há a espera de pacientes para início de sessão e a espera daqueles que aguardam o transporte para retornar às suas casas.

Figura 25: Paciente fazendo refeição no corredor



Fonte: A autora (2022)

Figura 26: Espera para acesso a copa



Fonte: A autora (2022)

Apesar disso, nenhum dos pacientes entrevistados, apontam estas deficiências. Os relatos sobre a copa incluem elogios recorrentes sobre a qualidade das refeições fornecidas e sobre a profissional responsável pelo serviço, como destaca E2 ao ser questionada sobre o que não modificaria na clínica:

*"Eu não deixaria a profissional x sair"* (E2, mulher, 34 anos, periferia)

Quando questionada sobre a pessoa que tem mais afeto/apego na clínica, E2 destaca novamente:

*"A profissional x da copa"* (E2, mulher, 34 anos, periferia)

A recepção também apresenta um intenso fluxo de pessoas em horários específicos, em início e término de sessões, uma vez que a pesagem dos pacientes é realizada em uma sala específica, porém mal localizada, na recepção. Este fato acarreta um cruzamento de fluxos entre pacientes que estão iniciando a sessão, que estão finalizando ou que precisam acessar a recepcionista. Além dos pacientes, há acompanhantes, profissionais e motoristas que auxiliam o desembarque dos pacientes. Esta setorização ineficiente causa uma desorganização do espaço tornando-se a recepção o ambiente com mais problemas relacionados ao fluxo.

Além destes locais, a sala de hemodiálise foi citada por alguns profissionais como sendo limitada em alguns aspectos, U2, U3 e U4 destacam:

*"A sala de hemodiálise é muito cheia. Eu não falo de paciente, cheia de equipamentos. Você não tem, assim, muito espaço. Tipo eu com meu carrinho você entendeu? É assim, muito pouco espaço, é muita cadeira, é muita gente. Não tem onde puxar mais"* (U2)

*"Tem alguns lugares, alguns cantos que é difícil acesso. Às vezes os pacientes fica muito embolado ali naquele espaço. O meu acesso à máquina, ao paciente, às vezes é um pouquinho restrito por causa dessas colocações e assim por causa da estrutura também né, do espaço. Ao meu ver é pequeno"* (U3)

*"A disposição dos equipamentos pra poder melhorar às vezes até o acesso e evitar até problema se dois pacientes passar mal no mesmo lugar ali dependendo, se tiver em um canto de parede é um pouco difícil"* (U3)

*"Talvez assim, seria bacana que a gente conseguisse mais espaço mas a gente não consegue por que como te falei é uma estrutura limitada, porque tem o IPHAN aí"* (U4)

Através destes relatos pode-se perceber que a equipe assistencial identifica problemas de fluxos e espaços, principalmente nas salas de HD, visto ser o local de maior



frequência e permanência. Porém, mais uma vez, destaca-se a falta de relatos dos pacientes sobre a disposição e organização espacial dos equipamentos e mobiliários da clínica, uma vez que todos os entrevistados relataram estar “tudo bem”, não sendo citado nenhum dos aspectos acima. Notou-se uma falta de percepção do ambiente em sua totalidade, uma vez que eles não transitam na sala de HD, e uma ênfase no que se trata do seu espaço individual, ou seja, a poltrona, sendo assim verifica-se que os funcionários apontam para uma deficiência no seu espaço de trabalho, trânsito e permanência porém não citam problemas e incômodos relacionados a falta de ergonomia das poltronas. Entretanto, os pacientes indicam vários transtornos relacionados a poltrona, como aponta o item 5.4.3. Pode-se observar que cada indivíduo responde às suas necessidades. No caso do doente renal crônico, a poltrona e no caso do profissional, o fluxo de trabalho.

Segundo Cavalcante e Elali (2011) conhecer como as pessoas percebem, vivenciam e valoram o ambiente em que se acham inseridas ou que almejam é uma informação crucial para que os gestores de políticas públicas e de áreas afins possam planejar e atender as demandas sociais. Tornando-se essencial compreender como o senso de lugar se forma para as pessoas que usufruem deste lugar a fim de propor soluções arquitetônicas que atendam à demanda, não só funcional, mas também mental, espiritual, de afetividade etc.

A sala de HD 1 em sua totalidade apresenta um layout organizado, possuindo apenas alguns percursos congestionados devido à quantidade de mobiliários dispostos e ao formato construtivo. Este layout ocasiona uma desorganização e cruzamento de fluxos em alguns momentos. Diferente da sala de HD 2, que por se tratar de uma sala menor, com apenas 8 poltronas e máquinas, possui um layout organizado e com fluxos bem definidos.

A sala de HD 1 conta com quatorze janelas, com telas de proteção, distribuídas pelos limites da sala e que possuem aberturas controladas pela equipe de saúde. A temperatura da sala é controlada por cinco ares-condicionados e a incidência solar acontece somente na face principal da edificação. A sala de HD 2 possui duas janelas, semelhantes à da sala 1 e tem a temperatura controlada por um ar-condicionado.

Através das entrevistas com os pacientes pôde-se perceber que aspectos como: barulhos, iluminação, layout, cores e estética, não são citados com frequência. Alguns apontam apenas o ofuscamento causado pela forte incidência de luz das lâmpadas, que se

mantém ligadas somente no começo e fim das sessões e logo se apagam para trazer mais conforto para os pacientes.

Através do *walkthrough* foi possível constatar uma adaptação na planta baixa original. No subsolo, a sala do psicólogo passou a ser consultório médico e a sala do serviço social passou a ser o escritório de qualidade (que pela planta baixa original localizava-se no segundo pavimento). Com esta modificação, todo atendimento de consultas passou a ser realizado no subsolo e a sala do psicólogo e serviço social passaram a compartilhar o mesmo escritório da nutrição, no primeiro pavimento. Apesar do compartilhamento da sala causar uma ineficiência no serviço, visto que os três profissionais atendem pacientes em HD, atualmente apenas dois devido a carência do psicólogo, ela favorece o acesso dos pacientes a esses profissionais.

No segundo pavimento, o escritório de qualidade (que foi para o subsolo), se tornou a sala da administração e o local onde funcionava a administração passou a ser a sala de reuniões.

Estas modificações foram propostas com o objetivo de aprimorar e otimizar a qualidade do serviço, porém o compartilhamento da mesma sala por três profissionais distintos torna-se um problema, visto que muitas vezes os mesmos trabalham no mesmo turno (manhã ou tarde). Entretanto, apesar das modificações, a clínica apresenta uma comunicação visual de sinalização satisfatória e eficiente.

A fachada da clínica A encontra-se voltada para o leste onde há incidência de luz solar de qualidade, porém devido a sua localização ser em uma via com um alto desnível e estar abaixo do nível da rua principal, esta incidência solar sofre influência das edificações do entorno, fazendo uma barreira e dificultando a insolação na edificação, principalmente no subsolo e primeiro pavimento. A estética da fachada também chama atenção pela quantidade grades de proteção, remetendo à uma “prisão”, sentimento semelhante ao que o paciente tem do tratamento. Esse aspecto reforça ainda mais a percepção do usuário. Sobre o visual da clínica, U4 destaca:

*"A visão em si, da clínica A, ela é muito fragilizada pelo prédio do Hospital"*

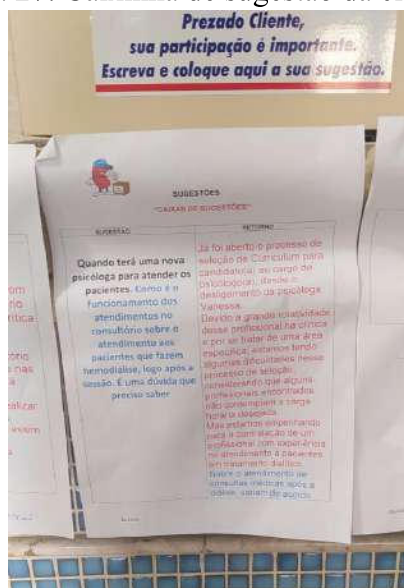
O subsolo da clínica possui apenas duas janelas localizadas na fachada principal, que permanecem fechadas. A incidência solar é quase nula devido a sua localização. A recepção no primeiro pavimento possui apenas uma janela na fachada principal e uma grande porta de entrada que auxilia na iluminação e ventilação do espaço. Porém a incidência de luz natural também é ineficiente. Ambos os locais apresentam

temperaturas mais baixas e uma ventilação natural incidente, o que deixa o ambiente frio.

Como dito anteriormente, apesar do empenho da administração da clínica em tentar se expandir, dentro do que é possível, a fim de atender as demandas, por se tratar de uma edificação consolidada da década de 1942, esse processo torna-se mais complexo e dificultado pelas próprias limitações da edificação, podendo ser considerado uma clínica que possui um ambiente interno adequado e adaptado, visto a dificuldade em se expandir.

Atualmente a clínica oferece os serviços de nutricionista e assistência social. O cargo de psicóloga está vago desde o mês de Abril, fato que interfere diretamente no tratamento dos pacientes, pois muitos deles questionam a falta de um profissional da área. Corroborando com esse fato, por muitas vezes a entrevistadora fora questionada, por pacientes, sobre ser ou não a nova psicóloga da clínica. Além disso é possível observar a cobrança também por questionamentos advindos da caixa de sugestão da recepção.

Figura 27: Caixinha de sugestão da clínica A



Fonte: A autora (2022)

Como já mencionado, pôde-se perceber uma grande influência do tratamento na perda da sociabilidade dos pacientes, o que acarreta um certo isolamento social e muitas vezes também familiar, pois os mesmos, muitas vezes se enxergam como um “peso” para suas famílias. Este emaranhado de sentimentos, por muitas vezes, não são compreendidos pela família, amigos ou cônjuges, fato que faz com que os pacientes careçam de um auxílio psicológico profissional. Este fato reforça a necessidade de um(a) psicólogo(a)

na clínica e justifica os inúmeros questionamentos perante a falta de um(a). U4 destaca a importância desse profissional:

*"Eu acho que essa aceitação é variável e é claro que o psicólogo ele consegue ter uma absorção grande disso"*

Além da importância de um profissional da saúde mental na aceitação e percepção da doença e tratamento por parte dos pacientes, o apoio da família e a espiritualidade apresentam-se, também, como fator essencial e facilitador no enfrentamento da doença. Corroborando com este fato, em observação participante, foi relatado por um acompanhante, a necessidade de encaminhar seu familiar, que se encontra em tratamento de HD, a uma psicóloga particular devido a dificuldade de aceitação.

### **5.6.3 - População dialisada**

A partir dos dados levantados nesta investigação foi possível identificar que a maior incidência para doença renal apontam para o gênero masculino, com 56,9%, uma diferença de 13,8% para a população feminina, que conta com 43,1%. Conforme Freitas et. al (2013):

Em estudos feitos em outros países também foi possível observar maior prevalência de homens em diálise, como o de Ekrikpo e outros (2011) que mostrou um centro de diálise na Nigéria com 57% pacientes do sexo masculino em hemodiálise. Conforme abordado no estudo de Santos, Lucena e Do Vale (2010) e Guney e outros (2012), acredita-se que o gênero masculino possa ser mais um fator de risco para a doença renal crônica, assim como outros fatores demográficos, como, por exemplo, a idade.

Foi possível identificar um número mais elevado de doentes renais crônicos nas faixas etárias de 40 a 74 anos (grupo B e C), com 145 dos 195 pacientes registrados na clínica. Percebe-se uma proximidade no número dos pacientes na faixa etária de 18 a 39 anos (21 pacientes) e na faixa etária de 75 a 84 anos (24 pacientes). Há que se apontar que, nesta pesquisa, a maioria dos entrevistados descobriram a doença de forma repentina, aguda, o que fez com que os mesmos, imediatamente, adentrassem à hemodiálise. Alguns pacientes entrevistados relataram que fizeram acompanhamento nefrológico durante algum tempo, alguns durante anos, mas que, em certo momento, foi necessário a hemodiálise.

Baseado nos levantamentos também foi possível verificar a predominância de pacientes residentes na periferia, o que significa que, grande parte dos doentes renais crônicos

precisam de grandes ajustes na rotina devido ao compromisso de “viajar” três vezes por semana, muitas vezes com tempo de percurso com duração de uma hora, uma hora e meia. Em turnos matutinos, alguns chegam a ter que acordar às três da manhã para conseguirem chegar à clínica às seis. A maioria destes pacientes, muitos debilitados ou com mobilidade reduzida, permanecem um longo período em vans, ônibus ou carros, o que os deixa ainda mais exaustos, além do tratamento.

Através de dados sobre a escolaridade, notou-se que a maioria possui o fundamental incompleto. Este fato contribui para a desinformação do paciente perante a sua nova condição de vida.

Quanto ao nível educacional dos indivíduos em hemodiálise, é comum se observar que estes têm menor grau de instrução. Ainda neste estudo, conforme mostrado anteriormente foi observado que mais de 50% dos pacientes em tratamento dialítico, na clínica avaliada, possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, fator este também relatado na pesquisa de Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008). A escolaridade, foi fator determinante para o conhecimento da doença de base. Os indivíduos com ensino fundamental incompleto representaram os que menos conheciam a doença causadora da DRC. (FREITAS et al. 2013)

Foi possível perceber que os entrevistados com um nível de escolaridade maior detém mais conhecimento sobre o seu histórico médico hospitalar, assim como sobre indicações e prescrições médicas individuais. Mas apesar da escolaridade nota-se que os pacientes chegam para o tratamento de hemodiálise com muitas dúvidas, como destaca E15:

*"Foi muita informação e eu não consegui processar. A única coisa que eu posso te falar é que eu cheguei ali no corredor e essa máquina pra mim era uma geladeira. Não deu tempo deles me trazerem pra cá e falar oh isso aqui é uma máquina, foi tudo no jato"* (E15, mulher, 36 anos, periferia)

Este relato mostra que há necessidade de uma intervenção educativa e de suporte psicológico, durante a fase inicial do tratamento (PIETROVSKI, V. DALL'AGNOL, C.M, 2006), pois durante as entrevistas foi possível identificar estranheza por parte dos pacientes ao ter o primeiro contato com a máquina, com o tratamento e até mesmo com a sala.

Isso remete a pensar sobre a importância do acolhimento ao paciente renal crônico, mediante à nova condição que a doença lhe impõe, quando o mesmo passa a depender do tratamento dialítico (PIETROVSKI, V. DALL'AGNOL, C.M, 2006).

Esta falta de orientação prévia sobre o tratamento e as implicações do mesmo, pode desencadear transtornos e dificuldades na aceitação por parte dos pacientes e até mesmo familiares. Segundo Bara (2019):

A maioria dos pacientes idealiza que a terapia renal substitutiva é passageira, quando a equipe de médicos, enfermeiros e multidisciplinar atuam para esclarecer a situação, eles tendem a entrar em um estado de tristeza melancólica e ansiedade, onde os sentimentos se misturam, podendo até, em alguns casos, evoluir para uma depressão.

#### **5.6.4 - Entrevistas**

Diante das entrevistas percebeu-se que a maioria dos pacientes trazem relatos anteriores ao adoecimento e citam que, após o tratamento, passaram a não usufruir da cidade, do espaço público, de eventos culturais etc, fazendo com que seu ambiente exterior passe a ser um lugar de memórias, e, como consequência deste distanciamento social, altera-se a importância dos sistemas ambientais ecológicos.

Muitos deles passaram por um processo de transição, seja de residência, seja emocional ou até mesmo relacionado à dependência funcional, financeira, afetiva e sexual. Essa transição reflete psicologicamente na vida desse indivíduo. Verificou-se que, apesar dos pacientes possuírem uma identidade de lugar, esse sentimento é fortemente influenciado pela sua nova condição de vida.

Alguns fatores podem ser apontados como facilitadores desta nova condição, como o apoio familiar e a espiritualidade. Pacientes que são apegados e possuem o apoio da família, se mostram mais receptivos com o tratamento, diferente daqueles que citam a família de forma imparcial.

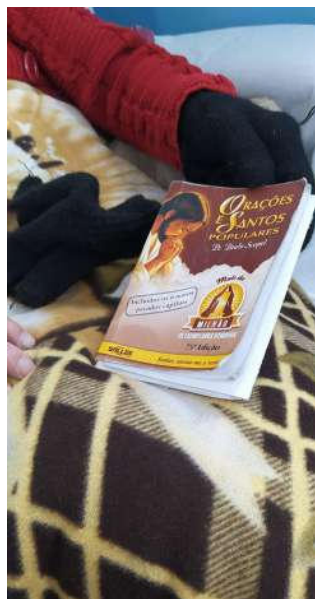
Através das observações da pesquisadora foi possível identificar hábitos, percursos e preferências que auxiliam no tratamento. Um destes hábitos foi o contato com o altar localizado entre a recepção e a copa. Este altar, recorrentemente mencionado nas entrevistas, apresenta-se como um ritual para muitos dos pacientes.

Figura 28: Altar localizado entre a recepção e a copa



Fonte: A autora (2022)

Figura 29: Livro de orações de uma paciente renal crônica



Fonte: A autora (2022)

Esta prática forma grupos de iguais dentro da clínica, que se reconhecem e se relacionam, como destaca E8:

*"Sento sempre com pessoas que é católica, boas"* (E8, mulher, 54 anos, centro)

*"Aqui, eu faço oração no nosso turno. Se alguém vai embora, dá passagem né, falece eles me ligam e já chego aqui já concentrada em oração, pra ir em paz".*

(E9, mulher, 48 anos, centro)

Figura 30: Momento de oração antes da sessão



Fonte: A autora (2022)

Não só a espiritualidade mas também é possível identificar grupos de iguais referente à cidade de residência, pacientes residentes na mesma cidade estabelecem vínculos maiores, pois passam mais tempo juntos. Pacientes mais apegados às suas famílias, também estabelecem vínculos mais fortalecidos.

A percepção deste tratamento por parte dos pacientes e funcionários também é um ponto que chama atenção pela disparidade, enquanto o doente renal crônico percebe o tratamento como uma prisão, como um aspecto limitador e de sofrimento, a equipe assistencial cita-o como inovador e tecnológico, U3 e U4 destacam:

*"Eu vejo um tratamento, assim, muito eficaz, um tratamento que dá uma sobrevivência né, que dá um conforto pro paciente, pra pessoa né, pra ela tentar ter uma vida mais próxima do normal possível porque a pessoa sem o tratamento a gente sabe que não consegue, a qualidade de vida também é baixíssima" (U3)*

*"Eu acho que ele é incrível. Porque se não existisse esse tratamento esses pacientes todos não estariam aqui mais. Então é uma evolução gigante da medicina, é uma forma de fazer uma terapia substitutiva, mesmo, de um órgão que é vital mas ao mesmo tempo ainda existe muito preconceito, de achar que isso aqui é o fim de linha, é o fim da vida, que quem chega aqui vai morrer rápido, que o tratamento debilita muito. É claro que a gente sabe que debilita sim mas se o paciente for aderente, seguir direitinho as recomendações de dieta, de ingestão de líquido, de assiduidade aqui no tratamento, ele vai ter uma vida*



*longa e vai conseguir adquirir qualidade, por mais que tenha que vir aqui 3 vezes na semana, 4 horas por dia, minimamente" (U4)*

Esta diferença de percepção está intimamente ligada em como os usuários experienciam a doença renal crônica, enquanto para o paciente ela se apresenta, muitas vezes, como protagonista em suas vidas, para os profissionais ela aparece de maneira funcional e mecânica, não tendo influência em seu modo de viver. Desta forma, para o doente renal crônico há uma dependência de vida em relação à máquina, esta dependência existe independente da forma como ele a enxerga e percebe. Para os profissionais de saúde esta dependência está relacionada ao serviço prestado, ou seja, à forma como este arranjo do espaço auxilia e influencia na realização de suas atividades profissionais.

Esta percepção é agravada quando alimentada uma esperança de cura. Percebe-se que em um primeiro momento o paciente é tomado por uma mistura de sentimentos e emoções negativas para posteriormente ocorrer a familiarização com o lugar, com a doença, com o tratamento e com a nova vida que lhe é imposta. Através de alguns relatos pôde-se perceber que, além desse primeiro momento, muitas vezes traumático, o paciente é alimentado por uma esperança de cura, o que acarreta uma segunda ocasião traumática ao lidar com uma nova decepção. E9, E5 e E15 relatam:

*"Porque o médico falou oh daqui três meses a gente tira o catéter e eu achei que daqui três meses em diante eu voltaria pro trabalho e etc e tal né e não foi isso que aconteceu. Ai eu tive de pavor assim, por que você omitiu isso pra mim? Você não podia ter omitido, eu queria saber" (E9, mulher, 48 anos, centro)*

*"Me internou e falou assim não tem remédio não, único remédio que tem é a hemodiálise, vão fazer seis mês talvez o rim volta e talvez não volta" (E5, homem, 28 anos, periferia)*

*"Outra coisa que eu acho errado, os médicos aqui eles iludem um pouquinho nós. O Dr. x falou assim oh: você vai fazer 3 meses, seu rim vai voltar a funcionar e eu me apeguei aqueles 3 meses de uma forma e assim eu acho isso errado, então fala na hora pra não criar expectativa" (E15, mulher, 36 anos, periferia)*

Situações como estas influenciam na disrupção do apego e afeto construídos até então. Impactos como estes podem ter implicações imediatas ou futuras e implicações devastadoras para a identidade individual e coletiva, para a memória, história e para o bem estar psicológico (GIERYN, 2000 apud. ALEIXO, 2019). Pois, desde o início, a

percepção e a aceitação do doente renal crônico já se apresenta complicada e muitas vezes incompreensível. U3 e U4 destacam:

*"Aqueles que não aceitam o tratamento sofrem muito, sofrem mais né. Alguns realmente tem resistência com o tratamento aí fica um pouco mais difícil, eu vejo que eles sofrem bastante"*

*"Inicialmente todos têm muita tristeza em ter que reorganizar a vida e se adaptar ao tratamento e às vezes eles saem hipotensos, com mal estar e tudo mais. E com o tempo eles vão adaptando e enxergando isso aqui como uma rotina, só que tem aqueles que enxergam e aceitam muito bem e tem aqueles que parecem que não vão aceitar nunca. Parece que gera uma revolta na vida de ter que viver essa prisão mas ao mesmo tempo a gente tenta mostrá-los que não fosse isso, você também, não estaria aqui mais"*

Além dos diferentes modos de perceber o tratamento, tratando-se de pacientes e profissionais, a percepção dos pacientes pode ser classificada em três idades, como mencionado anteriormente. A primeira idade se dá com a descoberta da doença, esse primeiro contato ocasiona um grande impacto psicológico no paciente, neste momento ele está tentando entender o que está acontecendo em sua vida. A segunda idade é marcada pelo começo da adaptação do paciente. Nesta idade ele pode se apresentar esperançoso em se curar, então, em muitos casos, ele segue o tratamento à risca com o objetivo de sair dali. Na terceira idade nota-se mudanças comportamentais e psicológicas. Esta idade é marcada pelo desleixo do paciente diante de seu tratamento.

Diante deste fato pode-se dizer que há uma transição entre as idades no tratamento, ou seja, ela não é estática, o paciente consegue transitar entre elas. Por exemplo, um doente renal crônico pode passar da primeira idade direto para a terceira e após um tempo retornar para a segunda. É essencial ressaltar que esta inserção e transição nas idades no tratamento acontece com todos os pacientes renais crônicos, sem exceções, mesmo eles não compreendendo cientificamente em que idade estão. Esta inserção nas idades nada tem a ver com a idade física dos pacientes nem tão pouco com o tempo de tratamento.

Apesar do aspecto disruptivo presente em alguns relatos e da dificuldade de aceitação da doença e do tratamento, um fator relevante para a pesquisa foram os relacionamentos estabelecidos na clínica, assim como o acolhimento e a humanização presentes no lugar. Constatou-se que a forma com que este paciente é tratado influencia diretamente na sua percepção do lugar e nos apegos e afetividades construídas. Este fato tem ligação direta,

não só com a percepção do lugar, mas, também com a percepção do tratamento e da clínica.

A análise dos resultados das entrevistas nos permitiu identificar três significados atribuídos à clínica pelos pacientes, em momentos distintos: (1) a clínica como um lugar que causa estranheza, marcada pelo primeiro contato do paciente com este espaço, muitas vezes, inédito em suas vidas; (2) como um lugar de sofrimento e revolta, como um lugar de “prisão”, onde o paciente se vê em uma vida nova e, por muitas vezes, não aceita e (3) como uma segunda casa, onde ele encontra acolhimento por parte da equipe e, mesmo tendo uma adaptação difícil, a humanização do lugar faz com que o mesmo perceba-o de forma diferente.

O apego das pessoas aos lugares está também relacionado com a duração da sua relação com o mesmo (ALEIXO, 2019). Neste trabalho não foi medido quantitativamente o apego e o afeto ao lugar mas através das falas dos entrevistados, das observações realizadas e dos dados recolhidos sobre o tempo de tratamento dos pacientes, é possível constatar essa informação. Um aspecto importante é a falta de falas relacionadas a apegos e afetos que apontam para profissionais administrativos. Em todas as entrevistas, quando perguntados, pacientes citam profissionais que estão em contato diariamente com eles e com o tratamento, fazendo com que a convivência seja primordial na construção de laços afetivos. Em contrapartida, profissionais administrativos possuem uma visão menos afetiva do que os que estão em constante contato com os doentes renais crônicos. Eles possuem uma convivência que não gera afeto, podemos denominar uma convivência com vínculos funcionais. Eles estão interessados na receita que o médico deixou, na consulta que ele precisa marcar, na ficha que ele precisa assinar, no motorista que ainda não chegou para buscá-lo etc.

Assim, os arquitetos e designers têm como objetivo social e humano perceber a experiência do paciente através dos seus sentidos sensoriais vivenciado ao longo de sua vida a sua cultura, pois para Edward T. Hall (2005) é fundamental aprendermos a interpretar as comunicações silenciosas com a mesma facilidade com que entendemos as impressas e faladas (BARA, 2019).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considera-se que a amostra visou e conseguiu que os objetivos da pesquisa pudessem ser alcançados de forma otimizada para o menor impacto no tempo da investigação

junto às pessoas in loco. Também conseguiu-se assegurar um contorno representativo e equilibrado para as observações de fenômenos e eventos, do universo de dialisados, seus grupos de proximidades externos e internos à clínica e a heterogeneidade dos sentimentos, entendimentos e avaliações deles acerca das espacialidades arquitetônicas, de vida e vivência nos ambientes da clínica, mas mais especificamente na sala de HD.

Contudo, há que se salientar que o apego e afeto de um sujeito que está no contexto da essência desta investigação, para um espaço arquitetônico (aqui recortado e classificado pelo trabalho por: lugares, ambientes e ambiências), por natureza humana, se comprova se dar com pessoas. Isto implica que se têm ocorrências individuais dos entrevistados, que são sujeitos com universos próprios, a priori, não universais em si, mas passíveis de serem notados em contextos de mais de um indivíduo. Assim, eles trazem suas percepções, interpretações, análises e conclusões de eventos mediados pelas histórias de vida, memórias, culturas e demais condicionantes cronológicas de seus desenvolvimentos enquanto pessoas, mas permeadas pelo estágio de transição e transformações que se encontram na dinâmica imposta pela TRS.

Tudo isto, no trato das respostas obtidas, é visto no ambiente da clínica, pela ambiência que é afetada por um universo próprio e, por outro, de inter-relação e interação dele com as demais pessoas da clínica (usuários externos e internos), num lugar e ambiente especializado segundo a lógica funcional, que é meramente para responder às necessidades de dependência técnica de manutenção da vida, ou seja, um espaço vital, determinado pelo ambiente físico dado pelo processo médico-corporal e organizacional social da saúde, sem necessariamente ter importância direta para o contexto existencial. Há, entretanto, um espaço objetivo onde se vive, que traz referências para os fenômenos e eventos em seus mais variados aspectos: da vida diária; para as distrações da mente; para as referências da memória; para contextos históricos; para o indicativo de alterações, desde os microssistemas até os macrossistemas; para apontar distanciamentos sociais e perdas; entre tantos outros.

Diante dos resultados da pesquisa, o que cabe à arquitetura e urbanismo em relação ao apego e afeto? O primeiro e mais significativo é que em termos de ambiência, o projeto da clínica é pouco representativo para o que se refere aos sentimentos das pessoas dialisadas, visto que os valores estabelecidos são de caráter cultural, histórico pessoal, interpessoal, interrelacional, isto é, do universo não físico-ambiental (espaços matemático, geométrico e concreto) e nem mesmo necessariamente circunscrito ao local dos dialisados na clínica. Outro aspecto relevante é que há um marcador possível para a

ambiência das clínicas e, possivelmente, dos lugares arquitetônicos projetados da saúde, que é as questões normativas, em especial a RDC 50/2002, dado que elas trazem condições palpáveis para análises e avaliações das relações institucionais com as demandas de espaço objetivo para as edificações. Neste aspecto normativo, observou-se que aspectos mal adaptados dos lugares afetam pessoas, trabalhadores e dialisados, nas atividades do trabalho e AIVD, no mínimo, tais como: o desenho urbano e localização para a mobilidade e acesso dos usuários em TRS (característica do trânsito, da pavimentação e declividade da rua no lugar de embarque e desembarque dos pacientes); a acessibilidade fora da norma à clínica; fluxos internos de acessos e movimentações das pessoas e dos serviços; entre outros. Em relação ao ambiente físico propriamente dito (espaço concreto), há desconfortos evidenciados pela pesquisa, onde a poltrona e a falta de mobiliários (copa e recepção) são dois deles, isto é, há um campo ergonômico funcional a ser observado. Também para este espaço concreto, há aspectos que podem ser valorizados no campo espiritual e cultural, como a significativa referência ao espaço da Nossa Senhora para diversos usuários.

Considerando estes espaços (copa e recepção), algumas possibilidades e adequações podem ser apontadas. Na recepção faz-se necessário uma redefinição de fluxos que otimize o processo de pesagem dos pacientes, assim como sua entrada e saída da clínica, diante disto sugere-se que a sala de pesagem esteja localizada próximo ao acesso principal, desta forma, o paciente que inicia a sessão não precisará transitar por toda a recepção para realizar a pesagem, e o paciente que encerra a sessão, estará mais próximo da saída. Ainda em relação a recepção sugere-se um layout humanizado, de forma que a disposição dos mobiliários permita a interação entre os usuários e os remetam à uma sala de estar, visto a clínica se apresentar como seu microambiente, assim como sua casa, além de permitir decorações, cores e texturas que se apresentam de forma mais aconchegante.

Em relação aos fluxos direcionados aos sanitários presentes na recepção, sugere-se uma setorização onde os mesmos apresentam acessos mais privativos, visto que a maioria dos usuários estão em faixas etárias mais elevadas e muitos deles apresentam mobilidade reduzida, sendo assim, fluxos diretos e expostos para os sanitários podem causar desconfortos e os deixar envergonhados.

No ambiente da copa ou área de refeições dos pacientes sugere-se a concepção de, também, um espaço humanizado, que remeta a cozinha de suas casas, já que, assim

como a recepção, a copa também apresenta-se como lugar de encontro, onde relações são estabelecidas. Soluções como, mobiliários confortáveis, cores, quadros, climatização e decorações em geral podem auxiliar nos projetos destes espaços. Em relação aos fluxos, identificou-se a necessidade de manter o ambiente da copa próximo a recepção a fim de facilitar o acesso e o deslocamento dos pacientes, porém sugere-se uma comunicação indireta entre estes ambientes, sem contato direto, com o intuito de mantê-los mais reservados.

Através das entrevistas e observações in loco identificou-se a necessidade de um espaço ecumênico que atenda à espiritualidade dos usuários, principalmente dos doentes renais crônicos. Muitos foram os relatos de pacientes que praticam algum tipo de oração ou ritual antes e após as sessões, alguns até relatam usufruir da capela do Hospital X. Como foi observado, aliado a este fato, atividades religiosas são realizadas na recepção. Dito isto, sugere-se um espaço inter-religioso, também como forma de humanização, onde os usuários possam praticar a sua fé ou até mesmo se acolher em seus pensamentos. Recomenda-se que este espaço seja localizado, de forma que atenda a todos os usuários da clínica e não somente aos pacientes, para que todos possam usufruir, cada um com sua fé e sua crença.

Para a sala de HD, em relação ao layout, sugere-se um posicionamento das máquinas que favoreça e incentive o relacionamento entre os pacientes em alguns locais, não em todos. Este formato, ao mesmo tempo que estimula a convivência entre os doentes renais crônicos, oferece certa autonomia na tomada de decisão de querer ou não este contato.

Em relação aos fluxos da sala de HD, aponta-se a necessidade de redefinição, visto que, em muitos casos, os pacientes que estão iniciando e finalizando a sessão, percorrem o mesmo percurso, o que causa um cruzamento de fluxos em cada virada de turnos. Sendo assim, sugere-se acessos distintos, um para pacientes que iniciam a sessão e outro para os que finalizam a sessão, porém, ambos com acesso direto para a mesma recepção e acesso principal.

Ainda tratando-se da sala de HD, identificou-se como relevante o contato com o exterior do edifício através de utilização de janelas amplas a fim de aproveitar a luz natural e possibilitar o controle das aberturas. Este fato, ao mesmo tempo que pode contribuir

para o bem estar dos pacientes, possibilitando alguma autonomia, também faz com que os mesmos se conectem com a cidade.

Em relação aos serviços prestados, identificou-se a necessidade de uma explicação prévia sobre a doença renal crônica, o tratamento e suas implicações, visto que, a maioria dos doentes renais crônicos, possuem nível de escolaridade baixo e chegam com menor grau de instrução. Aliado a essa ação, uma intervenção psicológica que auxilie o paciente neste primeiro momento. Pois verificou-se que, na maioria das vezes, esse paciente chega sem nenhuma ou quase nenhuma instrução e este fato influencia ao longo do seu processo de aceitação e também de afetividade.

Em relação aos levantamentos estatísticos da amostra há que se apontar como o equilíbrio nas populações de mulheres e homens que vivem nas periferias nas faixas etárias de 18 a 39 anos e de 60 a 74 anos, o que em conjunto não altera os resultados da pesquisa, mas que sugere maiores investigações sobre modos de vida no centro e periferia. Apesar disto, dado a maioria de homens em quase todas as faixas, há uma forte presença deles em TRS, se comparado a mulheres, bem como um quase mesmo número, pelo mesmo motivo de forte presença masculina na maioria das faixas etárias de residentes em São João del Rei. Cabe ressaltar que os números são indiferentes, pois entende-se que as falas são importantes, muito mais pela visão de mundo, do que pela quantidade de pessoas lá presentes, contudo, em relação à amostragem os levantamentos foram respeitados.

Como consideração final também pode-se apontar uma ampla falta de pesquisas, métodos e publicações relacionados à arquitetura de clínicas de hemodiálise e a influência de aspectos relacionados ao senso de lugar dos pacientes.

## 6.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Três pontos se destacam nos procedimentos de pesquisa como elementos de alerta e risco ao desenvolvimento de mesma natureza de investigação e limitações que acarretaram neste trabalho, são eles:

(1) a opção de trabalhar com os prontuários de saúde dos dialisados da clínica acarretou um cuidado excessivo com o tempo dispendido aos procedimentos de organização e consolidação dos aspectos de pesquisa para preparo e envio ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisas) que, por sua vez, dispendeu um tempo de resposta longo, que repercutiu

na extensão do calendário inicialmente previsto para a conclusão dos trabalhos dentro dos prazos institucionais formais da pós-graduação, sendo que, tal situação, interferiu e levou à compressão do tempo das análises pós visita e, conseqüente, agilização indesejada na escrita final da dissertação;

(2) no campo da pesquisa, propriamente dito e realizada no espaço da clínica, os protocolos locais repercutiram na própria investigação, pois, como exemplo, se traz a necessidade que ocorreu de se ter um profissional durante todo o tempo de trabalho para fazer a apresentação da pesquisadora aos entrevistados, o que trouxe, apesar do seu ponto positivo de redução das expectativas de aproximação entrevistador-entrevistado, um complicador de compatibilização da agenda da pesquisadora com a agenda do profissional local nos levantamentos documentais in loco e junto aos respondentes das entrevistas e

(3) sob um aspecto e problema conjuntural da clínica de HD, no exato momento das visitas in loco, a clínica possuía um profissional de psicologia e tal fato, dado os objetivos da dissertação e a inter-relação de disciplinas (arquitetura e psicologia), acarretou numa dificuldade extra de abordagem junto aos dialisados da clínica. Este último aspecto, para o pesquisador, trouxe limitações de compreensão das pessoas em diálise na clínica e dificultou algumas intervenções e questionamento, dado a abordagem metodológica que se teve com a observação participante do pesquisador. Também é natural por isto que algumas análises foram prejudicadas por esta falta de um profissional da psicologia ali presente.

## 6.2 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

As discussões e resultados obtidos através desta pesquisa permitem sugerir algumas recomendações para pesquisas futuras. A primeira delas refere-se à metodologia. Sugere-se estudos quantitativos a fim de quantificar o apego dos pacientes em relação à clínica e também à sua residência.

Além desta, sugere-se também explorar a relação dos pacientes renais crônicos com suas residências assim como sua vida anterior ao adoecimento, pois acredita-se que estes dois aspectos influenciam diretamente no senso de lugar dos mesmos.



Por fim, a recomendação relaciona-se com o cronograma de entrevistas. Sugere-se que o cronograma seja desenvolvido em conjunto com os profissionais relacionados ao serviço de forma a otimizar o tempo de pesquisa.

## 7 REFERÊNCIAS

ALEIXO, Flávio Miguel de Sousa. **Place Attachment dos residentes de uma vila piscatória em transição: A ligação dos residentes da Fuzeta com a Ria Formosa.** Dissertação de mestrado em Sociologia, 2019.

ALVES, Paola Biasoli. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, 1997.

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

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº154/2004: Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Brasil, 2002

AUGÉ, Marc. **Não lugares: introdução a uma antropologia da super modernidade.** (9ª ed.) Campinas, Papirus, 2012.

BARA, P. **O ambiente da sala de hemodiálise: Estudos de caso em Juiz de Fora.** Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído) - Universidade Federal de Juiz de Fora. 2019.

BARRETO, André de Carvalho. **Paradigma sistêmico no desenvolvimento Humano e familiar: a teoria bioecológica de Uriebronnfenbrenner.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte. v. 22, n. 2, p. 275-293, agosto 2016.

BRONFENBRENNER, U. (1977). **Towardan experimental ecologyofhumandevlopment.** American Psychologist, 32(7), 513–531. Disponível, em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>, 1977

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

CASSIER, Ernst. **A filosofia das formas simbólicas: terceira parte: fenomenologia do conhecimento** – São Paulo: Martins Fontes, 2011.

CAVALCANTE, Sylvia; NÓBREGA, Lana Mara Andrade. **Espaço e Lugar.** In: CAVALCANTE, Sylvia; ELALI, Gleice A. (Org). Temas Básicos em Psicologia Ambiental. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

COTA, Daniela Abritta; DIÓRIO, Ana Carolina Dias. **Cidade intermediária e rede urbana: o caso de São João del-Rei (MG).** Cadernos de Arquitetura e Urbanismo, v.21, n.28, 1º sem. 2014.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens.** Porto Alegre: Penso, 2014.

DA SILVEIRA, Bettieli Barboza; KUHNEN, Ariane. **Psicologia ambiental e saúde na relação pessoa-ambiente: uma revisão sistemática**. PSI UNISC, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan./jun. 2019.

D'ANDREA, Tiaraju. Contribuições para a definição dos conceitos periferia e sujeitas e sujeitos periféricos In: Revista Novos Estudos: CEBRAP / São Paulo: CEBRAP, Ed.116, vol.39, n.1, jan.–abr., 2020, pp.19-36. Disponível em: <https://doi.org/10.25091/S01013300202000010005>. Acessado em: 22 agosto 2022.

DE OLIVEIRA, Francisco Guerra Ribeiro. **Análise das características e potencialidades do turismo na cidade de São João Del Rei**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas. Departamento de Ciências Administrativas. Universidade Federal de Ouro Preto, 2017.

DINIZ, Eva. KOLLER, Silvia Helena. **O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico**. Revista Educar, Curitiba. 2010.

FELIPPE, Maíra Longhinotti; KUHNEN, Ariane. **O apego ao lugar no contexto dos estudos pessoa-ambiente: práticas de pesquisa**. Estudos de Psicologia, Campinas 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Aspectos Demográficos Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joao-del-rei.html>>. Acesso em: Junho de 2021.

JÚNIOR, Marcílio Barbosa Mendonça de Souza; DE MELO, Marcelo Soares Tavares; SANTIAGO, Maria Eliete. **A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar**. Revista Movimento, Porto Alegre 2010.

LIMA, Deyseane Maria Araújo; BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz. **Vinculação afetiva pessoa-ambiente: diálogos na psicologia comunitária e psicologia ambiental**. Revista Psico, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, CE, Brasil.

MOORE, Andrew. **Space, place and "home": lived experiences in Hosice Day Care.. Lancashire**, UK (thesis) University of Central Lancashire, 2010.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira/ Thomson, 2002

MOSER, Gabriel. **Introdução à psicologia ambiental: pessoa e ambiente**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2018.

NAJAFI, M.; SHARIFF, M. K. B. M. **The Concept of Place and Sense of Place In Architectural Studies**. World Academy of Science, Engineering and Technology, Open

Science Index 56, International Journal of Humanities and Social Sciences, 5(8), 1054 - 1060.

NORBERG-SHULZ, Christian. **Genius Loci: Towards a phenomenology of architecture**. New York: Rizzoli, 1984

OLIVEIRA, Sarah Gabriela de Carvalho. **Habitar um novo território: experiências de usuários nas residências terapêuticas de Barbacena, Minas Gerais**. Universidade Federal De Juiz De Fora Faculdade De Engenharia Programa De Pós-Graduação Em Ambiente Construído. Juiz de Fora 2020.

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

PEREIRA, D. V. T.; MALACHIAS, I.; DUTRA., R. A. A. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020.

PIETROVSKI, Vanusa. DALL'AGNOL, Clarice Maria. **Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço?** - Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. 2006.

RELPH, Edward, 1976. **Place and Placelessness**. London: Pion.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso; AZEVEDO, Giselle Arteiro; BRASILEIRO, Alice; ALCANTARA, Denise de; QUEIROZ, Mônica. **Observando a qualidade do lugar: Procedimentos para a avaliação pós-ocupação**. Rio de Janeiro: Proarq/FAU/UFRJ, 2009.

RIBEIRO, Carla Danielle Silva; ALENCAR, Carla Sonayra Moura; FEITOSA, Maria da Cruz Dias; MESQUITA, Maria do Amparo da Silva Bida. **Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico**. Centro Universitário Uninovafapi Revista Interdisciplinar v.6, n. 3, p. 36-44, jul.ago.set. 2013.

RIBEIRO, Lissandra Mendes. **Humanização do espaço arquitetônico em unidade de hemodiálise**. Monografia de Especialização de Arquitetura em Sistemas de Saúde. UFBA, Faculdade de Arquitetura. Salvador, Bahia, 2008.

SAMBRANO, Taciana Mirna. **A transição de contextos: Inter-relação entre instituição de educação infantil e família de criança de três anos**. 2006. Pós Graduação em Educação Escolar – Faculdade de Ciências e Letras Universidade Estadual Paulista, campus Araraquara.

SANTOS, Viviane Fernandes Conceição. BORGES, Zulmira Newlands. LIMA, Sônia Oliveira. REIS, Francisco Prado. **Percepções, significados e adaptações à hemodiálise como um espaço liminar: a perspectiva do paciente.** Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, 2018.

SILVA, Alessandra Silva. SILVEIRA, Rosemary da Silva. FERNANDES, Geani Farias Machado. LUNARDI, Valéria Lerch. BACKES, Vânia Marli Schubert. **Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise** - Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, 2011.

SOBEN, Sociedade Brasileira de Enfermagem e Nefrologia. **Breve História da Nefrologia.** Univali, 2016.

SPELLER, G. M. **A importância da vinculação ao lugar.** In: SOCZKA, Luis (Org.). *Contextos humanos: psicologia ambiental.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005. p.133-168.

TAVARES, Denis Pereira. **Representações da modernidade de São João del-Rei.** Revista de História Regional, 2013.

TUAN, Yi-Fu; **Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência.** Tradução de Livia de Oliveira – São Paulo: DIFEL, 1983.

THIBAUD, Jean-Paul. **Ambiência.** In: CAVALCANTE, Sylvia; ELALI, Gleice A. (Org). *Conceitos para a leitura da relação pessoa-ambiente.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 24 ago. 2022.

## APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semi-estruturada

### Grupo 1: Pacientes



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PROAC - Programa de Pós-graduação em Ambiente construído

#### Entrevista para os pacientes da clínica

A entrevista abaixo é parte de uma pesquisa de mestrado onde se analisa a inter-relação pessoa - ambiente na clínica de hemodiálise, através do conceito de senso de lugar.

Esta entrevista faz parte de uma pesquisa de mestrado no Programa de Pós-graduação em Ambiente construído (PROAC) na Universidade Federal De Juiz De Fora (UFJF) que busca analisar a inter relação pessoa - ambiente na clínica de hemodiálise, através do conceito de senso de lugar. Para isso busca-se levantar informações sobre os significados que os pacientes, profissionais e acompanhantes atribuem à clínica. Todos os dados serão preservados. Ao participar desta entrevista você estará dando sua contribuição para a ampliação do conhecimento na área do ambiente construído e melhoria na concepção de projetos. Sua identidade, assim como queixas, reclamações e aprovações serão mantidas em sigilo. Quando você não se sentir confortável ao responder alguma das questões, deixe em branco. Desde já, agradeço imensamente sua participação, ela é muito importante!

**Pesquisador responsável: Prof. Dr. José Gustavo Francis Abdalla (orientador)**

**Pesquisadora: Sara Reis de Carvalho (orientanda)**

Questionário número: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### BLOCO 1

#### 1. Qual a sua cidade de origem?

( ) São João del Rei ( ) Outro: \_\_\_\_\_

#### 2. Qual a sua escolaridade?

( ) Fundamental 1 (antigo primário) ( ) Graduação  
 ( ) Fundamental 2 (antigo ginásio) ( ) Pós Graduação  
 ( ) Ensino médio

( ) Completo  
 ( ) Incompleto

#### 3. Qual o seu meio de transporte para clínica?

( ) Ônibus ( ) Táxi / Uber  
 ( ) Van ( ) Andando  
 ( ) Carro particular ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**4. Quanto tempo, normalmente, você gasta da sua casa até a clínica?**

- ( ) Menos de meia hora
- ( ) Entre meia hora e 1 horas
- ( ) Mais de 1 hora

**BLOCO 2 - F x Ambiência**

1. Como você está se sentindo hoje?
2. O que você acha do atendimento na clínica?
3. Como é seu relacionamento com os outros pacientes?
4. Como você chegou aqui hoje? Quem te trouxe? Você veio com acompanhante?
5. Tem alguém aqui na clínica que você tem maior afeto?
6. Tem como você dizer uma pessoa que você acha complicado o relacionamento aqui na clínica?
7. Como você descreveria esse lugar olhando e pensando nas pessoas que estão aqui?

**BLOCO 3 - Pessoa - Dependência**

1. Como aconteceu de você ficar doente?
2. O que mudou na sua rotina depois do adoecimento?
3. Você é praticante de alguma religião? Se sim, qual?
4. Qual a importância da espiritualidade/religião na sua vida?
5. Você indicaria ou acha que deveria ter algum lugar na clínica que atenda à sua espiritualidade?
6. Como é a sua rotina de vida hoje? Fora da clínica
7. O que você sentiu na sua primeira sessão de hemodiálise?
8. Quais os lugares são importantes no seu dia a dia fora da clínica? Por que?
9. Fale sobre esses lugares. Existem pessoas nesses lugares?
10. Tem alguma atividade que você normalmente faz no dia que vem para hemodiálise?

**BLOCO 4 - Pessoa - Lugar**

1. Como é a casa onde você mora? Aspectos físicos e de organização
2. Como é a divisão da sua casa? Aspectos físicos e de organização
3. Você tem um lugar na sua casa só para você? Se sim, qual e como é este lugar?
4. Quais são as suas tarefas dentro da sua casa?

5. Quais são as pessoas que fazem parte da sua família e moram na sua casa?
6. Como é o seu relacionamento com as pessoas que moram na sua casa?
7. Como é o seu relacionamento com a vizinhança?
8. O que o tratamento mudou nisso tudo?
9. O que você acha da cidade de São João del Rei?
10. O que você acha do lugar da clínica em São João del Rei?
11. O que você mais gosta da cidade em que você mora?
12. Cite 1 lugar que você acha relevante que representa a sua cidade.

Obs: Se o entrevistado for da microrregião, fazer as mesmas duas perguntas também com o foco em São João del Rei. (Exemplo: O que você mais gosta em São João del Rei? / Cite 1 lugar que você acha relevante e que represente São João del Rei)

#### **BLOCO 5 – Lugar - Pessoa**

1. Você gosta do prédio da clínica?
2. Você sente que a clínica é bom/confortável?
3. Na sala de hemodiálise, você sente frio ou calor?
4. Você acha que a sala de hemodiálise tem uma iluminação boa ou ruim?
5. O que você acha das cores das paredes da sala de hemodiálise?
6. Como você se sente em relação aos barulhos na sala de hemodiálise?
7. O que você acha da disposição dos equipamentos/mobiliário da sala de hemodiálise? É boa?
8. O que te incomoda no espaço da sala de hemodiálise?
9. Como você melhoraria a sala de hemodiálise?
10. Como você melhoraria a clínica em geral?
11. O que você não deixaria ser modificado? Que já está muito bom

**SUA CONTRIBUIÇÃO É MUITO IMPORTANTE  
AGRADEÇO SUA PARTICIPAÇÃO!**



**APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada****Grupo 2: Profissionais**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PROAC - Programa de Pós-graduação em Ambiente construído

**Entrevista para os profissionais da clínica**

A entrevista abaixo é parte de uma pesquisa de mestrado onde se analisa a inter-relação pessoa - ambiente na clínica de hemodiálise, através do conceito de senso de lugar.

Esta entrevista faz parte de uma pesquisa de mestrado no Programa de Pós-graduação em Ambiente construído (PROAC) na Universidade Federal De Juiz De Fora (UFJF) que busca analisar a inter-relação pessoa - ambiente na clínica de hemodiálise, através do conceito de senso de lugar. Para isso busca-se levantar informações sobre os significados que os pacientes, profissionais e acompanhantes atribuem à clínica. Todos os dados serão preservados. Ao participar desta entrevista você estará dando sua contribuição para a ampliação do conhecimento na área do ambiente construído e melhoria na concepção de projetos. Sua identidade, assim como queixas, reclamações e aprovações serão mantidas em sigilo. Quando você não se sentir confortável ao responder alguma das questões, deixe em branco. Desde já, agradeço imensamente sua participação, ela é muito importante!

**Pesquisador responsável: Prof. Dr. José Gustavo Francis Abdalla (orientador)**

**Pesquisadora: Sara Reis de Carvalho (orientanda)**

Questionário número: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**BLOCO 1****1. Qual a sua cidade de origem?**

( ) São João del Rei                      ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**2. Idade**

- ( ) De 18 a 30 anos  
 ( ) De 31 a 40 anos  
 ( ) De 41 a 50 anos  
 ( ) De 51 a 60 anos  
 ( ) Mais de 60 anos

**3. Há quanto tempo você trabalha aqui?**

- ( ) Menos de 1 mês  
 ( ) Entre 2 e 11 meses

- ( ) Entre 1 e 3 anos
- ( ) Entre 4 e 5 anos
- ( ) Mais de 5 anos

**4. Quanto tempo, normalmente, você gasta da sua casa até a clínica?**

- ( ) Menos de meia hora
- ( ) Entre meia hora e 1 hora
- ( ) Mais de 1 hora

**5. Qual a sua formação?**

**BLOCO 2**

1. Como é a rotina do seu trabalho?
2. Como é o seu relacionamento com os pacientes?
3. Como é o seu relacionamento com os acompanhantes?
4. Você tem algum apego/afeto aos pacientes?
5. O que você pensa do tratamento de hemodiálise?
6. Como você se sente trabalhando com pessoas em tratamento de HD?
7. Como você vê o tratamento de hemodiálise para o paciente?
8. Como você se relaciona com os demais profissionais que participam do tratamento?
9. O que você mais gosta do seu trabalho?
10. O que você menos gosta no seu trabalho?
11. Como você descreveria o lugar da clínica de HD, na cidade, no complexo hospitalar e no seu interior?
12. O que você aponta como uma coisa positiva na clínica de HD?
13. O que você aponta como uma coisa que poderia ser modificada na clínica de HD?

**BLOCO 3**

1. Como você se sente em relação ao visual do edifício da clínica?
2. Você sente que o espaço da clínica é bom/confortável?
3. O que você acha da temperatura da sala de hemodiálise?
4. O que você acha da iluminação da sala de hemodiálise?

5. O que você acha das cores das paredes da clínica?
6. O que você acha das cores das paredes da sala de hemodiálise?
7. Como você se sente em relação aos barulho na clínica?
8. Como você se sente em relação aos barulho na sala de hemodiálise?
9. O que você acha da disposição dos equipamentos/mobiliário da clínica? É boa?
10. O que você acha da disposição dos equipamentos/mobiliário da sala de hemodiálise? É boa?
11. O que te incomoda no espaço da sala de hemodiálise?
12. Como você melhoraria o ambiente da sala de hemodiálise?
13. Como você melhoraria o ambiente da clínica?
14. O que você não deixaria modificar? Que já está muito bom

#### **BLOCO 4**

1. O que você acha da cidade de São João del Rei?
2. O que você acha do lugar da clínica em São João del Rei?
3. O que você mais gosta na cidade de São João del Rei
4. Cite 1 lugar que você acha relevante que representa São João del Rei

**SUA CONTRIBUIÇÃO É MUITO IMPORTANTE.  
AGRADEÇO SUA PARTICIPAÇÃO!**

**ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada Arquitetura da clínica de hemodiálise: Um estudo em São João Del Rei, Minas Gerais. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é entender como a arquitetura pode influenciar no senso de lugar das pessoas, sendo assim, nos propomos a analisar como a clínica de hemodiálise pode influenciar na relação pessoa-ambiente, pois o entendimento das relações existentes, sejam elas positivas ou negativas, pode auxiliar na compreensão de como acontecem as interações e como elas podem interferir no bem-estar e satisfação do paciente. Portanto, pretendemos compreender como a arquitetura, para além das exigências das normas, pode favorecer o apego e o afeto da pessoa em tratamento dialítico em clínicas de hemodiálise.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: realizaremos uma entrevista com perguntas pré elaboradas e consultaremos seu prontuário, a fim de coletar informações sobre alguns dados como, o seu tempo de tratamento, endereço, idade, morbidade e comorbidades anteriores e/ou atuais, histórico do adoecimento, questões familiares e/ou genética que potencialize e/ou potencializou o risco e problemas ambientais, como tipo de alimentação, moradia, comportamento etc. Esta pesquisa consiste em um risco mínimo, que se dá pela identificação e constrangimento dos participantes, mas que será amenizado através da preservação de sua identidade utilizando-se de números ou pseudônimos, além da utilização de recursos fotográficos para não haver reconhecimento. A pesquisa pode ajudar a saúde e o bem estar dos doentes renais crônicos, pois uma vez analisado o ambiente construído e como ele influencia no apego e afeto, consegue-se indicar necessidades objetivas e/ou subjetivas que podem contribuir para melhoria da qualidade arquitetônica da clínica e consequente melhoria na satisfação de todos.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização e ressarcimento por quaisquer despesas que tenha tido. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou

recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido(a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São João del Rei, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador(a) responsável

**Nome do Pesquisador Responsável: Sara Reis de Carvalho**  
**Campus Universitário da UFJF**  
**Faculdade/Departamento/Instituto: PROAC**  
**CEP: 36036-900**  
**Fone: (32) 98457-7814**  
**E-mail: [sara.reis@arquitetura.ufjf.br](mailto:sara.reis@arquitetura.ufjf.br)**

Rubrica do Participante  
 de pesquisa ou  
 responsável: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ Rubrica do  
 pesquisador: \_\_\_\_\_

**consultar:** CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Arquitetura da clínica de hemodiálise: Um estudo em São João Del Rei, Minas Gerais

**Pesquisador:** Sara Reis

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 53070521.9.0000.5147

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Ambiente Construído ( PROAC)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.221.508

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"O doente renal crônico tem sua função renal comprometida, ou seja, os rins não conseguem mais filtrar as impurezas do sangue para equilibrar o organismo, sendo necessário a utilização de mecanismos que exercem a função renal de maneira artificial. Segundo Ribeiro C.D.S et.al (2013) a pessoa que vivencia um desequilíbrio em seu estado de saúde, como a DRC, vê-se constantemente em perigo de perder sua integridade tanto física como psíquica, ou seu lugar na família e na sociedade, em decorrência das alterações em suas funções orgânicas. Uma vez que as arquiteturas são capazes de influenciar a qualidade da vivência humana, também é possível transferir tal influência para âmbito hospitalar, onde a ambiência pode vir a se tornar um aspecto significativo para o usuário, quer este seja um colaborador, ou um paciente (Bara, 2019). Em espaços de saúde, aqui específico em clínicas de hemodiálise, existem significados subjetivos atribuídos ao ambiente pelos usuários, que por sua vez, são resultados das experiências particulares de cada um. Corraliza 1998 (apud. Kuhnén, 2018) defende que um dos processos mais relevantes da interação indivíduo-ambiente é constituído por aquele através do qual o espaço físico se converte em um espaço significativo para um indivíduo. Tendo por premissa que a arquitetura pode influenciar as percepções e sensações que ocorrem nos espaços, é importante compreender como aspectos construtivos e funcionais podem influenciar na relação pessoa-ambiente em uma clínica de

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.221.508

hemodiálise, pois o mapeamento das relações existentes, sejam elas positivas ou negativas, podem auxiliar no entendimento de como acontecem as interações e os processos de significações e como essas relações podem interferir no bem-estar e satisfação do paciente. Sendo assim, esta pesquisa busca compreender como a arquitetura, para além das questões funcionais e técnicas de edificação, pode contribuir para a saúde mental no ambiente da clínica de hemodiálise Renalclin de São João del Rei, por meio de criar condições espaciais-ambientais para favorecer apego e afetividade da pessoa em tratamento de hemodiálise. Em São João del Rei existe apenas uma clínica de hemodiálise, que abrange o município e também sua microrregião, no total de 17 cidades. O foco desta pesquisa será na inter-relação pessoa-ambiente da clínica de hemodiálise Renalclin em São João del Rei com vistas a entender como o senso de lugar se forma para a população que dela faz uso, a vivência. A arquitetura e urbanismo é o limite da observação, entendendo o espaço como o principal elemento e recortando-o dentro das possíveis escalas que o mesmo se dá, sendo, em primeira instância, pela relação dialética entre o regional e o local, constituindo-se, então, os dois primeiros ambientes da relação a ser trabalhada. Se terá na microrregião sanitária de São João del Rei o lugar da pesquisa. Esta microrregião é classificada como: (1) o ambiente da unidade territorial urbana, traduzida pelas unidades sanitárias municipais da região sede e (2) e os ambientes das unidades sanitárias municipais das demais municipalidades da região, no total de 17 cidades. O método de amostragem a ser utilizado será não probabilístico. A princípio serão avaliados homens e mulheres, considerando a fase no tratamento de hemodiálise e a localização de sua habitação. Para a equipe assistencial serão entrevistados técnicos de enfermagem, enfermeiros e outros profissionais que atuam cotidianamente. A coleta de dados será por meio de uma entrevista semi-estruturada e terá apresentação prévia sobre estrutura da pesquisa e suas finalidades. Também serão consultados os prontuários dos pacientes analisando dados como: tempo de tratamento, endereço, idade, morbidade e comorbidades anteriores e/ou atuais etc. A coleta de dados terá início após a aprovação do Comitê em Ética de pesquisa com seres humanos. Ressalto que serão atendidas todas as exigências presentes no protocolo da clínica que se referem a COVID-19."

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário: O objetivo geral desta pesquisa é compreender como a arquitetura, para além das questões funcionais e técnicas, pode favorecer o apego e o afeto da pessoa em tratamento dialítico na clínica Renalclin em São João del Rei/MG,".

"Objetivo Secundário: Identificar hábitos, comportamentos, atribuição de valores e atitudes

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP:	36.036-900
Bairro:	SAO PEDRO		
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	E-mail:	cep.propp@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 5.221.508

individuais e de grupos a partir da pesquisa de senso de lugar no ambiente de hemodiálise na cidade de estudo; Identificar os elementos sócio-físico e ambientais, sociais gerais (aspectos técnicos organizacionais, do adoecimento, formação de equipes de assistência e apoio, intra-clínica e municipais valores ambientais etc.), no senso de lugar dos usuários; Identificar aspectos disruptivos do apego e afeto dos pacientes que impactam no programa de necessidades para projetos de arquitetura; Identificar como o ambiente construído pode estimular o apego e/ou o afeto em São João del Rei."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Os riscos envolvidos nesta pesquisa são mínimos, pois se dá pela identificação dos participantes e pelo constrangimento que será amenizado através da preservação da identidade do entrevistado utilizando-se de números ou pseudônimos, além da utilização de recursos fotográficos para os mesmos não serem reconhecidos em fotos no ambiente de tratamento, como o processo de embaçar o rosto Benefícios: Esta pesquisa contribuirá indiretamente para a saúde e bem-estar de doentes renais crônicos, pois uma vez analisado o ambiente construído e como ele influencia no apego e afeto dos pacientes, consegue-se indicar necessidades objetivas e/ou subjetivas que possam contribuir para melhoria da qualidade arquitetônica da clínica e conseqüente melhoria na satisfação dos usuários."

"Ressalto aqui que serão atendidas todas as exigências presentes no protocolo da clínica que se referem a COVID-19, mas também, a apresentação do protocolo de vacinação por parte da pesquisadora, o uso de máscaras N-95 (mais adequadas ao ambiente clínico-hospitalar), a higienização das mãos com álcool em gel 70% e o distanciamento social de pelo menos 1m entre o entrevistador e o respondente, bem como comportamento social adequado, tal como não haver cumprimento de mãos, abraços etc. Além disto é importante salientar que só ocorrerão entrevistas em horários permitidos pela equipe assistencial da clínica, bem como reforçar que estarão nos critérios de exclusão pacientes não autorizados para entrevista por esta mesma equipe assistencial."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.221.508

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

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

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

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2022.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.221.508

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1832027.pdf	01/02/2022 16:28:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	01/02/2022 16:28:40	Sara Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/02/2022 16:27:56	Sara Reis	Aceito
Outros	Entrevistas2.pdf	05/01/2022 09:25:40	Sara Reis	Aceito
Outros	Entrevistas1.pdf	05/01/2022 09:25:15	Sara Reis	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/12/2021 12:07:19	Sara Reis	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	04/11/2021 10:45:56	Sara Reis	Aceito
Outros	SIGILO.pdf	27/09/2021 15:06:14	Sara Reis	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 02 de Fevereiro de 2022

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br