



O espaço de acolhimento:

Análise Ergonômica no atendimento de mulheres vítimas de violência

JOÃO LUCAS REIS

Graduando em arquitetura, Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED,
jolreis25@gmail.com

NICOLE FERRER

Mestra em Projeto de Arquitetura, Centro Universitário do Planalto Central - UNICEPLAC,
nicferrer.arq@gmail.com

RESUMO

Estimativas dos 26 estados e Distrito Federal apontam um aumento de 7,3% nos casos de feminicídio em 2019, em comparação com 2018. São crimes de ódio motivados pela condição de gênero, com 1.314 mulheres mortas pelo fato de serem mulheres – 1 a cada 7 horas, em média. Por causa da crescente violência doméstica e familiar e/ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher no Brasil, existe hoje no país uma rede de atendimento e apoio às mulheres em situação de violência. Assim, este artigo apresenta um estudo de caso desenvolvido em um Programa de Atendimento a Vítima de Violência em Brasília, dirigido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A metodologia de coleta de dados foi centrada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET), e envolveu visita guiada, documentação fotográfica do ambiente e entrevistas não estruturadas com a equipe multidisciplinar. Com o uso de conceitos, técnicas e ferramentas da disciplina de Ergonomia, foram analisados o ambiente construído, a percepção espacial da equipe multiprofissional de saúde sobre o ambiente e o impacto que o espaço tem no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: violência, mulher, espaço de acolhimento

ABSTRACT

Estimations from the 26 Brazilian states and Federal District point to an increase of 7.3% in cases of femicide in 2019, compared to 2018. These are hate crimes motivated by gender, with 1,314 women killed because they are women - 1 each 7 hours on average. Because of the increase in domestic and family violence and/or contempt or discrimination of women in Brazil, there is now a service and support network for women in situations of violence in the country. Thus, this article presents a case study developed in a Program of Assistance for Victims of Violence in Brasília, directed by the Health Department of the Federal District. The methodology was centered on the Ergonomic Work Analysis (AET) and involved guided tour, photographic documentation of the environment, and unstructured interviews with the staff. Using concepts, techniques, and tools from the Ergonomics discipline, the built environment, the spatial perception, and the impact space has on the work were analyzed.

KEYWORDS: violence, women, space for receptibility



1 INTRODUÇÃO

A sociedade ocidental é historicamente organizada em torno da família, sendo o termo oriundo do vocábulo latino *famulus*, que significa “escravo doméstico”. Esse conceito de união de indivíduos consolidou-se enquanto instituição na Roma Antiga, se tornando a base da formação de toda estrutura social da civilização ocidental. Além disso, a hierarquização deste sistema é patriarcal, tendo como centro o homem, enquanto que as mulheres assumiram um papel secundário (NOGUEIRA, 2018). Desde então foi fortalecida a ideia da supremacia masculina na sociedade, desvalorização da identidade feminina e atribuição funcional do ser mulher apenas para procriação, conceitos oriundos da Idade Antiga e Idade Média.

Nogueira (2018) ainda aponta que esta relação de dominância está presente ainda hoje no subconsciente social. Estimativas globais publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2017) indicam que aproximadamente 1 em cada 3 mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida. No Brasil, levantamentos recentes dos 26 estados e Distrito Federal (vide Quadro 1) apontam um aumento de 7,3% nos casos de feminicídio em 2019, em comparação com 2018. São crimes de ódio motivados pela condição de gênero, com 1.314 mulheres mortas pelo fato de serem mulheres – 1 a cada 7 horas, em média. Estes dados foram compilados pelo Monitor da Violência do Núcleo de Estudos da Violência da USP e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, com parceria do G1 (VELASCO, CAESAR e REIS, 2020).

Quadro 1: Homicídios de mulheres no Brasil em 2018 e 2019

Estado	Mulheres vítimas de homicídio em 2018	Mulheres vítimas de homicídio em 2019	Variação (em %)
Acre	35	31	-11,4
Alagoas	64	89	39,1
Amapá	11	15	36,4
Amazonas	92	79	-14,1
Bahia	422	398	-5,7
Ceará	448	225	-49,8
Distrito Federal	47	60	27,7
Espírito Santo	93	89	-4,3
Goiás	194	147	-24,2
Maranhão	101	102	1
Mato Grosso	82	87	6,1
Mato Grosso do Sul	86	72	-16,3
Minas Gerais	323	276	-14,6
Pará	319	196	-38,6
Paraíba	80	70	-12,5
Paraná	211	216	2,4
Pernambuco	232	190	-18,1



Piauí	49	45	-8,2
Rio de Janeiro	348	303	-12,9
Rio Grande do Norte	108	102	-5,6
Rio Grande do Sul	316	260	-17,7
Rondônia	41	28	-31,7
Roraima	27	17	-37
Santa Catarina	95	129	35,8
São Paulo	461	444	-3,7
Sergipe	37	47	27
Tocantins	31	22	-29
BRASIL	4.353	3.739	-14,1

Fonte: VELASCO, CAESAR e REIS, 2020.

As Nações Unidas (OPAS/OMS, 2017) definem a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada". Nesse contexto, o Brasil é considerado hoje um dos países mais violentos do mundo para mulheres.

Em novembro de 2018 foi divulgado pelo Escritório das Nações Unidas para Crime e Drogas (UNODC) que a taxa de homicídios femininos global foi de 2,3 mortes para cada 100 mil mulheres em 2017. Já no Brasil, são 4 mulheres mortas para cada grupo de 100 mil mulheres, o que significa uma taxa de 74% superior à média mundial (BUENO e LIMA, 2019). Entre 2017 e 2018, o país conseguiu reduzir em 13% as mortes violentas em todo o país. No entanto, no mesmo período, houve uma redução de apenas 6,7% no número de homicídios femininos – que passou de 4.558 para 4.254 vítimas.

Diante deste cenário, diversas discussões e debates acerca do papel da mulher na sociedade vem acontecendo. Desde as décadas de 1970 e 1980 no Brasil, movimentos sociais e feministas levantaram questionamentos e reivindicações sobre a situação da mulher perante a sociedade. Entende-se hoje que a violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e que a não atenção devida gera um impedimento de igualdade de gênero (OPAS/OMS, 2017).

O primeiro espaço de apoio no Brasil para mulheres vítimas de violência foi o Centro de Orientação Jurídica e Encaminhamento à Mulher. Em atendimento de 1984 a 1987, funcionárias públicas que se identificavam com os movimentos feministas forneciam, de maneira voluntária, atendimentos e orientações jurídicas e psicológicas às vítimas em situação de violência doméstica.

Hoje, existe em todo país uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência. De natureza pública, é um sistema que reúne ações e serviços das áreas da assistência social, justiça, segurança pública e saúde, ao contemplar o eixo de assistência previsto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Dentre as opções disponíveis, há os Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher. São equipes multidisciplinares em saúde – compostas por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e outros profissionais da área – capacitadas para atender os casos de violência contra a mulher.



Desta forma, uma vez que os estudos em Ergonomia se esforçam para conhecer o comportamento do ser humano durante o desenvolvimento de seus trabalhos, a disciplina faz-se ferramenta única para o entendimento desta tipologia arquitetônica. Parte-se do princípio de que as relações humano-espaciais são capazes de interferir diretamente no “estado comportamental, em manifestações do estado do humor, além de possibilitar a representação de poder social quando da apropriação de porções espaciais” (SOBRAL et al. 2015, p.35). Isso mostra-se claro com os espaços voltados para a atividade de acolhimento ainda tão pouco estudados pelos pesquisadores, tanto na esfera da Ergonomia quanto na Arquitetura. O material disponível é escasso, sendo necessário depender da literatura da área da saúde para desenvolver o ambiente construído de acolhimento de mulheres vítimas de violência.

Assim, este artigo apresenta um estudo de caso desenvolvido em um Programa de Atendimento a Vítima de Violência em Brasília, dirigido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Esta avaliação é o resultado de um estudo piloto feito previamente à pesquisa em andamento. O objetivo dos pesquisadores foi entender melhor a interação entre os usuários e o ambiente construído, avaliando suas necessidades a partir das atividades de rotina. Parte-se do princípio de que o objetivo do espaço é o bem-estar geral, a adequação dos elementos físicos às atividades em desenvolvimento e a avaliação da boa usabilidade do espaço durante o trabalho.

A metodologia de coleta de dados foi centrada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET), e envolveu visita guiada, documentação fotográfica do ambiente e entrevistas não estruturadas com a equipe multidisciplinar em saúde. Este estudo foi exploratório e adotou uma abordagem qualitativa. O foco foi o ambiente construído ocupado pelo PAV Margarida do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) de Brasília, visto como cenário e abrigo para o desempenho das atividades diárias do Programa. Com o uso de conceitos, técnicas e ferramentas da disciplina de Ergonomia, foram analisados o ambiente construído, a percepção espacial da equipe sobre o ambiente e o impacto que o espaço tem no trabalho.

2 ESPAÇO DE ACOLHIMENTO

O sistema de saúde pública no Brasil é estruturado para que a esfera da Atenção Básica seja composta de equipes que possam se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território nacional. É esperado que os profissionais percebam as peculiaridades de cada situação que se apresenta, “buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, e diminuir o isolamento e abandono” (BRASIL, 2013, p.15).

Assim, em 2005, 2 médicas do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) em Brasília, uma obstetra e outra clínica geral, começaram a perceber uma demanda de mulheres no Pronto Socorro, vítimas de violência. Iniciaram então uma proposta de trabalho em que dedicavam 5 horas do dia para atendimento a essas pacientes. Com o crescimento do número de mulheres, e atendimentos similares nos Hospitais Regionais de Taguatinga e de Ceilândia, e no Hospital Materno-Infantil de Brasília (Hmib), a Secretaria de Saúde do Distrito Federal passou a estruturar melhor este tipo de atendimento.



Surgiu então em 2011 o Programa de Atendimento à Vítima de Violência (PAV), que conta hoje com 19 unidades e uma média de 2,5 mil a 3 mil atendimentos por ano (SES-DF, 2020). Conhecido como PAV “Flores em Rede”, as equipes multidisciplinares levam nomes que homenageiam flores e estações do ano, a fim de conectar um ideário mais leve para pacientes em sofrimento psíquico.

O PAV é uma unidade orgânica e tem como missão adequar, normatizar, planejar e coordenar as ações de promoção, prevenção, vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência no Distrito Federal (SES-DF, 2020). O Programa deve seguir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Humanização. Cada núcleo tem uma peculiaridade no seu atendimento, sendo 15 PAVs de prevenção secundária da violência (necessidade de tomadas de medidas urgentes) e 4 unidades de referência, que atendem demandas específicas.

Como foco deste trabalho, será apresentada a avaliação realizada no PAV Margarida do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). A escolha deu-se pela natureza do espaço atender mulheres vítimas de violência. Além de ser uma das unidades mais antigas da rede, vem sendo observada uma tendência crescente de busca por pacientes. A equipe do Programa afirmou aos pesquisadores que por mais que haja várias unidades disponíveis por todo o Distrito Federal, o PAV Margarida está atendendo mulheres de todas as regiões administrativas. Isso se dá pelo fato dessas mulheres trabalharem no ou próximo ao Plano Piloto (localidade do HRAN). Elas podem então sair de seus trabalhos em busca de atendimento de maneira mais prática e discreta, do que se tentassem procurar o serviço perto de suas casas.

3 ESTUDO DE CASO

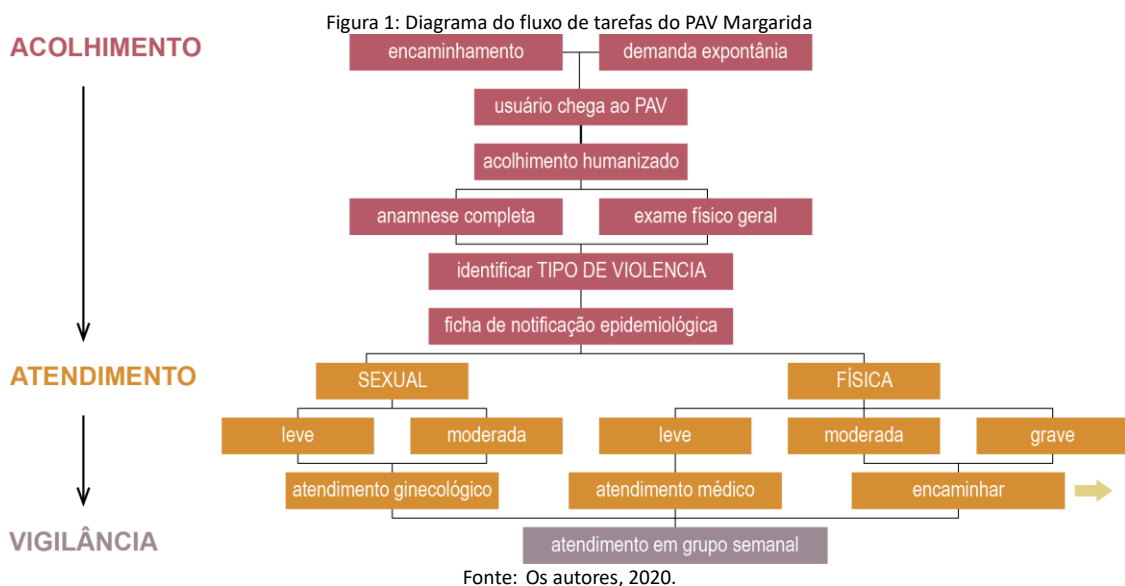
No início de sua instauração, as atividades do PAV Margarida do HRAN eram voltadas para o atendimento individual de mulheres e crianças vítimas de violência. Em entrevista com a equipe atual (realizada em junho de 2019), foi relatado que esses primeiros atendimentos aconteciam em uma sala no Ambulatório do hospital, próximo das salas de curativos de queimados. Essa proximidade gerava grande desconforto nos pacientes do PAV, uma vez que as mulheres que estavam sendo atendidas conseguiam ouvir gritos dos pacientes de queimaduras graves (tratamento extremamente doloroso). Além disso, pelo Ambulatório ser um espaço de certa forma exposto na configuração do hospital, as pacientes que chegavam eram facilmente identificadas como vítimas de violência. Esta situação criava uma estereotipação incômoda e grande constrangimento que, com mulheres em situação psíquica já fragilizada, fazia com que muitas delas desistissem do atendimento. Além disso, essa fácil identificação era mais uma forma de vitimizar essas mulheres.

Esta situação foi levada à época à administração do hospital, que disponibilizou um espaço específico para o PAV Margarida. O serviço é hoje concentrado em um único corredor do HRAN, no 1º pavimento em uma área reservada e de pouca circulação, próximo ao auditório do hospital. O PAV Margarida divide espaço com o PAV Jasmim, que cuida de crianças vítimas de violência. Isso permite que os filhos das mulheres que chegam possam também ser atendidos. O PAV Jasmim possui uma sala de atendimento e uma ludoteca para as crianças.



Análise da tarefa

O PAV Margarida oferece atendimento biopsicossocial especializado para mulheres com mais de 18 anos vítimas de violência. A agressão pode ser de natureza sexual, física, psicológica, negligência e/ou abandono. A equipe conta com médica ginecologista, médica clínica geral, médico psiquiatra, técnica de enfermagem, psicólogas e assistente social. Além disso, conforme as diretrizes do Programa, a equipe trabalha a partir de 3 eixos principais: acolhimento, atendimento e vigilância (Figura 1).



O usuário chega à unidade a partir de 2 tipos de demanda: por encaminhamento ou demanda espontânea. Em entrevista, a equipe afirmou que as demandas surgem em sua maioria por encaminhamento da Justiça, Conselhos Tutelares ou pela Rede de Saúde e de Assistência Social. Já na demanda espontânea, o paciente chega ao Programa normalmente pelo Pronto Socorro do Hospital ou, mais raros os casos, indo diretamente à sala de recepção/administração do Programa.

A fase inicial de *acolhimento* tem como proposta o primeiro contato com a paciente. O próprio SUS define esta tarefa como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2013, p.19), ou seja, uma prática constitutiva das relações de cuidado. É o momento onde se entendem as demandas gerais da paciente, realizando-se uma anamnese completa – entrevista realizada pelo profissional de saúde como ponto inicial no diagnóstico da situação – e um exame físico geral, a fim de determinar o tipo de violência sofrida.

Vale ressaltar que, de acordo com a legislação brasileira, o profissional de saúde tem a obrigação de preencher uma ficha de notificação quando um caso suspeito de violência é identificado. O objetivo deste documento é garantir o controle e a visibilidade das situações de violência no país. Desta forma, é possível traçar um perfil de vítimas e de agressores, além de apontar estratégias eficazes de prevenção (SES-DF, 2020).



Na fase seguinte de *atendimento*, é traçado um plano terapêutico específico e definido o atendimento. Cada caso é discutido pela equipe multidisciplinar em saúde com o propósito de serem definidas as ações necessárias para o apoio e tratamento da paciente. O atendimento continua sendo individual, de natureza psicossocial e/ou médico.

Para a fase de *vigilância*, são focados os atendimentos em grupo. A terapêutica desenvolvida visa o apoio psicossocial, tendo complementação educativa e de prevenção. A intervenção é em prol de uma superação do trauma e de uma ressignificação de tudo o que aconteceu com a vítima, tendo o foco na discussão da violência.

Análise da atividade

Na Análise Ergonômica do Trabalho (AET), a tarefa configura-se como o trabalho prescrito a ser desempenhado. Para Lida (2005), a tarefa é o planejamento do trabalho. No entanto, o autor aponta que podem haver diferenças entre o que é prescrito e o que é executado, devendo-se observar as tarefas em ação, ou seja, as atividades em desempenho. O autor afirma que estas atividades referem-se ao comportamento do trabalhador, a maneira como se alcançam os objetivos atribuídos. A atividade resultará então de um processo de adaptação e regulação entre os vários fatores envolvidos no trabalho. Desta forma, em discussão com a equipe multiprofissional de saúde e em visita às instalações do PAV Margarida, foram feitas algumas observações.

Desde a instauração do Programa, existe a divulgação em toda a Rede de Saúde de que o acolhimento acontece semanalmente às quartas-feiras. Mas em realidade, este pode acontecer a qualquer momento da semana. De qualquer forma, estima-se que em média sejam 3 novos casos por semana nas quartas-feiras, podendo esse número chegar até 5. No total, são de 100 a 200 mulheres em atendimento à época da pesquisa (junho de 2019). Nunca tendo sido realizada a estatística, acredita-se que a maior concentração seja de mulheres entre 30 e 40 anos, apesar de já ter se tido paciente de até 75 anos.

A equipe dá preferência para que o acolhimento humanizado inicial aconteça com 2 membros presentes, permutando entre duplas formadas com um psicólogo(a) e uma assistente social ou técnica de enfermagem. Isso se dá por parte do trabalho ser baseado em uma perspectiva de grupo social. A natureza dos atendimentos vão além do psicossocial com desenvolvimento de anamnese completa (dentro dos parâmetros e protocolos pré-estabelecidos da área da saúde). A equipe busca uma correlação entre o atendimento do corpo e da mente em função das relações sociais do paciente. Esta é uma abordagem biopsicossocial em função das demandas apresentadas.

A equipe sente a necessidade de atendimentos individuais com a paciente após o acolhimento e antes de sua inserção das atividades do grupo de apoio. O atendimento em grupo é feito com 20 mulheres em temáticas que abrangem a todas. Em contrapartida, o objetivo do atendimento individual é conhecer melhor a vida da pessoa, levantando questões importantes no tratamento e nas demandas específicas de cada indivíduo.

Uma vez encaminhadas para as atividades do grupo, com presença da equipe médica, frequentemente acontece das mulheres terem melhor contato com a ideia de auto-cuidado e prevenção, fazendo com que elas retornem à fase de atendimento médico. A médica ginecologista da equipe está sempre à disposição para estas demandas.



Com a experiência das atividades em grupo, a equipe de saúde percebeu a melhor eficácia no que chamam de *intervenção única*. Apesar de serem diversas sessões, cada encontro é visto como um tratamento completo, onde o tema é abordado e discutido em sua plenitude. Isso se dá pelo fato de não se ter certeza de a paciente retornar no encontro seguinte (realizado quinzenalmente).

Apesar de haver um certo grau de abandono, a equipe afirmou que nos últimos tempos vem havendo um aumento de adesão de mulheres. Parte disso se dá pela adição às atividades rotineiras da equipe a busca dessas mulheres cadastradas pelo telefone como confirmação e lembrete, novo método de abordagem desenvolvido. Além disso, a interdisciplinaridade dos órgãos públicos, tais como o Conselho Tutelar e as Delegacias da Mulher, trabalham como incentivo para o comparecimento.

Vale ressaltar que esses atendimentos são feitos de modo qualitativo, o que não gera dados estimativos das abordagens pela equipe. No entanto, em entrevista, eles apontaram que considerando os altos números de incidência de violência na sociedade, é possível especular um alto custo ao sistema de saúde, mas ainda de difícil quantificação.

Com o ciclo de violência constante, as vítimas tendem a usar diversos ambulatórios da rede, tais como a cirurgia plástica, cirurgia bariátrica e de gastroenterologia, por exemplo, por causa de toda a violência que sofreram. Sem falar nos dias de trabalho perdidos. No entanto, esses tendem a ser usos inadequados do Sistema de Saúde, uma vez que as queixas físicas são muitas vezes consequências dos problemas emocionais dessas mulheres.

Assim, com um maior investimento no primeiro acesso psicossocial para as mulheres vítimas de violência, onde elas possam ter o apoio necessário para tratar o sofrimento psíquico e ressignificar o trauma de forma adequada, talvez não fossem gerados tantos outros problemas e custos futuros derivados da violência.

Análise do espaço

O Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) de Brasília fica em uma área central do Plano Piloto, próximo a vias importantes de conexão, como o Eixo Monumental, o Eixo Rodoviário e os Eixos L e W (Figura 2). O melhor acesso ao edifício para o PAV Margarida é pelo estacionamento Leste, voltado para o Eixo W, no bloco dos Ambulatórios. Logo na entrada existe um conjunto de equipamentos para circulação vertical, com escadas, elevadores e escadas rolantes. O PAV Margarida encontra-se no 1º pavimento em uma área reservada e de pouca circulação, ao fim do edifício (como destacado em amarelo na Figura 2).



Figura 2: Imagem de satélite do HRAN



Fonte: Google Earth, 2020 (adaptado).

O HRAN é projeto dos arquitetos Oscar Walderato e Roberto Nadalutti da década de 1970. A configuração do edifício é modular, com pátios internos que disponibilizam um paisagismo para promoção de melhor desempenho térmico e conforto visual. As salas onde são desenvolvidas as atividades do PAV Margarida ficam no final do edifício, acessíveis após um longo corredor.

A área é de pouca circulação, já que dá acesso apenas aos PAVs Margarida e Jasmim, e ao auditório do hospital (imagem à esquerda na Figura 3), usado para pequenos eventos e práticas de educação continuada dos profissionais de saúde do HRAN. No entanto, a equipe do PAV Margarida apontou alguns conflitos que por vezes acontecem, já que a administração do hospital tende a usar os espaços livres do corredor como área de encontro e coffee break de seus eventos, a mesma área que o Programa usa como espera para os pacientes.

É importante destacar que a área de espera (imagem à esquerda na Figura 3) é extremamente desconfortável, além de não permitir uma boa recepção dos pacientes, principalmente nos casos de primeira demanda. O SomaSUS, ferramenta que auxilia a elaboração de projetos em saúde e segue as diretrizes da legislação vigente para esses espaços (RDC N°. 50, ANVISA), não é respeitada na área de espera. Para esses ambientes são previstos equipamentos como bebedouro, televisor e cesto de lixo, não havendo no local. O que existe e está previsto é um quadro de avisos e 2 bancos (desconfortáveis), em lugar das longarinas esperadas.



Figura 3: À esquerda a área de espera e acesso ao auditório; no centro o mini-auditório; à direita a sala de acolhimento



Fonte: Google Earth, 2020 (adaptado).

Outra questão é quanto ao banheiro. Só existe uma instalação próxima, unissex, usada tanto para funcionários quanto para pacientes. Ele fica ao final de um longo corredor (Figura 4), tendo o usuário que passar por todas as salas de atendimento dos PAVs. O ambiente é antigo, com algumas peças sem funcionamento ou adaptação para pessoas com deficiência. O espaço é amplo, porém mal aproveitado, necessitando de reforma para se adequar às demandas da legislação de espaço público e de saúde, como por exemplo a NBR 9050/2018.

Figura 4: Planta de setorização da área do HRAN onde se localiza o PAV Margarida



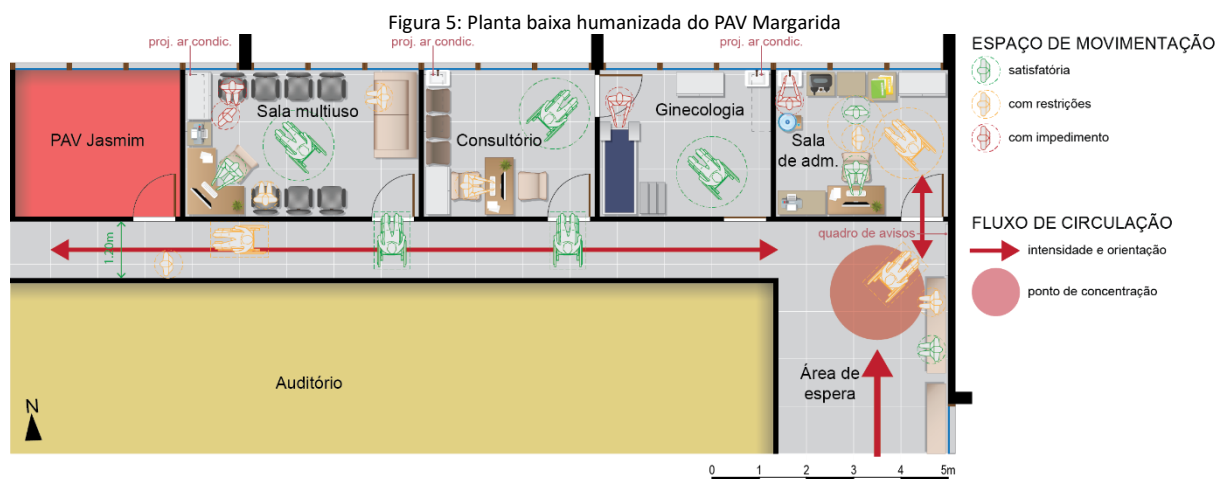
Fonte: Os autores, 2020.

O mini-auditório (imagem central na Figura 3), apesar de quase nunca ser usado pelo hospital, é de extrema importância para as atividades do PAV Margarida. Dentro dele estão instaladas grandes cadeiras fixas ao chão, posicionadas linearmente em forma de platéia. Por ser um espaço amplo e, mesmo com essas cadeiras, ainda ter uma considerável área livre, o mini-auditório é o melhor espaço disponível para o Programa desenvolver os encontros do grupo de apoio às mulheres vítimas de violência.

A metodologia terapêutica de atendimento aplicada possui uma natureza lúdica, trazendo as pacientes para um papel ativo no desempenho das atividades. Geralmente são feitas rodas de conversa a fim de utilizar dinâmicas de psicodrama, linguagem corporal e brincadeiras, todos processos que vem fazendo um grande diferencial para trabalhar sentimentos e conflitos internos.

No entanto, a administração do hospital se recusa a retirar as cadeiras fixas apesar de diversas solicitações da equipe, alegando que este não é um espaço de uso exclusivo do PAV Margarida. Este mobiliário dificulta o desenvolvimento de atividades que vem provando grande efetividade no atendimento às pacientes. Pelo dinamismo das ações em grupo, esses materiais fixos se tornam barreiras físicas, apresentando riscos de acidente de trabalho, tanto para os profissionais quanto para as pacientes. Isso faz com que as dinâmicas realizadas sejam incompatíveis com o ambiente que as abrigam, causando muitos transtornos para o desenvolvimento das intervenções terapêuticas.

Outro ponto importante a ser ressaltado é a questão da psicologia ambiental em relação à configuração do espaço e disposição do layout no mini-auditório. Diferentes formas conotam diferentes sensações e percepções do ambiente. Em um processo terapêutico, isso é essencial. Os profissionais de saúde estão lidando com mulheres que perderam muito de sua autonomia, autoestima e confiança. A metodologia pretende trabalhar nelas essa retomada do posicionamento ativo em suas próprias vidas. Se colocar como ouvinte em uma platéia não condiz com esse pensamento.



Quanto à questão de conforto ambiental, algo de extrema importância é o fato de todas as janelas estarem voltadas para a fachada Norte, que recebe incidência solar durante todo o ano. Com janelas velhas e cortinas com defeito, não existem muitas opções quanto à proteção solar passiva nesses ambientes. Com a natureza privativa das atividades, as portas precisam estar constantemente fechadas, dificultando a ventilação cruzada e a melhora do conforto térmico. Com isso, a equipe conseguiu 3 ar condicionados, porém um deles encontra-se quebrado e de difícil conserto.

Há também a questão do conforto lumínico, já que muitas das lâmpadas estão queimadas ou faltando, e a administração não substituiu. Os ambientes passam a ficar escuros, passando um



aspecto de abandono e tristeza. Reforçando esta situação negativa da percepção do espaço, muitos forros estão velhos e caindo.

As salas ocupadas pelo Programa não constam no projeto original do edifício, sendo estas alterações mais recentes feitas em drywall. Em entrevista, a equipe aponta a falta de privacidade resultante dessa situação, já que o pouco isolamento acústico permite escutar sons e conversas em salas vizinhas. Outro fator que prejudica a rotina de trabalho e traz aos profissionais a sensação de falta de privacidade é a disposição da sala de administração (Figura 5). Por causa da pouca disponibilidade de salas, a administração do Programa funciona como recepção dos pacientes, área burocrática do setor e sala de descanso dos funcionários (com água, café e espaço de guarda de materiais pessoais). Uma vez que é necessário o acesso e contato com os pacientes, a porta precisa estar constantemente aberta, passando a sensação de um espaço sempre em exposição.

Quadro 2: Dados do SomaSUS quanto as demandas do espaço físico e atividades prescritas pela legislação

AMBIENTE	ITEM	EXIGÊNCIA (SOMASUS)	ESTUDO
ÁREA DE ESPERA	Área mínima	1,30 m ² por pessoa	✓
	Área média	15,15 m ²	✓
	Piso	Liso, resistente, lavável e de fácil higienização	✓
	Parede	Lisa, resistente, lavável e de fácil higienização	✓
	Teto	Liso, resistente, lavável e de fácil higienização	✓
	Porta	Revestida com material lavável	✓
	Infraestrutura	-	-
	ATIVIDADE	Público: espera, guarda de pertences e higiene pessoal	
SALA DE ADMINISTRAÇÃO	Área mínima	5,50 m ² por pessoa	✓
	Área média	13,00 m ²	⊗
	Piso	Liso, resistente, lavável e de fácil higienização	✓
	Parede	Lisa, resistente, lavável e de fácil higienização	✓
	Teto	Liso, resistente, lavável e de fácil higienização	✓
	Porta	-	-
	Infraestrutura	-	-
	ATIVIDADE	Realizar os serviços administrativos do estabelecimento	
SALA DE GINECOLOGIA	Área mínima	A depender do equipamento utilizado	✓
	Área média	14,40 m ²	⊗
	Piso	Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente	✓
	Parede	Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente	✓
	Teto	Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente	✓
	Porta	Revestida com material lavável Vão mínimo de 0,80 x 2,10 m	✓
	Infraestrutura	Água fria - lavatório para as mãos	✓
	ATIVIDADE	Proceder à consulta médica / procedimentos médicos de peq. porte	
CONSULTÓRIO INDIFERENCIADO	Área mínima	7,50m ² , com dimensão mínima 2,20m	✓
	Área média	11,35 m ²	✓
	Piso	Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente	✓
	Parede	Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente	✓
	Teto	Resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes	✓
	Porta	Revestida com material lavável Vão mínimo de 0,80 x 2,10 m	✓
	Infraestrutura	Água fria - lavatório para as mãos	✓
	ATIVIDADE	Proceder à consulta médica / procedimentos médicos de peq. porte	



4 DISCUSSÃO

Já é conhecida a situação precária do sistema público de saúde no Brasil. Por mais que as normativas e legislação que impõem parâmetros mínimos de exigências do espaço estejam em vigor para garantir a qualidade do atendimento ao cidadão, muitas das vezes esta não é a realidade encontrada. No entanto, os Programa de Atendimento à Vítima de Violência (PAV) lidam com o agravante de seus usuários estarem em uma situação física, mental e emocional ainda mais fragilizada.

Devido aos estímulos sociais ligados às vítimas de violência, as pessoas demoram a procurar por ajuda. Quando o conseguem, chegam normalmente cronificadas, com um agravamento muito maior do caso. Além disso, quando a mulher interrompe a situação de violência, ela normalmente tem uma perda no seu status social, nos seus vínculos afetivos e na sua renda. Por vezes até o próprio tipo de violência pode ter um aspecto patrimonial, uma vez que muitas coisas estão interligadas nos casos de violência. Assim, acessar um PAV é considerado pela equipe de saúde como um processo de resgate da independência e da autonomia. É um caminho de reestruturação de muitas perdas e quebras tidas na vida pessoal e social.

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (2020) consideram que alguns fatores estão associados ao aumento do risco de ser vítima de parceiros e de violência sexual. São exemplos a baixa escolaridade, exposição à violência entre os pais, abuso durante a infância – atitudes que permitem a violência e a desigualdade de gênero. No entanto, é importante ressaltar que estas não são as únicas causas. Nos registros do PAV, pouca escolaridade ou baixa renda não são características constantes na maioria das mulheres que sofrem violência. Dentre as pacientes, existem todas as classes sociais, níveis de escolaridade, raça e religião. Além disso, por não haver esse tipo de atendimento na rede particular, centraliza-se a busca dessas mulheres na rede pública.

A maior parte dos casos relatados pela OMS é de violência infligida por parceiros. Em todo o mundo, quase um terço (30%) das mulheres que estiveram em um relacionamento relatam ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual na vida por parte de seu marido ou companheiro (OPAS/OMS, 2017). Isso significa que o comportamento do parceiro ou ex-parceiro “causa danos físicos, sexuais ou psicológicos – incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle”.

Durante a pesquisa, ficou constatado junto à equipe do PAV Margarida que nesses casos de violência doméstica, as mulheres demoram a recorrer ao Programa para encontrar ajuda. A situação se inverte quando o agressor é desconhecido, dando maior liberdade emocional para que elas entrem em contato com o PAV. No entanto, quando a violência doméstica começa a se estender aos filhos, as mulheres buscam o Programa com maior rapidez a fim de encontrar apoio para as crianças.

Infelizmente, o que a equipe multiprofissional de saúde vê hoje do ambiente construído que ocupa é uma percepção de inadequação com as suas necessidades. Eles se sentem reféns de um espaço que os oprime (palavras extraídas da avaliação de percepção) e que não oferece privacidade, mas que mesmo assim ainda enchem muito potencial.

Em uma realidade ideal, esses profissionais apontam desejos de melhora quanto as questões térmicas, lumínicas e acústicas, para melhor conforto do espaço. Gostariam que o espaço fosse diferenciado do resto do hospital, uma vez que o trabalho que se faz ali é diferenciado. As pessoas



quando chegam no PAV Margarida estão muito fragilizadas, e chegar em um ambiente deprimido reforça a sensação de inferioridade (palavras extraídas da avaliação de percepção).

Para eles, as atividades diárias seriam melhores e os atendimentos seriam mais proveitosos se o ambiente construído fosse mais confortável e acolhedor, com arte nas paredes e almofadas para sentar no chão, conotando com a sensação de liberdade. Eles pedem até por coisas simples, como uma porta que feche, uma janela que abra, um teto que não caia e um corredor que não inunde na época de chuva – todas situações do seu cotidiano.

6 CONCLUSÃO

O PAV Margarida configura-se um serviço de extrema necessidade na sociedade brasileira que, infelizmente, ainda necessita de canais de acolhimento, suporte e atendimento biopsicossocial para mulheres vítimas de violência. O que se percebe é que o espaço físico disponibilizado hoje pelo HRAN ao PAV Margarida é o mínimo para que as atividades da equipe possam acontecer. Ao levantar os dados infraestruturais mínimos exigidos pelo SomaSUS e a legislação vigente para espaços de saúde (RDC No. 50, ANVISA), percebe-se que as salas estão dentro dos parâmetros estabelecidos. No entanto, estão longe de poderem ser classificadas como ideais.

É possível afirmar que o ambiente construído não está compatível com a natureza das ações realizadas na rotina de trabalho. A abordagem metodológica que vem sendo aplicada no Programa apresenta eficiência e bons resultados. Com dinâmicas estruturadas em participação ativa das pacientes e de maneira lúdica, permitem uma maior compreensão e resignificação dos traumas e processos de violência. Porém o ambiente construído não permite a equipe multiprofissional de saúde explorar todo o potencial de suas intervenções. Existem muitos improvisos e ajustes por parte da equipe para que o atendimento possa acontecer da melhor forma possível com os poucos recursos que lhes são disponíveis.

Assim, por meio deste estudo de caso constatou-se a escassez de material de pesquisa e parâmetros normativos e legislativos para guiar o projetista brasileiro em relação ao espaço de acolhimento e atendimento de vítimas de violência. A insuficiência de dados na RDC N°. 50 (ANVISA), legislação brasileira do espaço construído de saúde, deixa para a interpretação pessoal e bom senso dos profissionais de saúde, design e arquitetura a disposição do espaço de trabalho, não havendo parâmetros arquitetônicos que auxiliem o projeto do ambiente construído.

Diante das condições encontradas no presente objeto de estudo, percebe-se a necessidade e a importância de visualizar o ambiente construído como um conjunto interdependente de espaços que se comunicam e interagem no desenvolvimento do trabalho. A Ergonomia apresenta-se então como ferramenta ideal para esse olhar sistêmico dos fatores, no intuito de melhorar as atividades e os espaços ocupados, criando uma maior eficiência no todo, na perspectiva de um melhor atendimento e acréscimo na qualidade da saúde desses usuários.



7 AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) em Brasília por permitir a entrada da equipe de pesquisa nas instalações do hospital. E ao Programa de Atendimento à Vítima de Violência, constituído pela equipe multiprofissional de saúde do PAV Margarida, que tão gentilmente dividiu conosco suas experiências e expertise.

6 REFERÊNCIAS

- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº. 50*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.
- BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio de. *Dados de violência contra a mulher são a evidência da desigualdade de gênero no Brasil*. Publicado em: 08/03/2019. G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/03/08/dados-de-violencia-contra-a-mulher-sao-a-evidencia-da-desigualdade-de-genero-no-brasil.ghtml>>. Acesso em: 09/01/2020.
- FPA/SESC, Fundação Perseu Abramo / Serviço Social do Comércio. *Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado*. Publicado em: 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 12/01/2020.
- IIDA, Itiro. *Ergonomia: projeto e produção*. 2ª Edição. São Paulo: Blucher, 2005.
- NOGUEIRA, Renzo Magno. *A evolução da sociedade patriarcal e sua influência sobre a identidade feminina e a violência de gênero*. Revista Jus Navigandi: Teresina, ano 23, n. 5377, 22 mar. 2018. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/48718>>. Acesso em: 09/01/2020.
- OPAS/OMS, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. *Folha informativa - Violência contra as mulheres*. Atualizada em novembro de 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>. Acesso em: 12/01/2020.
- SES-DF, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Violência*. Publicado em: 07/11/2017. Atualizado em: 06/01/2020. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>>. Acesso em: 12/01/2020.
- SOBRAL, Elzani Rafaela Ferreira de Almeida; PAIVA, Marie Monique Bruère; PORTO, Nara Raquel Silva; VILLAROUÇO, Vilma. Discussão acerca da percepção ambiental, suas ferramentas e cognição. p. 34-44. In: Anais do 15º Ergodesign & Usihc [=Blucher Design Proceedings, vol. 2, num. 1]. São Paulo: Blucher, 2015.
- VELASCO, Clara; CAESAR, Gabriela; REIS, Thiago. *Mesmo com queda recorde de mortes de mulheres, Brasil tem alta no número de feminicídios em 2019*. Publicado em: 05/03/2020. G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/03/05/mesmo-com-queda-recorde-de-mortes-de-mulheres-brasil-tem-alta-no-numero-de-femicidios-em-2019.ghtml>>. Acesso em: 09/03/2020.