

O Hospital de Dia Oncológico: Recomendações baseadas num estudo de caso e proposta de reformulação de uma unidade em S. Miguel, nos Açores.

53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Sara de Albuquerque Marques

Julho de 2024

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Paulo Boto.

Julho de 2024

“We shape our buildings; thereafter they shape us”

- Winston Churchill

RESUMO

Introdução: As características das infraestruturas hospitalares estão diretamente associadas com a qualidade dos cuidados prestados. Resultam de investimentos volumosos e são de carácter relativamente permanente, pelo que o seu planeamento ou reformulação deve ser baseado na melhor evidência. A macrotendência existente para a ambulatorização e o aumento da incidência do cancro amplifica o peso dos Hospitais de Dia Oncológicos no futuro das instituições de saúde, criando desafios acrescidos às infraestruturas que suportam a sua atividade.

Objetivos: Realizar uma proposta de reformulação de um Hospital de Dia Oncológico em S. Miguel, nos Açores, com base nas recomendações resultantes de um estudo de caso.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo de caso de dois Hospitais de Dia Oncológicos. Foi levantado o layout de cada unidade. Recorreu-se a dados sobre recursos humanos, volume e tipo de atividade. Realizou-se uma observação estruturada com recurso a um guião pré elaborado.

Resultados: A proposta baseou-se nas seguintes recomendações: criação de uma nova zona de espera; reconfiguração da zona de cadeirões e da zona de camas; delimitação de áreas; definição de uma bancada de preparação; descentralização dos postos de enfermagem; requalificação do pátio; reestruturação dos arrumos.

Conclusões: A figura do administrador hospitalar tem a capacidade de ser o mediador entre as diversas partes que integram o planeamento ou a reformulação das infraestruturas hospitalares. A avaliação e o registo de como estas respondem aos requisitos impostos pela atividade é uma forma de impedir a perpetuação de erros já cometidos.

Palavras-chave: hospital de dia oncológico; estudo de caso; infraestruturas hospitalares;

ABSTRACT

Introduction: The characteristics of hospital infrastructures are directly associated with the quality of care. They result from substantial investments and are relatively permanent, so their planning or redesign should be based on the best evidence. The existing macrotrend towards outpatient care and the increasing incidence of cancer amplifies the importance of Cancer Day Hospitals in the future of healthcare institutions, creating additional challenges for the infrastructures that support its activity.

Objectives: To propose a redesign of a Cancer Day Hospital in São Miguel, Azores, based on recommendations from a case study.

Methodology: A case study of two Cancer Day Hospitals was conducted. The layout of each unit was surveyed. Data on human resources, volume and type of activity were collected. Structured observations were carried out using a pre-prepared guide.

Results: The proposal was based on the following recommendations: creation of a new waiting area; reconfiguration of chairs and beds area; delimitation of area; definition of a preparation counter; decentralization of nursing stations; refurbishment of the patio; restructuring of storage areas.

Conclusions: The hospital administrator has the ability to mediate between the various parties involved in the planning or redesign of hospital infrastructures. Evaluating and registering how these infrastructures respond to the requirements imposed by the activity is a way to prevent the perpetuation of past mistakes.

Keywords: cancer day hospital; case study; hospital infrastructures;

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
	2.1. O cancro e os recursos oncológicos em Portugal	4
	2.1.1. Contextualização epidemiológica	4
	2.1.2. Organização e produção dos HDO	5
	2.2. O Hospital de Dia Oncológico	7
	2.2.1. Caracterização	7
	2.2.2. O HDO no percurso do doente oncológico	8
	2.2.3. Normas e recomendações para o ambiente construído do HDO.....	8
	2.3. A unidade de S. Miguel	13
3.	OBJETIVOS	17
4.	METODOLOGIA	18
	4.1. Tipo de estudo	18
	4.2. Delineamento do estudo	19
	4.2.1. Unidade de análise	19
	4.2.2. Critérios de seleção dos casos.....	20
	4.2.3. Validade	21
	4.3. Fontes e recolha de dados	21
	4.3.1. Caracterização dos HDOs.....	21
	4.3.2. Observação estruturada com notas de campo	22
	4.4. Análise dos dados	22
4.	RESULTADOS	24
	HDO A	24
	HDO B	29
5.	DISCUSSÃO	33
	5.1. Recomendações	37
	5.1.1. Recomendações gerais.....	37
	5.1.2. Proposta para a unidade em S. Miguel	38
	5.2. Limitações do estudo	40

6. CONCLUSÕES	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS	48
Anexo 1 – Autorização da entidade de acolhimento para a realização do Trabalho de Campo	49
Anexo 2 – Guião da observação estruturada.	50
Anexo 3 – Layout do HDO A.....	66
Anexo 4 – Layout do HDO B	67
Anexo 5 – Proposta para o HDO de S. Miguel	68

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1 – Áreas incluídas no estudo.	19
Tabela 2 – Recursos humanos de enfermagem, médicos, e farmacêuticos do HDO A.	25
Tabela 3 – Aspetos reportados pelo enfermeiro responsável do HDO A.....	27
Tabela 4 – Recursos humanos de enfermagem, médicos e farmacêuticos do HDO B.	29
Tabela 5 - Aspetos reportados pela enfermeira responsável do HDO B.	31
Tabela 6 – Recomendações gerais com base no estudo de caso.....	37

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nº de sessões e nº de doentes por tipo de tratamento no HDO A, no ano de 2023.	25
Gráfico 2 - Nº de novos diagnósticos por grupo de patologia no HDO A, no ano de 2023	26
Gráfico 3 - Nº de sessões e nº de doentes por tipo de tratamento no HDO B, no ano de 2023.	30
Gráfico 4 - Nº de doentes por novos diagnósticos no HDO B, no ano de 2023.....	30

FIGURAS

Figura 1 - Layout atual do HDO e respetivas áreas. Inclui numeração indicativa do local onde foram retiradas as fotografias (fig. 2 a 7). Fonte: Elaboração própria.	14
Figura 2 - Antecâmara para o HDO que se pretende tornar zona de atendimento e espera. Fonte: Elaboração própria.....	15
Figura 3 - Sala de camas. Fonte: Elaboração própria.	15
Figura 5 - Sala dos cadeirões. Fonte: Elaboração própria.	15
Figura 4 – Divisória entre as salas. Fonte: Elaboração própria.	15
Figura 7 - Vista para o HDO a partir do exterior. Fonte: Elaboração própria.	16
Figura 6 – Sala de cadeirões. Fonte: Elaboração própria.	16

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ASCO – American Society of Clinical Oncology

AHFG – Australasian Health Facility Guidelines

DGS – Direção Geral da Saúde

HBN – Health Building Notes

HDO/s – Hospital/ais de dia Oncológico/s

IHFG – International Health Facility Guidelines

IPO – Instituto Português de Oncologia

NHS – National Health Service

ONS – Oncology Nursing Society

RRHO – Rede de Referência Hospitalar de Oncologia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais estão entre as tipologias de edifícios mais dispendiosos de construir, manter e operar. São infraestruturas singulares, que acomodam um conjunto de atividades e tecnologias em constante evolução, com uma atividade ininterrupta durante um longo período de vida (1). A qualidade dos cuidados é um tema central para os sistemas de saúde, e é reconhecido pela OMS que as características das infraestruturas são um dos fatores de contexto que dificultam a adoção uniforme de regras internacionais de segurança do doente (2). Os profissionais têm a sua atividade cada vez mais sustentada em procedimentos sistematizados por orientações e normas clínicas, atualizadas frequentemente. No entanto, a estrutura física do hospital, responsável por moldar o ambiente de trabalho dos profissionais, é de carácter relativamente permanente. Neste sentido, são necessárias intervenções para que as infraestruturas respondam à evolução das necessidades, no sentido de acompanhar os standards exigidos em termos de qualidade.

Qualquer ambiente é resultado da interação entre os seus dois componentes: social e físico (3). Na componente física inclui-se o conceito de ambiente construído, definido como todos os edifícios, espaços e produtos que são criados ou modificados pelo ser humano. A sua caracterização influencia as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos que o frequentam (4). As características do ambiente construído são indissociáveis da saúde pública e um fator fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde (5). A relação entre o ambiente construído e os resultados para os doentes (6), a satisfação dos profissionais (7), os custos operacionais (8), e o bem-estar de todos os ocupantes (9,10) motiva as entidades estatais a desenvolver normas e orientações para os edifícios hospitalares. No entanto, vários anos se passam entre a sua conceção e a entrada em funcionamento, pelo que os projetistas acabam por não ter conhecimento de como as soluções se adequaram à prática do dia a dia, ou se o poderiam fazer melhor ou de forma mais eficiente (11).

A avaliação das soluções adotadas é uma das componentes da evolução do conhecimento, e do ponto de vista da administração hospitalar é igualmente importante garantir que o investimento em novas intervenções se traduz numa resposta efetiva às necessidades. No contexto presente de contenção orçamental, promoção da sustentabilidade e evolução das tecnologias médicas, torna-se imperativo que novas obras sejam custo-efetivas. O investimento apenas pode ter o melhor retorno se colmatar os problemas que os profissionais reconhecem diariamente, particulares de cada contexto. A avaliação pós-ocupação é um método de analisar, de forma qualitativa e quantitativa, o desempenho do edifício em fase de plena utilização (11). Os seus

resultados manifestam-se a curto prazo, ao possibilitar uma gestão responsiva através de pequenas intervenções imediatas, e a médio e longo prazo, ao fornecer suporte à decisão sobre planeamento estratégico e orçamentação (12). Desta forma, o resultado permite ao gestor ser um comunicador eficaz entre os profissionais operacionais no serviço e as entidades externas envolvidas no processo de obra, ao compreender de forma aprofundada os defeitos existentes para assim definir prioridades e planear uma intervenção. No entanto, não existe, de momento, obrigatoriedade legal de se realizar uma avaliação pós-ocupação dos edifícios hospitalares¹ em Portugal, apesar desta ser incentivada pela ACSS, estando o processo dependente da iniciativa de cada entidade.

O Hospital de Dia define as unidades que, num estabelecimento de saúde, prestam cuidados de saúde programados de diagnóstico ou terapêutica, onde o doente permanece sob vigilância de profissionais qualificados por um período inferior a 24h, num espaço físico dedicado e com meios técnicos próprios (13). A possibilidade da realização de tratamentos e atividades, por vezes prolongados, sem necessidade de internamento, torna estas unidades uma parte central de diversas especialidades. A aposta nos cuidados programados em regime de ambulatório tem-se refletido numa melhoria da eficiência técnica e económica das instituições, bem como na qualidade assistencial (14). A macrotendência existente para ambulatorização (15) amplifica o peso dos Hospitais de Dia no futuro das instituições de saúde, e cria desafios para as infraestruturas hospitalares existentes, construídas sob um modelo anterior orientado para o internamento (14). O Hospital de Dia dedicado à oncologia apresenta um nível acrescido de complexidade a estas infraestruturas. As suas particularidades expressam-se sobretudo em dois temas. A exposição resultante da manipulação, administração, e eliminação da medicação citotóxica constitui um risco ocupacional para os profissionais envolvidos, bem como para o doente e os seus acompanhantes, caso exista contacto com superfícies ou substâncias contaminadas (16). Por outro lado, o doente oncológico sofre efeitos secundários físicos que impactam a forma como lida com o ambiente à sua volta (17), e mentais, sobretudo ansiedade e depressão, decorrentes do seu tratamento e da natureza da sua doença (18,19), que o torna fragilizado de uma forma distinta dos restantes doentes.

O tema deste trabalho surgiu no âmbito do estágio curricular, enquanto era debatida a heterogeneidade dos Hospitais de Dia Oncológicos (HDO) pertencentes ao grupo de saúde da entidade de acolhimento. A propósito da necessidade de reconfigurar a unidade recentemente adquirida em S. Miguel, nos Açores, definiu-se como objetivo a realização de uma proposta de reformulação. Para isso, seriam estudados os aspetos

¹ Neste método de avaliação não estão incluídos os realizados para efeitos de licenciamento, cujo objetivo é garantir o cumprimento da legislação.

funcionais mais importantes de outros HDOs da entidade, posteriormente avaliados e aplicados na reformulação.

Deste modo, o trabalho pretende contribuir para o entendimento do ambiente construído do HDO, seguindo uma metodologia baseada num estudo de caso de 2 unidades. Numa primeira parte, foi feito o enquadramento epidemiológico do cancro, para se compreender o peso que esta doença tem, e terá, em Portugal. De seguida, abordou-se a organização e a produção dos HDOs pelo país. Nestes dois capítulos são incluídos dados sobre a Região Autónoma dos Açores, por forma a contextualizar a proposta. De seguida, é feita a caracterização das atividades que ocorrem no HDO. Relativamente às normas e recomendações existentes neste âmbito, são referidas as aplicáveis ao contexto nacional, e as mais pertinentes a nível internacional. O enquadramento termina com a apresentação do HDO de S. Miguel. Uma vez enunciados os objetivos e a metodologia seguida, expõem-se os resultados do estudo de caso. No capítulo da discussão serão comparados os resultados com a literatura existente. Estes dados foram sintetizados numa série de recomendações, posteriormente aplicadas na proposta de reformulação da unidade de S. Miguel.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. O cancro e os recursos oncológicos em Portugal

2.1.1. Contextualização epidemiológica

O cancro é atualmente a segunda maior causa de mortalidade em Portugal, apesar do país ter uma das taxas de incidência mais baixas da UE (20). Os dados do RON para 2019² reportaram um rácio de novos casos homem/mulher de 1,19, sendo o cancro da mama o tumor mais diagnosticado, a representar cerca de 1/3 dos cancros nas mulheres. Seguiu-se o cancro da próstata e do cólon como os mais frequentes. Em termos de distribuição geográfica, a taxa de incidência padronizada para a população padrão europeia foi superior nos distritos do Porto (411,5 /100.000 pessoas-ano), na Região Autónoma da Madeira (407,1/100.000 pessoas-ano), e Lisboa (401,7/100.000 pessoas-ano) (21).

Lacerda et. al (22) conduziram um estudo baseado nos primeiros registos oncológicos do arquipélago dos Açores, e reportaram um risco relativo superior em todos os tipos de cancro, à exceção do colorretal, relativamente ao continente. Destacava-se a maior prevalência de cancro nos homens, possivelmente justificado pelo consumo de álcool e tabaco, uma vez que o número de homens fumadores (46.6%) era o dobro do das mulheres (20.9%), e 12% destes fumadores fumavam mais que 21 cigarros por dia, comparados com 6% dos homens no continente. O risco de desenvolver cancro do pulmão dos homens açorianos era também 2.64 vezes superior aos homens do continente. Em 2018, a Região Autónoma dos Açores apresentava ainda as maiores taxas de incidência e mortalidade padronizadas pela idade do cancro do pulmão no país (23), e S.Miguel era a ilha com maior incidência por 100.000 pessoas-ano (24). Outro estudo aponta para a exposição a gases vulcânicos como potencial causa para o número elevado de certos cancros na região das Furnas, em S. Miguel (25). No entanto, dado o pequeno universo populacional das ilhas, as análises estatísticas carecem de robustez e dificultam a atribuição de causalidade aos números.

A International Agency for Research on Cancer (IARC) estima 79.900 novos casos de cancro em Portugal no ano de 2040, mais 10.300 que no ano de 2022 (8). Esta subida é suportada pela tendência que se tem observado na última década. Segundo o relatório do RON, entre 2010 e 2019, registou-se um aumento de 19,3% do número de novos casos. A faixa etária com maior número de casos foi a dos 60-74 anos, e a maior incidência encontrou-se entre os 80-84 anos (21) confirmando a possibilidade do aumento significativo do número de casos futuros devido exclusivamente ao

² Os dados mais recentes são de 2020, mas optou-se pelo ano de 2019 para excluir os efeitos da pandemia.

envelhecimento populacional e à elevada esperança média de vida. Relativamente a 2019, foi reportado uma taxa de incidência padronizada para população padrão europeia de 365,5/100.000 pessoas-ano, mais 11,3% que a mesma medida para o ano de 2010 (21). Isto demonstra que, excluindo os efeitos da idade, os números de cancro continuam a tendência para aumentar. Um artigo publicado em 2022 na Nature Reviews Clinical Oncology evidencia a tendência observada em várias partes do mundo para o aumento do número de casos em faixas etárias inferiores aos 50 anos (26), antevendo a mudança nas características demográficas de doentes a necessitar de cuidados oncológicos. Destaca-se a subida do cancro colorretal nos mais jovens nos países desenvolvidos, onde 10% dos casos já ocorre em idades inferior a 50 anos (27). Vários artigos recentes exploram este fenómeno, atribuindo o estilo de vida ocidental como potencial fator, mas enunciando a necessidade da melhoria dos registos clínicos e do desenvolvimento de estudos de coorte desde a infância para aprofundar a etiologia da doença (28). A possibilidade de haver mais doentes em idade ativa a receber tratamentos oncológicos fortalece a necessidade da prestação de cuidados em ambulatório, pelo que o funcionamento do HDO se tem de adaptar às características do doente que vai servir.

2.1.2. Organização e produção dos HDO

A programação de uma unidade hospitalar envolve o conhecimento da sua área de influência e o perfil assistencial (29), e neste sentido é pertinente referir como se distribuem os cuidados em oncologia.

Os cuidados oncológicos são prestados através de uma rede de serviços multidisciplinar, da qual o Hospital de Dia Oncológico faz parte, transversal a todos os níveis de cuidados. A Rede de Referência Hospitalar de Oncologia (RRHO) é o sistema que regula as funções de complementaridade entre as instituições do SNS com base nas características técnico-científicas de cada, no sentido de melhorar a proximidade aos doentes e maximizar eficiência na utilização dos recursos. Esta articulação permite definir diferentes campos de intervenção para cada unidade. As instituições podem ser classificadas segundo três 3 plataformas, C, B, e A, ordenadas por grau de diferenciação dos cuidados que prestam. Neste sentido, as unidades da plataforma C diagnosticam e participam no tratamento dos tumores mais frequentes, com incidências superiores a 10 por 10 000 habitantes, e devem abranger uma população mínima de 300 000 habitantes. A plataforma do tipo A insere os Centros Regionais dos IPO (e Hospitais Centrais, caso as circunstâncias regionais o determinem), dotados de capacidade para as atividades mais complexas, também responsáveis pela formação contínua em oncologia e pela elaboração e divulgação de

protocolos clínicos (30). Deste modo, também o HDO pode oferecer diferentes tipos de atividade assistencial, sendo os recursos físicos e humanos ajustados ao volume e as características dessa atividade.

O relatório publicado pela DGS referente aos recursos em oncologia do ano de 2018³, reportou os resultados de um inquérito realizado a 47 hospitais portugueses do SNS, dos quais 39 (83%) responderam. Destes 39, 37 dispunham de HDO, sendo que as restantes são os que não tinham médicos oncologistas nos seus quadros. 32 das instituições realizavam a preparação da terapêutica na Farmácia Hospitalar, não sendo esclarecido onde se realizava nas restantes. As Recomendações Técnicas para o Hospital de Dia da ACSS, bem como outros documentos internacionais semelhantes, descrevem a preparação de citostáticos numa unidade dedicada dentro do HDO, mas este relatório aponta para a grande maioria se realizar na Farmácia Hospitalar.

O número médio de tratamentos por dia variou entre os 6 (Hospital Distrital da Figueira da Foz), e os 200 (Centro Hospitalar Universitário do Porto), estando a média geral de todas as instituições nos 50 tratamentos diários (31). Este relatório carece de várias informações importantes, nomeadamente os números de médicos com outras especialidades, para além de Oncologia Médica, que estão envolvidos em oncologia, como pneumologia ou hematologia. Não foram também incluídos dados sobre enfermagem, apesar do seu papel central nos cuidados oncológicos. Para além da administração de medicação e outros atos clínicos, o enfermeiro tem a função de educar o doente sobre como lidar com as manifestações do tratamento, e este suporte psicossocial está diretamente relacionado com o bem-estar e otimismo manifestado pelos doentes (32). Deste modo, o relatório não permite retirar conclusões relevantes sobre recursos humanos em oncologia. É necessária uma visão mais aprofundada, a nível nacional, dos recursos envolvidos nos HDO das diferentes instituições do SNS, no sentido de garantir uma prestação homogênea, segura, e eficiente dos cuidados em todo o país.

O sector privado apresenta um envolvimento crescente no diagnóstico e tratamento do cancro. O maior prestador privado de cuidados oncológicos, teve, em 2022, cerca de 4.500 doentes em tratamento e realizou 14.000 sessões de quimioterapia (33).

A Região Autónoma dos Açores conta com 3 hospitais públicos e 1 hospital privado, sendo que todos prestam cuidados em oncologia. O Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), em Ponta Delgada, assume-se como o Hospital Central de referência dos Açores. Este serve diretamente as ilhas de S. Miguel e St. Maria (cerca de 142.830

³ De novo exclui-se o relatório mais recente, relativo a dados de 2020, por se verificar a quebra de atividade devido à pandemia.

habitantes (34)), bem como as restantes nas especialidades que apenas o HDES disponibiliza, e, desta forma, abrange os 236.657 utentes da Região Autónoma. Esta unidade tem um hospital de dia dedicado à oncologia, e, segundo o Relatório e Contas do ano de 2022, realizou 7.027 sessões de tratamento de oncologia médica e hematologia clínica, com um total de 918 doentes (35). Apesar de servir diretamente mais do dobro do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, este último reportou mais sessões de tratamento de oncologia médica, cerca de 10.440 (36). Isto pode indicar diferenças no método de contabilização das sessões, como incluir ou não terapias de suporte. O transporte inter-ilhas é assegurado quando o diagnóstico, tratamento ou reabilitação não está disponível na ilha de residência, e o transporte (excluindo o primeiro), bem como as diárias dos doentes e acompanhantes são comparticipadas pelo Hospital, havendo o Complemento Especial do Doente Oncológico para os beneficiários (37).

2.2. O Hospital de Dia Oncológico

2.2.1. Caracterização

No contexto da oncologia, o Hospital de Dia destina-se fundamentalmente à administração de terapêuticas antineoplásicas e monitorização de reações adversas por um profissional de saúde especializado. Se a instituição tiver casuística suficiente, pode haver uma unidade de Hemato-Oncologia, destinada às patologias tumorais líquidas. Os tratamentos realizados incluem os quatro principais tipos de terapias sistémicas: quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia e terapêutica-alvo. Os métodos mais comuns de administração são por via endovenosa, através de cateteres, e oral, sob a forma de comprimidos (16). Os tratamentos são administrados de acordo com o protocolo clínico de cada doente, e os seus objetivos podem ser curativos ou paliativos. Cada protocolo define os ciclos a realizar, o número de sessões, a sua duração, o período de descanso, bem como todos os procedimentos auxiliares. O tratamento mais comum é a quimioterapia, e a duração de cada sessão pode variar entre os 15 minutos e as 7 horas (38). São também realizadas atividades complementares como transfusões sanguíneas, medicação de suporte, instalação do cateter venoso central, e exames de diagnóstico e estadiamento da doença, como biópsias ou punções lombares (39). Para além da dimensão técnica, o serviço do HDO tem a função de educar e guiar o doente oncológico pelas diversas fases do tratamento. São realizadas consultas de enfermagem dirigidas ao doente e ao cuidador, com o objetivo de esclarecer a natureza das intervenções, os efeitos adversos, e educar o doente sobre a auto-monitorização do seu estado de saúde (39).

2.2.2. O HDO no percurso do doente oncológico

Uma sessão de tratamento no HDO inicia-se com a admissão do doente. Consoante o regime de tratamento, o passo seguinte é geralmente a colheita de sangue e as análises laboratoriais prescritas pelo médico. O objetivo é perceber se o doente está fisicamente apto para o tratamento daquela sessão. Esta etapa pode realizar-se no dia anterior ou no próprio dia, na mesma instituição ou externamente (38). A colheita pode ser realizada na Central de Colheitas ou no próprio HDO, e os resultados das análises demoram geralmente entre os 30 e os 60 minutos (40). Se os resultados forem aceitáveis, é dada a indicação para a Farmácia preparar a medicação, seguindo-se outro intervalo de espera, durante o qual o doente pode ter ou não uma consulta com o seu médico ou enfermeiro (41). Uma coordenação eficiente entre a Central de Colheitas, o laboratório, o hospital de dia, e a farmácia, é essencial para minimizar o tempo de espera do doente, sendo este reportado como um dos maiores fatores de insatisfação (42). O doente é então instalado num cadeirão ou numa box individual, onde é iniciada a pré-medicação pelo enfermeiro. A medicação é recebida da Farmácia e, após ser validada pelo farmacêutico presente no HDO e por pelo menos um enfermeiro, é administrada ao doente. Este permanece sob a vigilância contínua de enfermeiros especializados e auxiliares durante a sessão. O doente pode trazer um acompanhante para o HDO, e, dado que a sua permanência se pode estender por várias horas, é comum serem disponibilizadas formas de entretenimento, geralmente televisão ou livros, e se realizarem refeições no mesmo espaço. O doente é dispensado quando termina o tempo de vigilância estipulado.

2.2.3. Normas e recomendações para o ambiente construído do HDO.

Originalmente publicado em 1859, *Notes on Nursing* de Florence Nightingale, uma série de recomendações baseadas na sua experiência como enfermeira, comenta um conjunto de aspetos ambientais dentro do hospital, nomeadamente ventilação, temperatura, ruído, janelas, luz, plantas, música, limpeza, drenagem, acabamentos de paredes e cor (43). A autora afirma: “(...) *the thing which strikes the experienced observer most forcibly is this, that the symptoms or the sufferings generally considered to be inevitable and incident to the disease are very often not symptoms of the disease at all, but of something quite different—of the want of fresh air, or of light, or of warmth, or of quiet (...)*” (39, p8). Desde então que as infraestruturas hospitalares são estudadas no sentido de melhorar as suas condições para a segurança e bem-estar do utente. No entanto, à medida que os serviços se especializam e integram novas tecnologias,

surtem problemas de funcionalidade e sobre como adequar os espaços à atividade profissional.

A investigação nesta área tem apresentado um crescimento exponencial (9). Os serviços de ambulatório estão entre os menos estudados, com o foco a recair sobretudo nas unidades de cuidados intensivos, cuidados de agudos, de internamento, e serviços de urgência (44). A generalizações destes estudos são limitadas pelas inúmeras variáveis que caracterizam cada hospital e pela impossibilidade de estas serem isoladas. Isto impede desenhos de estudo experimentais em contextos reais, e origina resultados muito heterogéneos em termos de população, métodos e resultados (45). Métodos comuns de investigação têm sido os estudos de caso e avaliações pré ou pós ocupação (44). Na literatura internacional, o conceito de hospital de dia oncológico assume nomes diversos (“*out-patient chemotherapy*”, “*ambulatory cancer facilities*”, entre outros), o que não facilita a compilação do conhecimento. Serviços que têm sempre a mesma denominação, como as Unidades de Cuidados Intensivos, beneficiam de maior facilidade na pesquisa e nas revisões sistemáticas.

Em Portugal, o funcionamento dos hospitais de dia é sujeito ao cumprimento dos requisitos mínimos enunciados na Portaria n.º 90/2024/1 de 11 de março, referente a unidades com internamento (46). Neste documento estão estabelecidos os requisitos técnicos que pretendem garantir a qualidade assistencial e a segurança do doente, no que toca a aspetos de organização, funcionamento e instalações. Relativamente ao HDO, aplicam-se todas as normas de dimensionamento e equipamento médico e geral constantes nas áreas de consulta externa, salas de observação/tratamentos, sala de enfermagem, etc. Também os requisitos de instalações técnicas, como gases medicinais e ventilação, estão contemplados para cada área. Estes requisitos são sobretudo quantitativos – dimensões mínimas, áreas, quantidades – pelo que mais orientações são necessárias para os projetistas. Neste sentido surgem as *Recomendações e Especificações Técnicas do Edifício Hospitalar*, desenvolvidas pela ACSS, um conjunto de boas práticas sem carácter obrigatório, divididas numa série de documentos, cada um dedicado a um serviço. Nas *Recomendações Técnicas para o Hospital de Dia*, publicado em 2011, é abordado o hospital de dia polivalente, a tipologia mais comum. É referido que a multiplicidade de soluções existentes dificulta a criação de um padrão que defina estes serviços (47). O documento inclui uma matriz de proximidades sobre as relações com o resto do hospital, bem como uma lista dos compartimentos com a respetiva funcionalidade e instalações técnicas a ter em conta. A experiência do utente não é o ponto central, mas as necessidades básicas de privacidade, luz natural, e vistas para o exterior são salientadas. Estas recomendações foram elaboradas com base num estudo feito pela DGS em 2005, intitulado *Hospitais*

de Dia – Recomendações para o seu desenvolvimento, bem como nas visitas efetuadas a vários hospitais de dia, onde foram ouvidos os profissionais com experiência nestas unidades.

Documentos semelhantes foram desenvolvidos internacionalmente por organizações independentes ou entidades estatais. O *International Health Facility Guidelines (IHFG)* é uma das maiores referências a nível global para o planeamento e construção de infraestruturas de saúde. O seu âmbito vai desde a organização dos serviços de saúde (onde, para quem, quais os objetivos, quais os recursos, etc) até recomendações sobre a sinalização. Os aspetos chave são o cumprimento de standards de segurança, incluindo contra o fogo e controlo de infeção (não se sobrepondo às normas locais), a funcionalidade do desenho, a criação de ambientes que permitam a qualidade dos cuidados, a sustentabilidade no uso dos recursos e o custo-efetividade das obras. Os maiores contribuidores para esta publicação incluem uma empresa internacional de elaboração e consultoria de projetos hospitalares (TAHPI Pty Ltd), e as autoridades de saúde da Austrália, Emirados Árabes Unidos, Índia e Pápuia Nova Guiné. As recomendações específicas para as unidades de administração de quimioterapia encontram-se na Parte B, *225 Oncology Unit – Medical (Chemotherapy)*, atualizadas em 2023. Destacam-se as fichas de componentes standard, desenvolvidas para cada área tipo do hospital (compartimentos de sujos, limpos, instalações sanitárias, gabinetes, etc), onde estão ilustrados os equipamentos médicos e mobiliário necessários ao funcionamento dos espaços (48). A listagem dos equipamentos é algo que está ausente da maioria das publicações neste tema, pelo que as estas fichas são dos documentos mais informativos desenvolvidos pela IHFG.

De seguida referem-se as publicações dos principais países de língua inglesa: Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

Em 1961, o Ministério da Saúde da Grã-Bretanha publicou o *Hospital Building Note*, desenvolvido depois com o nome *Health Building Notes (HBN)*, desde então periodicamente atualizado pelo NHS, uma das primeiras e mais influentes publicações desta área. De forma semelhante às *Recomendações Técnicas da ACSS*, o HBN contém dois tipos de orientações, tal como distinguido por Thompson et. al (49): prescritivas (quantitativas) e de performance (descrição do tipo de atividades). A publicação está igualmente seccionada por temas, um deles dedicado aos serviços de oncologia, *HBN 02-01: Cancer Treatment Facilities*, sendo o espaço equivalente ao HDO denominado “*chemotherapy unit*” (50). Nesta publicação, ao contrário das *Recomendações Técnicas portuguesas*, é dado mais contexto sobre a natureza da doença, sobre a estratégia nacional contra o cancro, e sobre os regulamentos e normas clínicas com influência no desenho dos espaços. No entanto, as orientações são menos

exaustivas, e não há referência ao posto de enfermagem, um local essencial para a vigilância dos doentes. As duas publicações diferem ainda no nível de privacidade recomendado nas salas de tratamento: na publicação portuguesa deve existir uma cortina separadora por cadeirão; segundo o HBN, os cadeirões devem estar organizados em grupos isolados para um máximo de 6 doentes, mas sem separação individual. A discussão sobre o nível de privacidade preferido pelos doentes tem tido resultados mistos. Estudos indicam que, ao nível do internamento geral, os quartos individuais são escolhidos pela maioria dos indivíduos (51). No entanto, os doentes oncológicos têm demonstrado preferência por quartos duplos, quando se encontram suficientemente bem para interagir (52). Num questionário aplicado a doentes com doença maligna avançada, 68% referiu preferir espaços de cuidados partilhados por recearem o isolamento (53), e num outro estudo baseado em entrevistas com 788 participantes, mais de metade optaria pela configuração de quarto duplo (54). Wang. et al desenvolveram um inquérito com 166 doentes num centro oncológico, cujos resultados demonstram uma preferência igualmente distribuída por boxes individuais, zonas semi-abertas e zonas abertas. Neste estudo, os doentes variaram na sua opção consoante o seu estado de saúde naquele dia (55).

Nos Estados Unidos, existem várias organizações que publicam este tipo de orientações. Uma das principais publicações pertence ao Facilities Guideline Institute, denominada *Guidelines for Design and Construction of Hospitals*, a última edição com data de 2022. Este documento serve de base para o setor público e privado, e é utilizado por autoridades jurídicas na produção de legislação, códigos e regulamentos a nível estatal. As orientações são publicadas ao fim de um ciclo de revisão de 4 anos, guiado pelo Health Guidelines Revision Committee, um grupo composto por aproximadamente 100 clínicos, administradores, arquitetos, engenheiros, e representantes das autoridades de jurisdição (56). Existe também um canal de submissão de propostas aberto ao público. Todas as publicações são de acesso pago. Refere-se ainda o trabalho desenvolvido pela Academy of Architecture for Health, que fornece uma biblioteca com vários recursos de apoio aos projetistas, de onde se destaca-se os casos de estudos realizados a intuições dedicadas a cuidados oncológicos, premiadas por esta organização, que constituem uma boa fonte para benchmarking (57).

O Canadian Standards Association Group é uma organização dedicada a desenvolver standards, testes e certificações de qualidade em várias indústrias, e há mais de 60 anos que se dedica também às instalações de saúde. Para além da publicação de standards, realiza ainda formações, consultoria, e gere uma comunidade e um fórum. No entanto, todo o conteúdo é pago.

A Australasian Health Facility Guidelines (AHFG) é outra publicação estatal semelhante, cujas orientações resultam um processo de 3 fases: revisão da evidência e análise da literatura, legislação, políticas de saúde, avaliações pós-ocupação e benchmarking; consultoria da indústria e dos consumidores através de grupos multidisciplinares, com um método colaborativo e participativo; aprovação das orientações pela Australasian Health Infrastructure Alliance após a revisão final por peritos nomeados (58). Estas recomendações apresentam-se de forma semelhante às desenvolvidas pela IHFG, provavelmente pelo envolvimento das autoridades de saúde australianas no desenvolvimento destas últimas. Nas AHFG são igualmente apresentadas fichas de componentes standard. É referida a obrigatoriedade de um lava-olhos e chuveiro de emergência para serviços de quimioterapia, um aspeto que não está contemplado nas Recomendações Técnicas da ACSS. O risco ocupacional para os profissionais que manuseiam medicação citotóxica está bem documentado internacionalmente, mas Portugal carece de estudos sobre os seus efeitos nos profissionais do HDO, o que também limita a avaliação das infraestruturas hospitalares neste sentido.

Concluindo, a necessidade de recomendações que orientem o planeamento dos serviços de cuidados oncológicos está bem retratada a nível internacional, apesar de nem todos os requisitos serem consensuais. As metodologias seguidas são baseadas na participação e revisão dos documentos por representantes das várias partes interessadas, no sentido de gerar acordo entre todas as disciplinas envolvidas. A avaliação pós ocupação tem servido também como base para a construção de novas recomendações. As diferenças identificadas nas recomendações devem-se em parte ao facto de a prestação de cuidados ser flexível o suficiente para se adaptar a várias instalações, acabando por surgir várias tipologias, tal como enunciado nas Recomendações Técnicas da ACSS. Verifica-se também que o tipo de sistema de saúde influencia diretamente as instalações, com sistemas de saúde baseados em seguros privados, como nos Estados Unidos, a terem mais ênfase nos cuidados hoteleiros por efeito da competição entre instituições. O facto das unidades de HDO poderem estar inseridas em contexto hospitalar ou em centros oncológicos especializados, mais comuns fora de Portugal, influencia igualmente a disponibilidade de recursos, e, conseqüentemente, os seus requisitos. Desta forma, continua a fazer sentido estudar os HDOs, sobretudo pelos constrangimentos em que estes têm de operar no contexto nacional, por forma a poder otimizar as infraestruturas com os meios disponíveis.

2.3. A unidade de S. Miguel

A unidade objeto da proposta de reformulação pertence ao único hospital privado dos Açores, localizado na ilha de S. Miguel, no município de Lagoa. O hospital foi inaugurado em 2021, e conta com 90 camas de internamento. Em março de 2023 entrou em funcionamento sob a gestão do grupo privado atual. A atividade do seu HDO ainda é bastante residual, tendo no ano de 2023 realizado 76 sessões com 14 doentes. Destes 14 doentes, 8 tiveram um diagnóstico de cancro do foro urológico, nomeadamente da bexiga, 4 da mama, 1 doente de colorretal e 1 do pulmão. O cancro da bexiga foi o 5º mais incidente no arquipélago em 2019 (21), ainda assim com menor incidência que os outros tipos em tratamento neste HDO. Os números são demasiado baixos para se excluir o efeito do acaso, no entanto, o número relativamente mais elevado de doentes da bexiga pode derivar da maior taxa de retenção (para tratamento em HDO neste hospital privado) destes doentes após o diagnóstico, algo que se verifica nos hospitais deste grupo no continente.

Foi feita uma visita à unidade a propósito do presente trabalho e da proposta de reformulação, no sentido de conhecer o espaço físico e recolher as observações e expectativas dos profissionais do HDO e da gestão. Foram constatados diversos aspetos do funcionamento e das condições físicas da unidade que necessitam de melhorias. Vários destes aspetos não foram resolvidos até hoje pela baixa atividade, mas serão problemáticos assim que o número de doentes aumentar. A unidade funciona dois dias por semana, com dois enfermeiros e um médico presentes sempre que há tratamentos, e um farmacêutico de apoio. A gestão de produção é dividida entre duas gestoras, uma presente a tempo inteiro no hospital em S. Miguel, e outra no continente, onde também tem a seu cargo outras unidades. A intervenção neste HDO pretende-se minimalista, fazendo o melhor uso possível dos recursos existentes e minimizando a necessidade de obras. Ao contrário de ser impeditiva, esta premissa faz jus aos compromissos de sustentabilidade que são fundamentais em qualquer intervenção, e que devem guiar as instituições de saúde, sejam públicas ou privadas, no momento de realizar investimentos.



Figura 1 - Layout atual do HDO e respetivas áreas. Inclui numeração indicativa do local onde foram retiradas as fotografias (fig. 2 a 7). Fonte: Elaboração própria.

O HDO localiza-se ao nível do piso térreo, junto à entrada Este do hospital. Esta entrada, em conjunto com a zona de espera e da secretaria, é partilhada com o atendimento dos acidentes de trabalho. A zona foi referida como sendo a espera mais movimentada de todo o hospital. Isto causa desconforto nos doentes oncológicos, pelo que se pretende criar uma espera dedicada nas antecâmaras do HDO (fig.2).



Figura 2 - Antecâmara para o HDO que se pretende tornar zona de espera. Fonte: Elaboração própria.



Figura 3 - Sala de camas. Fonte: Elaboração própria.

A zona de tratamentos está equipada com duas camas (fig.3) e três cadeirões (fig.5 e 6), divididos em duas salas. A proporção superior de camas ao que é habitual relaciona-se com o maior número de tratamentos intra-vesicais, administrados aos doentes da bexiga, em que estes têm de estar deitados. A propósito destes doentes foi referida a inexistência de cabides ou cacifos para guardarem as suas roupas. Uma das rampas de gases medicinais é inutilizável pois está diretamente em frente da saída que é utilizada caso se tenha de levar um doente à urgência. Se lá fosse colocado um cadeirão a passagem estaria impedida.

Figura 5 – Divisória entre as salas. Fonte: Elaboração própria.

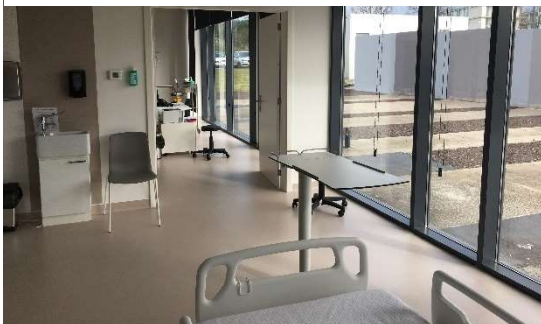


Figura 4 - Sala dos cadeirões. Fonte: Elaboração própria.



Da zona de tratamentos destacam-se dois grandes aspetos negativos: a inexistência de bancada de preparação, improvisada numa mesa, e a falta de visibilidade do posto de enfermagem para a sala das camas. O material clínico é armazenado num armário sem chave, e o material de consumo está distribuído por vários pequenos armários, resultando na mistura inadequada de materiais (por exemplo, arquivo com toalhitas). Existe apenas um posto de trabalho quando há necessidade de

três. Foi ainda referida a necessidade de um local de copa, para a preparação de chás e arrumo de bolachas, águas, etc. A localização dos sujos foi considerada adequada.



Figura 7 – Sala de cadeirões. Fonte: Elaboração própria.



Figura 6 - Vista para o HDO a partir do exterior. Fonte: Elaboração própria.

A parede lateral do HDO é totalmente envidraçada (fig. 6), o que dá bastante luz natural, especialmente de manhã, e dá um destaque significativo ao exterior. No entanto, o HDO está exposto aos utilizadores da entrada adjacente, sem barreiras visuais ou físicas, comprometendo a privacidade. A zona exterior imediatamente em frente ao HDO é apelidada de “pátio das beatas”, devido à presença dos fumadores que se afastam da entrada e acabam no local. Desta forma, o bloqueio da passagem e da vista era um requisito essencial da reformulação, bem como a requalificação dos canteiros, atualmente apenas com terra, que existem em frente ao HDO. Tanto a possibilidade de vistas agradáveis para o exterior, boa iluminação natural, e o contacto com a natureza são frequentemente apontados pelos doentes, na literatura, como benéficos para o seu bem-estar (55), pelo que as potencialidades deste HDO nesse aspeto devem ser aproveitadas. Dois dos desafios à colocação de vegetação no local são os ventos fortes a que a zona está exposta, e o facto de haver estacionamento subterrâneo imediatamente abaixo, o que obriga à plantação de espécies rasteiras e com pouca raiz.

3. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é a realização de uma proposta de reformulação de um HDO em S. Miguel, nos Açores.

A proposta terá como base as recomendações resultantes de um estudo de caso desenvolvido noutras duas unidades. Para responder ao objetivo geral, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos;

1. Caracterizar as duas unidades do estudo de caso em termos de layout e áreas úteis dos compartimentos.
2. Descrever as duas unidades do estudo de caso, no ano de 2023, em termos de:
 - a. Recursos humanos de enfermagem, médicos e farmacêuticos;
 - b. Número de sessões e número de doentes por tipo de tratamento;
 - c. Número de novos diagnósticos por grupo de patologia;
3. Sintetizar a forma como o ambiente construído das duas unidades do estudo de caso se adequa às atividades envolvidas na prestação de cuidados, na perspetiva do respetivo Enfermeiro responsável.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Para responder aos objetivos deste trabalho, estabeleceu-se a seguinte questão de investigação:

De que forma se adequa o ambiente construído do HDO às atividades envolvidas na prestação de cuidados?

Esta questão de investigação parte do pressuposto que existe uma lacuna entre quem projeta as instalações e quem as usa, seja profissional ou utente. Este pressuposto é validado pelos vários documentos de apoio ao projeto, publicados por diversas organizações internacionais, que pretendem dotar os projetistas do conhecimento necessário para criar instalações de saúde adequadas.

Para o cumprimento dos objetivos, optou-se pelo estudo de caso múltiplo do tipo exploratório/ explanatório. A componente exploratória prende-se com a descrição das atividades que ocorrem nos HDO selecionados, bem como o espaço em que elas ocorrem (objetivos específicos 1 e 2). A componente explanatória relaciona-se com a adequação do espaço a essas mesmas atividades (objetivo específico 3). A abordagem metodológica seguida é baseada nas recomendações do livro de Yin, publicado pela primeira vez em 1994, intitulado: *Case Study Research: Design and Methods*.

Considerou-se que esta seria a metodologia indicada na medida em que o objetivo principal deste estudo se relaciona com a definição de estudo de caso dada por Yin: "(...) *A case study is an empirical inquiry that: investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident.*" (31, p13); e também com a aplicação sugerida pelo mesmo autor: "(...) *a "how" or "why" question is being asked about a contemporary set of events, over which the investigator has little or no control.*"(31, p9). Esta aplicação está relacionada com o objetivo da avaliação pós-ocupação do edifício hospitalar, como explícita no guia realizado pela ACSS: "*A avaliação pós-ocupação (APO) de um edifício hospitalar pretende essencialmente analisar, de forma quantitativa e qualitativa, o desempenho desse edifício quando se encontra em fase de plena utilização.*" (8, p5). Este estudo, no entanto, não compõe uma avaliação pós-ocupação completa, pois esta envolve muitos outros aspetos do edificado que não fazem parte dos objetivos deste trabalho.

4.2. Delineamento do estudo

4.2.1. Unidade de análise

Dirigiu-se este estudo a HDOs inseridos em contexto hospitalar que prestam cuidados a maiores de 18 anos, a tipologia mais frequente destas unidades. O estudo abrangeu o ambiente físico ocupado pelos profissionais de saúde e administrativos que realizam a sua atividade, presencialmente, no HDO. Zonas de apoio, não necessariamente ligadas às atividades de oncologia (copa, arrumos diversos, por exemplo), serão estudados do ponto de vista da relação de funcionalidade e proximidade que têm com os locais de prestação de cuidados. As áreas sobre as quais o estudo vai incidir são baseadas no capítulo 6 das *Recomendações Técnicas para o Hospital de Dia da ACSS*, de onde se excluíram as áreas pediátricas, abrigo exterior e guarda vento. Durante o estágio curricular houve a oportunidade de visitar as unidades que foram posteriormente selecionadas para o estudo de caso, pelo que havia um conhecimento prévio superficial das instalações. Isto permitiu eliminar do estudo as áreas que não existiam em nenhuma das unidades.

Tabela 1 – Áreas incluídas no estudo.

1. Recepção	1.1 Recepção/secretaria
	1.2 Espera geral
2. Zona de tratamentos	2.1 Instalações sanitárias utentes
	2.5 Gabinete de consulta
	2.6 Sala de tratamentos
	2.8 Quarto individual
	2.9 Posto de enfermagem
3. Zona técnica	3.1 Gabinete de trabalho
	3.4 Sala de reuniões
	3.5 Copa
	3.6 Arrumação de material de limpeza
	3.7 Depósito de sacos
	3.8 Sujos
	3.9 Arrumação de roupa limpa
	3.10 Arrumação de material de consumo
	3.11 Arrumação de material clínico

Relativamente aos aspetos do ambiente construído em análise, dos 7 componentes do ambiente construído identificados por McClure e Bartuska (60), o foco irá incidir sobre os primeiros quatro: Produtos, Interiores, Estrutura e Paisagem. Da análise serão excluídas infraestruturas técnicas não visíveis (instalações elétricas, de

águas, ventilação mecânica), pois não serão abordados elementos da equipa de manutenção das instalações.

4.2.2. Critérios de seleção dos casos

Os casos foram selecionados da instituição do setor privado onde foi desenvolvido o estágio. Esta interação com a instituição do estágio é o formato recomendado pela coordenação do curso para a realização do Trabalho de Campo. Considera-se que, no âmbito deste trabalho, a análise de instituições privadas, ao invés de hospitais do SNS, apresenta a vantagem de ser garantido que as instalações foram alvo do processo de licenciamento, avaliados pela ERS, e que cumprem os requisitos de exercício de atividade nos termos da lei⁴. Isto limita efetivamente os resultados encontrados a aspetos que não estão contemplados na legislação. Devido ao tempo disponível para a realização deste trabalho, estabeleceu-se que seriam analisados dois casos, um de maior e outro de menor dimensão.

O HDO objeto da proposta foi retirado dos casos possíveis. Do total de nove unidades, foram primeiramente selecionadas as seis unidades dentro da zona de Lisboa de Vale to Tejo. Destas seis, pretendia-se selecionar:

1. Um HDO com dez ou mais postos de tratamento (duas unidades possíveis);
2. Um HDO com seis ou menos postos de tratamento (quatro unidades possíveis);
3. Pelo menos um HDO cujo espaço tenha sido reformulado desde a obra inicial (uma unidade possível).

Do critério nº1 foi selecionada a unidade mais recente, cuja obra foi concluída em 2020, e que por isso teve oportunidade de recorrer às Recomendações Técnicas da ACSS, publicadas em 2011, na fase de projeto. A esta unidade denominou-se “HDO A”. Das quatro unidades que cumpriam o critério nº2, foi selecionada aquela que cumpria simultaneamente o critério nº3. A esta unidade denominou-se “HDO B”.

⁴ Certas instituições do SNS, pela sua antiguidade, estão enquadrados nos requisitos de dispensa previstos no artigo 21º do DL nº127/2014 de 22 de agosto (76) com as alterações introduzidas pela Declaração de Retificação n.º 39/2014, de 12 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 125/2019, de 28 de agosto e pelo Decreto-Lei n.º 65/2023, de 7 de agosto.

4.2.3. Validade

Relativamente aos estudos de caso, são apontados defeitos à falta de capacidade para controlar, deduzir, reproduzir, e generalizar, sendo estes dois últimos aspetos fruto da não existência de aleatorização (61). As estratégias utilizadas para assegurar os diferentes tipos de validade foram adotadas a partir orientações de Riege na sua revisão sistemática (62). Procurou-se garantir a validade do construto através da associação das definições metodológicas de estudo de caso com o objetivo do trabalho. A validade interna dos casos foi procurada através do cruzamento dos vários tipos de dados recolhidos, como por exemplo o levantamento do layout das unidades como forma de ilustrar e corroborar os aspetos reportados pelo enfermeiro responsável. Relativamente à validade externa, não se pretende com este estudo fazer-se generalizações sobre a realidade dos HDO, apenas colecionar uma série de aspetos que, já tendo sido experimentados, podem auxiliar em intervenções futuras. No capítulo da discussão, os resultados foram confrontados com a literatura existente por forma a confirmar a sua pertinência. Procurou-se garantir a confiabilidade do estudo através do detalhe da metodologia, bem como na transparência relativamente ao seu âmbito e à sua abrangência.

4.3. Fontes e recolha de dados

4.3.1. Caracterização dos HDOs

Foram recolhidos dados descritivos para caracterizar os HDOs em causa em termos de espaço, recursos humanos, e atividade. O espaço dos HDOs foi caracterizado através do seu layout. Os recursos humanos de enfermagem, médicos e farmacêuticos foram averiguados junto do enfermeiro responsável de cada unidade. Os dados da atividade foram disponibilizados pela gestora de produção das unidades, tendo sido retirados da plataforma de gestão da instituição. Os dados considerados foram:

- Tratamentos (nº de sessões e nº de doentes):
 - Oncológicos: inclui tratamentos de quimioterapia, imunoterapia, terapia-alvo, terapêutica oral, e instilação intravesical;
 - Não oncológicos: inclui flebotomia terapêutica e outras diárias;
 - Atos médicos: inclui punções e biópsias de osso.
- Novos diagnósticos por grupo de patologia a realizar tratamento no HDO (nº de doentes). Considerou-se apenas os novos diagnósticos (incidentes) uma vez que os doentes ficam por vezes mais do que um ano em tratamento no HDO, e a duração e mortalidade de cada patologia pode alterar significativamente o número de diagnósticos num dado momento.

4.3.2. Observação estruturada com notas de campo

A resposta à pergunta de investigação carece de esclarecimento por parte de quem efetivamente presta cuidados no serviço. Para obter uma compreensão aprofundada da interação entre o ambiente construído dos HDOs e as atividades que aí ocorrem, planejaram-se visitas guiadas durante o horário de funcionamento das unidades. A observação estruturada é definida por Mintzberg como uma metodologia que pretende reunir a flexibilidade de observações abertas com a disciplina de procurar certos tipos de dados estruturados (63). Esta abordagem permitiu uma compreensão contextual que possivelmente não seria capturada apenas por entrevistas, bem como uma troca mais dinâmica de informações e a possibilidade de questionar aspetos do espaço que a autora desconhecia. Procurou-se seguir as indicações do autor relativamente a este método: estrutura insuficiente resulta na incapacidade de registar os dados relevantes e reproduzir a investigação; estrutura demasiado rígida leva à impossibilidade de formar entendimento sobre aspetos que se desconhece. Neste sentido, foi previamente desenvolvido um guião adaptado do *Guia para Avaliação Pós-Ocupação de Edifícios Hospitalares* da ACSS, nomeadamente o capítulo 4.5.3 e o anexo 4 – Formulário para Entrevista a Responsáveis/ Representantes de Serviços, secção B – Espaço e Funcionalidade do Serviço. Este guião foi dividido segundo os espaços mencionados na Tabela 1. Foram adicionadas questões para aspetos específicos do HDO encontrados na revisão da literatura, e questões abertas para comentários adicionais. O guião foi validado previamente pela gestão das unidades, e incluído no anexo 2 deste trabalho. Durante a visita foram tomadas notas de campo detalhadas das respostas do enfermeiro responsável, incluindo as explicações adicionais que surgiram e que não estavam contempladas no guião. Houve a necessidade de completar a informação com o levantamento de algumas medidas e de outras observações relevantes do espaço físico.

A data e hora das entrevistas foi combinada tendo em conta o horário de funcionamento do HDO e a disponibilidade do/a enfermeiro/a responsável.

4.4. Análise dos dados

Cada layout dos HDOs foi tratado no software Autocad 2022. Uma vez que não se teve acesso à planta em formato digital, foi retirada uma fotografia à planta de emergência existente, e foi levantada a largura de um corredor como medida de referência. A imagem foi transposta para o programa e escalada para o dimensionamento real, de acordo com os valores de referência retirados. Fizeram-se de

seguida várias verificações com outras medidas standard (largura de bancadas, abertura de portas, etc.) para garantir que havia uma aproximação rigorosa o suficiente. A imagem serviu como base para o desenho 2D. Para o cálculo das áreas úteis traçaram-se polylines pelo lado interior das paredes de cada compartimento e arredondaram-se os valores à unidade. Para indicação da orientação solar foi indicado o Norte, e incluída uma escala gráfica para uma noção dos dimensionamentos. Cada desenho foi introduzido numa folha A4 à escala 1:200.

Recorreu-se ao Microsoft Excel para Microsoft 365 para elaboração dos gráficos, cálculo das frequências relativas e formatação das tabelas relativas aos dados de produção.

As notas de campo registadas durante a visita foram transpostas para o formato digital do guião. Os dados foram de seguida sujeitos a um processo de codificação dedutiva, sendo o guião a folha de códigos inicial. Começou-se por excluir da análise as questões em que o enfermeiro não teve nada a dizer. De seguida foram excluídos os aspetos considerados “suficientes” ou “não problemáticos”, por exemplo: “a dimensão é adequada” ou “não há excesso de ruído”. Esta exclusão está relacionada com o objetivo do trabalho, isto é, sintetizar o que é mais relevante, em termos positivos ou negativos, no espaço dos HDOs. Admite-se que este tratamento dos dados pode estar sujeito a viés por parte da autora. Procurou-se minimizar este viés através do estudo das normas e orientações existentes para estas infraestruturas, por forma a enquadrar a relevância de cada aspeto reportado com a literatura existente. Exemplificando, se o enfermeiro reportou que um gabinete de 12 m² (verificado através do layout da unidade) tinha a dimensão adequada, e se as Recomendações Técnicas da ACSS atribuem uma área de referência de 12m² a esse espaço, a resposta não foi incluída nos resultados. Outro exemplo desta exclusão, se os sujos podem ser retirados sem a devassa do serviço, cumprindo as boas práticas hospitalares comuns, esta resposta não foi incluída nos resultados.

4. RESULTADOS

HDO A

De seguida apresentam-se os resultados do estudo de caso realizado no HDO A. Este está inserido num dos hospitais de grande dimensão pertencentes ao grupo de saúde em causa, com 213 camas de internamento geral. Iniciou a sua atividade em 2020.

No anexo 3 incluiu-se a ilustração do layout desta unidade. O HDO A conta com dois postos de atendimento na receção. A espera está dividida em dois espaços com aproximadamente 23m² cada, um para os doentes que vão para consulta, com ligação ao corredor dos gabinetes, e outro para os doentes que vão para o hospital de dia, com entrada direta para a zona de tratamentos. Na chegada à zona de espera existem instalações sanitárias de utentes. Existem seis gabinetes médicos e um de coordenação de enfermagem, de 15 a 23m². O gabinete mais pequeno e sem luz natural é utilizado pontualmente por um farmacêutico. Existe uma sala dedicada às reuniões multidisciplinares onde se discutem os casos clínicos, com 47m². Há ainda uma copa com 12m².

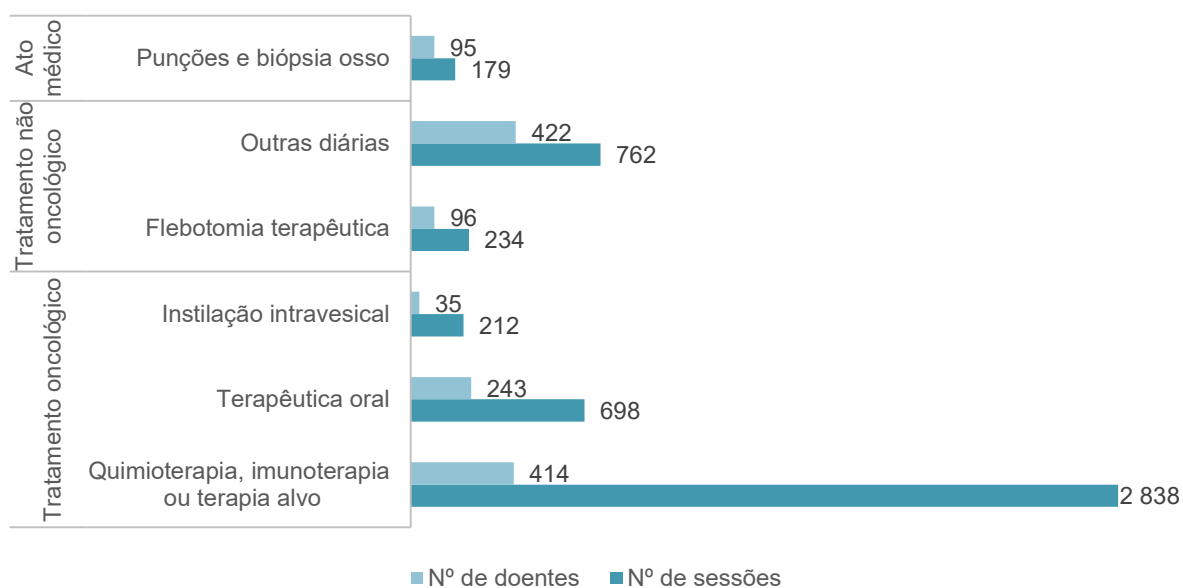
A zona de tratamentos está orientada a sul e tem cerca de 89 m². Tem oito cadeirões, rodeados por uma estrutura em fenólico que inclui as rampas de gases medicinais, e três boxes com camas, cada uma de 10m². O posto de enfermagem inclui três postos de trabalho, e atrás localiza-se a sala de preparação. A sala de preparação conta com dois armários altos, uma bancada de aproximadamente 2,4m com lavatório e armários superiores e inferiores, numa área total de cerca de 7m². Entre a instalação sanitária de utentes e o compartimento de sujios existe acesso a um tubo pneumático. Da zona de tratamentos há acesso a um pátio exterior, não coberto, com dois postos de tratamento. Existe também um compartimento para os sujios com ligação a um corredor exterior à zona de tratamentos, para recolha sem devassa do serviço. Este corredor funciona igualmente para a saída de emergência em caso de complicações nos doentes. O arrumo de material de consumo é feito parcialmente nos armários da sala de preparação, e o restante em carrinhos, tal como a roupa limpa. O material clínico é armazenado num compartimento à entrada do serviço.

Tabela 2 – Recursos humanos de enfermagem, médicos, e farmacêuticos do HDO A.

RECURSOS HUMANOS	Enfermagem	4	Tempo inteiro
	Médico	≥1	
	Farmacêutico	1	

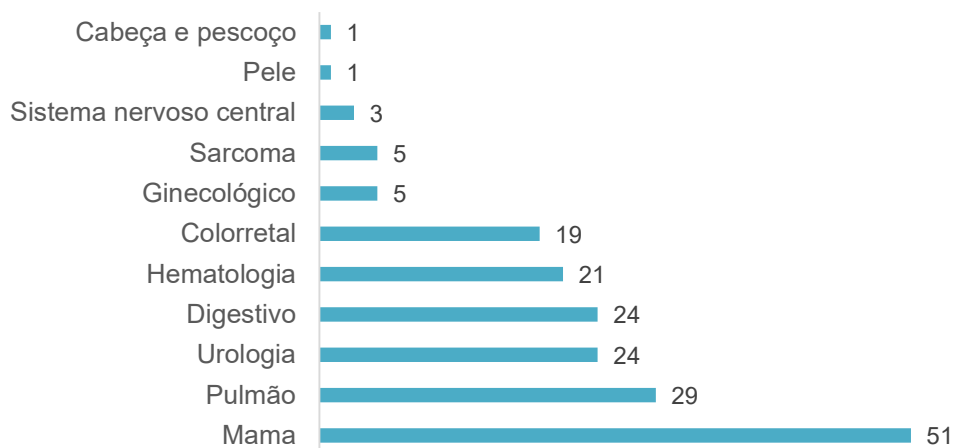
O HDO A funciona durante os dias úteis da semana, e os turnos são compostos por quatro enfermeiros. Consoante os tratamentos a decorrer, existe pelo menos um médico oncologista com presença física no HDO. Presencialmente está também um farmacêutico na duração total do horário, sendo responsável pela receção e validação das prescrições, verificação da conformidade de transporte (uma vez que a medicação é preparada na farmácia hospitalar de outro hospital), e dispensa da terapêutica para administração pelos enfermeiros, ou de quimioterapia oral e terapias de suporte.

Gráfico 1 – N° de sessões e nº de doentes por tipo de tratamento no HDO A, no ano de 2023.



No ano de 2023, foram realizados neste HDO 4 923 sessões de tratamento. Tendo em conta que no ano em análise houve 250 dias úteis, pode-se estimar uma média de 20 tratamentos por dia. A maioria das sessões foram tratamentos oncológicos, cerca de 76% do total. O tipo de sessão mais frequente foi a quimioterapia, imunoterapia e terapia-alvo, correspondendo a cerca de 58% do total das sessões, e cerca de ¼ dos tratamentos do tipo oncológico. Os tratamentos não oncológicos, que incluem terapêuticas de suporte como a flebotomia terapêutica, de nutrição, entre outras, corresponderam a cerca de 20%. As sessões menos frequentes foram os atos médicos, aproximadamente 4% do total.

Gráfico 2 - Nº de novos diagnósticos por grupo de patologia no HDO A, no ano de 2023



No ano de 2023, 183 dos doentes que receberam um diagnóstico seguiram para tratamento em HDO. Destes, cerca de 44% tiveram um diagnóstico de cancro da mama ou do pulmão. As patologias do foro urológico (inclui cancro do rim, uréter, bexiga, próstata, testículo e pénis) e digestivo (inclui os órgãos do aparelho digestivo superior, esófago, estômago e hepatobiliopancreáticos) foram os terceiros mais frequentes, com 24 doentes cada. Não houve novos doentes com patologias da tiroide em tratamento.

Tabela 3 – Aspetos reportados pelo enfermeiro responsável do HDO A.

CATEGORIAS	QUESTÕES	NOTAS
Receção/Zona de espera	3.	A separação das zonas de espera é positiva em termos de privacidade entre doentes que vêm para consulta e os que vêm para tratamentos.
	8.	A falta de clareza na distinção entre as duas zonas implica que por vezes os doentes se sentem na espera errada, e seja necessário andar à procura deles. A abertura da porta de entrada do HDO não dá sinal sonoro, pelo que o enfermeiro tem de ir buscar o doente à sala de espera.
Gabinetes	1.	O enfermeiro considera os gabinetes demasiado grandes.
	3.	A proteção visual da maca sem o uso de cortinas torna o espaço mais agradável.
	5.	A sinalização nas portas causa confusão nos doentes e leva-os a entrar nos gabinetes errados (*as portas incluem o número do piso, confundido pelo número do gabinete).
	6.	O enfermeiro receia espaço desperdiçado em gabinetes demasiado grandes. Menção a um novo elemento a introduzir no percurso assistencial - nurse navigator - que não tem gabinete disponível. O enfermeiro refere a preocupação com a falta de capacidade de expansão. O hospital é recente e o serviço está perto de atingir a capacidade máxima.
Sala de tratamentos	2, 6.	O espaço reduzido entre os cadeirões e a parede (*1,06m) dificulta a passagem do carrinho de emergência. A deslocação entre cadeirões fica comprometida quando existem acompanhantes.
	3,8.	O pátio permite a entrada de muita luz natural na sala de tratamentos.
	5,6.	Os cadeirões na fila virada para a janela não são visíveis a partir do posto de enfermagem. Os doentes mais passíveis de fazer reações à medicação têm de ser colocados na fila interior. Os doentes na fila interior de cadeirões não têm acesso à vista.
	6,9.	Há dificuldades em retirar um doente que esteja a ter uma reação adversa da fila interior de cadeirões. Por vezes tem de ser mover outros doentes ou acompanhantes do caminho.
	7.	A televisão individual de cada cadeirão não está na posição adequada. A mesa de refeições incorporada nos cadeirões está posicionada de lado e não em cima do colo do doente. Acabam por usar as mesas de refeição portáteis.
	9.	As rampas de gases medicinais estão colocadas atrás dos cadeirões e a uma altura baixa (*1m), o que dificulta a sua utilização.
	10.	Tende a ficar muito barulho quando há mais gente na sala. A insonorização da instalação sanitária dos doentes é fraca.

	12.	A estrutura em fenólico (*1,20x1,20m) que rodeia os cadeirões substitui a cortina e oferece mais conforto. Inclui local para os doentes pousarem os seus pertences. O pátio permite que os doentes façam refeições ou alguns tratamentos no exterior. Os doentes preferiam que as janelas fossem horizontais, em vez de verticais e estreitas, para terem uma vista completa sobre o rio.
	13.	O pátio deveria ser coberto, por causa do sol. Recentemente colocaram-se proteções em vidro mais altas na beira do pátio, porque as anteriores (*que cumpriam a altura regulamentar de 1,10m) não eram consideradas seguras. Algumas das portas, usadas para a saída do doente em caso de emergência, não prendem a abertura. Isto obriga a que haja várias pessoas para segurar nas portas quando uma maca tem de passar.
Boxes/ Quartos	3.	Não há qualquer visibilidade a partir do posto de enfermagem. Em doentes instáveis os enfermeiros deixam a porta aberta.
	5.	Os quartos estão equipados com um monitor no teto que passa cores ambiente. O enfermeiro refere que os doentes não mostram interesse e que preferiam ter uma televisão. O enfermeiro considera que "é um desperdício de dinheiro".
Sala de Preparação	1.	A sala é demasiado pequena, não é possível ter mais de duas pessoas no interior. Isto dificulta bastante as atividades. Não existe espaço para elementos acessórios como lixo de resíduos, escadotes para aceder a prateleiras elevadas, frigorífico, arquivo etc.
	3.	A bancada é demasiado curta para se fazer a receção, validação e preparação da medicação.
Posto de Enfermagem	1.	Existem 3 postos de trabalho, deveriam ser 5.
	2.	Não há visibilidade para as boxes nem para a fila de cadeirões virada para as janelas. Foram criados dois postos móveis para conseguir visibilidade para todos os doentes: um junto dos cadeirões e outro em frente às boxes.
Espaços de apoio	g)	Não existe arrumação para a roupa limpa. A mesma é feita num carrinho que está na zona de tratamentos.

*observação da autora

Os principais aspetos considerados positivos e adequados às atividades foram: a separação das zonas de espera; a humanização do espaço dos gabinetes; o conforto para o doente oferecido pela estrutura em fenólico que rodeia os cadeirões; a qualidade do espaço que o pátio traz à zona de tratamentos. Os principais aspetos negativos ou considerados menos adequados às atividades foram: sinalização insuficiente ou que induz em erro; a escassez de gabinetes; desperdício de área nos gabinetes; o excesso de ruído na zona de tratamentos; a posição e ergonomia desadequada dos cadeirões; a falta de visibilidade para as boxes e para os cadeirões; falta de segurança do pátio; falta de postos de enfermagem; sala de preparação desadequada; limitações de algumas portas e do formato das janelas.

HDO B

De seguida apresentam-se os resultados do estudo de caso realizado no HDO B. Este pertence a um dos hospitais de menor dimensão do grupo de saúde em causa, com 26 camas de internamento geral. As infraestruturas começaram por pertencer a outro grupo de saúde e funcionaram como clínica até serem adquiridas em 2008, tendo sido desde então feitas obras de reformulação no HDO.

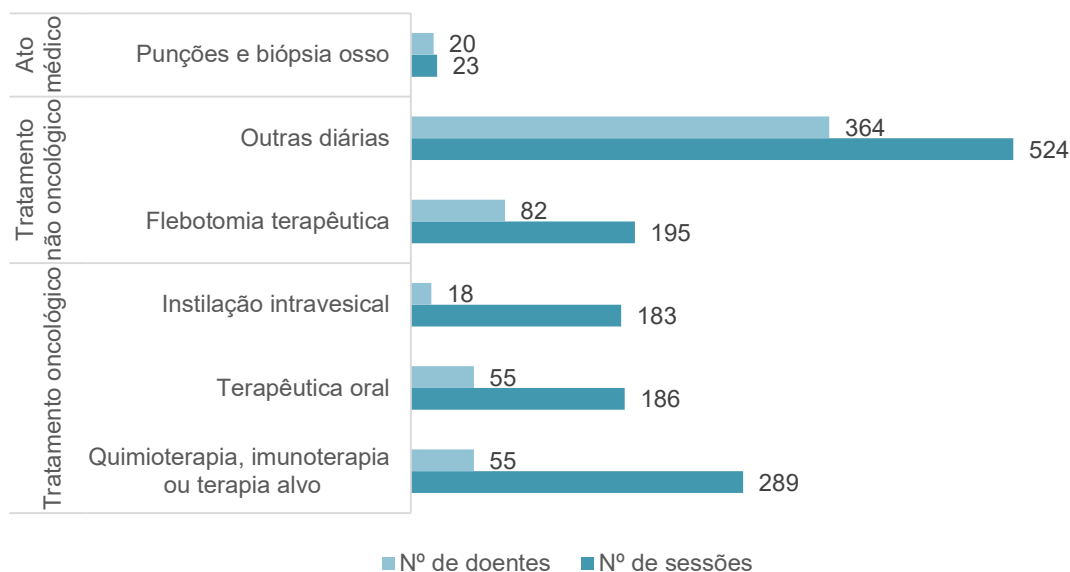
No anexo 4 incluiu-se a ilustração do layout desta unidade. O HDO B tem a particularidade estar junto ao serviço de internamento, com o qual partilha a receção e a espera. O local de espera tem aproximadamente 16m² e tem uma instalação sanitária para utentes. A entrada de doentes devia ser realizada pela porta junto ao fim do corredor, no entanto acaba por ser efetuada pela entrada de serviço, por estar mais perto da espera. O gabinete de consulta médica tem ligação ao corredor e ao interior do HDO, sem luz natural, e uma dimensão de 12 m². A zona de tratamentos tem cerca de 25 m², tem 4 cadeirões e está direcionada a sudoeste. Existe um quarto de 13 m² com uma cama e acesso a uma varanda. As saídas de emergência dos cadeirões são realizadas pela entrada de doentes, e a cama pela entrada de serviço. Há apenas um posto formal de enfermagem, e em frente está localizada a bancada de preparação. A bancada de preparação é aberta ao espaço, tem cerca de 2,7m de comprimento, com lavatório e armários superiores e inferiores. Nestes armários está colocado o material clínico. Existe um armário para arrumo de roupa limpa junto à entrada de serviço. Outro material de consumo é armazenado num armário no extremo oposto do HDO.

Tabela 4 – Recursos humanos de enfermagem, médicos e farmacêuticos do HDO B.

RECURSOS HUMANOS	Enfermagem	2	Tempo inteiro
	Médico	1	
	Farmacêutico	1	Apoio

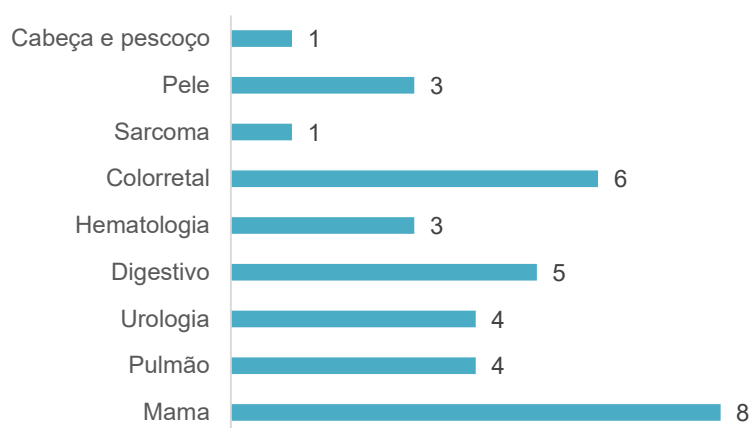
O HDO B funciona de segunda a quarta, e cada turno tem um mínimo de dois enfermeiros. Há um médico oncologista presencialmente em todo o horário, e há um farmacêutico de apoio, que pode ou não estar no HDO. O farmacêutico está presente na realização das atividades já descritas a propósito do HDO A.

Gráfico 3 - Nº de sessões e nº de doentes por tipo de tratamento no HDO B, no ano de 2023.



No ano de 2023, foram realizados nesta unidade 1.400 sessões de tratamento, cerca de ¼ da atividade do HDO A. Esteve em funcionamento 151 dias em 2023, dando uma média de nove tratamentos por dia. Ao contrário do HDO A, a maioria dos tratamentos, cerca de 51%, foram do tipo não oncológico, incluindo flebotomia terapêutica e outras terapias de suporte. Os atos médicos foram residuais, cerca de 2% do total de sessões. Destaca-se o maior equilíbrio nos diferentes tipos tratamentos oncológicos, com 44% para a quimioterapia, imunoterapia ou terapia alvo, e cerca de 28% para cada um dos outros dois tipos.

Gráfico 4 - Nº de doentes por novos diagnósticos no HDO B, no ano de 2023.



No HDO B houve 35 novos doentes a iniciar tratamento em 2023. Os diagnósticos mais frequentes foram da mama e colorretal, juntos totalizando 40% dos novos casos. Não houve novos casos de cancro do grupo ginecológico, do sistema nervoso central, e da tiroide.

Tabela 5 - Aspetos reportados pela enfermeira responsável do HDO B.

CATEGORIAS	QUESTÕES	NOTAS
Recepção/Zona de espera	2.	A secretaria e a sala de espera ficam congestionadas devido à partilha com o internamento. As pessoas que vão dar entrada no outro serviço geralmente trazem vários acompanhantes, incluindo crianças.
	4.	Criam-se filas e ruído.
	8.	A sinalização aponta os doentes para a recepção, mas a entrada do HDO fica na direção oposta. A recepção não tem contacto visual direto para a entrada do HDO dedicada aos doentes. Os doentes acabam por usar a entrada de serviço, pois está próxima da recepção e fica no sentido da sinalização. A secretaria tende a dar prioridade aos doentes do internamento. A enfermeira chefe já procurou sensibilizar a secretaria para o assunto.
Gabinete	3.	Ouve-se ruído do HDO no interior do gabinete. Não existe luz natural.
Sala de tratamentos	1,6.	O espaço reduzido obriga os cadeirões a estarem demasiado próximos.
	2.	As circulações são apertadas.
	8, 12.	Os cadeirões usufruem de uma vista desimpedida para o exterior. Os doentes costumam pedir para abrir as persianas.
	10.	Ouve-se ruído do internamento.
	9.	A proximidade entre cadeirões dificulta o trabalho do enfermeiro no acesso às rampas e na saída em caso de emergência. Não existe espaço para um caixote do lixo por cadeirão, o que seria o ideal para evitar derrames.
	12.	Devido ao espaço reduzido, pede-se que os doentes que vão para os cadeirões não tragam acompanhantes. Apenas são permitidos quando há dois ou menos cadeirões ocupados. Não existe local para os doentes pousarem os seus pertences. Os doentes tendem a interagir entre si.
Quarto	13.	A porta por onde se faz a saída de emergência dos cadeirões, em caso de reações adversas, não prende a abertura. A enfermeira trouxe um calço que mantém no chão junto à porta.
	1.	O quarto tem acesso a uma varanda. A varanda permite arejar o quarto, mas tem de se trancar depois de ser utilizada.
Sala de preparação (Bancada)	3.	Os enfermeiros mantêm a porta aberta, uma vez que não têm visibilidade para o quarto. Os doentes que recebem tratamento no quarto são geralmente de urologia, e trazem acompanhantes, o que minimiza o risco da falta de visibilidade.
	1.	A zona de trabalho da bancada está demasiado perto do posto de enfermagem, estrangula a circulação.
	3.	A enfermeira considera a bancada bastante satisfatória em termos de dimensão e armários, especialmente quando comparada com outras unidades.

Posto de enfermagem	1.	Existe apenas um posto formal de trabalho. Deveriam ser, no mínimo, dois. Colocou-se um segundo posto, improvisado, junto aos cadeirões, para melhor vigilância.
	2.	Visibilidade limitada para os cadeirões. Sem visibilidade para o quarto.
	4.	Há falta de um economato. O arquivo é guardado num armário no quarto.
Espaços de apoio	c)	Não existe copa nem local para guardar alimentos ou bebidas embaladas. Sempre que são necessários tem de se mandar vir da cozinha.
	h)	A arrumação de material de consumo é feita num armário longe da entrada de serviço. A enfermeira responsável tem de manter o stock de material no mínimo, uma vez que não há espaço para o guardar.

*observação da autora

Os principais aspetos positivos relatados foram: vistas agradáveis para o exterior; uma bancada de preparação apropriada às necessidades, e numa localização favorável para os seus armários serem reabastecidos de material clínico sem devassa do serviço. Os principais aspetos negativos ou considerados menos adequados às atividades foram: partilha da receção e espera com o serviço de internamento; sinalização que induz os doentes em erro; falta de conforto no gabinete; proximidade excessiva dos cadeirões; questões de segurança no quarto; falta de postos de trabalho e visibilidade limitada; dificuldades sentidas nas circulações e na arrumação devido à falta de espaço; da forma semelhante ao HDO A, problemas na manutenção das portas abertas em caso de emergência.

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo irão ser discutidos os resultados sob a perspetiva da questão de investigação: De que forma se adequa o ambiente construído do HDO às atividades envolvidas na prestação de cuidados? Tratando-se de um estudo de caso, o ponto de partida da discussão foi o cruzamento dos resultados mais relevantes das observações estruturadas com as restantes fontes de dados utilizadas, por forma a garantir a sua validade interna. Os aspetos referidos serão contextualizados na literatura existente, por forma a assegurar a sua validade externa.

Os dois HDOs estudados enquadram-se de maneira diferente na rede de prestação de cuidados oncológicos deste grupo de saúde, de forma semelhante às diferentes instituições que compõem a RRHO do SNS. O HDO A posiciona-se como um hospital de maior complexidade, e o HDO B serve sobretudo para cuidados de proximidade, demonstrado pelo número relativamente superior de tratamentos de suporte (que correspondem a cerca de 51% no HDO B, e 20% no HDO A). Este aspeto deve ser relevante no momento de dotar o serviço de recursos humanos e físicos, especialmente no momento de fazer concessões. A falta de visibilidade para os postos de tratamento foi reportada em ambos os HDOs, no entanto, esta torna-se mais problemática quando a grande parte das sessões são tratamentos sistémicos, com maior probabilidade de reações adversas do que os tratamentos de suporte, como ocorre no HDO A, sendo por isso necessário avaliar os recursos físicos de cada unidade conforme a atividade que desenvolvem.

Por serem instituições do setor privado, as características dos doentes a realizar tratamento nos HDOs podem não ser representativas do resto da população, em termos de idade, etnia, situação socioeconómica, etc. Por outro lado, a atividade do HDO tem uma relação próxima com a acessibilidade às consultas de especialidade dos hospitais do grupo, e tal é visível na distribuição dos diagnósticos mais frequentes do HDO A. Por exemplo, o cancro colorretal é o terceiro mais incidente a nível nacional, mas é o sexto mais frequente neste HDO. Quando questionada sobre este aspeto, a gestão esclareceu que as consultas de gastroenterologia estão com dificuldades na acessibilidade, o que se reflete no número de novos diagnósticos e conseqüentemente no número de doentes no HDO. Nestes casos, uma vez que o mix de diagnósticos pode mudar ao longo do tempo, o espaço do HDO requer uma maior flexibilidade nos recursos físicos, como a possibilidade de trocar postos de cadeirões por camas.

A zona de espera do HDO B consiste num dos maiores problemas encontrados, e é uma situação também presente no HDO de S. Miguel. A existência de espera partilhada com outros serviços é uma fonte de desconforto para os doentes oncológicos

por vários motivos. Os doentes em quimioterapia partilham os efeitos secundários mais comuns do seu tratamento, como fadiga, a queda de cabelo ou hematomas (64), existindo ainda efeitos secundários específicos para cada fármaco ou combinação de fármacos. Uma revisão sistemática publicada em 2021 identificou os efeitos secundários mais frequentes em doentes da mama a realizar tratamento, destacando a seriedade do detrimento da imagem pessoal (65). Também os doentes de colorretal, o segundo diagnóstico mais frequente no HDO B, reportam problemas de pele como o segundo maior efeito secundário da quimioterapia, enunciando o desconforto causado na interação com outras pessoas (66). O problema identificado nesta zona de espera é um exemplo daquilo que se pode encontrar contextualmente e que não é contemplado nas recomendações publicadas, uma vez que estas se baseiam em unidades genéricas. Outro aspeto referido pela enfermeira responsável deste HDO foi o facto de os doentes usarem preferencialmente a entrada de serviço. Não obstante o erro na sinalização, a entrada de doentes está consideravelmente mais longe da zona espera do que a entrada de serviço (como é possível verificar no anexo 4), pelo que a última se torna uma opção natural, especialmente quando os doentes podem sofrer de dores e limitações na sua deslocação. Nestes aspetos, o HDO A constitui um bom exemplo, na medida em que evita o cruzamento de doentes que podem estar em diferentes fases da doença (primeiras consultas ou já em tratamentos) e oferece ligação direta à zona de tratamentos a partir da espera.

Foi considerado pelo enfermeiro responsável do HDO A que havia espaço desperdiçado em gabinetes demasiado grandes, e isto preocupava-o pela necessidade de expansão no futuro. Efetivamente, pelas áreas apuradas, os sete gabinetes estão entre os 15 e os 23m², superior à área de referência de 12m² presente nas Recomendações Técnicas das ACSS e na Portaria n.º 90/2024/1 de 11 de março. A preocupação com a expansão é um tema relevante dado o aumento da demanda por cuidados de saúde e pela subida de incidência do cancro. A propósito deste tema, um relatório publicado pela Association of Cancer Care Centers refere a necessidade de avaliação do rácio de utilização dos postos de tratamento antes de serem feitos investimentos em obras de expansão em HDOs (67). Isto deve-se ao facto de os doentes poderem estar mais do que uma hora a ocupar um posto de tratamento, à espera de resultados de análises ou de medicação, mas sem estar a receber tratamento efetivo.

A visibilidade limitada para os postos de tratamento foi um aspeto reportado nos dois HDOs estudados, bem como no HDO de S. Miguel. A vigilância dos tratamentos por parte de um enfermeiro faz parte do propósito e da definição de hospital de dia. A monitorização após a administração de quimioterapia, no que toca à aderência,

toxicidade, e complicações, faz parte dos domínios contemplados nos standards de segurança da American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS), um dos documentos de referência para publicações semelhantes. A falta de visibilidade do posto de enfermagem motivou os enfermeiros dos HDOs estudados a improvisar postos móveis que colmatassem o problema. O debate entre postos de enfermagem centralizados ou descentralizados demonstra resultados ambíguos no que toca à eficiência, no entanto, a preferência por espaços mais flexíveis e adaptáveis tem crescido; deste modo, um modelo híbrido com um posto central para consultas entre profissionais, e outros pequenos postos mais próximos do ponto de cuidados, pode servir melhor o trabalho da enfermagem (68). O modelo descentralizado é sobretudo vantajoso em reformulações de unidades existentes, onde há geralmente mais condicionantes de espaço. Outro aspeto referido foi o número de postos de enfermagem existentes. A Oncology Nurse Society (ONS) defende que os números das equipas de enfermagem devem ser definidos localmente, consoante fatores como o mix de doentes tratados, a experiência dos profissionais, e as características físicas do hospital (69), não sendo por isso adequado estabelecer rácios fixos de enfermeiro por doente ou por posto de tratamento. Neste sentido, o HDO B, ainda que igualasse o volume de atividade do HDO A, teria requisitos diferentes em termos de recursos humanos, dada a maior componente de tratamentos não oncológicos que efetua. Em qualquer caso, o número mínimo de postos de enfermagem será sempre dois, devido à necessidade de dupla verificação na preparação da quimioterapia antes desta ser administrada (70). Quando discutido o assunto com a gestão, foi referido um rácio de um enfermeiro por três postos de tratamento como a medida preferencial, apesar de se reconhecer que não há consenso na literatura.

Em ambos os HDOs estudados foi indicada falta de espaço para os enfermeiros realizarem o seu trabalho em redor dos cadeirões. No HDO B, este problema deve-se à área reduzida da zona de tratamentos, que obriga a uma proximidade excessiva entre cadeirões. No entanto, no HDO A, esta deve-se à configuração escolhida para os postos, ilustrada no anexo 4. Nas Recomendações Técnicas da ACSS é indicado um rácio de 5m² por cadeirão, não sendo dadas indicações adicionais. Neste aspeto, um documento mais informativo é o guia de orientações desenvolvido pela AHFG, que exemplifica um posto de tratamento definido por um quadrado de 3m por 3m, onde são listados todos os equipamentos adicionais a ter em conta, acessórios à atividade do enfermeiro e do doente. O protótipo apresentado neste documento tem ainda a vantagem de definir um espaço que pode ser ocupado por uma cama ou por um cadeirão, rodeado por uma cortina em L, permitindo a flexibilidade já referida (71). Comparativamente, no HDO A, a estrutura em fenólico que define a área de cada cadeirão tem cerca de 1,20m por 1,20m, pelo que se entende que possa ser

considerada insuficiente. Outro tema causado pela disposição dos cadeirões está relacionado com as manobras necessárias em caso de reações adversas, nomeadamente a passagem do carro de emergência, o acesso às tomadas de gases, o posicionamento do doente e a sua saída. Não foi encontrada referência a este aspeto nas recomendações consultadas. Foi ainda reportado em ambos os HDOs que algumas das portas constituíam um obstáculo ao transporte do doente pelo enfermeiro pelo hospital, uma vez que eram necessárias duas pessoas apenas para manter as folhas abertas. Neste caso, é possível instalarem-se retentores, desde que cumprindo os requisitos de segurança contra incêndio (72).

No HDO B foi referido que não se aconselha a presença de acompanhantes devido à falta de espaço. No caso dos doentes oncológicos, para além de prestarem apoio emocional, os acompanhantes exercem a função de monitorizar a condição dos doentes, interagir com os profissionais de saúde no sentido de garantir que as suas necessidades são expressas, e auxiliar nos cuidados médicos do dia a dia (73). Neste sentido, prestar cuidados de saúde centrados no doente passa por garantir o envolvimento dos acompanhantes no processo de tratamento, incluindo planejar os espaços para que estes possam estar presentes.

Nos HDOs estudados, e na maioria das instituições do SNS com hospital de dia a prestar cuidados oncológicos, a terapêutica é preparada na Farmácia Hospitalar (31). Neste sentido, a sala de preparação é o local onde as doses recebidas da farmácia passam pelos processos de dupla verificação antes da administração ao doente (70,74). O planeamento desta sala, ou da bancada de trabalho, deve ser auxiliado por um enfermeiro e um farmacêutico, no sentido de cumprir os requisitos necessários à realizações dos protocolos de segurança, incluindo o armazenamento de todos os materiais de suporte, como equipamentos de proteção individual, kit de derramamento, materiais estéreis, entre outros, e equipamentos como frigorífico e local para os lixos.

Nos dois casos retratados, verificou-se a presença de boas vistas para o exterior como um fator positivo, com destaque para o pátio no HDO A. A evidência suporta o uso do acesso direto ou visual ao exterior como forma de reduzir stress (em termos de reações fisiológicas), a dor, e a acelerar a recuperação (75).

Para concluir, destaca-se a prevalência de respostas às questões abertas, a propósito de comentários adicionais ou sugestões. Isto demonstra a variedade de aspetos que não são contemplados em guias formais, como o desenvolvido pela ACSS e que foi a base para este trabalho, particulares de cada contexto e igualmente relevantes. Neste sentido, ainda que informada pela literatura, qualquer intervenção deve contar com o apoio dos principais utilizadores do serviço.

5.1. Recomendações

5.1.1. Recomendações gerais

Com base nos resultados do estudo de caso apresentado, reúnem-se de seguida as recomendações gerais. Entre a literatura internacional existe, naturalmente, repetição de recomendações. Dada a dispersão de informação por vários documentos, considerou-se inevitável que alguma informação constante nestas recomendações já tenha sido mencionada noutras publicações. Neste sentido, estabeleceu-se o critério de apresentar aquelas que não constam das *Recomendações Técnicas para o Hospital de Dia* da ACSS e das normas constantes na Portaria n.º 90/2024/1 de 11 de março, para que seja um complemento a estes documentos e adequado ao contexto nacional.

Não se pretende que estas recomendações sejam exaustivas, uma vez que resultam de uma observação limitada. Aconselha-se a consulta dos diversos guias internacionais enunciados para o aprofundamento de aspetos específicos.

Tabela 6 – Recomendações gerais com base no estudo de caso.

Receção /Zona de espera	1	A zona de espera deve permitir um afastamento visual e auditivo dos restantes utilizadores do hospital. Idealmente não está exposta a zona de circulações.
	2	A zona deve ser dimensionada por forma a que os doentes possam trazer acompanhantes.
	3	A ligação entre a espera e a zona de tratamentos deve limitar ao máximo as deslocações dos doentes.
Zona de tratamentos	4	Cada posto de tratamento deve permitir que o médico ou o enfermeiro tenha acesso desimpedido às tomadas de gases medicinais e garrafas de oxigénio.
	5	Em caso de reações adversas, o posto de tratamento deve permitir que o doente seja retirado rapidamente sem causar distúrbios noutros postos. Deve existir um percurso pré-estabelecido que é mantido desimpedido até à saída do HDO, com largura necessária à passagem de uma maca. O percurso até ao serviço de destino deve ter preferencialmente portas de correr automáticas, ou, caso não seja possível, portas de batente com retentor.
	6	Deve ser possível aceder facilmente com o carrinho de emergência a qualquer posto, sem comprometer a recomendação 4 e 5.
	7	A envolvente dos postos deve incluir espaço para o equipamento médico adequado aos tratamentos possíveis (bomba de infusão, monitorização, etc), a confirmar com a equipa clínica. Deve existir local para: dispensador de álcool-gel, um lixo de resíduos, uma cadeira para um acompanhante, um armário para pertences dos doentes. Deve ainda incluir espaço para ter, pontualmente, uma mesa de refeições e um trolley de material clínico.

	8	Idealmente, cada posto pode ter uma cama ou um cadeirão, quando rodeado por uma cortina em L.
	9	Os acessos a espaços exteriores devem ter medidas adicionais de segurança e só poder ser acedidos pelos doentes com acompanhamento.
Sala/Bancada de preparação (sem preparação de citotóxicos)	10	A bancada deve permitir a receção, validação e preparação da medicação conforme os protocolos de segurança. Deve ser longa o suficiente para permitir, no mínimo, duas pessoas lado a lado a verificar medicação, e uma terceira noutra atividade.
	11	A sala deve incluir armários com chave e espaço para um frigorífico, adequados ao volume de fármacos a guardar.
	12	O layout e o mobiliário da sala devem ser validados com enfermeiros e farmacêuticos, por forma a apurar todos os requisitos mais atualizados.
Posto de enfermagem	13	Quando não há possibilidade de existir um posto de enfermagem com visibilidade para todos os postos de tratamento, devem ser planeados postos descentralizados ou móveis (sem comprometer a recomendação 5).
Espaços de apoio	14	Quando não existe um compartimento dedicado à copa, deve existir um local para armazenamento de comida embalada e preparação refeições ligeiras.

5.1.2. Proposta para a unidade em S. Miguel

A partir das opiniões recolhidas junto dos profissionais de saúde do HDO de S. Miguel, das indicações da equipa de gestão, e das lições aprendidas com o estudo de caso desenvolvido, propõe-se a seguinte reformulação da unidade. A ilustração da proposta descrita encontra-se no anexo 5.

Conforme o que era previsto, propõe-se a realocização da zona de espera para a antecâmara do HDO. Recomenda-se incluir um posto para o apoio administrativo dos doentes no que toca a marcações, seguros, autorizações, entre outros.

Na zona de tratamentos, propõe-se a inversão das áreas dos cadeirões e das camas. Recomenda-se que a sala dos cadeirões fique com ligação direta à espera, e que a sala das camas fique numa segunda zona, mais interior e mais restrita. Sugere-se um posicionamento de camas (ver no anexo 5), de modo a que estas possam ser manobradas para a saída sem entraves, e apontou-se uma faixa junto à saída que não deve ser ocupada com material. Do mesmo modo, foi registada uma área em redor das camas e dos cadeirões a manter desimpedida, por forma a garantir afastamentos mínimos para o trabalho do enfermeiro. Procurou-se um posicionamento das camas que permitisse privacidade entre os doentes mas mantendo a vista para o exterior. Junto de

cada cama sugere-se a colocação de um cabide vertical, e na instalação sanitária um cabide de parede.

Propõe-se que a bancada de preparação seja instalada na parede divisória existente entre as salas de cadeirões e de camas, uma vez que já existem aí pontos de água. A largura da bancada deve ser maximizada, assegurando 1,40m de passagem entre os dois espaços (largura regulamentar). Pretende-se que inclua os armários com chave para o material, e um módulo para colocar o frigorífico. A envolvente da bancada deve permanecer livre, para que os enfermeiros possam localizar os trolleys e os lixos de resíduos da forma que considerarem mais adequada.

Dada a existência de dois espaços de tratamento, propõem-se postos descentralizados. No seguimento da bancada de preparação localizaram-se dois postos adjacentes voltados para os cadeirões, a partir da demolição parcial da parede divisória. O terceiro posto foi direcionado para as camas. Junto aos postos de enfermagem propõe-se a localização de um armário alto, por forma a cobrir o pilar existente e ajudar a reduzir a linha de visão dos cadeirões para a zona das camas.

Relativamente à requalificação do pátio, devido ao estacionamento no piso abaixo dos canteiros, recomenda-se a plantação das mesmas espécies que existem na fachada principal do hospital, uma vez que necessitam de pouca manutenção, resistem aos ventos, e têm pouca raiz. No muro em frente propõe-se a colocação de plantas trepadeiras. Para impedir a passagem e a visibilidade de pessoas para o pátio do HDO, sugerem-se duas opções. A primeira é a colocação de arbustos altos tipo sebe, em vaso, como eugénias. A força dos ventos na zona e a necessidade de manutenção podem inviabilizar esta opção. A segunda consiste na colocação de barreiras metálicas com vegetação artificial.

Conforme requisitado pela enfermeira responsável do HDO, recomenda-se a instalação de uma bancada na segunda antecâmara para a preparação de refeições ligeiras. Propõe-se relocalizar o armário alto que atualmente serve para material clínico para esta sala, podendo depois ser utilizado para roupa limpa ou material de consumo que não necessite de estar trancado.

5.2. Limitações do estudo

Neste estudo identificaram-se várias limitações. Em primeiro lugar, o número reduzido de hospitais em estudo não permitiu ser representativo de instituições com outras características. Seria interessante replicar a metodologia em unidades com mais atividade e do setor público, pois decerto que outros aspetos relevantes seriam detetados.

O estudo de caso incluiu apenas a perspetiva do enfermeiro responsável por cada HDO. Esta escolha prendeu-se com as competências clínicas e de gestão atribuídas a este cargo, que se considerou ser o mais completo para responder aos objetivos, dados os constrangimentos de tempo para a realização do trabalho. No entanto, o contributo de outros profissionais, como médicos, farmacêuticos, e administrativos, seria valioso para explorar diferentes perspetivas. A experiência do doente, apesar de ser um tema bastante explorado na literatura científica, podia igualmente ajudar a definir o estudo de caso e a refinar as recomendações. Apesar de se ter desenvolvido uma metodologia que procurasse obter respostas objetivas, e de se considerar que a literatura suporta os resultados obtidos, o facto de só se ter recorrido a um profissional pode ter implicações na subjetividade.

Durante o tratamento dos resultados, houve dificuldade em interpretar os vários tipos de tratamento, uma vez que a autora não tem formação na área clínica. Teria sido interessante recorrer a um especialista em oncologia para haver um melhor entendimento destas atividades e dos diferentes diagnósticos, para os relacionar melhor com o ambiente construído.

6. CONCLUSÕES

Com este trabalho pretendeu-se elaborar uma proposta de reformulação de um HDO localizado em S. Miguel, no Açores, baseado nos resultados de um estudo de caso. O objetivo do estudo de caso foi sintetizar a forma como o ambiente construído das unidades se adequa às atividades envolvidas na prestação de cuidados. Para esta aferição, recorreu-se ao layout das unidades estudadas, à sua caracterização através de dados sobre recursos humanos e de atividade, e de uma observação estruturada com questões feitas ao enfermeiro responsável por cada unidade. Os resultados confirmam várias das recomendações já existentes para estas áreas, como a importância da visibilidade para todos os postos de tratamento e os efeitos positivos de vistas agradáveis para o exterior. Foram reportados aspetos não contemplados nas publicações consultadas, como a necessidade de uma zona de espera visualmente abrigada dos restantes utilizadores do hospital; questões relacionadas com as manobras e obstáculos à saída dos doentes em caso de reações adversas; considerações sobre a adequação da bancada aos protocolos de receção e verificação da medicação; e a necessidade de medidas de segurança acrescidas no contacto dos doentes com o exterior. Foram encontradas particularidades de cada contexto, como circulações apertadas, sinalização que induz em erro, e falta de volume para arrumos.

O ambiente construído é o enquadramento físico das atividades que decorrem num hospital, indissociável da qualidade assistencial. É resultado de investimentos volumosos, com influência para os doentes e para o sistema de saúde como um todo. A avaliação e o registo de como certas opções de projeto respondem aos requisitos impostos pela atividade é uma forma de impedir a perpetuação de erros já cometidos. O planeamento ou reformulação de infraestruturas hospitalares implica a interação de disciplinas bastantes distintas: quem elabora o projeto, e quem o utiliza. O intuito deste trabalho foi demonstrar como a figura do administrador hospitalar tem a capacidade de ser o mediador entre ambas. É parte das suas competências atuar em favor dos interesses dos utilizadores e prestadores do seu serviço, bem como de orientar o uso dos recursos para as soluções mais custo-efetivas. Desta forma, é possível garantir que as infraestruturas acomodam a forma como queremos prestar e experienciar cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ulrich R, Quan X, Zimring C. The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. 2004 Set.
2. WHO. Global patient safety action plan 2021-2030 - towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva; 2021.
3. Yen IH, Syme SL. The Social Environment and Health: A Discussion of the Epidemiologic Literature. *Annu Rev Public Health*. Maio de 1999;20(1):287–308.
4. Rao M, Prasad S, Adshead F, Tissera H. The built environment and health. *The Lancet*. Setembro de 2007;370(9593):1111–3.
5. Henriksen K, Isaacson S, Sadler BL, Zimring CM. The Role of the Physical Environment in Crossing the Quality Chasm. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Novembro de 2007;33(11):68–80.
6. Laursen J, Danielsen A, Rosenberg J. Effects of Environmental Design on Patient Outcome: A Systematic Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 1 de Julho de 2014;7(4):108–19.
7. Mroczek J, Mikitarian G, Vieira EK, Rotarius T. Hospital Design and Staff Perceptions. *Health Care Manag (Frederick)*. Julho de 2005;24(3):233–44.
8. Sadler BL, DuBose J, Zimring C. The Business Case for Building Better Hospitals through Evidence-Based Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 1 de Abril de 2008;1(3):22–39.
9. Brambilla A, Rebecchi A, Capolongo S. Evidence Based Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Ann Ig*. 2019;31(2):165–80.
10. Sadler BL, Berry LL, Guenther R, Hamilton DK, Hessler FA, Merritt C, et al. *Fable Hospital 2.0: The Business Case for Building Better Health Care Facilities*. *Hastings Center Report*. 2 de Janeiro de 2011;41(1):13–23.
11. ACSS. Guia para a Avaliação Pós-Ocupação de Edifícios Hospitalares. Lisboa; 2014 Nov.
12. Federal Facilities Council. *Learning from Our Buildings - A State-of-the-Practice Summary of Post-Occupancy Evaluation*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2002 Jan.
13. Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho. Diário da República nº132/2017 Série I.

14. Costa C, Santana R, Lopes S. Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro. Lisboa; 2013 Jul.
15. Ordem dos Médicos. Cenários da saúde em 2040 | Os desafios da medicina para a próxima geração. Lisboa; 2022 Dez.
16. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas à Pessoa com Doença Oncológica. 2023 Mar.
17. Sadek AH, Willis J. Ways to harness the built environment of ambulatory cancer facilities for comprehensive patient support: A review of the literature. *Int J Nurs Stud.* Janeiro de 2020;101:103356.
18. Love RR, Leventhal H, Easterling D V., Nerenz DR. Side effects and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer.* 1 de Fevereiro de 1989;63(3):604–12.
19. Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, et al. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer.* 6 de Agosto de 2004;91(3):504–11.
20. European Cancer Inequalities Registry. Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023. OECD; 2023.
21. RON. Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2019. Porto; 2022 Nov.
22. Lacerda GF, Pinheiro PS, Cabral JM, Câmara JG, Rodrigues VL. Cancer in the Azores: initial results from a recently established population-based cancer registry. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* Junho de 2012;15(2):285–97.
23. Forjaz G, Chen HS, Howlader N, Rego R, Rodrigues V, Mariotto AB. Measuring progress against cancer in the Azores, Portugal: Incidence, survival, and mortality trends and projections to 2025. *Cancer Epidemiol.* Dezembro de 2020;69:101810.
24. Centro de Oncologia dos Açores. Registo Oncológico dos Açores - 20 anos. Angra do Heroísmo; 2018 Dez.
25. Amaral A, Rodrigues V, Oliveira J, Pinto C, Carneiro V, Sanbento R, et al. Chronic exposure to volcanic environments and cancer incidence in the Azores, Portugal. *Science of The Total Environment* [Internet]. 15 de Agosto de 2006;367(1):123–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048969706001045>

26. Ugai T, Sasamoto N, Lee HY, Ando M, Song M, Tamimi RM, et al. Is early-onset cancer an emerging global epidemic? Current evidence and future implications. *Nat Rev Clin Oncol*. 6 de Outubro de 2022;19(10):656–73.
27. Sinicrope FA. Increasing Incidence of Early-Onset Colorectal Cancer. *New England Journal of Medicine*. 21 de Abril de 2022;386(16):1547–58.
28. Akimoto N, Ugai T, Zhong R, Hamada T, Fujiyoshi K, Giannakis M, et al. Rising incidence of early-onset colorectal cancer — a call to action. *Nat Rev Clin Oncol*. 20 de Abril de 2021;18(4):230–43.
29. ACSS. Guia para elaboração de Programas Funcionais. Lisboa; 2024 Abr.
30. Direção Geral da Saúde. Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia. Lisboa; 2002 Jan.
31. DGS. Recursos do SNS em Oncologia - Relatório de Inquérito 2019. 2020.
32. Prip A, Møller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen MH, Danielsen AK. The Patient–Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting. *Cancer Nurs*. Setembro de 2018;41(5):E11–22.
33. CUF. Relatório Integrado 2022. Oeiras; 2023.
34. Serviço Regional de Estatística dos Açores [Internet]. 2020 [citado 2 de Junho de 2024]. Estimativas da População Média. Disponível em: <https://srea.azores.gov.pt/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2FDemografia%2FEstimativas+da+Popula%C3%A7%C3%A3o+M%C3%A9dia&rs:Command=Render>
35. Hospital do Divino Espírito Santo E. Relatório e Contas 2022. São Miguel;
36. Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira E. Relatório e Contas 2021. Angra do Heroísmo;
37. HDES. Hospital do Divino Espírito Santo. 2024 [citado 2 de Maio de 2024]. Serviço de Deslocação de Doentes. Disponível em: <https://www.hdes.pt/utentes/deslocacao-de-doentes/#1447164768106-10a7f0c6-9da8>
38. Sadki A, Xie X, Chauvin F. Planning oncologists of ambulatory care units. *Decis Support Syst*. Maio de 2013;55(2):640–9.
39. Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Hospital Dia [Internet]. [citado 16 de Março de 2024]. Disponível em: <https://www.chporto.pt/v0E0R/hospital-dia>

40. Belter D, Halsey J, Severtson H, Fix A, Michelfelder L, Michalak K, et al. Evaluation of Outpatient Oncology Services Using Lean Methodology. *Oncol Nurs Forum*. 1 de Março de 2012;39(2):136–40.
41. Liang B, Turkcan A, Ceyhan ME, Stuart K. Improvement of chemotherapy patient flow and scheduling in an outpatient oncology clinic. *Int J Prod Res*. 17 de Dezembro de 2015;53(24):7177–90.
42. Gjolaj LN, Campos GG, Olier-Pino AI, Fernandez GL. Delivering Patient Value by Using Process Improvement Tools to Decrease Patient Wait Time in an Outpatient Oncology Infusion Unit. *J Oncol Pract*. Janeiro de 2016;12(1):e95–100.
43. Nightingale F. *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. 1.^a ed. New York: D. Appleton and Company, 346 & 348 Broadway; 1860.
44. Bernhardt J, Lipson-Smith R, Davis A, White M, Zeeman H, Pitt N, et al. Why hospital design matters: A narrative review of built environments research relevant to stroke care. *International Journal of Stroke*. 5 de Abril de 2022;17(4):370–7.
45. Shannon MM, Nordin S, Bernhardt J, Elf M. Application of Theory in Studies of Healthcare Built Environment Research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 29 de Julho de 2020;13(3):154–70.
46. Portaria nº 90/2024/1 de 11 de março. *Diário da Republica 1ª série nº50 Mar 11, 2014*.
47. ACSS. *Recomendações Técnicas para o Hospital de Dia*. Lisboa; 2011 Jul.
48. IHFG. Part B – Health Facility Briefing & Design. 225 Oncology Unit – Medical (Chemotherapy). 2023 Out.
49. Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. Vol. 40, *Critical Care Medicine*. 2012. p. 1586–600.
50. NHS. *Health Building Note 02-01 - Cancer treatment facilities*. 2013.
51. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo HB, Choi YS, et al. A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 1 de Abril de 2008;1(3):61–125.
52. Rowlands J, Noble S. How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliat Med*. 1 de Setembro de 2008;22(6):768–74.
53. Pease NJ, Finlay IG. Do patients and their relatives prefer single cubicles or shared wards? *Palliat Med*. 1 de Julho de 2002;16(5):445–6.

54. Zingaretti G. Evidence-based design. *World Hosp Health Serv.* 2010;46(2):20–2.
55. Wang Z, Puksza M. Patient Needs and Environments for Cancer Infusion Treatment. *J Inter Des.* 23 de Junho de 2017;42(2):13–25.
56. Facilities Guidelines Institute [Internet]. [citado 31 de Maio de 2024]. Disponível em: <https://fgiguilines.org/>
57. American Institute of Architects. Academy of Architecture for Health. [citado 31 de Maio de 2024]; Disponível em: <https://network.aia.org/communities/community-home?CommunityKey=5ac54771-1122-4d1f-ac18-d2d12d6a94fb>
58. Australasian Health Facility Guidelines [Internet]. [citado 22 de Maio de 2024]. Disponível em: <https://healthfacilityguidelines.com.au/australasian-health-facility-guidelines>
59. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd Edition. Vol. 5. Sage Publications; 2002.
60. McClure WR, Bartuska TJ. *The Built Environment - A Collaborative Inquiry into Design and Planning*. 2.^a ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2007.
61. Lee AS. A Scientific Methodology for MIS Case Studies. *MIS Quarterly.* Março de 1989;13(1):33.
62. Riege AM. Validity and reliability tests in case study research: a literature review with “hands-on” applications for each research phase. *Qualitative Market Research: An International Journal.* 1 de Junho de 2003;6(2):75–86.
63. Mintzberg H. Structured observation as a method to study managerial work. *Journal of Management Studies.* Fevereiro de 1970;7(1):87–104.
64. American Cancer Society. American Cancer Society. 2020 [citado 11 de Junho de 2024]. Chemotherapy Side Effects. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/chemotherapy/chemotherapy-side-effects.html>
65. Liu L, Wu Y, Cong W, Hu M, Li X, Zhou C. Experience of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a systematic review of qualitative research. *Quality of Life Research.* 18 de Maio de 2021;30(5):1249–65.
66. Beusterien K, Tsay S, Gholizadeh S, Su Y. Real-world experience with colorectal cancer chemotherapies: patient web forum analysis. *Ecancermedalscience.* 2013;7:361.
67. Association of Cancer Care Centers. *How Does Your Infusion Center Measure Up?* Rockville, Maryland; 2015.

68. Zborowsky T, Bunker-Hellmich L, Morelli A, O'Neill M. Centralized vs. Decentralized Nursing Stations: Effects on Nurses' Functional Use of Space and Work Environment. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 1 de Julho de 2010;3(4):19–42.
69. Oncology Nursing Society. ONS Position Statement: Staffing of Ambulatory Treatment Centers. Pittsburgh, Pensilvânia; 2019 Out.
70. Neuss MN, Gilmore TR, Belderson KM, Billett AL, Conti-Kalchik T, Harvey BE, et al. 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *J Oncol Pract*. Dezembro de 2016;12(12):1262–71.
71. AHFG. Australasian Health Facility Guidelines. 2021 [citado 20 de Junho de 2024]. Patient Bay - Medical Day Treatment. Disponível em: <https://healthfacilityguidelines.com.au/component/patient-bay-medical-day-treatment>
72. IHFG. Part C: Access, Mobility and OH&S. 5 - Doors. 2023 Fev.
73. Mcilpatrick S, Sullivan K, McKenna H. What about the carers?: Exploring the experience of caregivers in a chemotherapy day hospital setting. *European Journal of Oncology Nursing*. Setembro de 2006;10(4):294–303.
74. DGS. Norma 008/2023: Medicamentos de Alta Vigilância. Direção Geral da Saúde Dez 19, 2023.
75. Ulrich RS. View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science* (1979). 27 de Abril de 1984;224(4647):420–1.
76. Decreto-Lei nº127/2014 de 22 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série nº 161 2014 p. 4416–21.

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da entidade de acolhimento para a realização do Trabalho de Campo

Autorização para Realização do Trabalho de Campo

Para os devidos efeitos,

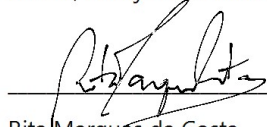
Declaro que a Sara de Albuquerque Marques, estudante do 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, foi autorizada a realizar o Trabalho de Campo com o apoio da CUF Oncologia, intitulado: “O Hospital de Dia Oncológico: Recomendações baseadas num estudo de caso e proposta de reformulação de uma unidade nos Açores”, no seguimento do seu estágio curricular.

O trabalho a conduzir inclui:

- A análise de dois casos distintos de unidades de Hospital de Dia Oncológico, CUF Tejo e CUF Cascais;
- A visita e análise da unidade de Hospital de Dia Oncológico da CUF Açores;
- O levantamento do layout das unidades;
- A realização de entrevistas semiestruturadas, com o guião validado, aos enfermeiros responsáveis por cada unidade.
- O acesso a dados de produção referente ao ano de 2023, nomeadamente o número de sessões e de doentes por tipo de tratamento, e o número de novos diagnósticos por grupo de patologia, realizados nos Hospitais de Dia estudados.

O estudo será supervisionado pela nossa equipa, garantindo que todos os procedimentos de confidencialidade sejam rigorosamente seguidos.

Lisboa, 8 de janeiro de 2024



Rita Marques da Costa

Diretora da CUF Oncologia

HOSPITAL:

___/___/___

RECEÇÃO/ZONA DE ESPERA

RECEÇÃO/ZONA DE ESPERA

	Nº de postos atendimento
	Balcão para mobilidade condicionada
	Entrada na zona de tratamentos visível da receção
	Zona de tratamentos NÃO visível da receção

ESPERA GERAL

	Nº de cadeiras
	Junto à secretaria
	Área anexa para arrumação de macas e cadeiras de rodas
	Iluminação natural
	Permite entrada, circulação e espera de utentes em maca ou cadeira de rodas
	Espaço lúdico
	Contacto com I.S.
	I.S. visível da zona de espera
	Contacto com gabinete de consulta

BREVE DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

1. COMO CLASSIFICA A LARGURA DAS ZONAS DE CIRCULAÇÃO?
(adequados ao fluxo de pessoas, permite cruzamentos, etc)

2. COMO CLASSIFICA A DIMENSÃO DA ZONA DE ESPERA?

HOSPITAL:

___/___/___

RECEÇÃO/ZONA DE ESPERA

3. COMO CLASSIFICA A QUALIDADE DO ESPAÇO?
(disposição, acabamentos, mobiliário, luz, ventilação etc)

4. COMO CLASSIFICA O NÍVEL DE RUÍDO?

7. RECEBE FEEDBACK POR PARTE DOS UTENTES RELATIVAMENTE AO ESPAÇO?

8. COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES:

HOSPITAL:

___/___/___

GABINETE DE CONSULTA

GABINETE DE CONSULTA

<input type="checkbox"/>	Lava-mãos
<input type="checkbox"/>	Maca
<input type="checkbox"/>	Cortina
<input type="checkbox"/>	Contacto com circulação/espera
<input type="checkbox"/>	Luz natural ou segunda luz

BREVE DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

1. COMO CLASSIFICA O ESPAÇO DISPONÍVEL PARA AS SUAS ATIVIDADES?
(área suficiente, sem constrangimentos)

2. COMO CLASSIFICA O ESPAÇO PARA CIRCULAÇÃO?
(adequado a PMC, com acompanhantes, etc)

3. COMO CLASSIFICA A QUALIDADE DO ESPAÇO?
(disposição, acabamentos, mobiliário, luz, ventilação etc)

HOSPITAL:

GABINETE DE CONSULTA

___/___/___

4. COMO CLASSIFICA O NÍVEL DE PRIVACIDADE OFERECIDO PELO GABINETE?

5. RECEBE FEEDBACK POR PARTE DOS UTENTES RELATIVAMENTE AO ESPAÇO?

6. COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES:

HOSPITAL:

___/___/___

SALA DE UTENTES/TRATAMENTO

SALA DE UTENTES/TRATAMENTO

<input type="checkbox"/>	Nº de cadeirões
<input type="checkbox"/>	Iluminação natural
<input type="checkbox"/>	Vistas para o exterior
<input type="checkbox"/>	TV, livros
<input type="checkbox"/>	Cortinas separadoras
<input type="checkbox"/>	Cadeiras para acompanhantes
<input type="checkbox"/>	Contacto visual com o posto de enfermagem

<input type="checkbox"/>	Lava-mãos
<input type="checkbox"/>	Com I.S.
<input type="checkbox"/>	O2 + vacuo p/ cadeirão

ESPAÇOS EM CONTACTO COM A SALA:

1. COMO CLASSIFICA O ESPAÇO DISPONÍVEL PARA AS SUAS ATIVIDADES?
(área suficiente, sem constrangimentos, proximidades excessivas, etc)

2. COMO CLASSIFICA A LARGURA DAS ZONAS DE CIRCULAÇÃO?
(adequados ao fluxo dos profissionais, permite a passagem do carro de emergência)

3. COMO CLASSIFICA A QUALIDADE DO ESPAÇO?
(disposição, acabamentos, mobiliário, luz, ventilação etc)

HOSPITAL:

SALA DE UTENTES/TRATAMENTO

___/___/___

4. COMO CLASSIFICA A POSIÇÃO DESTA SALA RELATIVAMENTE AOS ESPAÇOS DE APOIO? (sala de preparação, I.S. utentes, arrumos, sujos, etc)

5. COMO CLASSIFICA A POSIÇÃO DESTA SALA RELATIVAMENTE AO POSTO DE ENFERMAGEM?

6. COMO CLASSIFICA A DISPOSIÇÃO DOS CADEIRÕES?

7. O MOBILIÁRIO USADO PELOS UTENTES É ADEQUADO ÀS ATIVIDADES? (confortável, adaptado para refeições, etc)

8. COMO CLASSIFICA A ILUMINAÇÃO NATURAL/ EXPOSIÇÃO SOLAR?

HOSPITAL:

SALA DE UTENTES/TRATAMENTO

___/___/___

9. CONSIDERA QUE A ENVOLVENTE DOS CADEIRÕES ESTÁ OTIMIZADA PARA A REALIZAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES?

(segurança, espaço de manobra, altura das rampas, etc)

10. COMO CLASSIFICA O NÍVEL DE RUÍDO?

11. COMO CLASSIFICA O NÍVEL DE PRIVACIDADE OFERECIDO PELA SALA?

12. COMO CLASSIFICA A EXPERIÊNCIA DO UTENTE NESTA SALA?

(indicar o feedback recebido, caso haja)

13. COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES:

HOSPITAL:

___/___/___

BOXES/QUARTOS

BOXES/QUARTOS

	Nº de boxes
	Com I.S.
	Iluminação natural
	Lava-mãos
	Local para acompanhantes
	Com calhas técnicas

ESPAÇOS EM CONTACTO COM AS BOXES:

1. COMO CLASSIFICA A QUALIDADE DO ESPAÇO?
(dimensão, disposição, acabamentos, mobiliário, luz, ventilação etc)

2. COMO CLASSIFICA A POSIÇÃO DESTA SALA RELATIVAMENTE AOS ESPAÇOS DE APOIO DE APOIO? (sala de preparação, I.S. utentes, arrumos, sujos, etc)

3. COMO CLASSIFICA A POSIÇÃO DESTA SALA RELATIVAMENTE AO POSTO DE ENFERMAGEM?

4. COMO CLASSIFICA O NÍVEL DE PRIVACIDADE OFERECIDO PELO QUARTO?

HOSPITAL:

BOXES/QUARTOS

___/___/___

5. COMO CLASSIFICA A EXPERIÊNCIA DO UTENTE NESTA SALA?
(indicar o feedback recebido, caso haja)

6. COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES:

HOSPITAL:

___/___/___

SALA DE PREPARAÇÃO

SALA DE PREPARAÇÃO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Zona fechada

Zona aberta de bancadas

BREVE DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

--

DESCRIÇÃO DA RELAÇÃO FUNCIONAL COM A FARMÁCIA:

(preparação interna ou externa, protocolos de receção de medicamentos, logística inversa, horários)

--

1. COMO CLASSIFICA O ESPAÇO DISPONÍVEL PARA AS SUAS ATIVIDADES?
(área suficiente, sem constrangimentos)

--

2. COMO CLASSIFICA A POSIÇÃO DESTA SALA RELATIVAMENTE AOS ESPAÇOS DE APOIO DE APOIO E DE TRATAMENTO? (sala de tratamento, arrumos, sujos, etc)

--

HOSPITAL:

SALA DE PREPARAÇÃO

___/___/___

3. CONSIDERA A/S BANCADA/S ADEQUADA/S ÀS ATIVIDADES?
(disposição dos módulos, quantidade, funcionalidade, segurança, ajustado aos processos de trabalho)

4. COMO CLASSIFICA A RELAÇÃO FUNCIONAL COM A FARMÁCIA?

5. COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES?

HOSPITAL:

___/___/___

POSTO DE ENFERMAGEM

POSTO DE ENFERMAGEM

Nº de postos

Visibilidade para todos os cadeirões

Visibilidade para as boxes

BREVE DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

(apontar nº de profissionais por turnos)

--

1. COMO CLASSIFICA O ESPAÇO DISPONÍVEL PARA AS SUAS ATIVIDADES?
(espaço para material, arquivo, impressão etc)

--

2. COMO CLASSIFICA A POSIÇÃO DO POSTO RELATIVAMENTE AOS CADEIRÕES E
ÀS BOXES? (visibilidade, acessibilidade)

--

3. COMO CLASSIFICA A POSIÇÃO DO POSTO RELATIVAMENTE ÀS AREAS DE APOIO?
(sala de preparação, copa, sujos, arrumos, etc)

--

HOSPITAL:

___/___/___

POSTO DE ENFERMAGEM

4. COMO CLASSIFICA O MOBILIÁRIO DO POSTO?

5. COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES:

HOSPITAL:

ESPAÇOS DE APOIO

___/___/___

a) I.S. PESSOAL + VESTIÁRIOS

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

b) GABINETE/S DE TRABALHO OU REUNIÃO

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

c) COPA

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

d) ARRUMOS DE MATERIAL DE LIMPEZA

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

HOSPITAL:

___/___/___

ESPAÇOS DE APOIO

h) ARRUMAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

Junto aos locais de consumo

Reabastecível sem devassa do serviço

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

i) ARRUMAÇÃO DE MATERIAL CLÍNICO

Junto aos locais de consumo

Reabastecível sem devassa do serviço

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

j) OUTROS

FRIGORÍFICO/ CARRINHOS DE REANIMAÇÃO/ RELÓGIO/ TUBO PNEUMÁTICO, ETC

HOSPITAL:

___/___/___

ESPAÇOS DE APOIO

e) **DEPÓSITO DE SACOS**

Acessível sem devassa do serviço

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

(verificar materiais)

f) **SUJOS**

Acessível sem devassa do serviço

PROXIMIDADE:

COMENTÁRIOS:

(verificar materiais)

g) **ARRUMAÇÃO DE ROUPA LIMPA**

Junto aos locais de consumo

Reabastecível sem devassa do serviço

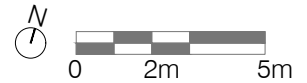
PROXIMIDADE:



















COMENTÁRIOS:

CONSULTAS

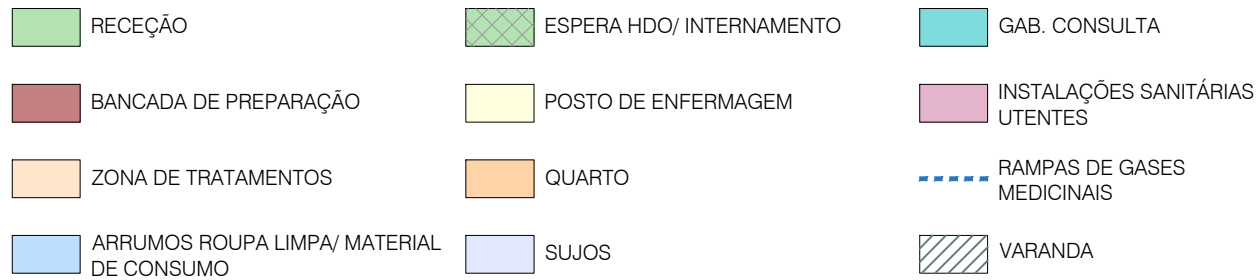
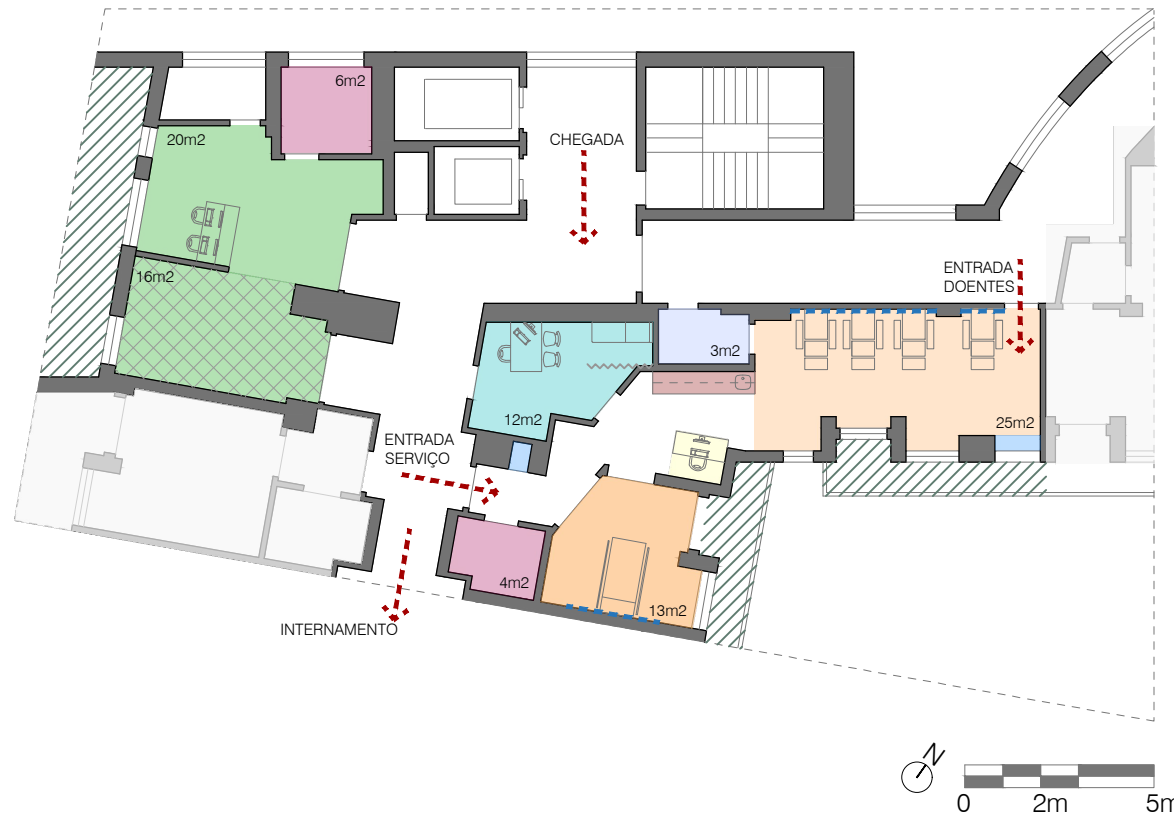


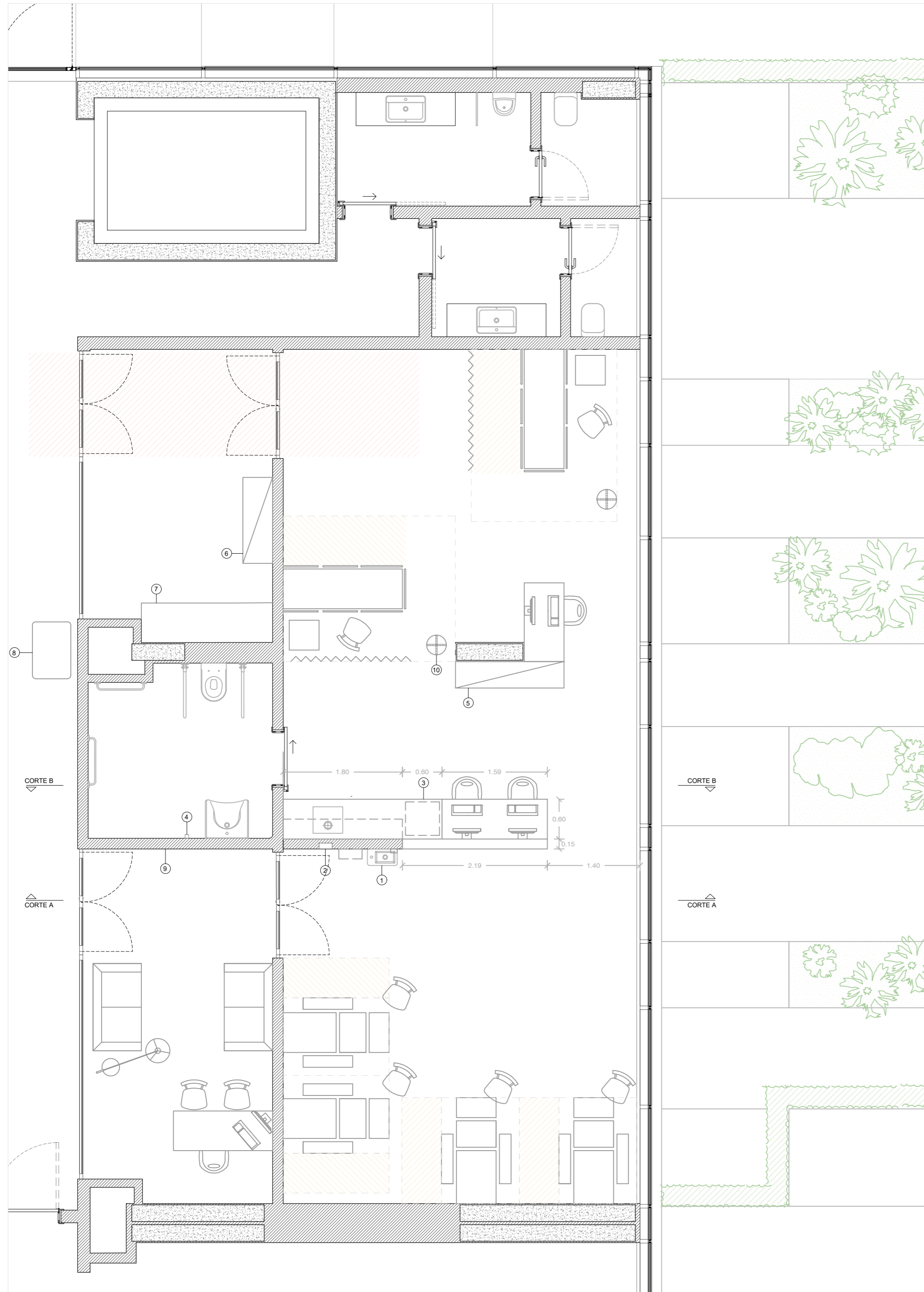
HOSPITAL DE DIA ONCOLÓGICO



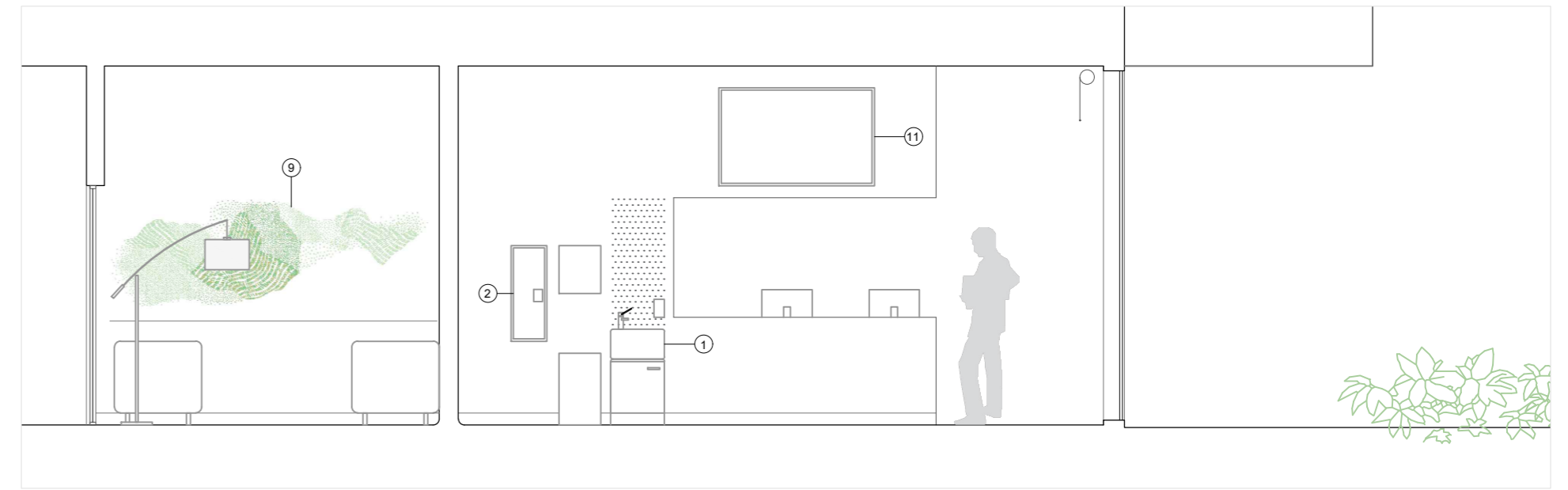
- | | | | |
|---|--|--|--|
|  RECEÇÃO |  ESPERA HDO |  ESPERA GABINETES |  PÁTIOS |
|  GAB. CONSULTA MÉDICA |  GAB. COORD. ENFERMAGEM |  GAB. FARMÁCIA |  SALA REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES |
|  ZONA DE TRATAMENTOS |  QUARTOS/BOXES |  POSTO DE ENFERMAGEM |  INSTALAÇÕES SANITÁRIAS UTENTES |
|  SALA DE PREPARAÇÃO |  RAMPAS DE GASES MEDICINAIS |  PÁTIO SALA DE TRATAMENTOS |  COPA |
|  ARRUMOS MATERIAL CLÍNICO |  SUJOS | | |

ANEXO 4 - LAYOUT DO HDO B

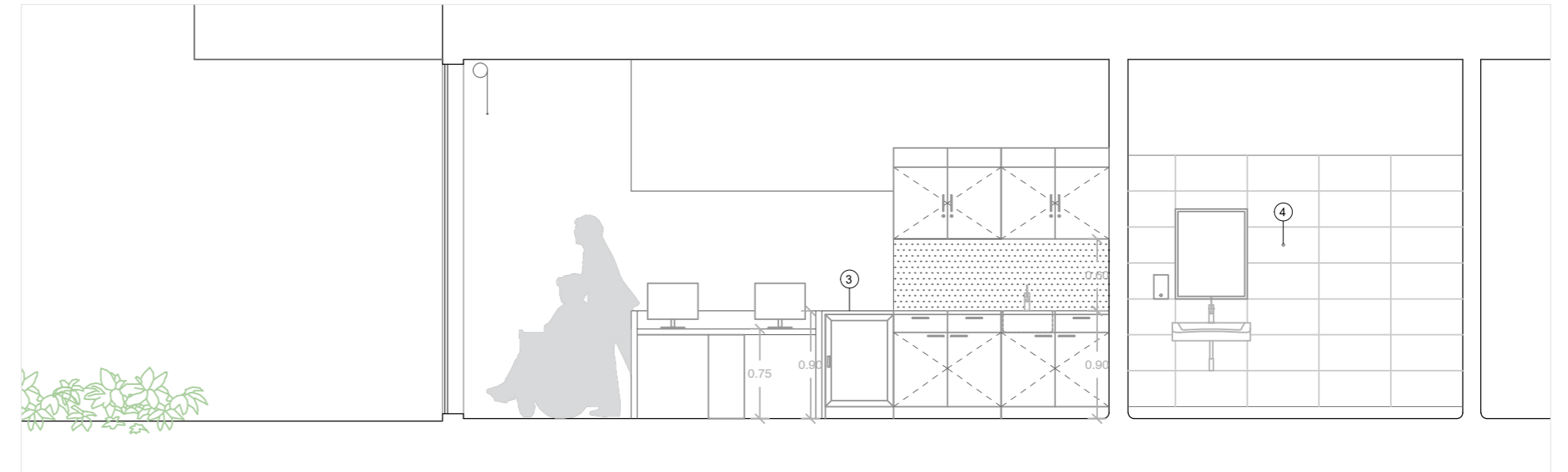




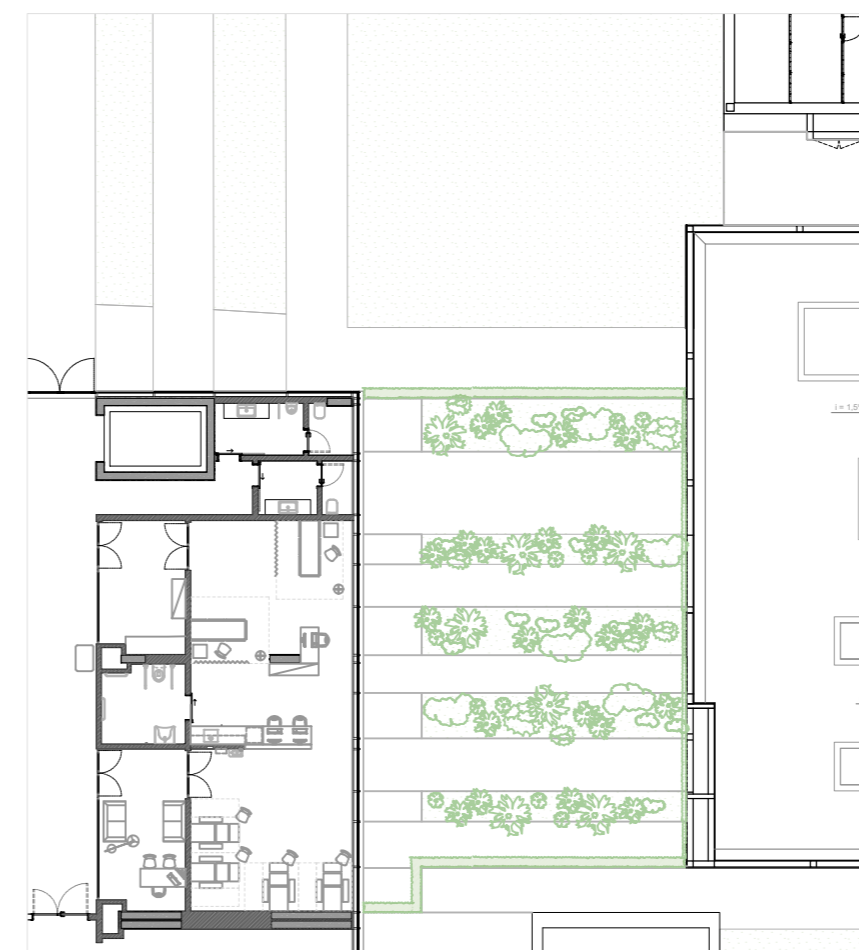
PLANTA DA PROPOSTA | ESCALA 1:50 @ A2



CORTE A | ESCALA 1:50 @ A2



CORTE B | ESCALA 1:50 @ A2



PLANTA DA PROPOSTA | ESCALA 1:250 @ A2

EXTERIOR:

FAIXAS:
AJARDINAR COM PLANTAS DAS ESPÉCIES DA FACHADA SUL, OU SEMELHANTES, COM POUCA RAIZ E POUCA NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO



DIVISÓRIAS:
OPÇÃO 1: SEBE OU ARBUSTO ALTO, EM VASO



DIVISÓRIAS:
OPÇÃO 2: DIVISÓRIA SINTÉTICA



PAREDE EXTERIOR REVESTIDA A HERA



NA FOTO: EUGÉNIAS

LEGENDA:

- | | | |
|---|--|---|
| ① SAÍDA DE EMERGÊNCIA | ⑤ ARMÁRIO ALTO PARA MATERIAL DE CONSUMO | ⑪ TELEVISÃO |
| ① LAVA-MÃOS, DISPENSADOR DE SABÃO, PAPELEIRA E CAIXOTE REVESTIR PAREDE ATRÁS C/ VINIL OU OUTRO MATERIAL HIDRÓFUGO | ⑥ ARMÁRIO ALTO PARA MATERIAL DE CONSUMO (EXISTENTE) | ÁREA A MANTER LIVRE PARA SAÍDA DE EMERGÊNCIA |
| ② EXTINTOR (MANTÉM A POSIÇÃO EXISTENTE) | ⑦ BANCADA PARA PREPARAÇÃO DE CHÁS, ETC. | ÁREA A MANTER LIVRE PARA TRABALHO DO ENFERMEIRO |
| ③ FRIGORÍFICO SOB A BANCADA DE PREPARAÇÃO | ⑧ CARRINHO DE EMERGÊNCIA | |
| ④ CABIDE DE PAREDE | ⑨ WALLPRINT DE ACORDO COM O MANUAL DE AMBIENTES CUF PARA O H.D. ONCOLÓGICO | |
| | ⑩ CABIDE DE PÉ | |