

Design de Informação, Sinalização e Inclusão em Hospitais *Information Design, Signage and Inclusion in Hospitals*

Débora Cristina Zaninotti Imasato Gimenez, Cassia Leticia Carrara Domiciano,
Fernanda Henriques e Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Palavras-chave: Design de informação, Sinalização hospitalar, Design inclusivo

Este artigo tem como objetivo principal levantar bibliografias a respeito do design de informação e sinalização e delinear estratégias e diretrizes para sinalização de hospitais, tomando como base um espaço já existente, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, campus de Bauru, considerando-se o espaço e sua utilização pelos pacientes e funcionários do local. São tomadas como base para este estudo as teorias em Design Inclusivo, Design Gráfico e Design de Informação focando aspectos sociais e funcionais do ser humano. Metodologias oferecidas por áreas como o Design Thinking e o Design de Serviços, bem como um levantamento de necessidades e limitações no espaço investigado como estudo de caso são utilizados.

Keywords: Information design, hospital signage, inclusive design

This article has as its main objective to survey the literature about information and signaling design and to outline strategies and guidelines for hospital signaling, based on an existing space, the University of São Paulo Craniofacial Anomaly Rehabilitation Hospital, Bauru campus, considering the space and its use by patients and staff at the site. The basis for this study include theories on Inclusive Design, Graphic Design and Information Design focusing on social and functional aspects of the human being. Methodologies offered by areas such as Design Thinking and Service Design, as well as a survey of needs and limitations in the space investigated as a case study are used.

1 Introdução

O Design informacional em ambiente hospitalar tem o importante papel de sistematizar acesso a informações dos diversos setores do hospital de forma a organizar os espaços e facilitar a comunicação e o deslocamento. Neste sentido um projeto de sinalização em ambiente hospitalar propõe estratégias de comunicação que favoreçam o acesso dos usuários e colaboradores (funcionários, profissionais, alunos) tanto aos espaços institucionais quanto ao capital cultural. O estudo sobre a forma como determinado estabelecimento se comunica com usuários e colaboradores, a partir do uso sinalização e da informação a ele atribuída, é uma estratégia para promover uso de produtos, serviços e sistemas.

Os usuários de hospitais públicos apresentam-se, em sua maioria, vulneráveis, debilitados pela falta de condições econômicas e muitas vezes com reduzido acesso à informação e a serviços de saúde. O design, no que se refere à adequação da sinalização, organiza espaços e facilita a comunicação, assumindo o papel importante para minimizar situações de constrangimento e desconforto físico e emocional ao mesmo tempo em que promove saúde. A padronização da sinalização de um hospital, portanto, é fundamental para garantir a qualidade da informação em todos os pontos de circulação de usuários e colaboradores.

Diferentes áreas, saberes e características, se relacionam nos âmbitos sociais e emocionais de um hospital. Para Macário (2015), essa conexão de saberes é fundamental para lidar com questões sociais: "O Design, de forma geral, sempre teve uma abordagem

transversal às áreas de conhecimento com as quais se relaciona, ligando-se a conceitos oriundos de outras áreas como ciência social aplicada. Isso fica claro nas linhas do design que pretendem lidar com a inclusão social, a sustentabilidade e a psicologia”. Niemeyer (2015), por sua vez, destaca o Design Participativo, que agrega nas equipes de criação também os representantes da comunidade envolvida (usuários e colaboradores), visando encontrar soluções (de sinalização) que supram necessidades reais.

Segundo pesquisa do IBGE realizada em 2010, cerca de 9,7 milhões de pessoas declararam apresentar deficiência auditiva. Já o número total de pessoas com deficiência registrado na ocasião correspondeu a 23,9% da população. Neste cenário é importante considerar ajustes na sinalização hospitalar buscando-se atender a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) sancionada desde 06 de julho de 2015 (GABRILLI, 2016). Mais especificamente em seu artigo 8º, a Lei determina ser “dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos...” incluindo a acessibilidade à informação e à comunicação como um dos seus aspectos que devem ser observados de forma a garantir seu bem-estar. Neste sentido buscar-se-á estabelecer uma postura investigativa e multidisciplinar a qual, segundo Gimenez e Domiciano (2016), pode colaborar para a construção de ações projetuais que visem relações das pessoas com deficiência com o mundo material e os ambientes que frequentam, por uma questão não apenas de direitos, mas de dignidade humana.

2 Justificativa

Segundo OLIVEIRA E SOUZA (2014) há estudos que abordam sinalizações de orientação de fluxo e compreensibilidade de gráficos utilizados em hospitais, mas não mencionam as demais peças de uma comunicação efetiva. No referido estudo também não é possível abordar com especificidade a questão da inclusão na comunicação em hospitais, pois os dados de pesquisa qualitativa com usuários e colaboradores foi inviabilizado, com restrições de acesso às informações. Os autores ainda caracterizam este tipo de projeto como complexo, dinâmico e flexível, exigindo soluções que acompanhem e respeitem essas características.

Em contribuição, este artigo buscou identificar a lacuna existente na Comunicação Inclusiva em Hospitais, iniciando um projeto futuro em Design de Informação, a ser criado para o hospital citado, uma referência no tratamento de pacientes com deficiência do estado de São Paulo. E mostrou-se de extrema relevância, possibilitando destacar as áreas emergentes do design e, principalmente, valorizar o papel do usuário no processo.

3 Revisão bibliográfica

3.1 O caráter social do design

Entre as décadas de 70 e 80, autores como Papanek (1984) começaram a questionar de forma mais intensa preceitos exaltados pelo design moderno desde o estabelecimento das primeiras escolas de design, que nortearam os conceitos que se espalharam pelo mundo, inclusive por países periféricos, cuja realidade se diferenciava muito dos grandes centros europeus e norte-americanos. Papanek falava do design para um mundo real, mais próximo dos problemas característicos de cada região. O “mundo real” por ele apresentado hoje se configura como um mundo globalizado e conectado, um mundo complexo, como nomeia Cardoso no seu livro *Design para um mundo complexo* (2013). O autor fala dos desafios que os últimos vinte anos trouxeram aos designers. Por complexidade ele conceitua: “um sistema composto de muitos elementos, camadas e estruturas, cujas interpelações condicionam e redefinem continuamente o funcionamento do todo.” (Cardoso, 2013)

Nesse novo mundo necessita-se de novos designers, pois novas indústrias e novos sistemas, mais flexíveis, mais adaptáveis e menos massificados surgem a cada dia, bem como “novos” usuários, que deixam de ter um único perfil para assumirem perfis diversos, reais. Como colocado por Gimenez e Domiciano (2016), “o mundo não é ideal, simples, funcional. É complexo, por vezes caótico. Mas essa complexidade não é necessariamente ruim, como se acreditava em meados do século XX, onde a simplicidade almejada se refletiu em objetos de forma pura e desprovida de ornamentação.” A complexidade por vezes atende novas necessidades, ou ainda velhas necessidades que antes eram desconsideradas, como aquelas apresentadas por certas “minorias”.

Como coloca Macário (2015), essa conexão de saberes é fundamental para lidar com questões sociais:

“O Design, de forma geral, sempre teve uma abordagem transversal às áreas de conhecimento com as quais se relaciona, ligando-se a conceitos oriundos de outras áreas como ciência social aplicada. Isso fica claro nas linhas do design que pretendem lidar com a inclusão social, a sustentabilidade e a psicologia”.

Na verdade, quando pensamos nesta aproximação de saberes, estamos retomando a realidade, condensada por diversas partes, que é setorizada para facilitação de aprendizado e definição. O holístico, por si, não é uma criação, nem tão pouco a visão global do processo o é. O que de fato é novo neste momento, é a percepção humana, que se aprimora para o interdisciplinar, para o Co-participativo e retoma a observação da natureza fluida para a aplicação em projetos.

Parece por um momento que somos “capazes de “escanear” o ambiente, detectando as informações contidas: visão, audição, tato, olfato e paladar. Os três primeiros, usados conjuntamente, potencializam as possibilidades de compreensão dos sistemas de informação...” (PRADO, A.R.A; LOPES, M.E.; ORNSTEIN,S.W., 2010)

3.2 Design de Serviços e Design Thinking

É possível destacar a união do processo metodológico de Design Thinking ao método participativo do Design de Serviços. Este último agrega diferentes processo e meios de variadas disciplinas. É um pensamento inovador em constante evolução, o que torna nítido que ainda não tenha uma definição fixa e concreta sobre o tema, de acordo com Stickdorn e Schneider (pág. 31,2014). De acordo com os autores, esta rotina de envolvimento interdisciplinar une e interage diversos saberes do design, gestão e engenharia de processos. Estes modelos conscientemente elaborados agregam novos layouts, são acolhedores e humanos as necessidades do usuário final e criam valores.

De maneira tangível e intangível o Design de Serviços beneficia, extensivamente, setores de serviços - públicos e privados, como serviços de saúde, transporte e varejo, entre outros. Na questão tangível, valores dimensionáveis como, o design gráfico, a ergonomia e o design de sistemas aliados as inclusões de seus usuários. Intangível na forma como o Design de Serviços auxilia com o bem-estar deste usuário e seu amparo físico, psíquico e social.

Os autores Stickdorn e Schneider (2014) entrelaçam o Design de Serviços com habilidades do Design Thinking,conceituando-o como Design Thinking de Serviços, que, por sua vez, possui cinco pontos direcionais contemporâneos e apresentando cinco princípios orientadores, que por sua vez interagem, também, ao Design atual:

1. O usuário como centro – olhar do cliente;
2. A cocriação – projetos e pessoas envolvidas (stakeholders) são processo de design e serviços;
3. A sequencialidade – os serviços são interconectados;

4. A evidência – o intangível devem ser visto como mecanismo físico.
5. A holística – o ambiente é uma rede de conexões e deve ser levado em consideração

4 Acessibilidade e inclusão

Historicamente, a acessibilidade vem ganhando cada vez mais espaço, seja de forma mais efetiva em alguns países e, nos casos como o Brasil, de forma mais tímida e pontual. Contudo, vale salientar a importância da crescente discussão pelo mundo, de normas e leis regulamentadoras que servem de parâmetro e ponto inicial para este movimento Inclusivo. No Brasil foi iniciado na década de 1980 um debate com intuito de conscientizar profissionais da área de construção a respeito da necessidade de extinguir barreiras submetidas às pessoas com deficiência, principalmente a partir de 1981, “Ano Internacional da Pessoa Deficiente”.

“O Brasil possui uma das mais avançadas legislações que contemplam a acessibilidade de maneira ampla, envolvendo diversos setores. Desde o ano 2000, a Lei Federal nº 10.098 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras arquitetônicas e obstáculos nos espaços. Essa lei foi regulamentada em 2004 pelo Decreto nº 5.296, em que a acessibilidade é entendida como “possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação.” Este decreto hoje é chamado de Decreto da Acessibilidade, pois ele determina que toda nova construção, reforma, mudança de uso e licenciamento deverão contemplar acessibilidade, tendo como parâmetro técnico as normas da ABNT.” (CAMBIAGHI, 2012, p. 65).

Para o Design Inclusivo, A Lei Federal nº 13.146/2015, nomeada como “Estatuto da Pessoa com Deficiência”, aborda legalmente a inclusão das pessoas com deficiência nos mais diversos espaços e ambientes. como artigo 1º:

“Art. 1º - É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.”

Destaca-se também o artigo 3º, sobre barreiras físicas e comunicacionais em espaço público e como as ações em acessibilidade, desenho universal, tecnologia assistiva, mobília urbana, habitação e atendimento humano possibilitam a convivência entre usuários com ou sem deficiências de qualquer natureza.

“I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva;

III - tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros [...].”

Evidencia-se na legislação a intervenção para além do universo material projetado pelo design e pela arquitetura, onde familiares, atendentes, profissionais de apoio escolar e acompanhantes, participam ativamente do processo de inclusão. Para se compartilhar o ambiente e mecanismos que possibilitem a utilização universal, é necessário que pensemos nas pessoas com delimitações - mesmo que temporárias - de forma que a inclusão e o amparo a estes usuários estejam inseridas em qualquer atividade e desenvolvimento projetual. Também é importante definir o universo da pessoa com deficiência, que é bastante amplo, e interfere diretamente na vida cotidiana de muitos. Para Ferrés (2005),

“Um quinto da população mundial tem dificuldade para realizar as atividades domésticas, o que indica que parte desse problema está na dificuldade estabelecida pelo local e objetos ao nosso redor. Cegos, surdos, mudos, paraplégicos, pessoas com falta de um membro, daltônicos, idosos, ou até mesmo pessoas com problemas passageiros como membros engessados, crianças de colo e mulheres grávidas têm o direito de possuir a mesma usabilidade de locais e objetos que os demais jovens saudáveis”. (FERRÉS, 2005, apud PACHECO, MEDEIROS, GONÇALVES, 2014).

4.1 Acessibilidade e inclusão sob a ótica de outros profissionais

“Independentemente das características físicas, sensitivas e cognitivas de uma população, todo cidadão deve circular e utilizar os espaços com segurança e autonomia. As questões ligadas à acessibilidade são respostas sociais e humanas capazes de ultrapassar normas e números. Os espaços e seus usuários são agentes de uma relação intensa e fundamental; é prioritário que ela seja também sensata, justa e plural.” (CAMBIAGHI, 2012, p.267)

Conforme menciona Silvana Cambiaghi em seu livro, a Inclusão deve estar inserida não somente em termos técnicos e legislação. Estas, certamente, importantes, dão diretrizes para um posicionamento comum da população, mas não garantem uma postura educativa e enraizada para que a Inclusão seja uma ferramenta meio, e não um projeto final a fim de se cumprir protocolos. Na discussão de um dos capítulos finais que versa sobre o aprendizado do Desenho Universal sob a visão de outros profissionais, Silvana destaca que depoimentos de docentes de universidades americanas e do Uruguai, por exemplo, dão muita importância a Interdisciplinaridade.

Em experiências relatadas em Universidades Brasileiras, professores podem até adotar metodologias específicas em diferentes disciplinas, mas são “denominadores comuns” que aproximam os projetos de diferentes áreas aos usuários finais, onde todos têm a percepção das dificuldades e limitações de funcionalidade e utilizam-se de bases teóricas e práticas, como workshop, visitas a centros públicos e urbanos, vivências e experimentos de simulação, entre outros.

De acordo com diversos docentes e pesquisadores, há a necessidade da incorporação do Estudo e da Capacitação Específica em Inclusão. Para Ricardo Gomes, por exemplo, o Desenho Universal deve ser feito por meio de uma integralização entre as disciplinas ou por meio de programas voltados para estudos das necessidades das pessoas com algum tipo de deficiência.

Já Flávia Boni Licht salienta que os educadores deveriam se qualificar e ter uma atualização obrigatória para que o conteúdo fosse repassado aos alunos de maneira eficaz. O tema acessibilidade para ela deve ser integrado a grade curricular, não em disciplina específica, mas embutido em conceitos gerais transmitidos aos alunos, como mais um critério a ser considerado para execução básica de qualquer projeto.

As cidades com melhores qualidades de incorporação a acessibilidade são aquelas que possuem uma forte capacitação técnica. As Leis certamente são importantes, mas são o primeiro degrau da integralização.

“As pesquisas revelam que os países onde a questão da acessibilidade está mais avançada não são aqueles com leis e normas rígidas ou detalhadas, mas aqueles onde

existe maior consciência social e melhores recursos técnicos e humanos.”(CAMBIAGHI, 2012, p.265)

A mesma autora relata, em seu capítulo “ Projetos Urbanos: Aplicação do Desenho Universal”, que os ambientes públicos e urbanos devem permitir a chegada em todos os lugares, inclusive edifícios públicos e privados e viabilizar as utilizações de suas instalações.

Em relação a esta utilidade e considerando que a população está envelhecendo, o foco na Inclusão em Idosos não é meramente uma questão pontual, mas um projeto expansivo que pode ser transposto para os mais diversos setores da sociedade. Segundo Ambrose e Harris, O Design de Inclusão é “aumentar a igualdade social e garantir que os produtos, serviços e ambientes estejam acessíveis a todas as pessoas”. Ainda citam que, algumas pesquisas revelam que em 2020, no Reino Unido, metade da população terá idade maior que 50 anos. Nos Estados Unidos este número vai a 20% e no Japão, 25% da população terá mais que 65 anos.

4.2 Classificação Internacional e Desafios Inerentes

Um importante avanço no que diz respeito a inclusão é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde, de 2001, denominada CIF.

Em 1976, a Organização Mundial da Saúde, querendo respostas em relação a consequência das doenças, divulgou a International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH), para experimento. No Português foi traduzida como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, a CIDID 3. Através deste conceito histórico, a Deficiência é caracterizada como as anormalidades em órgãos e sistemas e em estruturas corporais; a Incapacidade é descrita como as relevâncias da deficiência do panorama da performance em atividades; Desvantagem é um reflexo da adaptação do ser humano ao meio decorrente da deficiência e incapacidade. Trata-se de um modo linear de pensar da Condição da Doença.

Este modelo não aborda aspectos sociais e ambientais, entre outros. Em maio de 2001, após numerosas versões e testes, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). No Português foi traduzida como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a CIF .

Nesta Classificação, o termo funcionalidade é o foco principal, e não a deficiência. São considerados aspectos sociais, culturais e econômicos. A partir desta visão, uma pessoa com a mesma deficiência pode possuir diferentes níveis de funcionalidade, de acordo com acesso a ela permitido para mobilidade, informação entre outros.

Através da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão) são identificados doenças, transtornos e lesões, baseados na etiologia, anatomia e outras causas externas de lesões.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a CIF e a CID-10 são complementares. Uma conjuntura sobre a real saúde do indivíduo ou da população é mais ampla através do diagnóstico acrescido da funcionalidade. A classificação, portanto, não mensura apenas o indivíduo e seu estado funcional, mas possibilita uma avaliação das condições reais de vida de uma população e apresenta subsídios para políticas de inclusão social e vigências na legislação.

O que de fato fica a se pensar é a aplicabilidade desta Classificação. De acordo com Norma Farias e Cássia Maria Buchalla, que publicaram em 2005 os conceitos, usos e perspectivas desta Classificação,

“Até o presente, apesar do interesse pela adoção do modelo da CIF, existem poucos estudos em curso sobre a avaliação do seu impacto na atenção à saúde. Isso decorre de ser uma classificação recente, complexa e que apresenta certo grau de dificuldade em sua

utilização. Do ponto de vista prático, sua aplicação requer um tempo muitas vezes maior do que a própria consulta, além dos aspectos inerentes às mudanças de conduta por parte dos profissionais da área da saúde. Mesmo contribuindo para o processo de integração entre diversos setores da saúde, social e da pedagogia, sua compreensão teórica, incorporação e aplicabilidade prática têm refletido essas dificuldades. Um dos dilemas apresentados, segundo IMRIE (2004), diz respeito ao esclarecimento do seu papel biopsicossocial e do significado e implicações da universalização como um princípio para orientar o desenvolvimento de políticas em relação às pessoas com deficiências.” (FARIAS e BUCHALLA, 2005). Mesmo diante das dificuldades apresentadas, tais normatizações podem contribuir muito para o desenvolvimento de projetos mais inclusivos e preocupados com o atendimento total de pacientes e facilidade de trabalho dos profissionais da saúde em ambientes médicos e hospitalares.

4.3 O Design Inclusivo em Hospitais

Os sistemas de informação devem ser inclusivos e estar acessíveis a todos, pois os hospitais como enfatizado anteriormente, são além de que locais de tratamento e prevenção, mas ambientes educacionais, de construção de conhecimento e incentivo a pesquisa. Questões como esta são alguns exemplos de Comunicação Visual efetiva em Hospitais e, quando citamos o Design Inclusivo, levamo-nos ao atendimento essencial de usuários e todos os envolvidos: Conforto e empoderamento aos pacientes e autonomia, eficiência e eficácia aos colaboradores e envolvidos - integralização de um sistema humano e interdisciplinar.

Como uma importante área do Design, o Design Gráfico se ocupa dos sistemas de comunicação e informação - digital e impressa, e por meio de interfaces visando receptores, leitores e consumidores.

“É praticamente impossível algum produto ou serviço ser disponibilizado no mercado sem apresentar um elemento de design gráfico. Sistemas de sinalização, interfaces de usuário, pictogramas, embalagens, formulários ou manuais são todos projetados graficamente. Para serem bem-sucedidas, essas ofertas precisam ser bem projetadas, em termos de impacto gráfico, bem como no modo como estão estruturadas as informações nela contidas.” (STICKDORN e SCHNEIDER, 2014, pág. 70)

O Design de Informação abrange as multiformes possibilidades de comunicação entre emissores e receptores diversos. Envolve também a Sinalização. É na inserção da comunicação num ambiente complexo que os conceitos do Design de Serviços e Design Inclusivo também podem contribuir, relacionando-se a informação a todo entorno do ambiente como o mobiliário e suas disposições no ambiente, uso de Materiais em multilinguagens e meios de comunicar-se, dispositivos digitais, entre outros.

OLIVEIRA e SOUZA, (2014), revela a importância da Comunicação Visual (CV) em Hospitais para que todos os usuários trafeguem de maneira independente e segura. Daí também se pensar numa Sinalização Inclusiva e/ou Sensorial.

“Uma peça de CV é a menor unidade a que se pode reduzir uma informação a ser transmitida e deve estar aplicada em um suporte visual. Este pode ser confeccionado com diversos materiais e se apresentar de diversas formas. São exemplos de peças de CV: placas, fachadas, luminosos, totens (decorativos, informativos e/ou institucionais), banners, displays (incluindo-se aqui os eletrônicos e os móveis), painéis (considerando-se, inclusive, os painéis utilizados para chamada de pacientes), adesivos (em pequenos e grandes formatos), placas de advertência e/ou proibição, adesivos em veículos, uniformes com identificações da instituição, anúncios publicitários e impressos de modo geral (papelaria, folders, catálogos etc.), entre outros. Por seu caráter visual, também integram essa lista os pisos diferenciados por cores para orientação de fluxo; pisos diferenciados da sinalização tátil; placas em Braille; botões de elevador; mapas táteis; e alguns elementos de comunicação com o público (como campanhas para comunicação entre pacientes e o setor de enfermagem, caixas de sugestão, totens contendo senhas para atendimento etc.). Já outros formatos, mesmo que considerados como peças de CV (tais como: sites, brindes,

embalagens, jornais e revistas), não são aqui relacionados, porque comumente não estão presentes (de forma obrigatória) no espaço físico hospitalar.” (OLIVEIRA e SOUZA, 2014)

OLIVEIRA e SOUZA (2014) denominado “ambiência” um sistema integrado que proporciona experiências positivas ao usuário e maior conexão com o espaço, onde o sistema traz acolhimento, hospitalidade e humanização, o que estes usuários procuram em um hospital. Os usuários precisam identificar onde estão e para onde querem ir, pois o Hospital não serve apenas para tratamentos, como também para prevenções, acompanhamento e pesquisa para a comunidade em geral. Em alguns hospitais, como o estudo de caso realizado nesta dissertação, é necessária uma interação da comunicação e do design para estruturação de um novo espaço, pois os usuários estão acostumados a um ambiente anterior,

“Algumas, acostumadas ao “hospital anterior”, podem sentir certa dificuldade para adaptar-se à nova estrutura e encontrar os setores aos quais tem que se dirigir para seus tratamentos e procedimentos. Os casos de expansão necessitam de cuidados especiais, tanto em relação à construção (evitando poeira, ruído e demais problemas possíveis), quanto em relação à divulgação das alterações a serem realizadas (evitando que os usuários tenham sensação de desconforto durante o período da construção, ou mesmo depois, para se adequar às novas estruturas) ”. (OLIVEIRA e SOUZA, 2014).

5 Estudo de caso

A análise da sinalização e informação ao usuário, conforme existente no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), é parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética do HRAC (Número do Parecer: 3.671.827, CAAE: 20295419.9.3002.5663), que tem como alguns de seus objetivos identificar dificuldades de acesso, identificar inadequações na sinalização e traçar diretrizes que facilitem futuros projetos de sinalização e planejamento de serviços para o Hospital. A partir de uma análise fotográfica inicial (vide fotos do autor) a seguinte problemática foi encontrada:

- Ausência de sinalização e informação na entrada do hospital e em corredores de circulação;
- Placas de informação, sinalização e fluxo com impressão desbotadas e paciente,
- Placas de orientação sem identidade visual e feitas sem estudo orientado para funcionário e/ou aluno;

Imagem de corredores de circulação:



Imagem da entrada do hospital:



Fotos do autor

Imagens de placas de sinalização:





Fotos do autor

Com este levantamento de características é possível salientar a importância do presente estudo o qual permitirá um levantamento de material para pesquisa na área informacional e de sinalização inclusiva do design.

Referências

- CANAL GLOBO DE NOTÍCIAS. 23,9% dos brasileiros declaram ter alguma deficiência, diz IBGE. 2012. Disponível em <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/239-dos-brasileiros-declaram-ter-alguma-deficiencia-diz-ibge.html>>. Acesso em 20 set. 2014
- CARDOSO. Rafael. Design para um mundo complexo. São Paulo: Cosac Naify, 2013
- GIMENEZ, D.C.Z.; DOMICIANO, C.L.C. etc al. *Design, Arquitetura e Urbanismo: Transversalidades*. Bauru: Editora Canal 6, 2016.
- IBGE. *Censo Demográfico – características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf Acesso em 20 set. 2014
- MACÁRIO, Henry Magalhães. *Design e Tecnologia Assistiva: Uma abordagem inserida no contexto de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação em Design, Brasília - DF, 2015.
- NIEMEYER, Lucy. *Estratégias do Design Social*. Documento Eletrônico. UNIDCOM/IADE-ESDI/ UERJ, 2015
- OLIVEIRA, Mônica de Moraes; SOUZA, Sandra Maria Ribeiro de. *O caráter multidisciplinar da Comunicação Visual em hospitais*. São Caetano do Sul: Artigo completo da Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da USCS, v. 15, n. 29 (159-170), 2014.
- PAPANEK, Victor. *Arquitetura e Design. Ecologia e Ética*. Lisboa. Portugal: Edições 70, 1995.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Lei 13.146, de 6 de julho de 2015: Casa Civil, Brasília - DF*, 2015. Disponível em: <[Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em 10 maio 2016.
- SCIELO. *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas*. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em 11 novembro 2016.
- STICKDORN, Marc; SCHNEIDER, Jacob. *Isto é Design Thinking de Serviços: Fundamentos-Ferramentas-Casos*. Porto Alegre: Bookman, 2014.

Agradecimento

Acredito que a gratidão seja o principal motivo de estar desenvolvendo este projeto. A gratidão por conhecer pessoas extraordinárias como as professoras Cássia, Fernanda e Jeniffer por me proporcionarem crescimento como intelectual e como ser humano.

Agradecimento ao meu marido e a minha filha, cmo também a minha família em Pirassununga – pais e irmãos – por acreditarem no projeto e nos meus sonhos.

Agradecimento a comissão deste Congresso por toda dedicação, empenho, paciência e cuidado com os autores.

Eterna gratidão.

Sobre o(a/s) autor(a/es)

Débora C.Z. I. Gimenez, Mestranda, UNESP, Brasil, zaninotti@gmail.com

Cássia L. C. Domiciano, Doutora, UNESP, Brasil, cassia.carrara@unesp.br

Fernanda Henriques, Doutora, UNESP, Brasil, ferdi.henriques@gmail.com

Jeniffer de C. R. Dutka, PhD, USP, Brasil, jdutka@usp.br