

Designer de ambientes em cenários complexos: estudo de caso do Hospital Infantil João Paulo II

Francesca Oliveira;

Isabella Pontello;

resumo:

O presente artigo surge a partir da hipótese de que o designer de ambientes, especialidade do design, é um profissional com *expertises* para a atuação frente a cenários diversos, inclusive, e aqui em foco, os cenários complexos. Entende, pois, que com uma ação de design de ambientes é possível desenvolver melhorias no ambiente hospitalar público no que tange questões físicas e cognitivas. Dessa forma, tem como objeto de estudo o Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), enquanto retrato de complexidade e espaço de atuação do designer de ambientes. Objetiva, de forma geral, evidenciar as possíveis respostas do designer para o cenário em questão e, de forma específica, caracterizar e registrar questões referentes ao profissional, designer de ambientes, através de suas *expertises*, elucidar o objeto de estudo e, realizar breve diagnóstico da realidade hospitalar pública. Parte da aplicação de ferramentas do design de serviços como forma de coleta de informações a qual também permitiu diagnosticar a realidade do atendimento público e elucidar possíveis recortes de atuação projetual em design de ambientes. Assim, compreende o entendimento acerca do profissional designer de ambientes e suas *expertises* e traz questionamentos sobre as possíveis respostas projetuais oriundas de tal profissional, que ultrapassam o *layout*, representação convencional de soluções em design de ambientes. Compreende, pois, a primeira fase de pesquisa, que consiste em pesquisa bibliográfica e a imersão nos contextos analisados e, para tal, direciona a aplicação projetual subsequente, através da tangibilização das possibilidades de atuação aqui descritas.

palavras-chave:

Design de ambientes; expertises; saúde pública; complexidade.

1. Introdução

A saúde pública no Brasil é promovida através do Sistema Único de Saúde que representa hoje um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Com diversos benefícios para toda a população brasileira, entretanto com muitas falhas que acabam impactando negativamente a experiência do usuário. É justamente neste aspecto que o designer tem espaço a partir de sua competência de identificar e resolver problemas complexos, colocando o usuário como foco e entendendo que ele está no centro do processo. Dessa forma, o presente artigo traz como questão quais são as possíveis contribuições do designer de ambientes para o ambiente hospitalar público.

O presente artigo teve como cenário o Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) com ênfase na Unidade de Internação, que compõe a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) sendo uma das segmentações do SUS de exclusividade pediátrica em Belo Horizonte. Além de ser um hospital escola, possui especialização em atendimento às crianças com problemas respiratórios e doenças crônicas sendo referência no atendimento pediátrico, recebendo pacientes de todo o estado de Minas Gerais.

Lima (1994) diz que os cenários da saúde, de modo geral, apresentam um trabalho complexo e variável, de caráter emergencial e inadiável, com pouca tolerância ao erro, alto grau de especialização e grande interdependência entre as atividades, demandando a utilização de diversos meios de gestão entre os variados grupos profissionais. Além disso, Echos (2017) complementa que é necessário pensar na saúde de uma forma mais holística, sem se esquecer de pensar na cura, focando na promoção da saúde integral do paciente. Afinal, o modo como lidamos ao longo da vida com o nosso corpo, nossa saúde, como interagimos com o meio ambiente e a experiência dentro de um hospital são exemplos de fatores que influenciam diretamente na saúde do paciente.

Quando pensamos em um ambiente hospitalar, principalmente no contexto da saúde pública, é provável que ocorra a associação com um ambiente branco, frio, desconfortável e nem um pouco aconchegante, um lugar do qual se quer distância. Contudo, a demanda de humanização tem trazido outra perspectiva para esse cenário. Propostas inovadoras, que muito dialogam com o design, estão surgindo exatamente porque as pessoas começam a ser colocadas no centro do processo e a serem levadas em consideração de maneira empática. O que significa dizer que o bem-estar do paciente está em foco e a visão sobre esse cenário, que era míope, passa a ser holística, sistêmica. O foco agora é pensar na experiência do paciente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades. Além disso, afirma também que a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Em 2003, o SUS lançou a Política Nacional de Humanização buscando colocar em prática algum de seus princípios como, por exemplo, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento. Sendo criadas diretrizes para a melhoria desses locais. Percebe-se então que a visão sobre esse cenário começa a mudar e se atentar para aspectos ainda não observados e uma palavra se evidencia nesse contexto: cuidar.

A proposta de compreender as *expertises* do designer de ambientes será aqui discutida a partir de uma questão estrutural e semântica. Estrutural, pois se justifica pelo intuito de assimilar e elucidar as atribuições do designer de ambientes ao ponto que se vislumbra que tal ofício possui bibliografia ora escassa, ora genérica, em que a nomenclatura “design de ambientes” é pouco aplicada. Pretende-se, pois, caracterizar a atividade projetual e definir os limites de atuação do designer. Semântica, pois se considera que o desenvolvimento de análises críticas sobre design também contribua para a ampliação da perspectiva da mentalidade mineira em relação ao design de ambientes, compreendendo que esse ponto abarque o juízo de designers e não designers.

Entende-se que o entendimento do contexto hospitalar ultrapassa os conceitos básicos de saúde, possui grande relevância social e os resultados desse estudo poderão trazer soluções impactantes na vida desse público e transformar positivamente a forma como eles vivem e lidam com o ambiente.

Para concluir foi realizada a análise da coleta de dados para que pudesse ser verificar a hipótese e até mesmo gerar novas. Foram buscadas possibilidades de recortes para soluções eficientes

com vistas à ambiência através do design de ambientes evidenciando suas possíveis formas de atuação no que tange o serviço de saúde do HIJPII.

1.1 Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório cujas investigações objetivam compreender como o design de ambientes pode atuar no ambiente hospitalar público. Para tanto, inicialmente, foi necessário compreender o contexto da saúde pública bem com o conceito de design de ambientes e suas expertises. A entrevista, documentação indireta e o Poema dos Desejos foram essenciais para compreender os serviços e particularidades do HIJPII, assim como as ferramentas do design de serviços (*shadowing* e mapa de *stakeholders*). Em relação à coleta de dados em campo, o HIJPII exige do pesquisador alguns procedimentos como a higienização correta das mãos, o uso de jaleco, sapatos fechados e a identificação por crachá, dessa forma fica preservada a segurança dos pacientes e do pesquisador. Por fim, uma vez que todos os conceitos foram compreendidos e o contexto do hospital esclarecido, foi possível identificar oportunidades de ação do designer de ambientes no HIJPII.

2. Saúde pública e o HIJPII:

A Constituição Federal Brasileira de 1988 assegura que é dever do Estado garantir o direito à saúde por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, recuperação e proteção.

Para tanto foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que representa hoje um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, beneficiando mais de 190 milhões de brasileiros, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos. É financiado pelos tributos pagos pela sociedade através de impostos e contribuições destinados ao Estado ou poder público em níveis federal, estadual e municipal (PAIM, 2015).

O Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema único, público e gratuito de saúde. Não é exagero falar que todos os brasileiros utilizam o SUS, seja de uma forma mais ampla, sendo beneficiados por programas de combate a dengue, campanhas de vacinação e vigilância epidemiológica, por exemplo, ou de forma mais restrita em atendimentos de maior complexidade.

Problemas de acesso e qualidade estão relacionados com a distribuição desigual da infraestrutura dos sistemas de saúde, principalmente no que diz respeito ao número de estabelecimentos e profissionais, problemas de financiamentos não resolvidos, organização e gestão do SUS. Cenários precários de filas enormes para o atendimento médico, corredores superlotados e longas esperas em grande desconforto para a realização de exames, por exemplo, nada mais são do que reflexo da desatenção expressa em maus tratos e desrespeito ao direito à saúde (PAIM, 2015).

Para contornar esse quadro de desatenção, em 2003, o SUS se esforçou com a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS) que visa colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. São algumas das inovações através do Humaniza SUS: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;

- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.
- Dentro do cenário do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, foi feito um desdobramento da gestora de hospitais públicos FHEMIG e uma de suas unidades: o Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII).

A FHEMIG representa hoje uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país e maior rede de hospitais públicos da América Latina abrangendo diversas especialidades de serviços hospitalares prestados à comunidade no que tange o Sistema Único de Saúde. É vinculada à Secretaria de Estado de Minas Gerais e foi criada em 3 de outubro de 1977 quando através da Lei nº 7088 o poder executivo unificou as Fundações Estaduais de Assistência à Lepra (FEAL), de Urgência e Emergência (FEAMUR) e de Psiquiatria (FEAP).

Tem como missão prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária¹, com importância estratégica regional e estadual participando da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao SUS de Minas Gerais. Isso ocorre através das unidades hospitalares que são agrupadas em complexos com 21 unidades, sendo 9 no interior e 12 em Belo Horizonte além de um complexo de transplantes que contempla todo o Estado.

O HIJPII, que pertence a FHEMIG, é classificado como complexo de urgência e emergência. Ademais, é um hospital de pronto atendimento de exclusividade pediátrica em Belo Horizonte sendo referência em atendimento a urgências e emergências clínicas, doenças infectocontagiosas e complexas, como as degenerativas, internações de média e alta complexidade e programa de Atenção Domiciliar, portanto, recebe pacientes de todo estado de Minas Gerais. Além disso, em 2005, foi credenciado como hospital de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde e representa uma das melhores residências médicas em pediatria do país.²

O hospital está localizado na área hospitalar de Belo Horizonte, perímetro onde se encontram os maiores e mais importantes hospitais públicos de Minas Gerais como a Santa Casa, o Hospital das Clínicas, o Hospital São Lucas, o João XXIII e o Hospital Semper, além de abrigar também clínicas, consultórios, laboratórios e outros negócios relacionados à saúde.

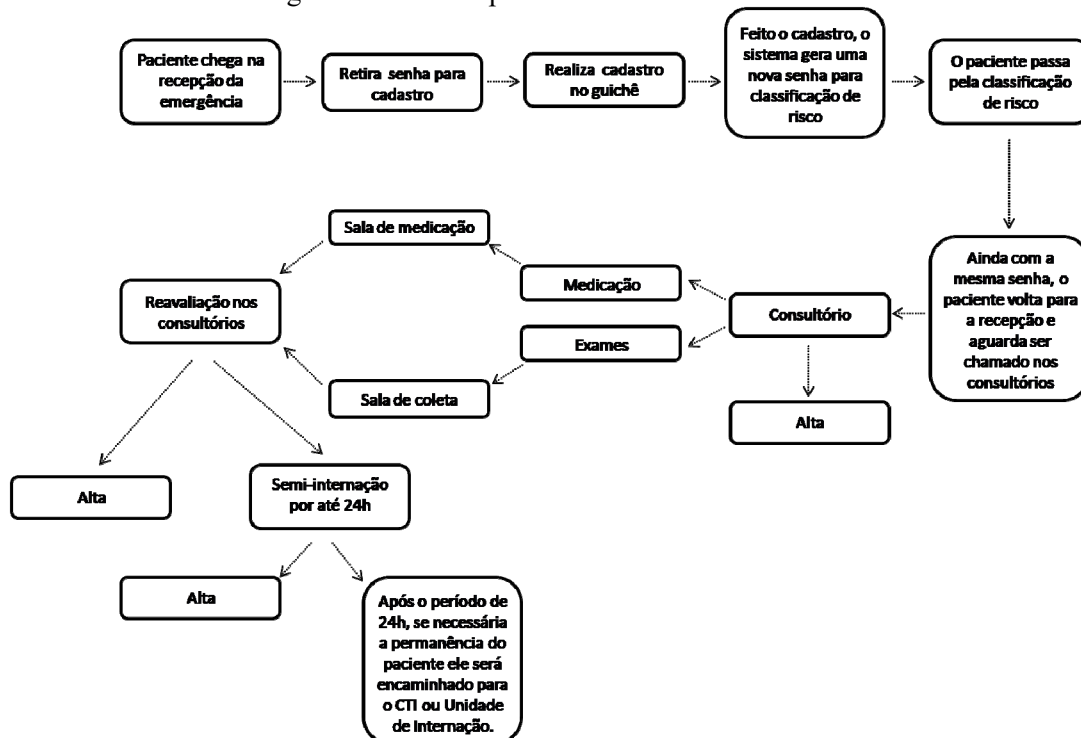
Sua estrutura compreende dois grandes complexos: edifício Sálvio Nunes e edifício Cícero Ferreira além de um terceiro que está em processo de construção. O primeiro complexo abriga setores administrativos como Assessoria de Gestão Estratégica, Coordenação de Enfermagem, Gestão de Pessoas, Diretoria, Gerências Assistencial e Administrativa, Financeiro, Gestão de Qualidade,

¹O sistema de saúde brasileiro é fragmentado e organizado em três níveis de atenção para promover um melhor atendimento à população: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. A atenção primária abrange Unidades Básicas de Saúde (UBS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atenção secundária compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Por fim, a atenção terciária compreende procedimentos de elevada especialização, procedimentos que envolvam alta tecnologia e/ou alto custo, cirurgia reparadora, cirurgia bariátrica, cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, fibrose cística, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita. Compreende também procedimentos ambulatoriais de alta complexidade como a quimioterapia e a radioterapia, por exemplo, além do fornecimento de medicamentos excepcionais, tais como próteses ósseas, marca-passos, stent cardíaco, etc.

²Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-infantil-joao-paulo-ii>>. Acesso em 25 de maio de 2017.

Auditório e Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP). Abriga também o Pronto Atendimento (emergência) do hospital que é porta aberta³ e recebe um público de 0 dia a 13 anos, 11 meses e 29 dias. Funciona, do ponto de vista do paciente de classificação baixa e média⁴, segundo o fluxo descrito na figura 1. O fluxo do paciente classificado como grave acontece da seguinte maneira: após chegar ao Pronto Atendimento ele é imediatamente direcionado para a sala de emergência para ser estabilizado. Logo que isso ocorre o paciente é transferido para o Centro de Terapia Intensiva (CTI) ou Unidade de Internação. É nesse complexo que encontramos o ambulatório contemplando atendimentos clínicos, laboratório de pneumologia e exames de imagem tais como radiologia, ultrassom, endoscopia. Por fim, o refeitório também está situado no edifício Sálvio Nunes e serve refeições para os acompanhantes nos horários descritos no Manual do Paciente e também serve refeições para os funcionários.

Figura 1: Fluxo do paciente no Pronto Atendimento



Fonte: Elaborado pelas autoras (2017)

O edifício Cícero Ferreira comporta diversos setores como a Hotelaria, Manutenção, Ouvidoria, Central de Internação, Arquivo, Segurança do Trabalhador, Sala da Residência Médica, Laboratório, Farmácia, Rouparia, Almoxarifado, Brinquedoteca, CTI e a Unidade de Internação do 2º e 3º andar, comportando seus setores internos.

O terceiro complexo começou a ser construído em 2011 com o intuito de desafogar alguns setores do HUIPII e expandir o número de leitos e, por consequência, o número de atendimentos. Entretanto o Ministério Público afirma que o Estado não possui verba para dar continuidade a obra e ela encontra-se paralisada sem previsão de retomada. O que traz grande sentimento de frustração para os funcionários que têm que lidar diariamente com um edifício inacabado que poderia estar sendo utilizado em benefício dos pacientes.

A Unidade de Internação se encontra no 2º e 3º pavimento do edifício Cícero Ferreira e é considerada o coração do hospital devido a complexidade e delicadeza exigida pelo setor associado ao

³Portas abertas são hospitais que mantêm prontos-socorros e ambulatórios onde a população é atendida imediatamente de acordo com a capacidade.

⁴No início do processo no Pronto Atendimento, os pacientes passam pela triagem e são classificados em três cores que significam o nível de gravidade do seu quadro de saúde: verde, amarelo e vermelho. Baixa, média e alta gravidade, respectivamente.

grande número de funcionários e pacientes. Recebe crianças de 0 dia a 16 anos ou os jovens adultos que cresceram sob o atendimento da equipe e continuam com a assistência.

Existem duas formas de dar entrada no setor de internação. A primeira através do próprio serviço de urgência do hospital que encaminha o paciente, conforme descrito nos fluxos do Pronto Atendimento. A segunda forma é através de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou transferências de hospital que levam seu paciente em ambulância e ele já vai direto para a internação sem passar pela urgência. Em ambos os casos, tanto para a alta quanto para a internação, é necessário que se faça a documentação, por parte do acompanhante, na Central de Internação.

A Unidade de Internação do 2º andar contempla 12 enfermarias com 30 leitos, quando em sua capacidade máxima contempla 45 leitos. Recebe pacientes com doenças infecto parasitárias e doenças respiratórias. Nas enfermarias de isolamento recebem crianças com doenças de transmissibilidade aérea ou algum outro tipo de doença que exige certa proteção para os pacientes.

A Unidade de Internação do 3º andar contempla 16 enfermarias com 75 leitos. Recebe a clínica pediátrica e também recebe os pacientes com doenças crônicas, que recebem cuidados paliativos. Além do perfil das patologias, o 3º andar se difere do 2º devido a estrutura física: o 3º andar é o dobro em tamanho do 2º e também recebe o dobro de pacientes.

Além das enfermarias, a internação contempla Serviço Social, Expurgo, Sala de Equipamentos, Posto de Enfermagem, Sala de Prescrição Médica, Farmácia Satélite, sala de Apoio ao Paciente, Supervisão de Enfermagem, Psicologia, Brinquedoteca e sala de Ordenha. E conta com uma equipe multidisciplinar com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e recreadores.

Muitas das informações a respeito do hospital, foram obtidas a partir das respostas da fase de observação e das entrevistas realizadas com membros que o integram. Entende-se, entretanto, que ainda não compreendem a aplicação das ferramentas, mas a formatação completa do entendimento do que consiste o hospital e suas particularidades.

3. Design de Ambientes

O curso de design de ambientes teve sua origem em 2004 quando na reforma curricular da graduação em decoração, o Conselho Nacional de Educação aprovou as diretrizes curriculares nacionais da graduação em design surgindo então o design de ambientes/interiores.

Durante a realização do artigo ficou evidente a carência de bibliografias relacionadas ao design de ambientes. Portanto, para dar suporte a esse estudo, optou-se pela descrição das *expertises* adquiridas aos discentes ao longo da graduação.

Os alunos da Escola de Design da UEMG, se graduam em design de ambientes após 8 períodos em 4 anos de curso, quando em tempo regular. O primeiro ano de graduação contempla disciplinas como História e Análise Crítica da Arte e Design, Processos de Criação, Fatores Filosóficos, Culturais e Sociais, Psicologia, Percepção e Forma, Metodologia Científica, Ergonomia, Comunicação e Semiótica, Metodologia Aplicada ao Design e disciplinas de nivelamento bem como Representação Técnica e Expressão Gráfica que se referem a desenho técnico e livre, respectivamente.

É no segundo ano de graduação que os alunos têm o primeiro contato mais próximo com a profissão através da disciplina Prática Projetual, que se repete até o final do curso abordando diversos conteúdos. No 3º período pratica-se o projeto de design de ambientes com menor nível de complexidade e a medida que o curso avança o nível de complexidade e exigências de projeto aumentam. Nessa etapa são realizados projetos, para os próprios colegas de sala, para ambientes social e íntimo (cozinha e quarto, respectivamente). Em que é necessário enxergar o colega como cliente e compreender suas demandas para que se alcance um bom resultado. Vale ressaltar que as soluções são realizadas à mão e que o conhecimento em softwares como AutoCAD e SketchUp ainda estão em construção bem como o conhecimento de materiais através da disciplina Materiais e Processos de Produção.

Com um pouco mais de maturidade, no 4º período, o desafio é projetar um apartamento residencial completo. O processo é todo acompanhado de perto por um professor orientador. Nesse período já existe o conhecimento básico de softwares e a solução final não é entregue à mão.

O 5º período é considerado por muitos alunos o mais cansativo do curso. Talvez isso se

justifique pelo aumento das disciplinas práticas que sobem para três e nível de exigência e complexidade que já estão mais avançados. A Prática Projetual nessa etapa foge do interior residencial e passa a ser trabalhada em ambientes de saúde, ambientes externos e criação de mobiliários também. Passa a ser dividida em Paisagismo, Móveis e Projetos Comerciais. Começa-se a entender os diversos campos de atuação de um designer de ambientes. É importante ressaltar que as demais matérias que acontecem em paralelo visam dar embasamento ao aluno na construção das práticas projetuais.

No 6º período, são projetados espaços institucionais e também espaços inusitados, como um container, e inicia-se o estudo luminotécnico dentro da disciplina Materiais e Processos de Produção IV. O projeto paisagístico e de móveis continuam acontecendo junto com as outras disciplinas, como Fatores Econômicos e Estudo de Mercado que surgem na grade nesse período.

É no 7º período que se inicia o Trabalho Final de Graduação juntamente com as outras disciplinas do curso. O estudo luminotécnico passa a ser uma prática projetual com foco comercial e a disciplina de Materiais e Processos de Produção V aborda conteúdos como home cinema e ar condicionado. Por fim, o 8º período contempla a segunda parte do Trabalho Final de Graduação.

Entende-se que a grade curricular do curso cumpre com aquilo que a Universidade propõe, entretanto a curiosidade e interesse do aluno são fundamentais para que ele adquira novos conhecimentos a respeito de sua área. Para isso, a partir do 3º período é permitida a matrícula em disciplinas optativas, que são livremente escolhidas com o intuito de complementar a formação do aluno com aquilo que lhe é de interesse e que, muitas vezes, ele não teria contato em sua grade curricular. São exemplos de disciplinas optativas ofertadas pela Escola de Design: Design de Serviços, Design Sistemico e Empreendedorismo, O documentário aplicado ao design, Inovação e Tecnologia Social, Fotografia Básica, Design Estratégico e Introdução à Propriedade Intelectual. Percebe-se que são disciplinas que compreendem diversos conteúdos dando ao aluno uma série de opções.

Ao fim da graduação o designer estará apto a identificar e solucionar problemas através de metodologias e métodos aprendidos que irão moldar e agregar valor ao seu projeto. Entendendo que os métodos que atribuirão a característica de projeto de design.

Algumas características comuns ao projeto de design de ambientes são bem-estar, qualidade de vida, sentimento de pertencimento e senso de identidade. Compreende-se que elas estão correlacionadas, uma vez que o intuito do projeto é proporcionar bem estar e qualidade de vida. E através do design, que coloca seu usuário no centro do processo, projetando diretamente para ele é possível promover o senso de identidade e sentimento de pertencimento já que, através da subjetividade, ele se encontra nesse ambiente.

A sistematização do processo de criação do designer, ou seja, a criação e adaptação de métodos aplicados ao projetar em design de ambientes proporcionaram ao designer a capacidade de responder de forma mais eficiente às complexidades da sociedade. Capacidade esta que é resultado de uma visualização mais assertiva dos problemas e, principalmente, dos níveis de problemas os quais podem ser respondidos pelos designers. Entende-se que nos primórdios muitos designers eram contratados para demandas diversas e respondiam a essas demandas com o desenvolvimento de produtos. Não que os produtos não fossem realmente necessários, mas o designer via-se limitado à projeção de itens tangíveis. A compreensão do problema sempre partia do princípio de uma entrega física: um produto, uma marca, uma roupa, um ambiente (PINHEIRO, 2015). Compreende-se que com a frequente alteração dos cenários e da natureza dos problemas o designer tornou-se um desenvolvedor de serviços, visualizando que não mais apenas os produtos são necessários para responder alguns problemas de design.

Assim, o designer de ambientes é o profissional que cria interfaces entre as pessoas e os espaços em que habitam e atua ao encontro da sociedade, objetivando compreender os cenários existentes a fim de identificar e/ou processar problemas de design e propor soluções para os mesmos. Designers de ambientes são, pois, os profissionais que projetam ambientes considerando o usuário no centro do processo. Para isso, leva em consideração os aspectos funcionais, ergonômicos e estéticos, bem como os aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos, de acordo com cada demanda. Está sempre buscando como resultado um ambiente que expresse visualmente suas ideias, transmita a identidade dos usuários e preze pelo bem-estar e pela qualidade de vida (ABREU, 2015; MOREIRA, 2006)

4. Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi desenvolvida através de entrevistas, documentação indireta, ferramenta Poema dos Desejos e algumas ferramentas de exploração do Design de Serviços⁵ como Mapa de *Stakeholders* e *Shadowing*. Optou-se pela descrição conjunta da coleta de dados uma vez que todo o processo ocorreu simultaneamente e separá-los poderia trazer lacunas ao relato.

O contato com informações prévias a respeito do contexto permitiu descobrir aspectos da rotina e costumes do hospital. Em informações captadas pelo projeto de extensão em workshops e relatório de diagnóstico realizados no 2º semestre de 2016 e entrevista com os funcionários da Unidade de Internação no 1º semestre de 2017 foram compilados, sob a perspectiva dos funcionários, alguns pontos críticos relacionados a infraestrutura, bem estar, logística e comunicação:

- . Burocracia, excesso de reuniões e requerimentos para procedimentos frequentes;
- . Pouca padronização das operações internas;
- . Pouco tempo para gestão/excesso de atividades para poucos funcionários;
- . Dificuldades para o desempenho da proposta “hospital escola”: divisão dos esforços para o ensino e ao cuidado dos pacientes;
- . Frustração do corpo de funcionários;
- . Comunicação falha: visual e entre os funcionários;
- . Excesso de ruídos;
- . Estrutura física que adoece;
- . Excesso de deslocamentos no prédio;
- . Interrupção das atividades;
- . Espaço pouco seguro;
- . Turnover e dificuldades para criar e manter as escalas;
- . Dificuldade de controle dos acompanhantes - existência de um segundo paciente.

As entrevistas realizadas não só serviram para reforçar os pontos críticos apresentados por parte dos funcionários mas também serviram para mostrar a opinião dos pacientes. Quando questionada a respeito da infraestrutura, uma mãe que acompanhava sua filha que havia sido transferida de um hospital particular para o HIJPII, relatou que pouco lhe incomodava. O seu interesse maior era na assistência prestada e disso ela não tinha o que reclamar.

Quando ela ia vir pra cá o médico falou comigo: “a diferença que tem é em termos de conforto”. Porque lá eu ficava num quarto só com ela, eu tinha uma cama pra mim dormir e tudo. Mas em termos clínicos aqui é melhor. E realmente é! Então quando você vê que seu filho tá tendo uma assistência melhor o conforto da gente... Se falar que é pra mim deitar no chão aí, eu fico no chão. Então pra mim o conforto tá ótimo, tá tudo muito bom. (ENTREVISTADO 1, INFORMAÇÃO VERBAL)⁶

Conforme observado o HIJPII apresenta nítidas falhas principalmente na infraestrutura e também em outros aspectos que acabam refletindo nos serviços prestados e está longe de parecer um hospital infantil. Entretanto, no que tange a assistência o hospital é excelência, conforme descrito na fala de uma funcionária:

Eu acho que o hospital é uma referência. O bem estar do paciente é priori aqui, em qualquer situação independente das travas estruturais, da gente ter momentos críticos, superlotação, falta de leito. Mas o paciente é prioritário e o atendimento aqui eu acho que a gente não acha em nenhum outro lugar. A gente recebe mães do particular que

⁵ Entende-se que para o presente artigo o design de serviços foi usado como ferramenta. Pode-se perceber que o designer de ambientes também é capaz de aplica-lo. Moritz (2005, pág.33) afirma que “o design de serviços ajuda a criar novos serviços ou a melhorar os já existentes, de modo a torná-los mais úteis, utilizáveis e desejáveis para os clientes, bem como eficientes e eficazes para as organizações.”

⁶ As citações produzidas a partir das transcrições de entrevistas não foram corrigidas gramaticalmente. Foram omitidos os nomes dos entrevistados e palavras ou expressões que poderiam dificultar o entendimento das falas.

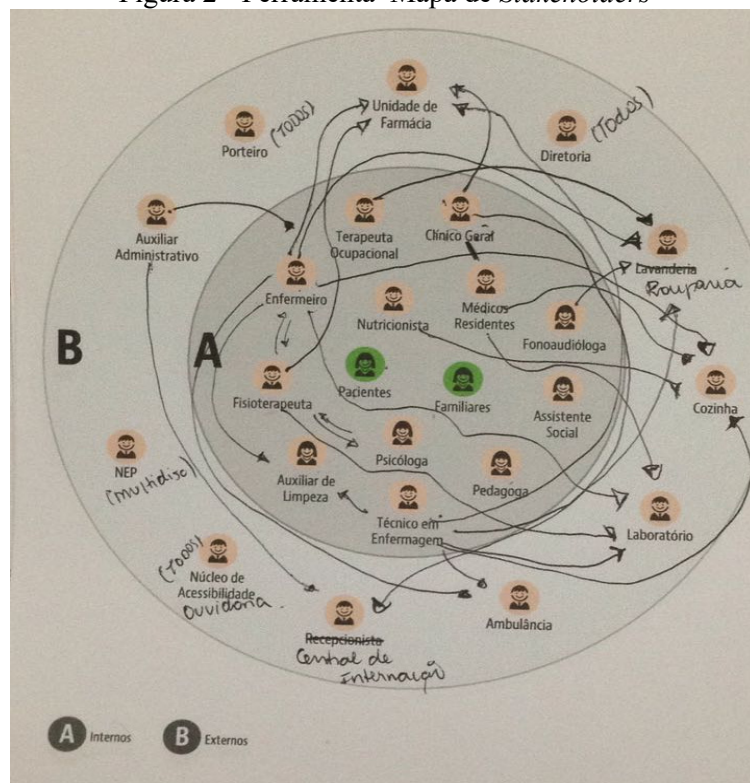
às vezes perdem a carência do convênio e vem pra cá aí elas a princípio ficam ‘meio assim’ com a questão estrutural mas quando vêm a equipe técnica, quando vêm a equipe médica, quando vêm inter consultores, quando vêm a facilidade para realizar exames... A gente consegue fazer exames de alto custo aqui que no convênio demora muito tempo para liberar e aqui a gente consegue fazer assim, de urgência é liberado. Então assim, acho que a assistência aqui não tem igual. (ENTREVISTADA 2, INFORMAÇÃO VERBAL)

Outra ferramenta que possibilitou o contato com o paciente e a coleta da perspectiva do acompanhante foi o Poema dos Desejos. A ferramenta foi aplicada na brinquedoteca, que também serve como um espaço de convivência e realização de dinâmicas. Para isso, foi entregue aos participantes (acompanhantes e pacientes) uma folha com a frase “Como eu vejo o hospital hoje?” em que eles teriam que responder através da escrita ou do desenho. Enquanto isso todos eram estimulados com perguntas para tornar o processo mais evidente. Em seguida foi entregue outra folha com a frase “Eu gostaria que o hospital fosse...”. E o processo se repetiu com a resposta através de desenhos ou escritas e novamente os participantes foram estimulados com perguntas.

Foi possível perceber falhas no resultado da ferramenta. Uma vez que os pacientes eram crianças muito novas e não conseguiram preencher da forma correta, apenas desenhando aleatoriamente. Entretanto, foi possível captar algumas informações dos acompanhantes que mais uma vez destacaram a excelência no atendimento e carinho dos funcionários com as crianças. Foram pontuadas falhas na comunicação com a equipe de enfermagem, falta de TV em todas as enfermarias, desconforto para os acompanhantes e pacientes, espaço insuficiente, falta de cor e do lúdico. Vieram como sugestões o uso da brinquedoteca como espaço de aprendizado, já que muitas crianças acabam faltando às aulas por estarem internadas e uso de gravuras infantis como forma de trazer alegria e cor ao ambiente.

Com o propósito de captar os diversos públicos envolvidos no hospital, o Mapa de *Stakeholders* foi desenvolvido com uma funcionária da Unidade de Internação responsável pela coordenação da enfermagem, uma vez que devido ao seu cargo de gestão ela seria capaz de responder a ferramenta.

Figura 2 - Ferramenta Mapa de *Stakeholders*



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Para realização da ferramenta, os *stakeholders* foram previamente identificados, já que depois da imersão em campo e toda coleta de dados realizada isso já seria possível. No entanto a funcionária teria a liberdade de completar ou modificar caso julgasse necessário. Assim sendo, o auxiliar administrativo foi incorporado ao *stakeholders* internos e além disso alguns nomes dados foram adequados tais como “repcionista” que foi substituído por “central de internação”, “lavanderia” por “rouparia” e “núcleo de acessibilidade” por “ouvidoria”.

Foi relatado que diretoria, ouvidoria e portaria acabam influenciando todos os stakeholders e que não é possível definir influenciado e influenciador quando se trata da equipe assistencial uma vez que existe uma via de mão dupla entre esses agentes. Também foi relatado que a equipe de limpeza sofre influência de todos os agentes, entretanto com maior frequência pela equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem. As demais relações podem ser percebidas na figura 3.

Durante todo o tempo de coleta em campo ocorreu o acompanhamento, *Shadowing*, da vida dos usuários que permitiu observar comportamentos e experiências. Foi possível constatar e vivenciar aspectos observados pelos usuários. Dessa forma destacam-se:

- A infraestrutura é inadequada, fria, que não condiz com o público infantil. Possui diversas adaptações para o uso e deficiências no que diz respeito à acessibilidade, conforto termoacústico e privacidade do paciente e funcionário. Influencia todo o serviço.
- O excesso de ruídos advindos das crianças e até mesmo dos carrinhos que transportam suprimentos é constante, inclusive dificultando o entendimento das falas dos entrevistados.
- Os procedimentos são bastante burocráticos, principalmente em serviços urgentes, específicos e recorrentes como o da farmácia, o que demanda tempo e desgaste mental.
- Comunicação falha entre os funcionários e funcionários e pacientes. É perceptível a tentativa de comunicação visual por todo o hospital, entretanto não existe padronização. É comum ficar perdido no hospital e pedir informações aos funcionários, prejudicando seu fluxo de serviço.

Após a coleta e análise de dados ficou perceptível quão complexos são os serviços no HIJPII e como eles são correlatos. E que para atuar e proporcionar melhorias nesse espaço é preciso vencer alguns obstáculos que tornam o projeto mais desafiador como verba escassa, burocracias como Comitê de Ética, adequação às diversas normas do contexto e cenário bastante fragilizado, o que muitas vezes dificulta a inserção em campo.

5. Considerações Finais:

Após a coleta e análise de dados ficou perceptível quão complexos são os serviços no HIJPII e como eles são correlatos. Assim, no presente estudo, foram apresentados alguns pontos de fragilidade na saúde pública que poderiam ser solucionados através do design. Diante disso, foi necessário entender o que é design de ambientes e como suas competências poderiam ser somadas para solucionar problemas oriundos do recorte feito no HIJPII, a Unidade de Internação.

Através da metodologia da pesquisa e principalmente de ferramentas do design de serviços foi possível compreender quais eram os serviços na Unidade de Internação do HIJPII bem como suas particularidades e limitações.

Dessa forma, tendo ciência do contexto, foi possível chegar a recortes de projetos de design de ambientes, mas, principalmente, foi possível elucidar que as ações do designer tem um grande poder de impacto na realidade da saúde pública. Bem como, além dos projetos tangíveis, que compreendem o espaço e suas particularidades (como acústica, setorização, ergonomia, higiene, normas, funcionalidade), foram observados recortes intangíveis, que compreendem a relação entre as pessoas, a organização do serviço e a promoção de saúde em ambientes de saúde. Questão que, apesar de óbvia é de demanda recorrente visto as precárias instalações do sistema público.

No que compreende o entendimento acerca do designer de ambientes, ressalta que, seu trabalho, compreendendo todas as possibilidades de atuação, possui etapas de pesquisa, de projeto e mensuração que são orientadas por métodos oriundos da teoria do design e facilitadas por ferramentas, sejam elas de pesquisa, de criação, de gestão ou até mesmo de mensuração. Sua atuação pode envolver todo o processo de design ou limitar-se a uma parcela do mesmo, além da possibilidade de gerir todo esse processo. Usualmente é um profissional que atua em parceria com demais áreas, compreendendo que a ampla possibilidade de produtos resultantes do trabalho do Designer de Ambientes abarque com

frequência níveis altos de complexidade. Por fim, o produto do trabalho do designer pode ser palpável ou abstrato e compreender projetos, serviços e pesquisas.

Interior Designer in complex scenario: a case study of the children's Hospital João Paulo II

Abstract:

This paper is about arises from the hypothesis that the interior design, specialty of the design, is a professional with expertises to the action in front of diverse scenarios, including, and here in focus, the complex scenes. It understands, therefore, that with an action of interior design it is possible to develop improvements in the public hospital environment regarding physical and cognitive issues. The purpose of this study is to study the Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) of the Hospital Foundation of the State of Minas Gerais (FHEMIG), as a portrait of the complexity and scope of the environment designer. It aims, in general, to highlight the possible answers of the designer to the scenario in question and, in a specific way, to characterize and register questions concerning the professional, designer of environments, through their expertises, elucidate the object of study and, Of public hospital reality. Part of the application of service design tools as a way of collecting information which also allowed us to diagnose the reality of public service and elucidate possible projection cuts in interior design. Thus, it includes the understanding about the professional interior designer, their expertise and questions about the possible project responses coming from such a professional, that surpass the layout, that is a conventional representation of solutions for interior design. It comprises, therefore, the first phase of research, which consists on a bibliographical research and immersion in the contexts analyzed and, to this directs the subsequent project application, through the tangibilization of the possibilities of action described in this article.

Keywords: Interior Design; Expertises; public health; complexity.

Referências bibliográficas

ABREU, S.M.B.M. **Aspectos subjetivos relacionados ao design de ambientes:** um desafio no processo projetual. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado em Design) - Universidade do Estado de Minas Gerais, Escola de Design.

ECHOS (Brasil). **Construindo o futuro:** Como o design está revolucionando a área da saúde. Belo Horizonte: Echos, 2017. 22 p. Disponível em: <https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/10183/1493233275oferta_saude_final.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

FHEMIG. **Hospital Infantil João Paulo II.** Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-infantil-joao-paulo-ii>>. Acesso em 05 abr. 2017.

LIMA, S. M. L. Definição e Implementação de objetivos nas organizações públicas de Saúde. EBAP/FGV, fev. 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é o HumanizaSUS.** 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/233-sas-raiz/humanizasus/13-humanizasus/8608-quem-somos>>. Acesso em: 31 maio 2017.

MOREIRA, S.C.O. *et al.* Caminho possível para o desenvolvimento de projeto de design de ambientes: uma metodologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM DESIGN (P&D Design 2008). São Paulo, p. 1-7, **Anais...**, out. 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 92 p. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 09 maio 2017.