

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESIGN
NÍVEL MESTRADO**

ARLETE FANTE

AMBIÊNCIA:

**A contribuição do *design* estratégico para um serviço hospitalar de atenção à
saúde mental**

**PORTO ALEGRE
2015**

ARLETE FANTE

AMBIÊNCIA:

A contribuição do *design* estratégico para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Design pelo Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof^a. Dra. Karine de Mello Freire

PORTO ALEGRE

2015

F216a Fante, Arlete.
Ambiência: a contribuição do design estratégico para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental / por Arlete Fante. -- Porto Alegre, 2015.

120 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Design Estratégico, Porto Alegre, RS, 2015.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Karine de Mello Freire, Escola de Design.

1.Design estratégico. 2.Serviços de saúde mental.
3.Serviços de saúde mental – Administração.
4.Planejamento estratégico. 5.Hospitais – Administração.
I.Freire, Karine de Mello. II.Título.

CDU 7.05:64.024.8:613.86
64.024.8:613.86

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

ATA DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO PÚBLICA Nº 07/2015

DEFESA Nº 93

Aos vinte e cinco dias do mês de março de dois mil e quinze, realizou-se na Sala 2 do Hospital Mãe de Deus, a sessão de *Arguição Pública da Dissertação "Ambiência: a contribuição do design estratégico para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental"* apresentada pela aluna **Arlete Fante**, do Programa de Pós-Graduação em Design, nível Mestrado, à Comissão Examinadora constituída pelo Dr. Fábio Leite Gastal (HMD) e pelos professores doutores Marco Azevedo (UNISINOS), Filipe Campelo Xavier da Costa (UNISINOS) e Karine De Mello Freire (orientadora). Desenvolvidos os trabalhos e registrados os resultados nas Planilhas de Avaliação, a Comissão atribuiu ao aluno, o parecer APROVADA.....

A emissão do Diploma está condicionada à entrega da versão final da Dissertação.

Comissão Examinadora:

Dr. Fábio Leite Gastal (HMD).....
Prof. Dr. Marco Azevedo (UNISINOS).....
Prof. Dr. Filipe Campelo Xavier da Costa (UNISINOS).....
Prof. Dr. Karine De Mello Freire (Orientadora).....

Às gerações futuras:

Pedro Henrique Fante Jacobi

Lucas Hoefel Paes

Julia Hoefel Paes

Marcelo Antonio Cizeski

Francisco dos Santos Fante

Rodrigo Antonio Cizeski

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, ao Hospital Mãe de Deus, meu local de trabalho desde fevereiro de 2007. Sem esse incentivo não teria chegado ao Mestrado. Agradeço à presidente, aos superintendentes e diretores, respectivamente Ir. Lucia Boniatti, Claudio Seferin, Alceu Alves da Silva, Fábio Leite Gastal, Luiz Felipe Gonçalves e, especialmente, Rogério Dalfollo Pires.

Aos diretores, gestores e líderes corporativos do HMD, especialmente ao Dr. Dinarte Ballester, pelo incentivo ao meu ingresso no Mestrado.

Aos meus colegas e parceiros de trabalho na difícil tarefa do constante convencimento de que o SUS, o SUAS e as políticas para a infância são possíveis de serem praticadas. O meu reconhecimento pelo compromisso e pela missão no dia a dia Maximiliano das Chagas Marques e Danara Dall Agnol.

A Direção do Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas, especialmente a toda a equipe multidisciplinar da saúde mental, aos familiares e pacientes que me acolheram no período da coleta.

À Escola de Design da Unisinos, por nos proporcionar a livre convivência com os qualificados professores do Programa de Pós-Graduação em Design, especialmente os professores da minha Banca de Qualificação, Ione Maria G. Bentes e Filipe Campelo Xavier da Costa pela firmeza nas suas considerações.

De modo ainda mais especial, à minha dinâmica e incansável orientadora professora Karine Freire.

À Equipe da Eliete Brasil, do Setor de Normas Técnicas da Unisinos, pela presteza, competência e dedicação. À Adelaide Boff, secretária do PPG em Design pela sua disponibilidade e gentileza.

Aos meus colegas de Mestrado da turma 2013 e todos aos que se agregaram ao longo do curso meu reconhecimento pelo esforço, parceria e discussões. Em especial, às colegas Viviane Almada, Juliana Wolfarth e Débora Lemos, pela dedicação e ajuda no decorrer do curso.

Aos meus amigos e aos filhos dos meus amigos. Aos meus familiares e à minha rede social. A vocês, deixo meu reconhecimento pela paciência em me possibilitar momentos de estudo e escrita, fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Aos meus colaboradores de dissertação, especialmente a Priscila Rodrigues, por sua especial colaboração na fase de conclusão. À Cinara Sabadin Dagneze e à Gabriela Flores Zílio.

Ao arquiteto Leandro Castilhos, pela grandeza do seu trabalho e pela sua sutileza em transformar minhas palavras em imagens.

À minha amiga e arquiteta Patrícia Machado Flores, pela validação dos resultados na finalização deste trabalho.

Ao Carlos Eduardo Nery Paes, meu amor, pela incansável companhia neste percurso.

“A vida só é possível reinventada.”

Cecília Meireles (1942)

RESUMO

A sociedade brasileira vive assolada pelo cenário epidemiológico e social que mostra a expansão do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, especialmente o crack. Nessa perspectiva, resolve o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 148 de 2012, implantar o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, como um componente hospitalar da rede de atenção psicossocial. Nesse contexto, como questão de pesquisa desta dissertação, pergunta-se: *como o design estratégico pode contribuir na consolidação do conceito de ambiência para o serviço hospitalar de referência em atenção à saúde mental?* Na busca da resposta a esse questionamento, foi realizada uma pesquisa exploratória, qualitativa, utilizando por técnicas de coleta de dados a observação participante e entrevistas etnográficas no Serviço hospitalar de atenção à saúde mental do hospital universitário Mãe de Deus Canoas, integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus, em complementação aos serviços ofertados pelo sistema único de saúde no município de Canoas no RS. O período de observação e coleta possibilitou a reunião de informações e a tangibilização de uma ação projetual para entender, a partir da leitura do *design* estratégico, o ambiente físico, o ambiente social e o ambiente profissional. Como resultado, apresentamos um conceito de ambiência para serviços hospitalares de atenção à saúde mental. Esse conceito inovador foi desenvolvido a partir da leitura do sistema no qual o serviço está inserido, compreendendo as portarias do ministério da saúde como *briefings* de projeto; e das experiências da equipe multiprofissional de um serviço de atenção à saúde mental a partir da leitura do *design* estratégico. Dessas leituras, estabelecemos o contrabriefing de projeto: o ambiente físico como ativador do ambiente social e do ambiente profissional. Só então, estabelecemos um conceito para a ambiência de um serviço hospitalar de atenção à saúde mental, baseado na experiência da equipe multidisciplinar. Cabe ressaltar as principais contribuições do *design* estratégico com suas capacidades inerentes em lidar com a complexidade do contexto próprio do âmbito da saúde mental com frequentes variações e turbulências.

Palavras-chave: Ambiência. Design estratégico. Hospital. Saúde mental. SUS.

ABSTRACT

Brazilian society is being ravaged by an epidemiological and social scenario that shows the expansion of consumption of psychoactive substances in Brazil, especially crack. From this perspective, the Ministério da Saúde (Ministry Of Health) decides, through the Ordinance nº 148 of 2012, to deploy the Standard Hospital Service for the care of people with mental disorders or distress and with health needs arising from the use of alcohol, crack and other drugs, as a hospital component of the psychosocial care network. In this context, as a research question for this thesis, we ask: how can strategic design contribute to the consolidation of the concept of ambience for the standard hospital service of mental health care? In search for the answer to this question, an exploratory, qualitative study was performed using as data-collection techniques participatory observation and ethnographic interviews at the Hospital Service for mental health care of Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas, a member of the Sistema de Saúde Mãe de Deus, in addition to the services offered by the Sistema Único de Saúde (Unified Healthcare System) in the city of Canoas, RS. The period of observation and collection enabled the gathering of information and made tangible a design action to understand, from a reading of strategic design, the physical, social and professional environments. As a result, we present a concept of ambience for the hospital services of mental health care. This innovative concept was developed through the reading of the system in which the service is located, understanding the ordinances from the ministry of health as design briefings; and the experiences of the multidisciplinary team of a mental health care service through the reading of strategic design. From these readings, we established the design counter-briefing: the physical environment as an activator of the social and the professional environments. Only then, we established a concept of ambience for hospital services of mental health care, based on the experiences of the multidisciplinary team. It is worth noting the major contributions of strategic design with its inherent capacity to deal with the complexity of the context of mental health care with frequent variations and turbulence.

Keywords: Ambience, Strategic Design, Hospital, Mental Health, SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes incorporados para um conceito de ambiência.....	25
Figura 2 – Imagens utilizadas para explorar os componentes de um ambiente	29
Figura 3 - Rede de atenção à saúde mental	43
Figura 4 - Objetivos estratégicos do sistema de saúde brasileiro	44
Figura 5 - Diagrama do conceito de ambiência tangibilizado para saúde mental.....	49
Figura 6 - Imagens da porta principal da entrada no Serviço e sala de espera.....	53
Figura 7 - Imagens da antessala do Serviço e corredor de acesso ao “aquário”.....	54
Figura 8 - Imagens do corredor do Serviço e armário dos pertences.....	55
Figura 9 - Imagens da sala de TV	57
Figura 10- Imagens das oficinas terapêuticas.....	57
Figura 11 - Imagens da sala de aula do Serviço pesquisado	59
Figura 12 - Contexto da ambiência social.	61
Figura 13 - Imagens dos espaços de convivência do Serviço pesquisado.....	64
Figura 14 - Contexto da ambiência profissional.	69
Figura 15 - Imagens de um Serviço hospitalar de atenção à saúde mental	70
Figura 16 - Oficina terapêutica: temática criação da decoração natalina	73
Figura 17 – Imagens Oficina terapêutica: temática lembranças natalina	74
Figura 18 - Imagens celebração natalina	74
Figura 19 - Calendário das atividades terapêuticas – Equipe multidisciplinar	83
Figura 20 Planta baixa de um serviço de atenção em saúde mental.	85
Figura 21 - <i>Briefing</i> para ambiente físico.....	86
Figura 22 - <i>Briefing</i> para ambiente seguro.	87
Figura 23 - Moodboard acolhimento e convivência da família e rede social,.....	97
Figura 24 - Moodboard cantina multiuso,	98
Figura 25 - Moodboard atividades multiuso,.....	99
Figura 26 - Moodboard repouso e descanso dos pacientes.....	100
Figura 27 - Moodboard atendimento multidisciplinar	101
Figura 28 Moodboard bem-estar da equipe multiprofissional,.....	99
Figura 29 - Moodboard circulação cultural	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes quanto à experiência	27
Quadro 2 - Componentes da ambiência segundo os autores	28
Quadro 3 - Proposições para ativar o ambiente social e o ambiente profissional	88
Quadro 4 - Apresentação das três categorias.	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados sob experiência em saúde mental.....	26
--	----

LISTA DE SIGLAS

AESC	Associação Educadora São Carlos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
HMD	Hospital Mãe de Deus
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCNES	Sistema Nacional de Classificação dos Estabelecimentos de Saúde
SSMD	Sistema de Saúde Mãe de Deus
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivo Geral	18
1.1.1 Objetivos Específicos.....	18
1.2 Justificativa	19
2 MÉTODO	20
2.1 Objeto de Estudo	21
2.2 Técnica de Coleta de Dados: observação participante	22
2.2.1 Observações e os Registros	23
2.2.2 Entrevistas Etnográficas ao Perfil dos Entrevistados	24
2.3 Análise dos Dados	27
3 DESIGN ESTRATÉGICO E LEITURA DE AMBIENTES	30
3.1 Ambientes	35
3.2 Experiência	37
4 LEITURA DO DESIGN ESTRATÉGICO A ORGANIZAÇÃO E SEU SISTEMA	40
4.1 Leitura do Sistema que Ativa a Organização: Sistema Único de Saúde e Sistema de Saúde Mãe de Deus	40
4.1.1 Estratégia para um Conceito de Ambiência	47
4.2 Leitura do Modelo de Organização: serviço hospitalar de atenção à saúde mental do Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas	50
4.2.1 herança no Serviço Hospitalar de Atenção à Saúde Mental	51
4.2.2 Aspectos Físicos: o ambiente físico no Serviço hospitalar de atenção à saúde mental	52
4.2.3 Aspectos Culturais: o ambiente social do Serviço hospitalar de atenção à saúde mental	60
4.2.4 Aspectos Ligados ao Estilo da Relação: o ambiente profissional do Serviço hospitalar de atenção à saúde mental	67
5 INTERPRETAÇÃO CRÍTICA DA REALIDADE	75
5.1 Aspectos Físicos - Ambiente Físico	76
5.2 Aspectos Culturais - Ambiente Social	79
5.3 Estilo da Relação - Ambiente Profissional	81
5.4 Visões	84
6 DIRETRIZES PARA UM FUTURO DESEJÁVEL	91

6.1 Diretrizes Projetuais para que o Ambiente Físico: ative o ambiente social e o ambiente profissional	91
6.1.1 Diretrizes Projetuais - Repouso e Descanso dos Pacientes.....	93
6.1.2 Diretrizes Projetuais - Cantina Multiuso.....	94
6.1.3 Diretrizes Projetuais - Atendimento Multidisciplinar.....	94
6.1.4 Diretrizes Projetuais - Acolhimento e Convivência da Família e Rede Social..	94
6.1.5 Diretrizes Projetuais - Circulação Cultural	95
6.1.6. Diretrizes Projetuais - Bem-estar equipe multidisciplinar.....	94
6.2 Tangibilização do Conceito: confirmação de um futuro desejável.....	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	112
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNISINOS	113
ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL MÃE DE DEUS	120

1 INTRODUÇÃO

*“[...] no sonho do homem que sonhava o sonhado despertou”.
As Ruínas Circulares (1940), Jorge Luis Borges.*

Ao repensar o meu “fazer” em saúde, percebi ser imprescindível ao cotidiano de trabalho sair do espaço da intuição e avançar para um espaço de construção teórica. Conhecer novos conceitos e outras abordagens e renovar a “caixa de ferramentas” que sustentassem a minha visão estratégica num contexto de tamanha complexidade como a gestão em saúde tornou-se prioridade para apoiar e desenvolver um sentido de identidade em um campo de trabalho em constante transformação.

Nesse aspecto, a possibilidade de qualificar o conhecimento fortaleceria os vínculos de trabalho estabelecidos a cada dia no espaço do “fazer” em saúde, compreendido como um lugar de problemas complexos, com seu funcionamento ancorado na organização de redes e na coprodução de valor.

Por isso, os motivos que me levaram a escolher um curso de Mestrado em *Design* com ênfase em *design* estratégico foi o de dar respostas aos problemas complexos, aprofundar os conhecimentos para contribuir de forma qualificada com trabalho no âmbito das parcerias público-privado, área em expansão dentro do Sistema de Saúde Mãe de Deus, meu local de trabalho nos últimos oito anos. Essa área de atuação tem como missão complementar os serviços do Sistema Único de Saúde na cidade de Porto Alegre, região metropolitana e litoral norte, entre outros municípios do Rio Grande do Sul, onde o Sistema de Saúde Mãe de Deus incorpora suas ações de sustentabilidade institucional.

Somado a uma expertise profissional de longos anos de caminhada junto ao SUS, atendendo uma demanda corporativa, surge a possibilidade de aprofundar os estudos em áreas estratégicas para o hospital. Em razão disso, considerando que a expansão da parceria público-privada é uma das linhas estratégicas da instituição Mãe de Deus, a alta diretoria decidiu me contemplar com uma bolsa de estudos para a realização do Mestrado.

Nesse contexto, com um olhar estratégico, intensifico meu problema de pesquisa para uma lacuna na área da saúde, mais precisamente a saúde mental na área hospitalar e no âmbito da saúde pública.

Os ambientes físicos pensados para os serviços de saúde mental, de uma forma geral, padecem de um cuidado adequado que permita que eles sejam reconhecidos como ambientes providos de ambiência. Uma das causas dessa situação está na distância que existe entre as políticas públicas de saúde e a realidade dos pacientes, da família e rede social e das equipes multiprofissionais, principais articuladores desses serviços. Essa questão fica evidente quando observados os regramentos legais (portarias) que orientam os projetos de arquitetura e *design* de ambientes de saúde e que expressam a falta de visão dos gestores e governantes no que diz respeito à organização do serviço.

O cenário da saúde pública implica acertos e desavenças acerca do que a população realmente precisa e do que almeja encontrar. Além de oportunizar acesso à saúde de forma igualitária, busca o Ministério da Saúde, ao publicar a Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012, implantar o Serviço Hospitalar de Referência¹ para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, como um Componente Hospitalar² da Rede de Atenção Psicossocial³.

O estudo propõe a utilização conceitual da abordagem do *design* estratégico relacionado à capacidade da leitura de ambiente apresentada pelo autor italiano Francesco Zurlo (1999) em sua tese de doutorado, a qual dialoga com os componentes do ambiente apresentados pelo Ministério da Saúde, com apoio da experiência da equipe multiprofissional.

¹ O Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferece suporte hospitalar aos usuários de álcool e/ou outras drogas, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. Em nível local ou regional, compõem a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

² A Política Nacional de Saúde Mental, que tem como marco a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e define que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

³ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (república em 21 de maio de 2013), obedecendo as diretrizes desse novo modelo assistencial, e tem como principais objetivos: (1) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; (2) promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; (3) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Para fins deste estudo adotamos como conceito de ambiência na visão da pesquisadora a capacidade do ambiente físico ativar o ambiente social e este por sua vez ativar o ambiente profissional. Nesta tríade, enfatiza-se um conceito de ambiência.

Desse modo, a escolha da saúde mental leva em consideração o cenário epidemiológico que mostra a expansão do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, especialmente do álcool e do crack, que impactam nas definições dos recursos públicos e nas estratégias de elaboração das políticas públicas.

A pesquisa busca investigar, a partir da abordagem do *design* estratégico, as experiências da equipe multiprofissional, utilizando como objeto de estudo o serviço de referência em saúde mental do Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas. Este Serviço hospitalar de atenção à saúde mental observado está muito alinhado à visão do processo de *design*, à visão da rede de atenção psicossocial e ao aspecto do ambiente discutido nesta investigação. O *design*, e mais precisamente a sua abordagem no *design* estratégico, tem uma capacidade própria de habilitar um processo dialógico entre vários atores e traz como característica um agir estratégico como causa e efeito de um processo coletivo e interativo que pode modificar a realidade. (ZURLO, 2010).

Portanto, como pergunta de pesquisa desta dissertação, pondera-se: *de que forma o design estratégico pode contribuir na consolidação do conceito de ambiência para o serviço hospitalar de atenção à saúde mental?*

Para configurar um conceito de ambiência, passo pela compreensão das diferentes visões sobre ambiente, que vai, desde a exploração dos aspectos físicos, culturais e do estilo de relação típico da leitura do *design* estratégico, até a exploração dos componentes do espaço físico, do espaço como produção de conhecimentos e do espaço das relações interpessoais em conformidade com o encontrado na definição do Ministério da Saúde do Brasil.

A estrutura deste trabalho foi elaborada de modo a contemplar os interesses da pesquisa em seu curso. Este capítulo introduz o trabalho que seguirá ao longo de sete capítulos.

O capítulo dois desta dissertação apresenta o procedimento do método utilizado nesse estudo. A pesquisa etnográfica desenvolvida tem caráter qualitativo, identifica-se como um estudo de natureza exploratória, realizada em um serviço

hospitalar de atenção à saúde mental. Entendemos como oportuno inserir este capítulo no início para dar espaço ao debate teórico nos demais.

No capítulo três, apresentamos o *design* estratégico na sua capacidade de “Ver”, com uma leitura de ambientes na perspectiva do ambiente e da experiência. Para explorar essa relação, recorreu-se à lição de autores da comunidade científica do Politécnico di Milano, como Zurlo e Meroni. Além disso, considera-se os ensinamentos de Bitner e Lee no aspecto do ambiente, dialogando na perspectiva da experiência com os autores como Cain e Rick.

No capítulo quatro, aprofundamos com a leitura do *design* estratégico na sua capacidade de “Prever”, a organização e seu sistema a partir a leitura do sistema que ativa a organização: o sistema único de saúde e o sistema de saúde Mãe de Deus, passando pela estratégia do ambiente, pela leitura do modelo de organização pesquisado, e a chegada ao serviço com seus aspectos físicos, culturais e aqueles ligados ao estilo de relação.

Num passo adiante, o capítulo cinco possibilita a interpretação crítica da realidade, explorando os aspectos do ambiente físico, do ambiente social e do ambiente profissional, chegando às visões possíveis.

No capítulo seis, a entrega das diretrizes para um futuro desejável, trabalhando o *design* estratégico a partir da sua capacidade de “Fazer Ver”, apresentando os resultados projetuais propostos nos objetivos deste trabalho.

Por fim, no capítulo sete apresentamos as considerações finais, seguindo das referências utilizadas para sustentar os argumentos dos achados nesta pesquisa.

1.1 Objetivo Geral

Como objetivo geral, busca-se mostrar as diretrizes projetuais para a configuração de um conceito de ambiência para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental a partir do *design* estratégico.

1.1.1 Objetivos Específicos

- a) entender o sistema que afeta o serviço de saúde mental pela leitura do *design* estratégico;

- b) apresentar o serviço hospitalar de atenção à saúde mental a partir das experiências da equipe multiprofissional;
- c) explorar o ambiente do serviço de atenção à saúde mental nos aspectos culturais, físicos e dos estilos de relação nele presente para configurar, à luz do *design* estratégico, um conceito de ambiência;
- d) interpretar a definição de ambiência do Ministério da Saúde sob a ótica do *design* estratégico para propor diretrizes projetuais de um conceito de ambiência em serviços hospitalares de atenção à saúde mental.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória, qualitativa, utilizando por técnicas de coletas de dados observação participante e entrevistas etnográficas em um serviço hospitalar, considerado um dos problemas mais complexos da área saúde: a internação hospitalar na atenção à saúde mental.

Meu período de observação e coleta possibilitou a reunião de informações e a tangibilização de uma ação projetual para entender, a partir da leitura do *design* estratégico, o ambiente físico, o ambiente social e o ambiente profissional.

1.2 Justificativa

O Serviço Hospitalar de Referência à Atenção em Saúde Mental do Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas foi escolhido para esta pesquisa por se apresentar como um dos três serviços existentes e credenciado pelo Ministério da Saúde no Brasil, atendendo à Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 (SISTEMA NACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (SCNES), 2014). Apresenta, em sua configuração de serviço, os requisitos legais das interfaces com a rede pública de saúde, estando em conformidade com as normativas da Portaria e especialmente quando aponta a composição da equipe multidisciplinar necessária para o desenvolvimento do serviço. Ainda, o Serviço integra o hospital geral considerado pelo Ministério da Saúde como um modelo de gestão na complementaridade à saúde pública. E, por fim, foi escolhido em razão de sua localização geográfica, eis que, sendo Canoas o principal município da região metropolitana de Porto Alegre, o hospital foi responsável pelo atendimento de meio milhão de pessoas no ano de 2014. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MÃE DE DEUS CANOAS, 2014).

O Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas é um dos nove estabelecimentos de saúde da Associação Educadora São Carlos (AESC), mantenedora do Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD), o qual também atende ao princípio da organização ascendente de custo e complexidade assistencial, estando a operação condicionada àquelas demandas do poder público acerca das prioridades, demandas e necessidades regionais. Dessa forma, evidencia-se que tal parceria está em conformidade com os critérios do Ministério da Saúde, que dispõe que se devem destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente. (BRASIL, 2004a).

Justifica-se a escolha do tema e o uso do método apresentado por duas razões, destacadas a seguir. A primeira consideração é em razão da complexidade que se atribui ao conceito de ambiência de forma geral. Assim, para destacar a relevância do estudo, recorre-se às palavras de Santos (2006), que se vale da expressão anglo-saxônica *place counts*, isto é, “o lugar tem importância”, para salientar o diferencial que pode fazer o ambiente. Destaca-se, dessa forma, que, para compreender a ambiência a partir das experiências de uma equipe multiprofissional dentro de um serviço hospitalar de atenção à saúde mental, é necessário dar importância ao lugar em razão de sua complexidade, relevância, abrangência social e seu alto grau de incerteza e turbulência.

Em segundo lugar, a escolha foi motivada pela área de concentração do Programa de Pós-Graduação (PPG) no qual a pesquisa está sendo desenvolvida. O PPG em Design da Unisinos enfoca o *design* na perspectiva da estratégia, no âmbito de processos e não somente de produto. Nesse sentido, o *design* estratégico atua como um espaço de estratégia para o âmbito dos serviços, em uma perspectiva do sistema-produto-serviço, possibilitando um amplo debate (pesquisa) acerca das necessidades nas organizações que vivem em contextos competitivos e complexos (aplicação) e em busca de inovação.

2 MÉTODO

Neste capítulo, apresentamos o método desenvolvido para explicitação dos objetivos desta pesquisa. Para tanto, resgata-se a pergunta de pesquisa desta dissertação: de que forma o *design estratégico* pode contribuir na consolidação do conceito de ambiência para o serviço hospitalar de atenção à saúde mental?

Sabedores que a relação entre o uso da abordagem do *design* estratégico e sua aplicação no contexto da saúde ainda é pouco conhecida, utiliza-se de pesquisa exploratória e qualitativa nesta dissertação. Assim, recorre-se, para aprimorar a investigação, a diferentes fontes de coleta, tais como: fotografias, entrevistas com roteiro semiestruturado, escutas sensíveis, conversas continuadas, comunicações internas, diário de campo e a observação participante.

A análise está fundamentada em Krippendorff (1980), que define a análise de conteúdo como uma técnica de análise que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto. Na compreensão acerca da metodologia de análise de conteúdo em Krippendorff (1980, p. 20), ele resume: “É um procedimento metodológico para a obtenção de inferências com base em dados essencialmente verbais, simbólicos ou comunicativos”.

2.1 Objeto de Estudo

O objeto de estudo desta dissertação é o Serviço de Atenção à Saúde Mental e a sua unidade de análise, sua equipe multiprofissional.

O Serviço integra as diversas especialidades que compõem o Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas, integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD). O Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas está localizado na Cidade de Canoas, região metropolitana de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. No dia 07 de janeiro de 2010, a Prefeitura Municipal de Canoas passou, em regime de contrato público–privado, a gestão do hospital ao SSMD. Ao assumir a gestão, o hospital tinha sete pacientes internados e 450 leitos desativados, hoje, o hospital tem 480 leitos credenciados no Sistema Único de Saúde, apresentando uma taxa de ocupação de 95%. Conta com um corpo funcional de 2.600 profissionais, instalados em uma área física de 56.750 m², com mais de 35 especialidades médicas e áreas assistenciais de referência regional, destacando, para fins deste trabalho, o serviço hospitalar de atenção à saúde mental.

Nesse contexto de funcionamento, o Serviço hospitalar de atenção à saúde mental foi inaugurado em 17 de abril de 2012, pelo senhor Ministro da Saúde Alexandre Padilha. Está localizado no 10º andar do Hospital Universitário de Canoas – Mãe de Deus e em funcionamento sob a diretriz da Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define o Serviço como “Serviço Hospitalar de Referência para

Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. (BRASIL, 2012).

A atividade oferece suporte hospitalar aos usuários de álcool e/ou outras drogas, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciam indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência (BRASIL, 2012), chegando até a trinta dias consecutivos.

2.2 Técnica de Coleta de Dados: observação participante

Para Minayo (1994, p.273),

[...] a observação participante permite ao pesquisador entrar em contato direto com a realidade a qual deseja conhecer, em que as informações são obtidas no próprio contexto em que ocorrem, tendo em vista que não podem ser apreendidas simplesmente por meio de falas ou da escrita, permitindo uma compreensão mais global da situação estudada.

Para se obter a abrangência esperada frente a um serviço com tamanha complexidade, observamos o ambiente do Serviço nos seus aspectos culturais, físicos e dos estilos de relação, em tempo real ao funcionamento, organização e vivência da equipe multiprofissional. Ao longo do processo, verificávamos os registros das observações, avaliando a adequação dos dados coletados para os propósitos da pesquisa. De forma densa, foi possível perceber as particularidades e as miudezas, a partir de algumas características que são próprias da coleta realizada.

A descrição densa, como afirma Geertz (1997), proporciona uma análise posterior de forma interpretativa, método que vem ao encontro deste estudo no que envolve a interpretação do fluxo do discurso social existente na unidade de análise. Além disso, capta as diferenças de significado, buscando o dito nas entrelinhas, valendo-se, para tal, do ensinamento do mesmo autor quando diz que só podemos apreender os significados almejados tendo em vista as partes que compõem e englobam o todo. Neste estudo, foram considerados os componentes expressos nas formas: o espaço que visa à confortabilidade; o espaço que visa à socialização entre os sujeitos e o espaço que visa às relações interpessoais e profissionais.

Minayo (1994, p. 59-60) ainda salienta que:

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Como indica Becker (1997), o observador participante, além de observar as situações no contexto em que ocorrem, estabelece conversações com os participantes dessas situações, descobrindo as interpretações sobre os acontecimentos observados. O autor pontua a possibilidade de a observação participante produzir grande quantidade de descrições detalhadas, a respeito do fenômeno investigado. Gaskell (2002) evidencia que a “conversação continuada”, que se estabelece no método da observação participante, tem por objetivo “[...] absorver o conhecimento local e a cultura por um período de tempo mais longo do que em fazer perguntas dentro de um período relativamente limitado” (GASKELL, 2002, p. 64).

Foi realizada a imersão para observação participante, totalizando 74 horas de observação. Iniciado no mês de setembro, ocupando o mês de outubro e novembro e toda a primeira quinzena de dezembro, diretamente dentro do Serviço Hospitalar de Atenção à Saúde Mental do Hospital Universitário de Canoas, esse total de horas foi dividido em dias e turnos de trabalho, para que fossem observadas todas as equipes. Considerando as escalas do dia e das noites alternadas, foi contemplado o horário do grupo de família, o dia da visita, o cronograma das atividades terapêuticas com a realização das oficinas de arte, oficinas de música, o grupo do consultor químico, o dia de reunião de equipe para discussão de casos e as atividades e festas temáticas, como o Natal.

2.2.1 As Observações e os Registros

A imersão para o processo de observação participante iniciou com a apresentação dos objetivos da pesquisa ao gestor da unidade e aos participantes da reunião de equipe, que ocorre ordinariamente às segundas-feiras pela manhã. Nesse momento, esclarecemos o proposto na pesquisa. Conforme previsto no projeto aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Unisinos (aprovação 19/08/2014 parecer nº 755.777) e do Hospital Mãe de Deus (aprovação 17/09/2014 parecer nº 794.313), esclarecemos sobre a participação da equipe multiprofissional e o quanto todos estariam sob proteção do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Concluindo o momento protocolar necessário para o acesso da pesquisadora ao Serviço, foram iniciadas as observações nas diferentes atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional ao longo dos diferentes turnos de trabalho. Cabe ressaltar a importância de cada atividade no contexto do trabalho, uma vez que todas elas estão previstas em cronograma que integra o Projeto Técnico do Serviço.

O Projeto Técnico é um documento integrante do processo de habilitação e credenciamento do serviço junto as instâncias governamentais. Legitimando-o como um serviço de saúde habilitado para o seu pleno funcionamento. (BRASIL, 2012).

Para ser considerado um projeto técnico, é necessário constar dos objetivos do serviço, o seu modelo assistencial, o projeto terapêutico, a concepção de acolhimento do serviço um cronograma das atividades terapêuticas e a nominata das funções que compõem sua equipe multiprofissional.

Cabe destacar, no que concerne à realização da reunião de equipe, a sua importância, uma vez que é um espaço de discussão, aprendizagem e troca de experiências entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional. A presença dos médicos na reunião garante a discussão de casos sob o aspecto da doença, já a participação da assistente social, da psicóloga e do consultor químico possibilita uma visão abrangente dos aspectos sociais com caráter multiprofissional combinando com a enfermagem nos aspectos assistenciais. A participação da equipe multiprofissional nos dias de reunião de equipe está ancorada nos profissionais do turno escalado.

Os dias de visita da família e rede social no Serviço têm frequência semanal, ocorrendo às quartas-feiras pela manhã e tarde, e aos domingos, nos mesmos turnos e horários, conforme o grupo de pacientes: se dependentes químicos (10h às 11h) ou pacientes psiquiátricos (15h às 16h). As observações nesse ambiente de trabalho ocorreram pela escuta sensível e as conversas continuadas durante a participação nos grupos, com anotações em diário de campo e fotografias para registrar cada momento.

2.2.2 Das Entrevistas Etnográficas ao Perfil dos Entrevistados

O roteiro da entrevista semiestruturada passou pela testagem de uma profissional com mais de 25 anos de trabalho na área da saúde mental, com

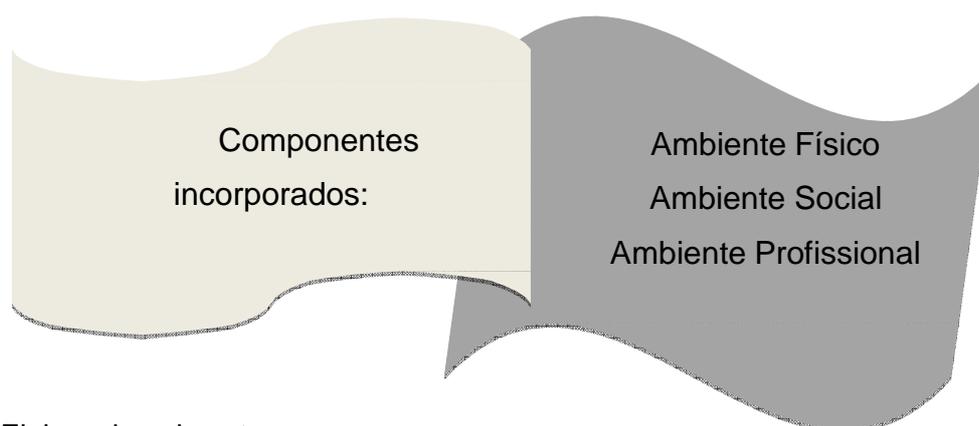
expertise no trabalho junto a equipes multiprofissionais e pacientes. O roteiro foi ajustado e validado por uma segunda profissional com as mesmas características, o que possibilitou maior segurança ao processo de coleta.

O processo das entrevistas ocorreu com a participação direta de 12 dos 44 profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Serviço. As entrevistas aconteceram após o período da observação participante, por meio da apresentação de um roteiro semiestruturado em que se apoiava nos componentes da ambiência segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a saber:

- a) o espaço que visa à confortabilidade;
- b) o espaço que visa à socialização entre os sujeitos;
- c) o espaço que visa às relações interpessoais e profissionais.

Para fins desta dissertação, na compreensão da pesquisadora, denominamos de componentes da ambiência o ambiente físico, o ambiente social e o ambiente profissional incorporados para o desenvolvimento de um conceito de ambiência para um serviço hospitalar de saúde mental, apoiado nas experiências da equipe multiprofissional, conforme apresenta a Figura 1.

Figura 1 - Componentes incorporados para um conceito de ambiência.



Fonte: Elaborada pela autora.

A partir dessa apresentação e contextualização do tema, os profissionais foram convidados a conversar sobre as suas experiências em saúde mental, a partir do roteiro semiestruturado apresentado pela da pesquisadora. Foram contemplados os profissionais dos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite, dos finais de

semana e o folguista da escala de trabalho. Para delimitação da unidade de análise, os profissionais foram escolhidos por: (1) atender ao critério de tempo de serviço na área: no mínimo dois anos de experiência na área da saúde mental; (2) atender o critério de tempo de trabalho na unidade: no mínimo um ano de trabalho no serviço hospitalar pesquisado.

Dentre os 44 profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Serviço, 12 foram os informantes (Tabela 1), sendo: 1 médico psiquiatra assistencial, 1 médico psiquiatra e gestor do Serviço, 5 enfermeiros, 1 assistente social, 1 consultor químico, 2 técnicos de enfermagem e 1 higienizador. Outros profissionais atuaram como informantes ao longo das observações, mas, não foram entrevistados. Para fins de leitura da Tabela 1, estão numerados, de 1 a 12, os informantes que participaram diretamente da entrevista com o roteiro semiestruturado, e, no decorrer do texto, estes serão assim identificados. Quanto à denominação “informante X”, será utilizada para todos os informantes que circulavam pelo Serviço e que, de alguma forma, se fizeram presentes durante o período da pesquisa.

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados sob experiência em saúde mental

Informante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	X
Sexo	M	M	F	F	F	M	M	M	F	F	F	F	
Tempo (anos)	30	20	10	3	2	15	20	30	2	4	10	15	
Atividade no setor público	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Atividade no setor privado	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	N	S	
Atividade em ambulatório	S	S	S	S	N	S	S	N	N	S	N	N	
Atividade em internação	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	
Trabalho em mais de um local	S	S	S	N	N	S	S	S	S	N	N	N	
Discussões de equipe	S	S	S	N	N	N	N	S	S	N	N	N	
Menciona o PNH	N	N	N	N	N	N	N	N	P	N	P	P	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Legendas: S (Sim) – N (Não) – P (Parcial)

Para sustentação da análise dos dados desta pesquisa, foram consideradas as interfaces dos resultados da observação participante na análise de Minayo (2013), com os resultados das entrevistas realizadas por meio do roteiro

semiestruturado e as leituras de experiência na perspectiva de Rick (1997), adaptados por Cain (1998), para suas referências do pensar – usar – fazer, conforme descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Componentes quanto à experiência

Rick (1997)	Simplificando, os componentes de qualquer experiência são:	Sistemas socioculturais, as ideias, crenças atitudes e expectativas.
		Padrões e rotinas de ação, o seu significado e identidade.
		As coisas que as pessoas usam e o impacto dessas sobre o que elas pensam e fazem.
Cain (1998)	Adapta os componentes de Rick para três referências: E apresenta: O Método do EBD - “ <i>Design</i> Baseado na Experiência”, que será reforçada na arena da experiência cotidiana pelas três referências.	Pensar
		Fazer
		Usar
		O EBD usa informações sobre o que as pessoas fazem em situações reais de uso – as suas experiências – para moldar e direcionar a estratégia no desenvolvimento de novos serviços.

Fonte: Elaborado pela autora.

2.3 Análise dos Dados

Nesta seção, serão apresentados a linha conceitual para análise de dados e o instrumento de *design* para tangibilização do processo de projeto. Há que se salientar que a análise foi desenvolvida desde o início nos diferentes estágios da investigação, sendo parte integrante da coleta de dados.

Frente à complexidade do objeto de estudo escolhido, a lembrar, um serviço hospitalar de atenção à saúde mental, mostra-se fundamental o exercício de análise concomitantemente ao processo de coleta de dados desde o começo do processo de pesquisa. Para André (1983, p. 70),

[...] tomamos várias decisões sobre pontos a serem enfatizados, áreas que merecem maior exploração, aspectos que podem ser eliminados e novas direções a serem trilhadas. Fazemos essas escolhas com base no contato com a realidade pesquisada e nos pressupostos teóricos que dirigem a nossa ação.

O quadro conceitual apresentado no Quadro 2 será utilizado para elaborar as categorias analíticas dos dados a partir dos componentes do ambiente na visão de Bitner (1992), Lee (1998) e Plano Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH-MS BRASIL, 2010).

Quadro 2 - Componentes da ambiência segundo os autores.

Bitner (1992)	Lee (1998)	PNH-MS (2010)
Condições ambientais	Condições ambientais	Espaço de confortabilidade
Temperatura	Temperatura	Morfologia
Qualidade do ar	Qualidade do ar	Luz
Barulho	Acústica	Cheiro
Música	Atratividade visual	Som
Etc.	Iluminação	Sinestesia
	Mobília	Arte
	Temperatura	Tratamento áreas externas
		Privacidade e individualidade
		Acesso a bebedouros e instalações sanitárias
		Morfologia
Espaço Função	Fator de Operacionalidade	Espaço de Socialização
Layout	Conveniência do layout	Espaços vivenciais
Equipamento	Privacidade	Construção do projeto
Mobiliário	Comunicação com a equipe	Voz dos usuários
Etc.	Localização espacial	
	Limpeza	
Signos / símbolos / artefatos		Espaço de relações interpessoais
Sinalização		

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao instrumento de *design* utilizado nos processos de projeto, encontramos no *moodboard* o instrumento de projeto que mais significou no âmbito da saúde a possibilidade de explorarmos as imagens dos ambientes observados. Segundo Scaletski e Pereira (2011), durante um processo de projeto surgem muitos problemas e a busca pela superação conta com diversas estratégias projetuais que

auxiliam no surgimento de insights criativos. Essas estratégias se apoiam em mecanismos facilitadores do pensamento e são, muitas vezes, traduzidas em instrumentos.

Sobre essa técnica da análise das imagens, os autores ainda referem que, ao considerarmos as imagens inseridas no contexto *moodboard*, elas incrementam o conhecimento daqueles que as observam, permitindo a concepção de mensagens com maior eficácia. O ato de observar uma imagem compreende um caminho de descobertas, uma ação de desmontar e reconstituir um objeto que jamais voltará a ser igual; trata-se sempre da construção de novos roteiros e novos pontos de vista.

Assim, para os autores, *moodboard* tenta, a partir de um agrupamento de imagens, construir novos significados, que vão além das imagens isoladas. A Figura 2 compreende este agrupamento de imagens para explorar um ambiente.

Figura 2 - Modelo de *moodboard* que será utilizado para explorar os componentes de um ambiente.



Fonte: Elaborada pela autora.

3 DESIGN ESTRATÉGICO E LEITURA DE AMBIENTES

Etimologicamente, *design* tem sua origem no latim “de” + “signare”, e está relacionado a “dar sentido às coisas” (KRIPPENDORF, 1989). A palavra *design* pode ser um verbo ou um substantivo. Como verbo, significa planejar, esquematizar, simular, proceder de modo estratégico. Como substantivo, está relacionada, entre outras possibilidades, a meta, intenção, plano (FLUSSER, 2007). Assim, *design* pode ser definido como o ato de projetar algo (verbo) ou o projeto de algo (substantivo) que não exista no espaço e no tempo com um novo significado ou, ainda, um novo significado para algo que já existe.

De forma sintética, quando falamos em *design* estratégico, nos remetemos ao conceito apresentado pelos pesquisadores da comunidade científica do Politecnico di Milano, para explicar Máster em Design Estratégico (MDS):

[...] uma atividade de projeto que trata do sistema-produto- serviços e estratégias de comunicação. Criado e desenvolvido por um ator ou conjunto de atores (sejam empresas, instituições ou organizações sem fins lucrativos) para obter um conjunto específico de resultados estratégicos (CONSORZIO DEL POLITECNICO DI MILANO, 2011).

Ao discutir sobre *design* estratégico, Zurlo (2010) afirma que se trata de uma “palavra-problema”, visto que este consiste em um sistema aberto que envolve muitos pontos de vista, modelos interpretativos articulados e muitas disciplinas. Ao relacionar a área de design com a área de estratégia, o autor entende que o *design* suporta a ação estratégica das organizações, operando no âmbito coletivo, graças a algumas capacidades ligadas à geração de efeitos de sentido, ou seja, a dimensão de valor para os *stakeholders* e clientes de uma organização, que é a finalidade esperada pela estratégia. O Design Estratégico concretiza esse resultado criando sistemas de ofertas e não soluções pontuais, um sistema-produto-serviço, mais do que um simples produto. O autor reforça que o *design* estratégico é uma atividade de projeção cujo resultado esperado é dar forma a estratégia usada por uma empresa para se apresentar ao mercado e, o conjunto integrado do produto, serviço e comunicação (sistema-produto-serviço) é o resultado visível dessa estratégia. O *design*, por sua natureza, sabe interpretar a complexidade, capturando dela estruturas de sentido; sabe indicar um caminho, tornando-o visível; e sabe comunicar e gerir os processos de compartilhamento das escolhas dentro da

organização (ZURLO, 2010). Meroni (2008) aponta a amplitude do conceito de *design* estratégico e o destaca como uma abordagem ao estabelecimento e à resolução de problemas em contextos incertos e turbulentos. Para a autora, a atividade de *design* estratégico confere às organizações sociais e de mercado um sistema de regras, crenças, valores e ferramentas para lidar com o ambiente externo e estar apto a evoluir (e dessa forma sobreviver), bem como a manter e desenvolver sua própria identidade.

Para Olins (2004 apud SURLO, 2010), a identidade e a reputação de uma organização concretizam-se em uma imagem projetada pelas pessoas em seus territórios emocionais, o que acaba por ampliar os atributos narrativos e a missão da empresa (ou de partes dessa). Assim, tanto a pesquisa de um efeito de sentido quanto a coerente e correta expressão da identidade construída a partir desse sentido, por meio do sistema produto, sobrepõem-se na operacionalidade tanto do design da marca, quanto do design estratégico.

A propósito, Zurlo (2010) se vale das principais contribuições do *design* que decorrem da sua capacidade de ver - prever - fazer ver.

- o “ver” é a capacidade de observar os fenômenos muito além da superfície visível, é ato criativo e representa o chegar à essência das coisas. No âmbito organizacional, essa capacidade permite compreender, com maior precisão, todos os contextos inseridos na organização e também todas as relações com as partes envolvidas (ZURLO, 2010);
- o “prever” é muito relacionado ao ver, aquilo que se observa e alimenta a criação de possíveis futuros para novas estratégias organizacionais. Por meio de abordagens do design estratégico, constroem-se futuros, prevendo aquilo que poderá ser e, com isso, estabelecendo novas perspectivas de atuação (ZURLO; CAUTELA, 2006);
- o “fazer ver” é a capacidade que, mais do que as outras, suporta a ação estratégica, visto que torna visível o campo do possível e é um instrumento importante para a aceleração do processo de decisão. Ainda, nos leva à reflexão de que sempre que nos depararmos com uma abordagem estratégica, encontramos novas ideias, gerando um processo dialético, o que, por sua vez, nos remete a uma nova reflexão a cada momento,

possibilitando um permanente exercício de aprendizagem e mudança (ZURLO, 2010).

O *design* estratégico está fundamentado na fenomenologia e se constrói na complexidade. Faz ver cenários futuros possíveis e se vale dessa capacidade para organizar e tornar compreensíveis os dados do contexto para apoiar a configuração das estratégias, compreendidas como “diálogo e confronto, conversa e negociação entre múltiplos atores, e visa alavancar alguma forma de sucesso (um resultado que tem sentido para alguém)” (ZURLO, 2010).

Importante definição de estratégia, para fins desta discussão, vem do conceito elaborado por Morin (2011, p.79-80), adotado também por Mauri (1996) e Meroni (2008), que considera que a palavra estratégia não define um programa pré-definido, mas uma série de ações sucessivas dirigidas por cenários que podem ser selecionados, modificados e refinados de tempos em tempos, de acordo com as respostas do ambiente. A estratégia luta contra o acaso e busca a informação.

No campo do *design*, Mauri (1996) explica que a estratégia é uma palavra-chave no discurso projetual, surgindo como produção de sentido. O *design* estratégico, portanto, muda o foco do produto ou do serviço para uma estratégia integrada de sistema-produto-serviço, na medida em que mudanças rápidas e profundas da contemporaneidade demandam novas soluções.

Nessa perspectiva, para Zurlo (2010), o *design* estratégico sempre se realiza em uma organização, a qual é entendida como um grupo ou coletivo com interesse comum.

Dessa compreensão do processo de *design* voltado às estratégias, ao exercício de aprendizagem e mudança em âmbitos coletivos, Zurlo (1999) deixa pistas quando identifica uma capacidade de *design* propícia à criação das estratégias: a sua capacidade de leitura dos ambientes. Nesse âmbito, o *design* estratégico explicita o modelo de organização, capturando seus elementos peculiares e distintivos, o conjunto de qualidade que a torna única. Zurlo (2010) indica que o modelo é determinado a partir da “definição da missão, da visão, do sistema de valores chave, da filosofia e dos princípios que obedece, das ideias dominantes, das modalidades de motivação dos indivíduos, do estilo da liderança”.

Explicitar o modelo e ajudar a definir a identidade da organização é uma das principais tarefas do *design* estratégico. Zurlo (2010, s.n.) ensina que “[...] explicitar o modelo significa projetar uma dimensão cultural que ativa o ambiente”. Ao explicitar

o modelo e incidir nos aspectos que ativam o ambiente, como os aspectos culturais, físicos e os estilos de relação nele presente, o *design* estratégico pode afetar os comportamentos e as motivações dos indivíduos. O autor se baseia em estudos que demonstram a influência que as características físicas do ambiente têm no estado emotivo das pessoas, melhorando, com isso, não só as performances cognitivas, mas também a maneira pela qual elas compartilham o sistema de valores da organização.

Meroni (2008) indica outro pilar do design estratégico, qual seja a construção de capacidades. Contribuir para mudar uma coletividade, uma comunidade, uma organização ou para a compreensão de um problema, elaborar uma nova percepção e visão, capacitando os envolvidos a fazer coisas em um processo de mudança, é um dos significados de qualquer projeto de design estratégico.

Associando-nos às ideias de Meroni (2008), compreendemos que, ao falarmos de design estratégico, estamos falando sobre evolução e participação. Para isso, é importante estabelecer relacionamentos multiprofissionais e procurar soluções para as questões do cotidiano em colaboração com as comunidades envolvidas, ou seja, há que se ponderar que se deve considerar o interesse coletivo e a criação de estratégias. “Visões compartilhadas são questões de diálogo estratégico” (MERONI, 2008, p. 36).

Essa mudança para uma visão social e ambiental tão necessária às organizações e ao seu modo de relacionamento com a comunidade na qual está inserida encaixa-se sob o guarda-chuva que chamamos de “complexidade”, o que, para as organizações contemporâneas, significa segmentação, personalização e imprevisibilidade. Além disso, globalização e demanda turbulenta também são questões que exigem estratégias e envolvem uma rede de atores que compartilham dessa visão (ZURLO, 1999).

Ao pensarmos no âmbito de um serviço de atenção em saúde mental, por exemplo, seria necessária a inclusão das capacidades do *design* estratégico nos debates sobre os processos de trabalho com foco na equipe multiprofissional com o ímpeto de propor uma estratégia de *design* fortalecendo um verdadeiro diálogo estratégico entre todos – dos consultórios às portas dos serviços, do ambiente às comunidades.

As repercussões da discussão “*design* estratégico e suas implicações com as suas capacidades distintivas de leitura de ambientes” são significativas tanto para a

reflexão voltada à equipe multiprofissional de um serviço de atenção à saúde mental quanto aos diferentes atores envolvidos que passam a compreender cada vez mais a complexidade do processo. O *design* estratégico serve como inspiração, fonte de aprendizado para novas experiências. A sua capacidade de fazer ver surge como um importante articulador na configuração da rede de atenção psicossocial, agregando valor para as organizações de saúde pública ou sem fins lucrativos em um futuro cada vez mais incerto e turbulento.

Voltando à questão do quanto um lugar importa, podemos incorporar a essa reflexão a análise de qual é a lógica de agregar valor ao negócio e de quais são suas implicações estratégicas, retomando a lição de Norman e Ramirez quando discutem sobre a transformação no modo como o valor agregado é criado. Os autores consideram que no sistema de negócio a complexidade de funções e dos seus papéis tem, pelo menos, três implicações estratégicas: em primeiro lugar, o objetivo da organização não é somente criar valor para os seus diferentes atores, mas sim inseri-los no processo; em segundo, ter compreensão do seu papel na rede de serviços e reconfigurar a sua participação; e, por fim, desenvolver a sua condição de conceber um sistema de valor e fazê-lo de fato funcionar coletivamente.

Podemos considerar que o papel das relações estratégicas nos serviços de saúde se fortalece no processo de *design*. Na visão de Zurlo (2010), o *design* estratégico apresenta-se como um sistema aberto que permite e propõe pontos de vista diversos e modelos interpretativos articulados, confrontando-se com as complexidades da sociedade, sejam elas de ordem técnica ou organizacional.

Como fruto dessa reflexão, percebe-se que a tarefa estratégica principal de um serviço hospitalar de referência em atenção à saúde mental é a consolidação das suas relações com a suas comunidades possibilitando a corresponsabilização, fazendo parte dessa nova lógica de configuração de valor à estratégia, resultando no permanente diálogo entre os diferentes atores e a permanente reflexão sobre a arte de projetar a ambiência no contexto dos serviços, e especialmente dos serviços de saúde mental.

Dessa forma, retoma-se o papel do *design* em projetar um sistema integrado de valor que seja a representação da estratégia. Para Norman e Ramírez (2006), isso se torna possível graças ao valor criado. Diante de um mundo complexo, na área da saúde mental uma das implicações é discutir as complexidades do seu

cotidiano com todos os envolvidos. A próxima seção se apresenta com esse propósito.

3.1 Ambientes

Zurlo (1999) aponta o *design* estratégico como capaz de afetar a atividade de organizar os coletivos que buscam resultados comuns por meio da criação de um ambiente dotado de sentido. O autor fundamenta sua compreensão da atividade de criação de sentido (sensemaking) em Karl Weick (1995 apud ZURLO, 1999), que entende o ambiente como o conjunto de vínculos que um sujeito percebe como externos a ele e que condicionam e limitam sua atividade. O ambiente não é dado, é resultado de um processo de ativação do sujeito que com ele interage. Zurlo (1999, p. 178) explica que ativar um ambiente significa “[...] conferir sentido e valor por meio de um processo interativo (comunicativo e relacional) com base em uma plataforma comum composta por valores e normas compartilhados.”

Zurlo (1999) confere ao ambiente de trabalho um papel muito importante no processo de criação de sentido e da identidade de uma oferta:

[...] um ambiente coerente com as expectativas e a percepção favorecem a criação de sentido de uma organização. A intervenção do design relança as condições de sociabilidade e de reconhecimento das pessoas na filosofia da empresa, facilitando o processo e atividade do trabalho (ZURLO, 1999, p. 220).

No âmbito das pesquisas ligadas à área de serviços, Mary Jo Bitner também investiga o impacto do ambiente físico no comportamento de clientes e funcionários e a sua habilidade em facilitar o alcance dos objetivos organizacionais (BITNER, 1992). A autora aponta que esta habilidade é particularmente aparente em empresas de serviços, especialmente os hospitais. O ambiente físico pode ser muito influente na comunicação da imagem e do propósito da empresa para os seus usuários. E, no caso dos hospitais, podemos considerar usuários do ambiente físico os médicos, enfermeiros, funcionários em geral, pacientes e visitantes (MISOCKZY; CARVALHO, 2004).

Bitner (1992) propõe, em seu estudo, um *framework* que descreve o modo como o ambiente construído (em oposição ao ambiente natural ou social) afeta tanto empregados quanto consumidores de um serviço (que chamamos aqui de usuários).

Em seu *framework*, a autora separa o ambiente físico em três dimensões: condições ambientais; espaço e função; signos, símbolos e artefatos. Estão inclusos nas condições ambientais os seguintes elementos: temperatura, qualidade do ar, barulho, música e odor. Já na dimensão espaço e função, incluem-se: layout, equipamentos, mobiliário. E, na última dimensão, incluem-se a sinalização, os artefatos pessoais, o estilo de decoração. A autora assume que esses fatores podem levar a comportamentos de aproximação ou de afastamento entre os funcionários e os clientes. E, ainda, que o ambiente pode afetar a natureza, a qualidade, a duração e a progressão das interações sociais que ocorrem entre funcionários e clientes nos serviços interpessoais, como o caso dos hospitais. Ela se baseia em Forgas (1979 apud BITNER, 1992) para sugerir que o ambiente físico representa um conjunto de regras sociais, convenções e expectativas em vigor em um dado cenário de comportamento, servindo para definir a natureza das interações sociais. A conclusão da autora é a de que o ambiente físico fornece uma metáfora visual da oferta global da empresa, sugerindo seus usos potenciais, estando a qualidade do serviço prestado alinhada à visão de Zurlo (2010). Outra conclusão é a de que o ambiente físico age como um facilitador das atividades desenvolvidas por seus usuários, encorajando e nutrindo interações sociais que nele ocorrem. A autora identifica que as decisões sobre o ambiente físico têm impacto nos objetivos das áreas de operações, marketing e recursos humanos e que as modificações nesses ambientes devem se beneficiar dos *inputs* dessas áreas e fundamentados nos usuários reais. Aqui, percebemos o *design* estratégico na sua capacidade de leitura dos ambientes pode ser o agente capaz de interpretar esses diferentes objetivos e criar um sentido coerente para que os usuários os alcancem.

Lee (2011) estuda o efeito do ambiente físico nos comportamentos de satisfação, percepção de qualidade e comportamento de aproximação em serviços ambulatoriais de saúde. O autor utiliza um modelo conceitual que considera duas dimensões do ambiente físico: as condições ambientais e os aspectos ligados à operacionalidade do serviço. As condições ambientais incluem a acústica, a iluminação, a qualidade do ar, a temperatura, a limpeza e a atratividade visual. Já os aspectos da operacionalidade são: sinalização, privacidade, mobília confortável, condições favoráveis à comunicação com os funcionários. Os aspectos ligados à terceira dimensão de Bitner (1992) como signos, símbolos e artefatos, foram considerados como sinalização. O resultado do estudo sugere que a abordagem do

design de serviços pode trazer benefícios para o projeto do ambiente físico de serviços ambulatoriais de saúde, criando serviços de saúde centrados no paciente.

3.2 Experiência

Uma equipe multiprofissional carrega diferentes experiências, as quais, muitas vezes, se revelam em simples olhares, palavras ou gestos. É necessário que se efetive uma escuta cotidiana para perceber o quanto essa experiência está alinhada com a estratégia do Serviço no decorrer do trabalho. Para criar ambiências físicas que possam atender às necessidades do Serviço e especialmente da equipe multiprofissional, os gestores e técnicos precisam entender quais características da ambiência impactam nas experiências dessa equipe.

Nesse sentido, Sophie Petit-Zeman, em seu livro sobre o Serviço Nacional de Saúde (NHS – National Health Service) do Reino Unido, escreve como sendo incontestável a necessidade de:

[...] tornar um atendimento de saúde afetuoso e amável, dando e recebendo, antes que perdermos de vista o que ele é. Como encontrar uma maneira de restaurar o serviço de saúde para o que ele serve, para reinar sobre sua complexidade crescente, antes de ser tarde demais. (PAUL et al., 2007, p.3.).

O autor estabelece as razões de o serviço ser para pessoas, não para favorecer a opinião pública, como muitas vezes ocorre, no lugar de integrante de uma equipe multiprofissional, as pessoas estão muito atentas aos acontecimentos à sua volta. Torna-se, assim, um grande desafio investigar a experiência da equipe multiprofissional e a sua contribuição na leitura de ambientes dos serviços de saúde, questão principal desta pesquisa.

No processo de revisão conceitual, encontramos na tese de doutorado de Zurlo (1999, p. 227) “[...] um método relacionado à capacidade de leitura do ambiente”. Esse método, chamado de *design* baseado na experiência (Experience-based- design – EBD), é apresentado por Jonh Cain (1998) como uma forma de operar o *design* estratégico por meio da sua capacidade de leitura do ambiente. Cain (1998), sobre o EBD, afirma “[...] que o *design* baseado em experiência é um processo que emprega uma profunda compreensão do uso e experiência cotidiana das pessoas com relação aos serviços [em] que estão envolvidas, aplicando-a para comunicar e moldar os objetivos do negócio” (CAIN, 1998, p. 11).

Cain (1998) aproveita a expertise do colega Rick Robinson (1997) quando descreve o papel que os produtos e serviços desempenham na experiência cotidiana. Rick resume a imensa e obscura questão do entendimento da experiência em uma abordagem simples e direta para descrever seus componentes e uma maneira de fazer uma representação e modelo dessa abordagem. Simplificando, os componentes de qualquer experiência são:

- a) sistemas socioculturais, que informam ideias, crenças, atitudes e expectativas dos usuários;
- b) os padrões e as rotinas de ação, com significados e identidade;
- c) as coisas que as pessoas usam e o impacto que estas têm naquilo que os indivíduos pensam e fazem.

Em seu trabalho, Cain (1998) elabora uma referência para cada um desses componentes:

- a) “pensar” representa as ideias, crenças, atitudes e expectativas, e os sistemas socioculturais que as informam;
- b) “fazer” significa os padrões e rotinas de ação, e
- c) “usar” significa as coisas que as pessoas usam e o impacto que estas têm naquilo que os indivíduos pensam e fazem.

Ao trazer o debate para o objeto de análise desta dissertação, qual seja o Serviço hospitalar de atenção à saúde mental do hospital universitário de Canoas, há que se ponderar que, no processo de *design*, novos olhares oportunizam inspirações e são fonte de aprendizado para novas experiências. Compreender aspectos da ambiência em um determinado espaço mostra-se como uma ação estratégica (RONCHI, 2012).

É nesse contexto que se materializa um dos grandes desafios desta dissertação, o de fundamentar a temática da experiência no âmbito da ambiência, utilizando-se de *briefings* que deem pistas de como a experiência da equipe multiprofissional pode contribuir na configuração do conceito de ambiência para esse serviço. Ao questionar quem as pessoas de determinada formação cultural acham que são, o que elas fazem e por que razões elas creem que fazem o que fazem E

Ao trazer à tona tais questionamentos, surge a relação de contexto. É na relação de contexto que o sentido emerge e, assim, é preciso captar o sentido das relações profissionais que são compartilhadas entre a equipe e como se articulam no ambiente. Eis o desafio que se apresenta neste trabalho.

4 LEITURA DO DESIGN ESTRATÉGICO A ORGANIZAÇÃO E SEU SISTEMA

Neste capítulo serão apresentados os resultados referentes à capacidade de ver do design estratégico proposta por Zurlo (2010), dividida em dois subcapítulos: a leitura do sistema que ativa a organização e a leitura do modelo organizacional.

4.1 Leitura do Sistema que Ativa a Organização: Sistema Único de Saúde e Sistema de Saúde Mãe de Deus

As reformas do setor saúde empreendidas na década de 1990, como expressão temática das reformas econômicas liberais com origem no Consenso de Washington, fracassaram. A razão de tal insucesso tem raízes no fato de essas reformas fixarem-se em ideias-força como privatização, separação de funções, novos arranjos organizativos e introdução de mecanismos de competição que não foram capazes de gerar valor para os cidadãos comuns que utilizam os sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2013, p. 17).

O imprescindível incremento dos recursos públicos para a saúde no Brasil, para produzir impacto sanitário, têm de vir junto com profundas reformas no Sistema Único de Saúde (SUS). Como afirma o professor indiano Ramalingaswani, “[...] é necessário mais dinheiro para a Saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida” (FRENK, 2006, apud MENDES, 2013, p.18).

Nesse aspecto, o Sistema Único de Saúde é uma proposta de política pública que vem dando certo, construída e institucionalizada a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelos movimentos sociais¹ e acolhido pela Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2013). Os resultados positivos da proposta foram apontados no texto “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”, publicado pela revista *The Lancet* (2011), no qual é feito o registro de que,

¹ A efervescência dos movimentos sociais a partir da metade da década de 1970, a criação do centro brasileiro de estudos de saúde (CEBES), em 1976, as experiências locais alternativas de organização de serviços de saúde, a presença de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde e, sobretudo, o intenso debate e a apresentação de reflexões, em fóruns dos movimentos sociais e nas arenas governamentais, sobre as alternativas à hegemonia dos interesses mercantis na assistência médica previdenciária, tornaram-se os ingredientes essenciais para a elaboração das diretrizes do sus. Durante o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, o documento do CEBES intitulado “saúde é democracia” sinalizou para a necessidade de criação de um sistema único e para a necessidade de transformação das ações de saúde em bens sociais gratuitos sob responsabilidade do estado a partir de uma base eficaz de financiamento. Tais premissas justapostas às acepções sistêmicas e universalistas sobre previdência e assistência social fundamentaram a inscrição do sus como integrante das ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social no artigo 194 da Constituição de 1988. (BAHIA,2014).

a partir da criação do SUS, o Brasil conseguiu melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, bem como conseguiu atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.

A Constituição Federal, ao compor o SUS como estratégia de estruturação e organização do setor saúde, traz essa sinérgica composição dicotômica entre os territórios do público, nas dimensões dos serviços próprios e daqueles complementares, e do suplementar, concretizados pelo disposto em seus Artigos 197 e 199. Eco dessa lógica é replicado na Lei Federal nº 8.080/1990, no Título III, Capítulo II – Da participação complementar, arts. 24 e 25 –, em cujo texto dispõe-se sobre a inserção de prestadores de serviços complementares aos serviços públicos de saúde, o que é pré-justificado pela insuficiência da cobertura de dispositivos próprios para a oferta da assistência. Nesse sentido, desponta a possibilidade das parcerias público-privado, com oferta assistencial determinada por condicionantes como as ambiências e os recursos humanos, o processo assistencial, em seus componentes da capacidade técnica e do desenvolvimento tecnológico e inovação, e a economicidade produzida por mecanismos de aprimoramento da gestão capazes de reduzir custos de operação, sem prejuízo à qualidade e à excelência de execução.

Fundada nessa lógica, a lei federal nº 12.101 de 2009, que dispôs especificamente sobre a participação complementar de instituições privadas sem fins lucrativos, contempladas com a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social da Saúde (CEBAS-Saúde), confere a oferta de serviços assistenciais pela modalidade pública de pelo menos 60% das atividades, compondo estrutura que supre carências, vazios assistenciais e obrigatoriedade de execução por parte do Estado.

É nesse cenário, de complementariedade e cooperação para a consolidação de uma dinâmica de Estado justa e voltada ao direito coletivo à saúde, que a Associação Educadora São Carlos – Sistema de Saúde Mãe de Deus (AESC-SSMD) tem sua missão social efetivada pela oferta de serviços assistenciais que permitem a extensão da cobertura pública com economicidade, qualidade e acolhimento. Com isso, submetidos e alinhados aos princípios constitucionais, legais, normativos e operacionais do SUS, a AESC–SSMD insere-se, de forma

complementar, ao Sistema Único de Saúde, por meio de cinco hospitais gerais, integrando-os nos eixos estratégicos do Ministério da Saúde. Por definição do poder público, a AESC instala em cada um dos seus hospitais gerais um serviço hospitalar de referência para fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do álcool, crack e outras drogas.

A lógica do modelo adotado pela AESC-SSMD vincula-se ao marco normativo do SUS, o que lhe dá respaldo para ser escolhido como um parceiro do poder público, o qual compreendeu que a complementariedade privada se dá pela ampliação da cobertura da assistência à saúde em ações públicas, incorporando inovações técnico-científicas, médico-assistenciais e com a inserção de equipes multiprofissionais em seus serviços.

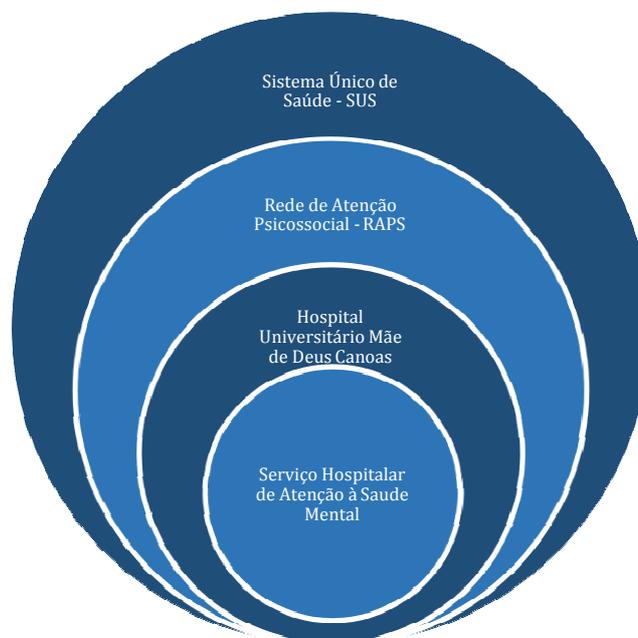
Importante salientar o papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (república em 21 de maio de 2013), obedecendo às diretrizes do novo modelo assistencial, cujos principais objetivos são: (1) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; (2) promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; (3) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2013).

Ao mencionar os pontos de atenção das redes de saúde, estamos nos referindo a uma composição de serviços que formam essa rede. Como os serviços ambulatoriais sendo os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas e ou para transtornos mentais, equipes de matriciamento, consultório de rua e a própria equipe da Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental, responsável pela regulação do acesso aos leitos de saúde mental e a liberação destes quando solicitada a internação no serviço hospitalar de atenção à saúde mental.

Por fim, cabe salientar que nesta organização em rede de atenção à saúde mental, os diversos profissionais, ao serem notificados de uma situação de internação do seu paciente, quando não acompanhado por ele, passam a acompanhá-lo em toda a sua itinerância de cuidados, principalmente quando os vínculos familiares são inexistentes. Ao que os denominamos de terapeutas da rede

psicossocial. A Figura 3 apresenta a Rede de atenção à saúde mental e a sua inserção no contexto do Sistema Único de Saúde.

Figura 3 - Rede de atenção à saúde mental



Fonte: Elaborada pela autora.

Dessa forma, tal sistema afirma-se em um modelo de relação institucional de oferta de ações e serviços assistenciais que se alinha com as diretrizes do SUS conforme apresentado na Figura 4, em conformidade com o disposto nos Objetivos Estratégicos nº 5 do Sistema de Saúde Brasileiro (BRASIL, 2011b p.16-17), qual seja: “Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência química de crack e outras drogas”. A Figura 4 apresenta os objetivos estratégicos do sistema de saúde brasileiro.

Figura 4 - Objetivos estratégicos do sistema de saúde brasileiro



Fonte: Brasil (2011).

Considerando o fortalecimento da rede de saúde mental ao integrar os objetivos estratégicos do governo, tem-se no serviço hospitalar de atenção à saúde mental, seguindo sua organização e tomada de decisões com pauta nas diretrizes dispostas no Art.2º da Portaria 148, Ministério da Saúde, 2012, onde tais diretrizes podem ser interpretadas como “briefings” para o *design* das estratégias dos serviços hospitalares de saúde mental. Para o conceito de *briefings*, utilizamos a compreensão do autor Phillips (2008), considerado um dos nomes mais reconhecidos na abordagem de elaborações de *briefings* de design, que leciona que o mais importante em um *briefing* “[...] é que contenha todas as informações relevantes aos interessados no projeto” (PHILLIPS, 2008, p.78). No que concerne à Portaria 148, na Seção I – Das Diretrizes, no seu Artigo 2º, destaca a necessidade de que sejam observadas:

- Preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial;
- Integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na região de saúde, potencializando corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado;
- Articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na região de saúde;
- Oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;
- Competência da rede de saúde local para regulação do acesso aos leitos;

- Funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos. (BRASIL, 2012).

Assim, ao tomar-se como centralidade o cuidado ao usuário de álcool, crack e outras drogas, assim como as pessoas com transtornos mentais como eixo estruturante das ações operacionalizadas no serviço hospitalar de atenção à saúde mental, configurando-a como recurso da rede assistencial do SUS, encontra-se a inclusão do sofrimento psíquico como itinerário do cotidiano do hospital geral. Nesse modelo, ganham forma novas modalidades de cuidado, em que se privilegia o ambiente físico e a autonomia dos indivíduos orientados pela experiência de uma equipe multiprofissional.

Ainda nesse contexto estratégico, a política do Ministério da Saúde estabelece, entre outros pontos, a necessidade de construção de um projeto técnico voltado especialmente aos pacientes desses serviços alinhados ao Plano Nacional de Humanização (PNH)², com referências na Portaria nº 148, Ministério da Saúde, de 2012, que evidencia tal condição:

- I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário;
- II - adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos;
- III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial com outras.
- IV - incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos;
- V - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento;
- VI - estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência com outros setores do Hospital Geral;
- VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade,
- VIII - avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada. (BRASIL, 2012).

Desse modo, a concepção do acolhimento se apresenta como um eixo estruturante do projeto técnico, que orienta a equipe multiprofissional na corresponsabilização para criação de valores na rede de atenção psicossocial e está

² No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS. O compromisso ético-estético político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010).

alinhado com a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2009), descrita por Farias et al. (2006, p. 124) como:

O acolhimento é uma ferramenta tecnológica que transforma os processos de relação nos serviços de saúde, de modo a promover o diálogo, a interação e a troca de saberes entre pessoas [...] criando um ambiente de confiança, vinculação e escuta, com vistas à obtenção de um espaço humanizado de atenção, recepção e resolução, consolidando a efetivação dos princípios da equidade, integralidade e universalidade.

A utilização da ferramenta do acolhimento como porta de entrada no hospital geral tem como objetivo a escuta e a compreensão das motivações e necessidades que levaram o paciente até o Serviço, e o estabelecimento de estratégias para a melhor condução de cada situação e caso. Como forma de organizar as ações do hospital geral, bem como de dinamizar o fluxo de entrada, o acolhimento se dará sempre de forma individual e ou acompanhado de familiar, amigo e/ou pessoa vinculada ao paciente ou por profissional que compõe o que denominamos de núcleo terapêutico, executado primariamente pelo enfermeiro da emergência, nos casos de crise, e ou pelo profissional da equipe multiprofissional quando a internação ocorre em combinação com a rede psicossocial.

É importante ressaltar que a abordagem inicial e o manejo serão prioritariamente executados na emergência do hospital geral, optando-se pela transferência para o serviço hospitalar de atenção à saúde mental quando os recursos extra hospitalares para a estabilização tiverem sido esgotados ou quando as demandas de segurança e cuidados ao usuário tiverem superado a capacidade de resolução nesses locais.

No serviço hospitalar de atenção à saúde mental, o desenvolvimento do plano terapêutico é elaborado em conformidade com os fundamentos da política nacional para saúde mental do Ministério da Saúde e reelaborado com a expertise da equipe multiprofissional. Constitui-se em novas formas do fazer multiprofissional, fortalecendo as boas práticas e criando valor para a equipe que se encontra diante de um cenário de doenças ainda, incuráveis. Essa prática inovadora consiste em propiciar conforto e adaptação às necessidades impostas e identificação das condições sociais em que a pessoa está envolvida; dedica-se a estimular a mudança dos comportamentos associados ao risco do consumo e a promover a abstinência, buscando a minimização das sequelas e o controle de possíveis recaídas.

Diferente de outras doenças e sofrimentos, nas quais o sucesso está na obtenção da cura, o tratamento da doença mental e da dependência química se baseia no fortalecimento dos laços entre os profissionais de saúde o paciente e os familiares, na extensão da capacidade de adaptação e resposta ao meio, na manutenção da abstinência, e na minimização dos danos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da doença.

Nesse contexto, cabe salientar a importância da composição de uma equipe multiprofissional comprometida com os objetivos estratégicos da política de saúde desenvolvida no serviço, considerando que o ambiente onde se encontram, bem como a experiência vivenciada por cada um dos profissionais pode encorajar ou desencorajar o ingresso e ou a permanência dos pacientes nos referidos serviços hospitalares em saúde mental, determinando os resultados de todo o trabalho de recuperação dos indivíduos e o esforço corresponsável para sustentação da política pública instituída pra tal fim.

4.1.1 A Estratégia para um Conceito de Ambiência

Integrando os aspectos teóricos e práticos com as experiências compartilhadas pela equipe dentro de uma ambiência conforme a definição preconizada pelo Ministério da Saúde, de ser a ambiência integrada com o espaço físico, espaço social e o espaço das relações interpessoais sempre relacionado a um projeto de saúde com atenção acolhedora, resolutiva e humana, dessa forma, em seu contexto, com respeito às condições de trabalho dos profissionais, ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a ambiência tem como interfaces três componentes que devem andar integrados. (BRASIL, 2010).

O primeiro componente de interface apresentado é “o espaço, que visa à *confortabilidade*, como elementos do ambiente que garantam conforto aos trabalhadores e usuários, como privacidade, iluminação, cor, forma, som”.

Na percepção desta investigação, esse componente identifica-se no “aspecto do espaço físico” como um “briefing” da Portaria 148, por meio da Seção II – Das Diretrizes – em seu Art. 5º ao mencionar em seus incisos:

I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança;

- II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades;
- III – Busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção à saúde mental, em uma lógica no qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico;
- IV – observância das normas estabelecidas pela legislação em vigor, etc. (BRASIL, 2012).

Como segundo componente de interface apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) está “um espaço *que visa à socialização* entre os sujeitos, facilitador do processo de trabalho, proporcionando a otimização de recursos que a rede de saúde disponibiliza”.

Identifica-se, para fins desta investigação, esse componente no aspecto “*que visa à socialização* entre os sujeitos”, como um “briefing” da Portaria 148, na Seção I – Das Diretrizes – Art.2º destacam-se os incisos:

- I - função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial;
- II - integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado;
- III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde;
- IV - oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;
- V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e
- VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos. (BRASIL, 2012).

Por fim, como terceiro e último componente de interface apontado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), encontra-se o “espaço *que visa às relações interpessoais e profissionais*”.

Nesta etapa, na percepção desta investigação como briefing toma-se à Seção III - Da Equipe Técnica Multiprofissional - Art. 7º inciso IV, quando estabelece para até 30 leitos, uma equipe técnica multiprofissional mínima, composta por:

- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;

- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos. (BRASIL, 2012).

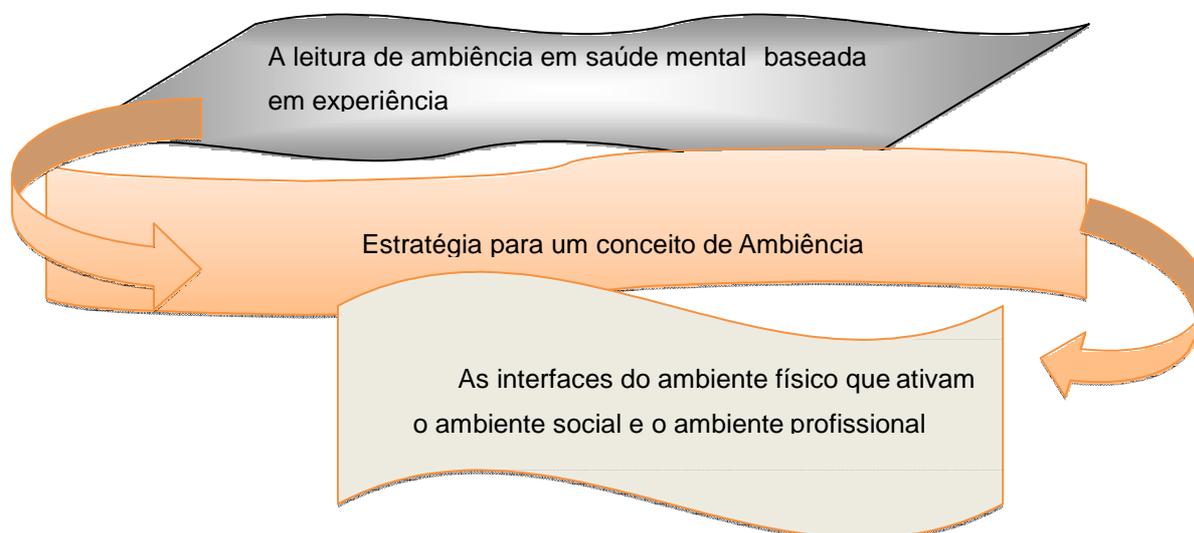
A equipe multiprofissional unidade de investigação dessa pesquisa é quem interage com esses componentes: neste ambiente físico em busca de confortoabilidade, neste ambiente social que visa ao encontro de sujeitos e em um ambiente profissional usado como ferramenta do processo de trabalho, enfim, um “espaço” que consolida-se como ambiência.

Uma demonstração de experiência bem sucedida em relação à equipe profissional e ao seu ambiente ocorreu na Mayo Clinic, em Rochester e Scottsdale, nos Estados Unidos. Lá, seguiu-se estritamente a regra: “Entenda a história que quer contar, e então faça com que seu pessoal e suas instalações forneçam provas dessa história todos os dias” (PAUL, 2007, p. 2).

Na Figura 5 podemos observar um diagrama do conceito de ambiência tangibilizado para a saúde mental. Como evidência, recorre-se a um estudo anterior realizado pela autora e suas colegas (Almada, Fante e Peçaibes, 2013) em depoimento colhido durante uma coleta de campo quanto à ambiência em um serviço que integra a rede de atenção psicossocial. Em relação à sua percepção do ambiente no serviço, o profissional entrevistado afirma:

“em um serviço de saúde mental pode e deve existir espaços para aliviarmos as tensões, onde possa prosperar a alegria e [possamos] rir de coisas banais”.

Figura 5 - Diagrama do conceito de ambiência tangibilizado para saúde mental.



Fonte: Elaborada pela autora.

O processo de *design* pode facilitar essas leituras de ambientes e possibilitar as pistas necessárias para as ambiências desejáveis. Para os futuros desejáveis como apregoavam Manzini e Jegou (2003):

[...] não importa quantas pessoas estão fazendo algo hoje, se nós formos bons os suficientes para torná-lo atraente e potencialmente viável, ele pode moldar o futuro. O futuro será o resultado do que produzimos de agora em diante a partir das premissas que encontramos nos sinais do presente.

4.2 Leitura do Modelo de Organização: serviço hospitalar de atenção à saúde mental do Hospital Universitário Mãe de Deus Canoas

Nesta sessão, serão apresentados os dados referentes às múltiplas formas de coleta utilizados e discutidos a luz do marco teórico apresentado para responder aos objetivos de pesquisa estabelecidos nesta dissertação. A lembrar: (a) entender o sistema que afeta o serviço de saúde mental pela leitura do design estratégico; (b) apresentar o serviço hospitalar de atenção à saúde mental a partir das experiências da equipe multiprofissional; (c) explorar o ambiente do serviço de atenção à saúde mental nos aspectos culturais, físicos e dos estilos de relação nele presente para configurar, à luz do design estratégico, um conceito de ambiência.

Convidamos o leitor a, a partir deste momento, conhecer o funcionamento de um serviço hospitalar de atenção à saúde mental. Muito se escuta nos meios de comunicação acerca dos serviços públicos de saúde, e, em se tratando de um serviço de internação em saúde mental, as dúvidas, as curiosidades e os mitos tornam-se um desafio para qualquer pessoa desprovida desta experiência – a de suportar tais ambientes.

Assim, valendo-se da leveza do cotidiano, passamos a descrever na próxima sessão por que é necessário um serviço hospitalar de atenção à saúde mental, como se constitui seu ambiente físico e o quanto a sua ambiência pode contribuir para suportar tal complexidade.

4.2.1 A Chegada no Serviço Hospitalar de Atenção à Saúde Mental

Todos os dias, em diferentes momentos, nos deparamos com situações que nos remetem à questão da saúde mental. Algo tão longe e tão próximo de todos. Partimos da premissa de que a doença mental compromete o juízo da pessoa, a autodeterminação, tornando-a doente, prisioneira dos efeitos causados pela droga, migrante entre terrenos da normalidade e da anormalidade. Ela não consegue se inserir por incapacidade, impossibilidade ou dificuldade de submissão aos hábitos de convivência. Essa condição favorece o aumento nos níveis de violência, promove a inversão de valores familiares e humanos, a degeneração dos núcleos familiares e a ruptura dos laços sociais fundamentais à constituição de uma sociedade justa.

O que não está dito é que esta doença está classificada entre as doenças crônicas, tais como a diabetes e a hipertensão. A intervenção profissional nesse grupo de doenças, ainda incuráveis, consiste em propiciar conforto, adaptação às necessidades e capacidades e no caso dos dependentes químicos, a identificação da condição em que a pessoa está envolvida e estimular a mudança dos comportamentos associados ao risco do consumo, a promover a abstinência, buscando a minimização das sequelas e o controle de possíveis recaídas.

Diferente de outras doenças e sofrimentos, em que o sucesso está na obtenção da cura, o tratamento da doença mental e da dependência química se baseia no fortalecimento dos laços entre os profissionais de saúde e o paciente, na extensão da capacidade de adaptação, resposta ao meio e manutenção da abstinência, e na minimização dos danos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da doença.

A doença mental atinge o núcleo da afirmação da liberdade (condição humana – personalidade e integração corpo e alma), tornando o sujeito vulnerável, migrante entre os diferentes espaços da interação social, provocando conflitos pessoais, familiares e comunitários, comprometendo a integração e o relacionamento culminando em processos de isolamento, segregação e migração. (BONIATTI et al., 2011).

As drogas, assim como a doença mental, vão para além das fronteiras geográficas e temporais, acometendo as pessoas independentemente do seu status social, de sua cor da pele, de seu sexo, de sua religião, infligindo mecanismos de degeneração e morte, exigindo coragem para o enfrentamento.

Ao ingressar em um serviço de internação hospitalar, um indivíduo está protegido por uma rede de atenção psicossocial municipal e de referência regional. Essa rede psicossocial dá condições de identificá-lo em caso de não constar referências de domicílio ou não estar acompanhado de familiares no momento da internação. Esse indivíduo é acompanhado em seu período de internação para estabilização e recuperação da sua saúde, em um tempo aproximado de 22 dias, conforme a sua situação biopsicossocial, sempre seguindo um critério clínico. Ao encontrar-se nesse ambiente hospitalar, muitas vezes caracterizado como uma re-internação, o paciente está sob responsabilidade de uma equipe multiprofissional que estabelece um plano terapêutico para seu período de internação, sendo este apresentado à família, que passa a acompanhar o caso, ou então ao terapeuta de referência da rede psicossocial, que o acompanha desde o momento da alta até o período do pós-alta e, quando necessário e na ausência de familiares, encaminha-o à rede de assistência psicossocial.

Nesse contexto, passamos a encontrar sentido para a existência de um serviço hospitalar de atenção à saúde mental, além de almejar a cura ou a abstinência, e o tratamento do doente mental e do dependente químico necessita prever o resgate dos laços familiares e sociais, levando ao entendimento do problema pelo paciente e seus familiares, deve a abordagem promover a reinserção destes nos meios sociais e laborais, além da construção de pontes para uma vida moral e espiritual digna de verdadeiros seres humanos e sociais. É nesse âmbito que a ambiência, vista por meio dos seus componentes físicos, sociais e profissionais, pode influenciar em sua recuperação.

4.2.2 Aspectos Físicos: o ambiente físico no Serviço hospitalar de atenção à saúde mental

Para chegar ao Serviço, é preciso conhecer onde fica. Os elevadores principais do saguão do hospital geral não levam ao décimo andar, local onde está estruturado seu espaço. No entanto, há um elevador exclusivo de acesso ao andar e, no percurso para encontrá-lo, há profissionais atenciosos, que nos dão as direções a serem seguidas. Ao sair do elevador, nos deparamos com um saguão de espera e a porta de acesso principal ao Serviço. Na porta, há uma sinalização indicando que é a área hospitalar destinada ao Serviço da saúde mental. Nesse

saguão, fica um sofá de dois lugares, bastante confortável, e algumas cadeiras. Em volta, não há nada além de uma grande janela, que descortina uma paisagem “rural” inigualável. Ao lado da porta, há um interfone, pelo qual é possível chamar os profissionais. O interfone não emite sinais sonoros que indiquem que alguém ouviu seu toque, fazendo com que, às vezes, as pessoas insistam em apertar o botão, e, enquanto se espera por ser recebido, segundos de aflição se passam (Figura 6).

Figura 6 - Imagem da porta principal da entrada no Serviço e sala de espera.



Fonte: Elaborada pela autora.

Passando a porta principal, há um ambiente com cadeiras para espera e os acessos às demais dependências da unidade (Figura 7). A porta mais procurada encontra-se em destaque, ela é branca e larga, quase imponente, tem uma fechadura e um olho mágico, tão ou mais mágico é conseguir alcançar o que se protege para além dela. Uma segunda porta acessa um depósito com equipamentos utilizados na rotina do Serviço. Nesse ambiente, guardam-se as roupas usadas pelos pacientes, os colchonetes utilizados pelo educador físico nas atividades com os pacientes, uma mesa com o café para a equipe, e dois armários com insumos para as rotinas da higienizadora. Por fim, um pequeno corredor de passagem acessa os sanitários e ao final deste corredor entra-se em uma grande sala em

“meia lua”, toda envidraçada, carinhosamente chamada pelos informantes de “aquário”. A sala é bastante iluminada com luz natural, rodeada por sofás e cadeiras, mesas para apoio dos computadores, equipamentos multimídia e um armário tipo vestiário para guarda dos pertences dos funcionários. Nesse espaço, envidraçado e com paredes brancas, cuja metáfora já contribui para a compreensão de sua diversidade de ocupações, a cada pouco algo diferente acontece. Ora os profissionais da equipe multidisciplinar se encontram para um café e um papo descontraído entre uma atividade e outra, ora o café é retirado e torna-se uma sala de reunião dos familiares e núcleo social. Tempo depois, já com outra configuração de cadeiras e mesas, ocorre uma oficina terapêutica com um grupo de pacientes. Havendo nova necessidade, uma nova configuração se estabelece e tudo está novamente preparado. Com um data-show projetando na parede o “caso a”, o “caso b”, e, assim, inúmeras vidas sendo mostradas na parede branca iluminada pela claridade do dia e aquecida pela voz de quem apresenta e discute cada situação de vida acolhida dentro do Serviço. Em momentos seguintes, a sala é utilizada para troca de plantão dos enfermeiros e, bem mais tarde, quando o sol já tiver dado lugar para a lua, descansam em regime de alternância os profissionais plantonistas.

Figura 7 - Imagem da antessala do Serviço e corredor de acesso ao “aquário”.



Fonte: Elaborada pela autora.

Voltando, passando a porta quase imponente, a equipe multiprofissional acessa o ambiente de internação dos pacientes. Importante lembrar, essa unidade está instalada dentro de um hospital geral e sua configuração física obedece à arquitetura hospitalar, com área construída em andares. Esse serviço compreende uma área reservada no 10º e último andar do Hospital, abrangendo sua capacidade física para 30 leitos/pacientes. Em registros encontrados no Relatório Social do Hospital Geral (2010), foi encontrada a menção da designação de uma área física comportando o equivalente a 10 quartos hospitalares para a implantação de um novo serviço de saúde mental, o que foi possível constatar ao conhecer o Serviço na dimensão física existente. Nesse ambiente físico de cuidado assistencial clínico e terapêutico, encontra-se um largo corredor, que faz as vezes de um ambiente de convivência e lazer entre pacientes (Figura 8).

Figura 8 - Imagem do corredor do Serviço e armário dos pertences.

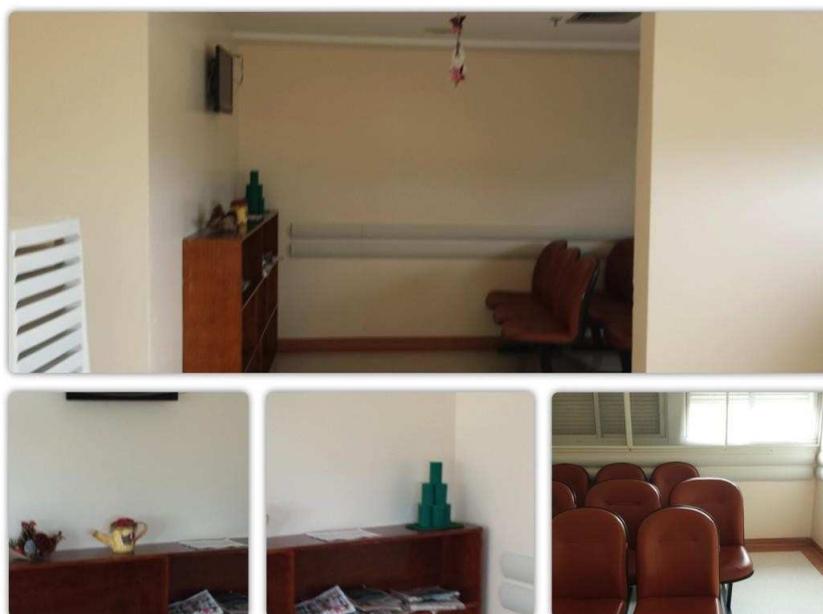


Fonte: Elaborada pela autora.

No início deste, assim que se acessa a unidade, encontra-se o Posto de Enfermagem, mobiliado para fins de apoio assistencial e projetado com vãos de janelas sem nenhum obstáculo, possibilitando a visão geral do corredor e do primeiro quarto (Sala de Observação), onde se encontram os pacientes que requerem uma observação mais criteriosa por parte da equipe multiprofissional. Em frente a esse Posto há o acesso para o Refeitório e a Sala de TV, que são conjugadas (Figura 9). Esse ambiente também é monitorado pelo posto de enfermagem por meio de outro vão de janela, também sem nenhum obstáculo. Nesse refeitório há um *buffet*, mesas plásticas brancas de estilo quadrado e muito leves, acompanham as cadeiras do mesmo material e cor. Tem também um bebedouro de parede e um lavatório para as mãos. As janelas são amplas com um gradil leve quase imperceptível, possibilitando o ingresso de luz natural. Na sala conjugada, encontram-se cadeiras tipo cinema, lado a lado, com capacidade para 12 pessoas, uma estante de madeira com alguns adereços confeccionados durante as oficinas terapêuticas. Conta, ainda, com dois murais, nos quais são encontradas informações desatualizadas, e um aparelho de televisão que se mantém ligado o tempo todo, havendo ou não pessoas em sala. Esse ambiente de refeitório todo

climatizado é uma sala de estar em horários alternados às refeições. Foi bastante comum durante o período da observação encontrar os pacientes em rodas de chimarrão, jogando cartas, assistindo televisão e em muitas vezes olhando pela janela (Figura 10). Com sol ou com chuva sempre havia alguém a observar. Sobre isso, uma profissional registrou que tinha a impressão, ao ver os pacientes olhando demoradamente pela janela, que um “filme se passava em suas cabeças” e o espaço tornou-se aberto e versátil. Ora faz as vezes de refeitório, ora é um ambiente de lazer, ora é ambiente de atividades/oficinas. Considerando as restrições de espaços construtivos que temos hoje em dia, essa solução é bastante interessante.

Figura 9 Imagem da sala de TV



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 10 – - Imagem da oficina terapêutica.



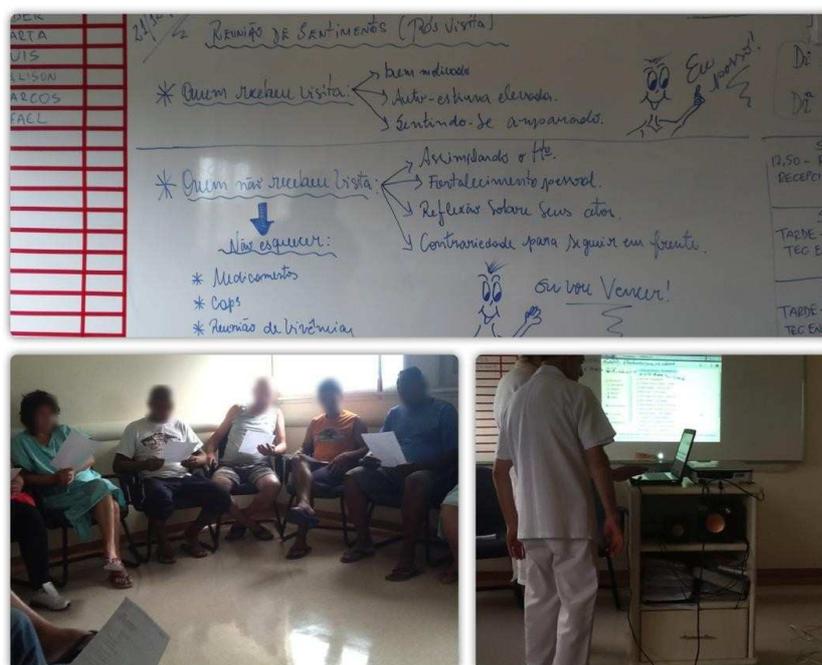
Fonte: Elaborada pela autora.

Voltando ao corredor mais com jeito de ambiente físico já configurado com uma ambiência acolhedora aos que chegam, uma vez que existem cadeiras, mesas de apoio e um quadro artístico artesanal. Segundo depoimento de um informante, aquele quadro pintado já tinha sido um mural e não estava sendo utilizado, sendo reciclado por sua colega, que pintou e coloriu diferentes ramalhetes de flores. Na opinião desse informante, o quadro ajudou a “humanizar o ambiente”. Além desses artefatos, existe um grande armário tipo vestiário, em marcenaria, branco, com portinhas individuais e chaveadas para a guarda dos pertences dos pacientes com acesso supervisionado pela equipe. Esse armário, em datas temáticas, se transforma em um grande mural artístico, constituindo-se, também, este espaço, como de lazer, com a armação de uma mesa de ping-pong para uso dos pacientes quando autorizado e supervisionado pela equipe multiprofissional. Acessando o ambiente ainda pelo corredor, encontram-se os demais quartos, que acomodam de três a quatro pacientes cada. Todos os quartos possuem climatização, banheiros com chuveiro a gás e sanitário. As camas são de ferro tipo hospitalar, com lençóis brancos, sem nenhum adereço de parede, o ambiente recebe higienização diária. Tem boa ventilação, luminosidade e as paredes são pintadas de

branco. Caminhando por esse corredor, passando os quartos, encontra-se um consultório médico, que é ocupado em horários alternados pelos médicos psiquiatra e clínico, pelo psicólogo e pelo enfermeiro, e, durante o turno da manhã, pela secretária administrativa da unidade, que faz os registros de produção do Serviço.

A sala que acomoda uma escrivaninha, um telefone, uma cadeira tipo escritório, duas cadeiras avulsas e um pequeno armário com a guarda de materiais de expediente, tem janelas grandes e climatização. Ao lado desse consultório, há uma sala de grupo, que também é chamada de sala de aula ou sala do consultor químico. Todos sabem a que espaço se está referindo quando mencionada a essa sala, que já foi um quarto de pacientes e, ao longo do tempo, o espaço foi reorganizado e transformado em sala de atividades, com os pacientes sendo acomodados em outros quartos. Na porta de entrada dessa sala há uma placa com a seguinte mensagem: “Só por este dia”, pintada artesanalmente com letras coloridas, confeccionada pela mesma profissional que pintou o antigo mural no corredor. Esse ambiente tem trinta cadeiras, aparelho de som, um quadro branco para aulas, cursos, capacitações e o bastante considerado segundo as observações realizadas é a realização do Grupo dos Dependentes Químicos, que ocorre todos os dias na parte da tarde (Figura 11). Em toda a unidade, ocorrem atividades paralelas nos diferentes ambientes. A equipe multiprofissional se ocupa de um cronograma de atividades terapêuticas organizado para cotidianamente as diferentes equipes em regime de plantão desenvolverem as suas atividades.

Figura 11 - Imagem da sala de aula do Serviço pesquisado.



Fonte: Elaborada pela autora.

Durante a coleta de dados no período da observação participante, iniciaram a manutenção para a melhoria do espaço físico, com pintura das paredes, reparos nas cantoneiras, bate-cadeiras, rodapés, lâmpadas, fechaduras, e a colocação de suportes para apoio no posto de enfermagem. O serviço realizado não inviabilizou o trabalho da unidade, somente a atenção dos profissionais ficou redobrada, em razão do ingresso da equipe de manutenção. Assim, a “porta imponente” recebeu um olhar redobrado, apesar da sua fechadura em plenas condições de funcionamento.

4.2.3 Aspectos Culturais: o ambiente social do Serviço hospitalar de atenção à saúde mental

Foi possível constatar, com a publicação da Política Nacional de Humanização\HumanizaSUS/Cartilha, que trata do “direito do usuário e acompanhante” (BRASIL, 2010), o quanto é importante a inserção da família e da rede social no serviço de saúde. Na compreensão dessa política, entende-se por família e rede social os familiares, os amigos e a comunidade (BRASIL, 2007.p.5). Neste trabalho, vamos incluir na definição de rede social o terapeuta da rede psicossocial. Esse é o profissional responsável pelo paciente em regime de internação que não possui laços familiares ou de rede social, sendo acompanhado pelo terapeuta da rede social em todo o seu itinerário de tratamento. É importante

salientar que esse profissional é integrante de um dos serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental (RAPS) no município.

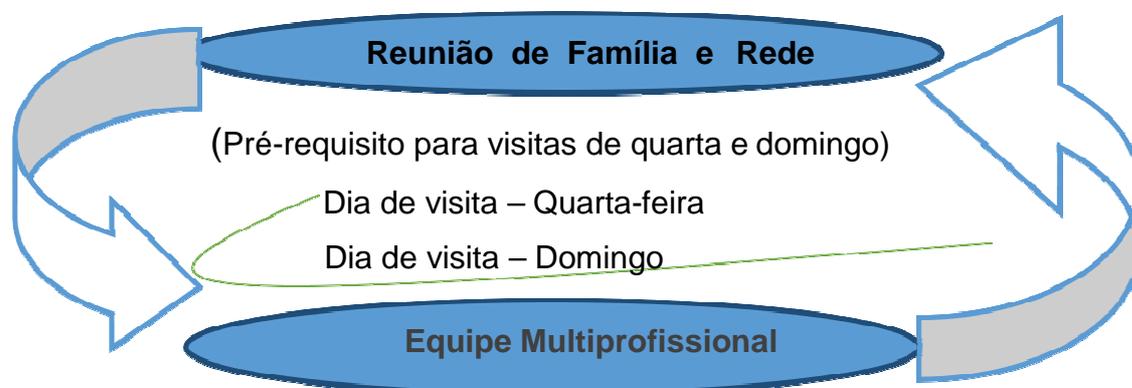
Por outro lado, a Portaria nº 148 de 2012, ao definir as diretrizes para o funcionamento do serviço hospitalar de atenção à saúde mental, nada menciona acerca da importância de vincular a família e a rede social ao funcionamento do serviço. (BRASIL, 2012).

Por isso, se estabelece aqui um ponto de discussão acerca da importância desses componentes conhecidos como facilitadores dos processos de recuperação e bem-estar das pessoas no ambiente em que fará sua reabilitação e tratamento de saúde.

Para tanto, como desafio teórico para fins de compreensão nesta dissertação, passamos a compreender a ambiência social como um contexto das relações estabelecidas entre os componentes equipe multiprofissional e as interfaces na relação com a família e rede social, lembrando que, para melhor entendimento desse trabalho, soma-se a essa definição o terapeuta da rede psicossocial.

Nesse sentido, é fundamental dar importância à ambiência social para fortalecer o engajamento da família e da rede social no acompanhamento dos pacientes quando da utilização do serviço hospitalar de atenção à saúde mental. A Figura 12 apresenta o contexto da ambiência social nas suas relações.

Figura 12 - Contexto da ambiência social.



Fonte: Elaborada da pela autora.

Partimos do pressuposto de que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que abarcam os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade. Nessa concepção ecológica, um membro da família (da rede social) presente configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador leigo (BRASIL, 2007, p. 4).

Muitas são as observações em se tratando de um serviço de internação em saúde mental. O que se apresenta a seguir é uma leitura do *design* estratégico para essa ambiência, buscando compreender com maior precisão todos os contextos inseridos na relação existente entre as partes envolvidas nos componentes: equipe multiprofissional, família e rede social.

No âmbito hospitalar, muitos são os desafios da equipe multiprofissional desde a chegada do paciente ao seu período de internação. Dar os esclarecimentos quanto às medidas terapêuticas, o tempo de permanência, as condições para as visitas e as não visitas, a notícia do abandono, o preparo para a alta e o período pós-alta, bem como as regras sociais existentes, são alguns dos desafios que se apresentam e que não se materializam na decisão prévia de uma internação.

Vou me dedicar nesta etapa a relatar meus registros em diário de campo, minhas escutas sensíveis e uma revisão pelo acervo fotográfico que acabei formando.

A observação participante me proporcionou uma aproximação com a vida real do serviço hospitalar. Nesse período de vivência dentro do serviço, foi possível constatar o quanto os pacientes esperam, aguardam e criam expectativas com o dia da visita dos familiares e núcleo social. Há, no entanto, questões que não são tangíveis e que somente uma observação atenta e uma escuta fina podem estrategicamente registrar. Ao que parece, num primeiro olhar sobre o Serviço e a relação dos pacientes com o seu funcionamento, é que os dias de visitas são os mais esperados. De fato, são! Mas, nas entrelinhas do cotidiano, é possível perceber que o dia mais esperado pelos pacientes é mesmo a segunda-feira pela manhã, quando ocorre a reunião de equipe (todas as segundas, das 9h às 11h30min, a equipe técnica realiza a discussão de casos e define uma escala para as altas dos pacientes). Durante o período da reunião, os pacientes circulam pela unidade de um lado para o outro, ficam inquietos, permanecem diante das janelas com olhar distante. O que fica é um silêncio e tudo corre por conta dos olhares. A cada momento que se abre ou fecha a porta da unidade, que nesse dia se torna mais imponente ainda, é como se um sensor disparasse com um alerta. Todos se voltam

para a porta, incrível é que inclusive os pacientes que recém chegaram à unidade e que não estão imbuídos do espírito das rotinas também se viram, como se também estivessem esperando por algo novo.

A equipe multiprofissional que se encontra no plantão avalia a inquietação dessa manhã como resultado do dia anterior. O domingo da visita! Ao que parece, tudo gira em torno dos que receberam visitas e estão tranquilos e dos que não receberam e estão ansiosos. Ou, o que dizer então daqueles que são conhecidos como “abandonados”, que sequer os terapeutas responsáveis pela rede de atenção psicossocial os colocaram em suas agendas de visitas? Esses estão fora das estatísticas.

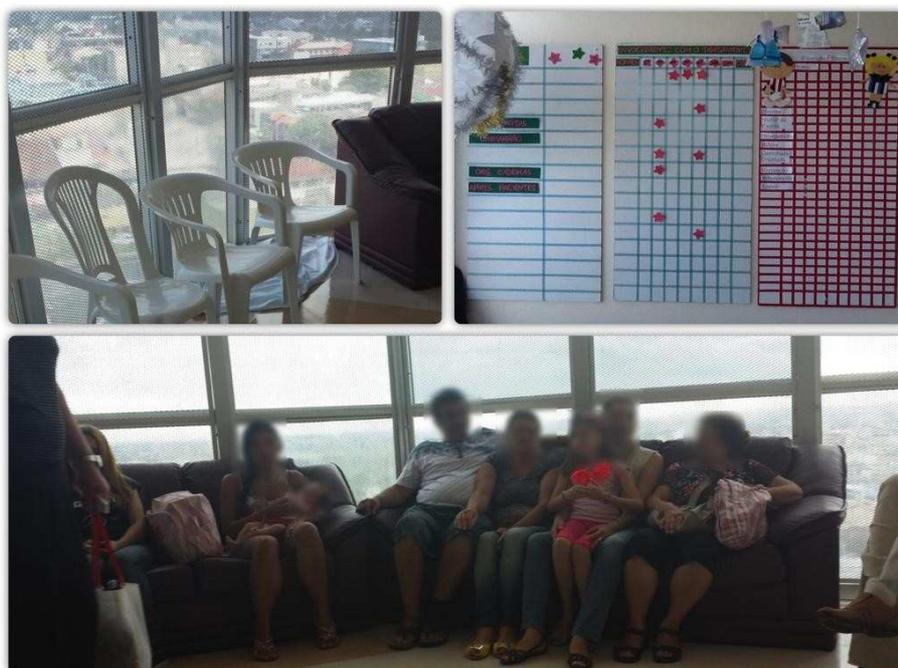
Pode-se dizer que a cada segunda-feira a vida recomeça para esses pacientes. Ao terminar a reunião da equipe, fiz questão de acompanhar o itinerário da lista com os pacientes para alta. A lista saiu da sala de reuniões e chegou a unidade pelas mãos da enfermeira, que, ao entrar pela porta no final da manhã, sabia que encontraria muitos impacientes, que sabiam que naquela pasta estava depositada boa parte das suas expectativas.

A pasta ficou em cima do balcão do posto de enfermagem e a lista solta ao seu lado. A lista era feita em papel ofício, toda rascunhada, meio amassada, mas era ali mesmo que se depositava a esperança de muitos. Deixar a unidade é o propósito de todos, entre uma conversa e outra se escuta dos pacientes “que a comida é muito boa, os cuidados são muito bons, a equipe é muito legal, mas já estou aqui há 18 dias, ‘eu’ quero mesmo é ir embora daqui”. Não passou muito tempo e eu também estava pensando assim. Quero logo sair daqui! Já vou explicar por que. Qual foi a minha surpresa, ao ficar rodeando a lista solta em cima daquele balcão, se não a abordagem de um paciente que, pelo vão/balcão da janela por onde a equipe se comunica, chegou e pediu para que eu olhasse na lista se ele estava com alta ou não. Imediatamente me dirigi a um profissional que passava para dar conta de resolver a questão. Prontamente, o profissional pegou a lista, conferiu com o dedo nome a nome e respondeu negativamente. O paciente saiu incrédulo, caminhando lentamente para o largo corredor de convivência. Naquilo, para minha surpresa maior ainda, o mesmo profissional foi até o corredor e acabou com aquilo que ele mesmo desconhecia: a última esperança da semana! Leu em voz alta o nome de todos que receberiam alta naquela semana.

Para darmos importância ao que estamos compreendendo como ambiência social, há que se destacar que essa categoria de análise surgiu da experiência da

pesquisadora ao observar o funcionamento dos serviços de saúde mental ao longo dos últimos anos. Do ponto de vista do ambiente social, é importante reconhecer a necessidade do fortalecimento dos vínculos nas relações estabelecidas entre os componentes desse contexto, qual seja: a equipe profissional, os familiares e os terapeutas da rede psicossocial que sustentam os laços que se estabelecem com o serviço hospitalar por meio dos encontros existentes, como: o momento da internação do paciente, as reuniões do grupo de família (Figura13), os momentos das visitas, as trocas de informações por telefone, as visitas dos terapeutas da rede sendo todos esses espaços necessários para aproximação e estabelecimentos de vínculos.

Figura 13 - Imagem do espaço de convivência do Serviço pesquisado.



Fonte: Elaborada pela autora.

Na organização do Serviço, desde a sua abertura, ficou instituído que o grupo de família tem reuniões às quartas feiras, das 14h às 15 horas. Às quartas-feiras também é o dia da visita, no turno da manhã para o grupo de pacientes dependentes químicos e no da tarde para o grupo de pacientes psiquiátricos (conforme definição da equipe multidisciplinar). A presença na reunião de família para ambos os grupos é pré-requisito para a participação nos dias de visita aos domingos. Todo esse

cronograma é disponibilizado no momento da internação e, posteriormente, para os interessados, via telefone.

No dia das visitas dos familiares, as observações nesse espaço de trabalho ocorreram pela escuta sensível durante a participação nos grupos, com anotações em diário de campo e fotografias para registrar o momento. Na expectativa dos familiares, brotam as perguntas e as curiosidades a respeito do ambiente físico do Serviço e das questões concernentes a temas que vão desde a alimentação dos pacientes até a quantidade de cobertores existentes no Serviço e a disposição dos pacientes. A familiar de um dos pacientes, ao perguntar para a coordenadora do grupo de família se poderia visitar a área interna do serviço, causou muita surpresa à profissional, a ponto de ela trocar de assunto sem emitir nenhuma opinião a respeito. Outro familiar questionava as regras intransigentes de visitas:

Se este Serviço é referência para outras cidades da região metropolitana e do estado, por que o tempo de visita é igual para quem mora aqui na cidade e quem vem de longe? Não seria mais oportuno um tempo de visita maior ao já estabelecido para estes, então?!

O não comparecimento a essa reunião torna-se ainda mais penoso, uma vez que essas reuniões constituem pré-requisito para a visita no domingo desses familiares. Numa dessas reuniões, coordenada por uma profissional da equipe multiprofissional com a presença de 23 familiares, as atividades iniciaram pontualmente às 14 horas, com uma rodada de apresentações e, a seguir, as orientações da equipe. Nesse dia, havia um familiar com a filha menor de idade, o que foi motivo de discussão sobre a sua presença no Serviço. Foi alertado que não poderia comparecer sem antes fazer um contato prévio para análise da equipe e a previa liberação. Foram esclarecidas pela coordenadora todas as regras que orientam as visitas e a sua convivência no Serviço. Por exemplo: não trazer alimentos, não trazer fotografias, não passar o telefone para falar com outras pessoas, não cair na manipulação dos pacientes, etc. Foi solicitado por um familiar de longe que seus filhos pudessem visitar o irmão no próximo domingo sem passar por aquela reunião porque todos trabalhavam e moravam longe, assim, impossibilitava a participação prévia durante a semana, no entanto, aos domingos, eles tinham disponibilidade. A coordenação ficou de dar um retorno sobre essa questão, iria consultar a equipe quanto à exceção.

Também foi questionado por um familiar por que eles não poderiam conhecer a unidade, uma vez que a reunião acontece na antessala (no aquário). Outros também se manifestaram com curiosidade sobre como seria a unidade, onde seus familiares permanecem por pelo menos 21 dias. A profissional que coordenava a reunião mudou de assunto, não respondendo tal questão. Momentos depois, fui verificar como seria a rotina, e, de fato, nunca nenhum familiar conheceu o Serviço. As reuniões ocorrem sempre nessa sala, que, conforme descrito anteriormente, acomoda um grande grupo em sofás e cadeiras. Outra situação que me chamou muita atenção durante o período de observação foi quanto à participação dos terapeutas da rede psicossocial: eles não participam da reunião do grupo de família; costumam visitar o Serviço em horários alternados, sem crachá de identificação ou mesmo um uniforme, o que dificulta bastante seu reconhecimento. Além disso, estando dentro da unidade, priorizam os pacientes que estão com alta marcada para fazer as combinações do acompanhamento do pós-alta na rede de atenção. Especialmente nesse dia da reunião de família, acompanhei todo o fluxo de entrada e saída dos familiares, o que me levou a presenciar uma cena inusitada para um serviço que pretende ser humanizado. Ao encerrar a reunião e ser anunciado o horário da visita, os familiares permaneceram no mesmo lugar e a profissional que coordenava os trabalhos disse que iria receber os atrasados. Acompanhei o grupo até a porta de entrada do Serviço, e, ao abrir a porta, vi que havia algumas pessoas. Uma senhora de idade e uma gestante se aproximaram da porta e foram recebidas pela profissional, que proferiu:

A senhora, familiar de quem? E a senhora, familiar de quem? Chegaram atrasadas e não participaram da reunião já estão sabendo que domingo não tem visita. Hoje podem passar. (Informante X)

Foi impressionante a facilidade com que ela se desfez da situação. Para ilustrar a importância da visita, destaco duas orientações do Ministério da Saúde neste eixo:

- A inclusão das visitas e dos acompanhantes como parte do projeto terapêutico do doente pressupõe que se procure conhecer como se compõe a sua rede social e como contatá-la.
- A necessidade de visita e acompanhante não pode ser dimensionada somente pela equipe de cuidados. Sempre que possível, a autorização de visitas e acompanhantes deve respeitar o desejo e a autonomia do paciente e considerar as demandas

específicas. Visita de crianças, por exemplo, pode ser um fator importante para a reabilitação da pessoa internada. (BRASIL, 2007, p. 12-13).

Nesse dia, para fechar um ciclo de acompanhamento, fiquei até o final das atividades de visita, para entender o que aconteceria no retorno dos pacientes para dentro do Serviço. Além disso, observei aqueles que não receberam e não recebem visitas e ficam dentro da unidade se ocupando com alguma atividade na companhia de outros profissionais.

4.2.4 Aspectos Ligados ao Estilo da Relação: o ambiente profissional do Serviço hospitalar de atenção à saúde mental

Neste Serviço, caracterizamos como uma equipe multiprofissional aquela constituída por diferentes categorias profissionais, conforme estabelecido na já referida portaria de funcionamento, quando determina, para o número de até 30 leitos, uma equipe técnica multiprofissional composta, no mínimo, por:

- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (24técnicos)
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.
- f) Total: 30 profissionais na equipe

Durante o período da observação participante, foi possível constatar que o Serviço contava com 2 higienizadores, 24 técnicos de enfermagem, 5 enfermeiros, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 educador físico, 1 consultor em dependência química, 1 médico psiquiatra, 1 médico gestor da unidade, 1 médico clínico, o que totaliza o montante de 38 profissionais, além de residentes em psiquiatria (2), psicologia (2) e serviço social (2), o que amplia para 44 o número de profissionais na equipe.

Caracteriza-se como um serviço de internação por seu funcionamento em regime integral, nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que a equipe multiprofissional está com oito profissionais a mais que o recomendado pela Portaria Nº 148, além de seis residentes na equipe. Este é um diferencial para a equipe, que reconhece a cultura institucional do cuidado e da segurança do paciente, um investimento da qualidade assistencial perseguida em todos os hospitais do Sistema de Saúde Mãe de Deus.

O ingresso desses profissionais ao Serviço ocorre por meio de processo seletivo, com entrevistas versando sobre os princípios do Sistema Único de Saúde, a missão social do Serviço e a suas experiências na área da saúde mental, e com prova técnica, com caráter de nivelamento para subsidiar o conhecimento técnico e as capacitações da educação continuada em serviço, bem como o grau de compreensão acerca do campo a ser trabalhado. O estudo de currículo analisa o perfil e área e formação acadêmica, todos esses critérios são estabelecidos de forma compartilhada com a gestão corporativa de recursos humanos do Hospital Mãe de Deus, como forma de manter um padrão no atendimento dos serviços e na visão de integração ao modelo de gestão. Como podemos observar na Tabela1, que evidencia o perfil dos entrevistados, é relevante e bastante positivo o tempo de experiência na área e a permanência nesse serviço. Por outro lado, pode-se observar um distanciamento quanto aos conhecimentos preconizados pela PNH – HumanizaSUS que norteiam o projeto técnico do serviço.

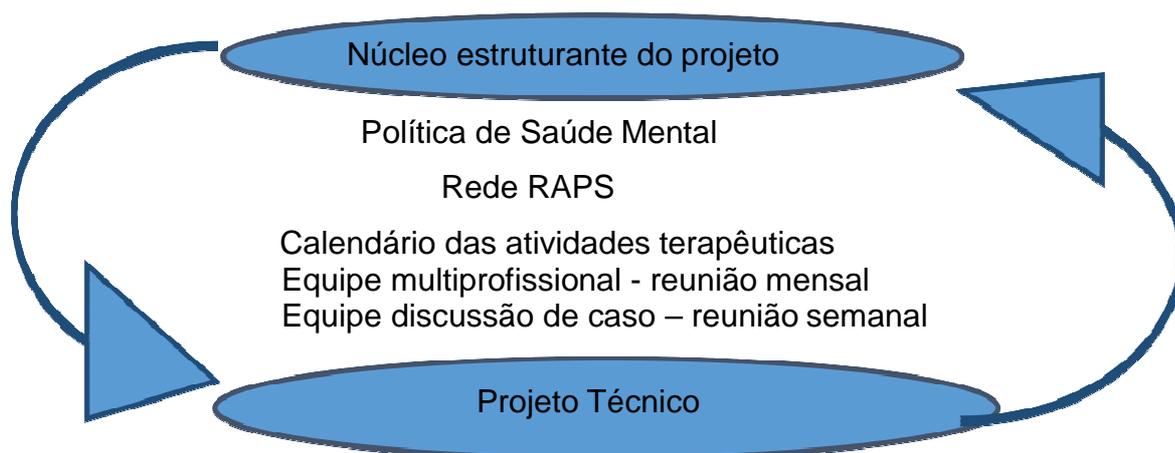
Sendo esse o componente da ambiência que discute as relações interpessoais e profissionais, cabe ressaltar a realização de registros no diário de campo, a observação participante mais intensa, bem como as escutas possíveis nos aspectos da organização da equipe.

A equipe multiprofissional se organiza da seguinte forma:

- a) a equipe de enfermagem trabalha em regime de plantão, ou seja, plantões de 6 horas durante o dia e 12 horas à noite, finais de semana e feriados;
- b) os demais profissionais que compõem a equipe estão distribuídos de forma horizontalizada e em turnos alternados de segunda a sexta-feira. Nos sábados e nos domingos, os pacientes permanecem com a equipe de enfermagem, composta por um enfermeiro e seis técnicos de enfermagem, contando diretamente com o apoio médico assistencial do hospital geral.

Como estratégia de funcionamento, o Serviço segue as diretrizes da política de saúde mental, ancorando-se na rede de atenção psicossocial e no projeto técnico do serviço. A Figura 14 representa o modelo de organização existente, sendo as interfaces entre eles uma dinâmica no trabalho da equipe multiprofissional.

Figura 14 - Contexto da ambiência profissional.



Fonte: Elaborada pela autora.

Na unidade, as salas de trabalho têm nomes convencionais, o que pode indicar certo distanciamento das políticas de humanização, que preconiza a criatividade da equipe em construir espaços acolhedores valorizando as culturas locais. Assim, um consultório médico poderia ser identificado com uma placa produzida em uma oficina terapêutica com os pacientes e ser conhecida com uma identificação visual por símbolos ou mesmo escrita, sendo o mais criativo e humanizada possível, o que possibilitaria inclusive o uso contínuo por diferentes profissionais em horários alternados. Outra sala é conhecida como sala de aula, na qual ocorrem encontros diários dos grupos, com os dependentes químicos, e reuniões terapêuticas com diferentes profissionais e grupos de pacientes. À noite, essa sala também é uma alternativa como sala de descanso para os plantonistas. Podemos associar a necessidade do ambiente físico para o desencadeamento das atividades terapêuticas, somando-se isso à necessidade do bem-estar profissional. Para Misoczky e Carvalho (2004, p.76), o ambiente físico também tem influência na atuação dos profissionais, devendo constituir-se em um estímulo para estes, bem

como favorecer o desenvolvimento de suas atividades e melhoria da sua qualidade de vida no trabalho.

É necessário valorizar as diferentes ações no processo de pesquisa etnográfica. Ao observar o ambiente profissional (Figura 15), foi necessário me apoiar, por diversas vezes, no diário de campo para registrar situações que só a escuta não seria suficiente. As sutilezas nas conversas, os olhares atentos e os códigos estabelecidos no processo de trabalho são elementos que figuram quase que como um “instrumento de trabalho” para a equipe multiprofissional. Um dos momentos importantes na observação ocorria próximo à passagem de plantão de uma determinada equipe: quando eu menos esperava, ambos os profissionais (o que chegava para assumir e o que estava encerrando o plantão) já haviam tomado o rumo de outra sala mais “apropriada” para tal situação. Pude perceber, ao longo da minha imersão no Serviço, que essa situação se configurava em uma prática profissional. Enquanto um grupo conversava e passava o plantão no posto de enfermagem, outros se retiravam.

Figura 15 – Imagens de um Serviço hospitalar de atenção à saúde mental.



Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à reunião de equipe, que ocorre todas as segundas-feiras, das 9h às 11h, cabe ressaltar a sua importância, uma vez que é um espaço de discussão, aprendizagem e troca de experiências entre a equipe multiprofissional. A presença permanente dos médicos garante a discussão de casos sob o aspecto da doença, já a participação da assistente social, da psicóloga e do consultor químico possibilita uma visão abrangente dos aspectos sociais com caráter multiprofissional combinando com a enfermagem nos aspectos assistenciais. A tomada de decisão quanto à condição de alta dos pacientes ou à sua continuidade no Serviço ocorrem nesse momento, com a participação de todos. Nesse aspecto, há um peso importante para essa tomada de decisão, aquele paciente que mantém vínculos familiares durante seu período de internação. Importante destaque a participação dos terapeutas da rede de atenção psicossocial que apresentam questões relevantes sobre a situação de cada paciente e discutem de forma integrada a condição de cada paciente, contribuindo no processo de decisão sobre a permanência ou alta de cada um. A participação da equipe multiprofissional nos dias da reunião de equipe está condicionada à participação dos profissionais do turno escalado naquela manhã de trabalho. Essa determinação causa inconformidade ao restante da equipe que não está escalada para esse turno, conforme registra o Informante 7 durante as observações:

Eu gostaria de participar, de debater casos, porque muitas vezes eu discordo dos encaminhamentos realizados. Mas, como a determinação é de participação somente daqueles que fazem parte do turno da manhã, eu acabo sempre não participando. Já participei, e foi muito importante para minha conduta assistencial.

Quanto às oficinas terapêuticas que são desenvolvidas por profissionais da área assistencial que não participam das reuniões de equipe, e que não veem o seu esforço canalizado para o projeto terapêutico do paciente, muito menos sentem-se reconhecidos pela equipe multiprofissional, foi possível observar, ver, escutar e registrar em meio fotográfico o esforço dos profissionais que se autorresponsabilizam pelas oficinas terapêuticas. Essa ausência de reconhecimento do trabalho desenvolvido fica expressa no depoimento do Informante X, registrado durante a participação nas oficinas:

Não tenho clareza se os colegas desprezam as oficinas porque não reconhecem o meu trabalho, ou porque se sentem ameaçados com ele.

Já na fala do outro informante X que realiza outras oficinas, as considerações ocorriam advindas de um outro olhar:

Se meus colegas não reconhecem o que eu faço, tenho certeza que os pacientes gostam e querem participar.

O informante 8 observada que, por ocasião das festas temáticas, como o Natal, há uma maior aceitação do trabalho desenvolvido. Ele atribui essa abertura ao momento temático, nesse caso, os festejos natalinos, período que coincidiu com o momento da coleta de pesquisa, o que possibilitou uma participação nas atividades. Além disso, também foi possível perceber o esforço da equipe em organizar o material temático necessário para enfeitar os espaços no período definido como festejos natalinos.

No entendimento do Informante 8, responsável pela condução das oficinas preparatórias da temática natalina (Figura 16), ocorreu a participação de novos colegas, ao que atribui:

Em outras épocas, eles não costumam aceitar a proposta de trabalho, agora participam e colaboram de forma surpreendente, estão se revelando como bons parceiros de trabalho.

Mais interessante foi a capacidade de articulação das profissionais em fazer listas de apoio com materiais e alimentos não perecíveis que pudessem ser utilizados como lembrança natalina para os pacientes que se encontrassem na unidade nos dias dos festejos de Natal e final de ano. Muitos foram os donativos e oficinas terapêuticas (Figura 16 e 17) foram realizadas para que os pacientes pudessem elaborar lembranças aos seus familiares, assim como se pensou na integração das famílias, com a contribuição de doces e mantimentos para a celebração organizada especialmente para os pacientes. O Setor de Nutrição do Hospital contribuiu com uma torta e o Serviço de Saúde no Trabalho enviou um cartão com um bombom a todos da unidade. No dia da celebração (Figura 18), a unidade recebeu um voluntário, que animou a festa com voz e violão. Já a presença do Papai Noel ficou ao encargo de um paciente que não possui vínculos familiares e contava os dias e as horas para chegar o seu dia de alta, mesmo não sabendo para

onde iria. Nesse dia, ao encerrar os festejos, ele parou diante de todos e disse: “eu nunca imaginava que um dia, eu ainda seria um Papai Noel de verdade”.

Figura 16 - Oficina terapêutica: temática criação da decoração natalina.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 17 – Oficina terapêutica: temática lembrança natalina.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 18 – Imagem da celebração natalina.



Fonte: Elaborada pela autora.

“Alarga o espaço de tua tenda, estende a lona, estica as cordas, não te detenhas” (Is. 54,2).

5 INTERPRETAÇÃO CRÍTICA DA REALIDADE

Como Zurlo (2010) ensina, a capacidade de ver do *design* estratégico é um ato criativo e possibilita compreender no âmbito organizacional os quadros de referências culturais, os *stakeholders* da organização. No capítulo anterior, explicitamos uma leitura, entre muitas possíveis, em se tratando da complexidade e das variações que sofre constantemente um serviço hospitalar de atenção à saúde mental. Nesse aspecto, a “capacidade de ver” do *design* estratégico contribui um olhar criativo para o contexto, mas é na “capacidade do prever” do *design*, como explica Zurlo (2010), que partimos de dados parciais para interpretar e antecipar aquilo que poderia ser uma abordagem crítica, criando um futuro que prevê aquilo que poderá acontecer. É o “prever” que cria um contexto possível para ideação de novas estratégias organizacionais. Compreender com maior precisão todos os contextos, prevendo aquilo que poderá ser – e com isso inseridos na relação existente entre as partes –, permite que novas perspectivas de ação sejam incorporadas.

A partir da leitura do contexto, propomos uma visão de um futuro possível para serviço hospitalar de atenção à saúde mental: o projeto de uma ambiência, que engloba os componentes do ambiente físico, ambiente social e o ambiente profissional. Com essa visão, ativa-se um diálogo estratégico necessário para sustentar uma nova estratégia de serviço.

Essa nova visão de serviço está fundamentada na interpretação crítica da realidade vivenciada na imersão no contexto da organização e seu sistema, não somente ao encontrar o que procurávamos inicialmente, pistas para uma leitura de *design* de ambiente, mas ao descobrir novos caminhos a partir das dimensões do ambiente físico que ativam as relações com o ambiente social e o profissional, configurando-se, então, na descoberta de um conceito de ambiência para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental.

Como entrega dessa discussão, apresentamos nesta sessão as três categorias de análise, que, para melhor compreensão do achado no campo, poderão ser visualizados nas dimensões dos aspectos físicos, aspectos culturais e estilo da relação presentes na organização, com as interfaces que a sua complexidade empreende.

5.1 Aspectos Físicos - Ambiente Físico

Como destaque para discussão, um primeiro aspecto é o Serviço estar implantado no 10º andar de um hospital geral, sendo este o último andar da área hospitalar construída. No momento de implantação do novo serviço, esse aspecto gerou uma dúvida quanto à definição da escolha pelo 10º andar, uma vez que a Portaria 148, Art.5º, inciso II, menciona, sobre a localização da unidade, que esta deve “ficar o mais próximo do térreo possível para facilitar o trânsito e reduzindo os riscos [...] e possibilitando a integração de **pequena área livre para atividades**”. (BRASIL, 2012, grifo nosso).

A redação da Portaria pode levar à interpretação de que um serviço instalado o mais próximo possível do andar térreo em um hospital geral com estrutura vertical pudesse favorecer a integração e possibilitar uma pequena área livre para atividades.

Com a apropriação do olhar do *design* estratégico, surgem questionamentos críticos ao *briefing* estabelecido. Pela minha experiência na observação deste e de outros serviços, notei que, nas edificações hospitalares verticais, as áreas térreas do seu entorno são reservadas aos acessos de serviços e manutenções, bem como para suas entradas principais, como as rampas para o acesso dos pedestres, dos carros ou mesmo de ambulâncias. Tal medida não possibilitaria, a priori, a integração para atividades em área livre, subentendendo-se que a referência era a uma área ao ar livre. Considerando, ainda pela experiência, que, por condições de segurança para a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado do paciente, bem como para o próprio paciente, que requer proteção durante a sua permanência na unidade, se estabeleceria a necessidade de fechamento desses espaços, principalmente em se tratando de espaço térreo ou o mais próximo dele – o que, de qualquer forma, estaria inviabilizando a prerrogativa pequena área livre para atividades, uma vez que tal fechamento implicaria em um telhado, já que, acima,

encontrar-se-iam os dez andares edificadas –, tem-se de apontar, mais uma vez, a impossibilidade de atender a tal disposição.

Por outro lado, é possível constatar que a área física destinada à implantação desse Serviço Hospitalar de Atenção à Saúde Mental no 10º andar de um hospital geral precisou adequar-se às normas de segurança física. No entanto, a condição de estar no 10º andar contribuiu para dar ênfase a outras possibilidades de utilização da estrutura hospitalar existente, como o aproveitamento da luz solar e da ventilação diretamente em todas as dependências da unidade, favorecendo a utilização dos diferentes espaços físicos nas diferentes horas do dia, sem a interferência de muros ou cercamentos. Favorece, ainda, a possibilidade de admirar a paisagem do entorno, pela altura e pela amplitude das janelas lá existentes. Esse fator foi mencionado na fala de um informante:

Existem outras unidades similares à nossa, mas, no entanto, nenhuma delas tem a luminosidade que essa unidade tem, ver o céu, o sol, a chuva, saber se é dia ou noite faz toda a diferença e colabora de forma positiva para a permanência do paciente aqui na unidade (Informante 1)

O fato de estar afastado do andar térreo fez com que a equipe multidisciplinar pudesse buscar no seu entorno parcerias possíveis para ampliar seus espaços terapêuticos, ou seja, ativando uma rede de coprodução de valor, possibilitando uma parceria para utilização das piscinas térmicas junto à Universidade, que está próxima do Hospital; e fortalecendo essa rede e ampliando suas condições de inclusão nesse processo de construção de novas alternativas de convívios em áreas abertas, culminando com a constituição de uma horta em um dos terrenos do entorno. Experiência muito valorizada pelo informante, que manifesta:

“O projeto horta é muito propositivo para todos os pacientes. Pois é no contato com a terra e seus ciclos de plantio que acontece o processo de semeadura, a germinação da semente e o tempo da colheita, etapas que aproximam os pacientes do processo de tratamento (Informante 4).

Esse projeto possibilitou que as experiências da equipe multiprofissional pudessem criar valor para obtenção de resultados positivos implantados junto e no decorrer do desenvolvimento dos planos terapêuticos. Essa experiência do Projeto Horta foi apresentada pela equipe multiprofissional no I Encontro de Serviços de Saúde Mental do SSMD em 10 de dezembro de 2012, no Hospital Mãe de Deus, em

Porto Alegre. Além de tornar-se uma referência de cuidados terapêuticos em saúde mental para pacientes em situação de internação hospitalar, oportunizou o reconhecimento profissional de toda a equipe multidisciplinar.

Essa condição de repensar a ambiência na experiência da equipe multiprofissional possibilita bons resultados ao trabalho e a convivência entre todos. Souza (2003, p. 74) pondera que “[...] uma das características mais interessantes da ambiência é o fato dela permitir a criação e invenção de projetos coletivos e pessoais”. Destaca-se aqui a contribuição do Informante 9, ao mencionar que:

Fazer uma atividade não prevista em razão de uma intercorrência é normal. O que não é normal é encontrar quem se disponha a fazer e, ao fazê-lo, dar o melhor de si, fazer da melhor maneira possível, jogando toda a sua experiência neste momento.

A equipe multiprofissional, em diferentes situações, mencionava a necessidade de ampliação dos espaços físicos do Serviço, não deixando claro, no entanto, se uma ampliação ou uma reorganização dos espaços possibilitaria à equipe melhores condições de trabalho, o que podemos evidenciar na seguinte fala:

Os espaços são necessários por se tratar de pacientes adultos que precisam se exercitar, precisam se ocupar. Essa unidade já tem um grande diferencial das demais que eu conheço, aqui, o contato com o sol é direto. Tem-se a noção do dia e da noite, o que oportuniza a noção de onde se está (Informante 2).

Em outra conversa, foi possível compreender que as questões do espaço físico em suas necessidades diárias de uso também são resolvidas.

Eu, quando preciso usar uma sala para elaborar um relatório ou uma evolução mais demorada, e não encontrando nenhuma a disposição aqui na unidade, não vejo problemas, procuro uma outra unidade no hospital que eu possa naquele momento utilizar (Informante 3).

Isso tudo possibilitou a percepção, nesse período dentro da unidade, do poder de resiliência da equipe frente às adversidades na rotina. Valem-se das suas experiências para obterem os resultados esperados frente às turbulências do cotidiano.

5.2 Aspectos Culturais - Ambiente Social

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, audição e outros. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e os gestores. Devem-se destacar, inclusive, os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (BRASIL, 2006).

Nesse aspecto do ambiente social, posso iniciar considerando o período da observação participante em que convivi com os pacientes nos mais diferentes momentos, tais como no corredor, entre bate papos, na cantina, em rodas de conversa, nas oficinas terapêuticas, na preparação para a celebração do Natal, na fila, aguardando a hora do café ou do almoço, ou mesmo do jantar. E, nesse sentido, pertinente destacar, foi por meio da minha escuta sensível que percebi o quanto o dia da visita da família e rede social é esperado por todos. Não importa se homem ou mulher, se na faixa etária beirando os 30, 50 ou 60 anos, todos aguardam por esse dia. Por outro lado, também convivi com a equipe multiprofissional, que deposita no encontro do paciente com seu familiar ou rede social boa parte da sustentação de tratamento e recuperação do paciente. O reencontro do paciente com seus familiares, vizinhos, amigos, comunidade, quando acontece, facilita a aceitação do plano terapêutico, e, se ocorrer com diálogo e privacidade, é avaliado pela equipe multiprofissional como um propulsor na retomada das suas condições psicossociais e destas com as relações sociais necessárias no período da permanência hospitalar.

Inovo ao utilizar a concepção “permanência hospitalar” e não o velho e conhecido jargão “internação hospitalar”. Por quê? Porque estamos ativando novos diálogos sociais. A possibilidade de a equipe multidisciplinar se apropriar de novas linguagens pode facilitar a aproximação com os familiares e rede social, favorecendo o acesso e o acolhimento da família nas dependências do serviço, fortalecer uma nova concepção social do serviço: a permanência hospitalar é de muita importância conforme a visão manifestada na conversa com um dos informantes, que deixa muito claro:

É fundamental no momento de encontro dos pacientes com seus familiares ou mesmo com seu núcleo de amizades que os laços se reestabelecem, confissões são realizadas, desculpas são aceitas e novos laços se constroem. O contrário também pode acontecer e acontece de fato, mas esse é o nosso trabalho de estar junto e mediar. Por isso, entendo que a questão de um ambiente adequado para esses momentos é fundamental (Informante 1).

Possibilitar um ambiente acolhedor e humanizado, como fundamenta o texto do Ministério da Saúde (2010), priorizando não apenas aqueles que permanecem no serviço (os pacientes), mas estendendo-se às famílias e à rede social, importantes atores no processo de recuperação, mostra-se imprescindível.

Oportunizar não o que se conhece como “sala de espera”, mas um ambiente que possa se chamar de “Acolhimento e Convivência da Família e Rede Social”, o qual deve oferecer confortabilidade, ou seja, deve oferecer poltrona e cadeiras confortáveis, climatização, luminosidade e amplas janelas, favorecendo a entrada da luz natural, possibilitando o reconhecimento do entorno, com acesso a bebedouro e a sanitários, condições que favorecem os vínculos e possibilitam um ambiente social mais humanizado. Há que se disponibilizar revistas, informativos, painéis contando a história da unidade desde a sua abertura, com a sua configuração física, com murais e expositores para os trabalhos terapêuticos e, principalmente, o cronograma das atividades e o cardápio da alimentação semanal, ações que também contribuem para um ambiente saudável e acolhedor.

Dentro do serviço, já no espaço da internação hospitalar, as salas disponíveis à convivência e às atividades dos pacientes são especialmente a “Cantina Multiuso”, a “Atividades Multiuso” e a “Circulação Cultural”.

Ao readequarmos ou qualificarmos um ambiente, é necessário incorporar novas possibilidades de uso e aproveitamento do ambiente físico, especialmente quando se trata de uma área já construída e sendo este um hospital vertical. Ainda, oportunizamos o uso de todos os ambientes de forma adequada, atendendo às necessidades estabelecidas pela equipe multidisciplinar para contribuir no desempenho do projeto técnico do serviço.

Entendemos que é necessário contar com a existência de um ambiente físico, que de fato contribua para ativar um ambiente social e impulsionar o ambiente profissional. Essa configuração irá colaborar para a inserção e inclusão dos familiares e rede social nas atividades e nas dinâmicas dos pacientes no período de

permanência no serviço, ativando uma atmosfera favorável para uma ambiência social, somando-se ao esforço técnico humanizado dispensado pela equipe para alcançar os resultados de um bom tratamento. O informante 8 contribui com essa ideia, afirmando:

Tenho a compreensão que um ambiente deve ser favorável às relações que se estabelecem entre a equipe multiprofissional responsável pelo paciente e os seus familiares e acompanhantes. Essas relações são complexas e, dessa forma, quanto mais respeito e privacidade existir nessas relações, maior a possibilidade de vínculo (Informante 8).

5.3 Estilo da Relação - Ambiente Profissional

Nesta dimensão, apresentamos o modo como o componente ambiente profissional dialoga com o ambiente físico e social para ativar suas estratégias.

Souza (2003) pondera que muitas vezes algo que não aparece nos grupos ou em outro tipo de encontro pode aparecer no banco do descanso.

Valendo-me das interpretações das políticas instituídas pelo Ministério da Saúde como *briefings* e das discussões registradas ao longo deste trabalho como um exercício projetual, chego ao ambiente profissional, deparando-me com uma “Rotina da Saúde Mental”. Um cronograma de trabalho instituído como demonstração estratégica das ações desenvolvidas mediante as experiências de uma equipe multiprofissional que coloca à disposição do seu ambiente social e físico toda a sua expertise de trabalho. Ao propor a adaptação desse “cronograma” para dar evidências da descrição densa realizada durante a observação participante, coloco à disposição deste trabalho a minha contribuição quanto à tangibilização da estratégia para a configuração de um conceito de ambiência profissional.

Ao entender o objeto de estudo como um lugar que importa e se tratando este de um lugar turbulento e com possíveis variações ao longo dos turnos de trabalho nas suas 24 horas de funcionamento, e ao me deparar com um cronograma intitulado as “Rotinas da Saúde Mental”, penso que, ao rotular as atividades do dia como rotinas estabelecidas para um funcionamento de uma equipe multidisciplinar, deixamos pouca margem para essa equipe trabalhar com as adversidades que o ambiente físico e social podem ocasionar na ambiência do serviço.

Apropriando-me da leitura de ambiente do *design* com sua capacidade de “ver” e observar os fenômenos muito além do visível, compreendendo o contexto

das relações estabelecidas entre as necessidades dos pacientes e as capacidades da equipe multiprofissional, parece-me prudente utilizar-me da capacidade de “prever” do *design* ao ativar o que poderá ser no sentido de trabalhar as possíveis turbulências deste com uma margem de tempo e espaço entre as diversas atividades propostas para cada turno e dia de permanência hospitalar dos pacientes. Nesse sentido, a observação participante me possibilitou revisar as “Rotinas da Saúde Mental” e, diante das escutas, das conversas, dos registros no diário de campo e da imersão na observação participante, adaptar como uma proposição de trabalho à equipe multiprofissional um “calendário das atividades terapêuticas”, que abre a possibilidade de dialogar com as necessidades advindas das variações de um conjunto de familiares e seus pacientes em regime de permanência com a organização de um “calendário de atividades terapêuticas”. Tal ação possibilitaria a sinalização, como eixos estruturantes para o desenvolvimento das atividades, dos horários já pré-estabelecidos para a alimentação ao longo do dia e da noite. Conforme horários demonstrados na referida rotina, os horários são pré-estabelecidos pela estrutura de apoio nutricional do hospital geral. Uma vez já estabelecidos, sua margem de variação ao longo dos turnos, dependendo das intercorrências advindas da natureza do serviço, passaria a contar a partir do momento em que se fizessem necessárias tais alterações, ou seja: a possibilidade de cumprir o calendário seria muito mais flexível a partir desses eixos que comandam a organização temporal do serviço, possibilitando à equipe multiprofissional remanejar atividades, reorganizá-las redimensioná-las, em função dessa premissa alimentar.

Colocar o paciente em primeiro lugar, propiciando a sua plena estabilização, pode trazer benefícios para a relação do ambiente físico com o ambiente social e ativar resultados propositivos para o ambiente profissional. Concordamos com o fato de que as relações interpessoais de uma equipe multiprofissional, quando respeitosas e facilitadoras das boas práticas, podem facilitar a sustentação da uma estratégia ao longo de um turno, de uma jornada ou de uma escala mensal de trabalho. A Figura 19 apresenta a proposição descrita nessa dimensão do ambiente profissional.

Figura 19 - Calendário das atividades terapêuticas – Equipe multidisciplinar

Calendário de atividades terapêuticas								
	8h	12h		16h	19h	22h		
	Café da manhã	Almoço		Lanche	Jantar	Ceia		
Dom		Visita aos dependentes químicos			Visita psiquiatria	Grupo pós-visitais - sentimentos		
Seg			Grupo de Prevenção de Recaídas	Grupo de regras	Grupo de vivências	Arteterapia		
Ter	Higiene matinal	Grupo de Prevenção de Recaídas	Treinamento de habilidades e sociais		Café da tarde e medicações	Espiritualidade	Jantar	
Qua			Grupo de Prevenção de Recaídas	Grupo de familiares e visitas	Vivências familiares e visita psicóloga			Descanso Noturno
Qui			Grupo de Prevenção de Recaídas	Grupo de Psiquiatria	Grupo de vivências	Musicoterapia		
Sex			Grupo de Mulheres	Grupo de Relaxamento		Alcoólicos Anônimos		
Sáb		Grupo de Mulheres			Grupo de beleza	Musicoterapia		

Fonte: Adaptado pela autora

Por fim, é necessário, nesse contexto, possibilitar que a equipe multiprofissional estabeleça laços de confiança e conhecimento, proporcionando e garantindo encontros sistemáticos para a troca de experiências e a discussão do projeto técnico instrumento principal na sustentação do serviço, seja por meio de reuniões, seminários e ou encontros científicos. O importante é que a equipe se reconheça com o pertencimento necessário para agregar valor ao seu trabalho. Por isso, a importância de a assistência andar lado a lado com o ensino e a pesquisa, compreensão que se mostra bastante oportuna nas palavras do Informante 1, ao se referir sobre o ambiente profissional:

A unidade está iniciando um segundo ciclo. O ciclo do ensino e pesquisa muito necessário para dar sustentação as ações frente às novas demandas que a sociedade e os governantes nos impõem. Portanto, o sentimento de pertencimento da equipe é fundamental para o fortalecimento dos vínculos profissionais (Informante 1).

5.4 Visões

Ao desenvolver uma interpretação crítica da realidade valendo-me da sustentação do *design* estratégico ao tangibilizar a sua capacidade de “prever” futuros possíveis, ativando as dimensões dos componentes do ambiente físico, social e profissional para consolidar um conceito de ambiência para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental com características próprias de um serviço humanizado e acolhedor, considerando as restrições construtivas dentro de uma área hospitalar, podemos assegurar que a existência de um serviço com essas características e suporte organizacionais está possibilitada pela existência das parcerias constituídas ao longo do percurso de uma rede de atenção psicossocial.

Para tanto, há que se fazer desse serviço um potencializador da saúde pública no âmbito da saúde mental, consolidando um conceito de ambiência para o serviço e dialogando com novas concepções de ambiente físico, proporcionando ao serviço um modelo para nova edificação, ou adequação, ou adaptação necessária para qualquer região e favorável para qualquer cultura.

Propomos uma inovação nas denominações dos espaços: da antiga “Sala de Espera” para “Acolhimento e Convivência da Família e Rede Social”; do conhecido “Refeitório” para “Cantina Multiuso”; do velho e bom “Quarto” para “Repouso”; e da boa “Sala de Aula” para “Atividades Multiuso”; do temeroso “Consultório Médico” para “Atendimento Multiprofissional”; do “corredor” para “Circulação Cultural”; da “salinha dos funcionários” para “Bem-estar da Equipe Multiprofissional”; e nas concepções da vergonhosa “ala da internação” para uma nova concepção da “permanência hospitalar”; e, por fim, na porta principal de entrada do Serviço, bem ao lado da campainha, propomos seja afixada uma placa artesanal, confeccionada nas oficinas terapêuticas, dizendo: “Seja bem-vindo ao nosso serviço de saúde mental”. Com essa visão, imaginamos uma possível organização de planta baixa útil para qualquer ambiente hospitalar de atenção à saúde mental (Figura 20).

A partir desse futuro imaginado para o ambiente físico, elaboramos briefings que representam a atmosfera desejada em tal ambiente (Imagens 21 e 22), construímos um conjunto de vinte e duas proposições (Quadro 3) que possibilitam ativar o ambiente social e, por sua vez, ativar o ambiente profissional para que o seu projeto técnico seja de fato desenvolvido e somente ao final fazer a entrega das seis diretrizes projetuais para que o Ambiente Físico ative o ambiente social e o ambiente

profissional, todos os seis acompanhados pela tangibilização do conceito representados pelos seus respectivos moodboard .

Figura 20 Planta baixa de um serviço de atenção em saúde mental.



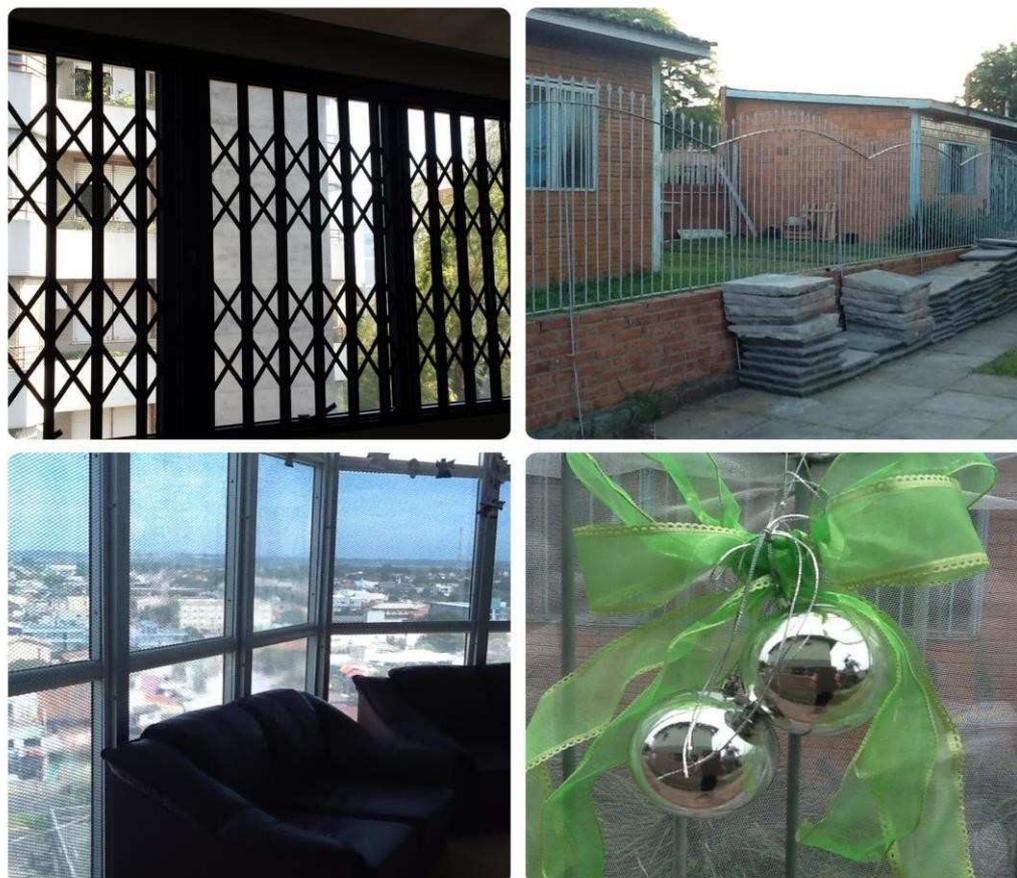
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 21 - *Briefing* para ambiente físico -



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 22 - *Briefing* para vista da área externa de um serviço



Fonte: Elaborada pela autora.

Quadro 3 - Proposições para ativar o ambiente social e o ambiente profissional

- Fortalecer o ambiente social a partir da presença da família e da rede social nos encontros de grupos, celebrações e visitas sistemáticas.
- Promover mudanças na organização do trabalho da equipe multidisciplinar, propiciando a criação de laços e vínculos de solidariedade e de responsabilidade coletiva.
- Propiciar que as relações estabelecidas no ambiente social sejam um impulsionador na estabilização clínica do paciente.
- Facilitar o acesso da família e da rede social ao serviço.
- Promover e garantir as interlocuções com a rede psicossocial.
- Fortalecer uma nova concepção social do serviço: a permanência hospitalar.
- Garantir reuniões sistemáticas da equipe multiprofissional com o maior número possível de profissionais, para estabelecer as diretrizes e refazer as combinações necessárias para o funcionamento do serviço.
- Garantir uma reunião semanal com a equipe técnica multiprofissional para discussão de casos e novos ingressos.
- Manter atualizado o Projeto Técnico aprovado pelo Ministério da Saúde durante o processo de credenciamento do serviço, com acesso a toda equipe multiprofissional.
- Estabelecer o cumprimento das normas de segurança para a equipe multiprofissional, tomando como ponto de partida a legislação vigente e as propostas advindas da especificidade do serviço.
- Garantir um “calendário de atividades terapêuticas” que propicie a plena estabilização clínica dos pacientes, colocando-o acima das demais variações do cotidiano do serviço.
- Garantir o material terapêutico para o educador físico, o terapeuta ocupacional e o oficineiro ou o profissional da equipe multiprofissional destacado para tal atividade.
- Adquirir os materiais em quantidade e qualidade para o bom desenvolvimento do trabalho, tomando como ponto de partida a capacidade máxima de ocupação do serviço.
- Integrar as diversas atividades com a rede de atenção psicossocial.
- Divulgar o trabalho multiprofissional na rede de atenção psicossocial.

- Promover as capacitações técnicas pautadas no entendimento do Plano Nacional de Humanização – HumanizaSUS.
- Promover capacitações sistemáticas de inserção na Rede de Atenção Psicossocial (RAAPS).
- Introduzir o debate sobre a bioética, ética e a filosofia em saúde.
- Proporcionar a abertura de residências médicas e multiprofissionais, como responsabilidade com ensino-aprendizagem da equipe e da formação de novos profissionais para a rede de atenção à saúde.
- A equipe multiprofissional deve promover o debate no campo da ética em saúde, da filosofia da saúde e da bioética junto a rede psicossocial.
- Promover uma nova cultura profissional na concepção do “Calendário de atividades terapêuticas”.
- Garantir no projeto arquitetônico do serviço uma sala do “bem-estar da equipe multiprofissional”.

Fonte: Elaborada pela autora.

6 DIRETRIZES PARA UM FUTURO DESEJÁVEL

Neste capítulo, são apresentadas as diretrizes projetuais, estabelecidas a partir dos achados durante o período de pesquisa e as visões aqui apresentadas como síntese da leitura crítica da realidade.

6.1 Diretrizes Projetuais para que o Ambiente Físico: ative o ambiente social e o ambiente profissional

Apresentamos os resultados desta pesquisa com suas categorias de análise, aliando-as às leituras de *design* estratégico, objetivando operar em todos os níveis de complexidade das diretrizes projetuais estabelecidas, somando-se as experiências da equipe multiprofissional, consolida-se uma proposta de conceito de ambiência para o Serviço hospitalar de atenção à saúde mental.

Objetivando uma janela para inovação social em ambientes de saúde, especialmente da saúde mental em regime de permanência hospitalar, ancorados em um projeto técnico que observa as inovações propostas, apresentamos como alcance do objetivo específico 4, a saber:

- a) Interpretar a **definição de ambiência** do ministério da saúde sob a ótica do *design* estratégico para propor diretrizes projetuais de um **conceito de ambiência** em Serviços Hospitalares de Atenção à Saúde Mental.

O Ministério da Saúde utiliza, para definir a ambiência, os três componentes, conforme apresentado no Quadro 4 – o espaço de confortabilidade, o espaço da produção de conhecimento e o espaço das relações interpessoais –, alertando que todos devem ser entendidos em um mesmo contexto.

As diretrizes projetuais apresentadas como tangibilização da estratégia para consolidar o conceito de ambiência a partir da leitura do *design* estratégico encontram-se na interpretação de ambiência a partir das categorias elaboradas para este estudo, também expressa no Quadro 4: o ambiente físico, o ambiente social e o

ambiente profissional, sendo as relações entre esses de fundamental importância para ativar os comportamentos e incidir nas experiências da equipe multiprofissional.

Quadro 4 - Apresentação das três categorias.

Ministério da Saúde	Zurlo	Categorias a partir da experiência da equipe multiprofissional
Espaço que visa à confortabilidade	Aspectos físicos	Ambiente físico
Espaço de produção de conhecimentos	Aspectos culturais	Ambiente social
Espaço das relações interpessoais	Estilo de relação	Ambiente profissional

Fonte: Elaborada pela autora.

Para que seja possível proporcionar as condições de trabalho da equipe, o bem-estar dos pacientes, da família e da rede social, como medida de segurança, vigilância e confortabilidade a todos, apresenta-se como necessário:

- utilizar materiais que garantam a privacidade – acústica –,diminuindo os ruídos e barulhos internos e externos;
- utilizar tintas e texturas nas paredes, prevendo a manutenção, favorecendo a rapidez na manutenção e as condições de trabalho da equipe de manutenção e higienização;
- aromatizar o ambiente, mantendo-o limpo e higienizado, utilizando diferentes aromas, oportunizando uma ambiência adequada para o convívio da equipe com os pacientes;
- optar pela climatização quente-frio, garantido o conforto térmico do ambiente, respeitando as especificidades das regiões e diferentes culturas;
- utilizar telas de proteção nas janelas, com formas leves e seguras, de modo que possa tornar-se o mais imperceptível possível. As telas devem sobrepor aos vidros;
- instalar equipamentos como bebedouros em locais próximos à área de circulação, medida que possibilita o olhar da equipe focado na vigilância do ambiente.

Neste sentido, apresentamos, na sequência, as diretrizes projetuais que ativam a configuração de um conceito de ambiência para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental.

6.1.1 Diretrizes Projetuais - Repouso e Descanso dos Pacientes

O local de repouso é também um lugar de descanso diurno, devendo proporcionar confortabilidade e acolhimento. Deve ser seguro e proporcionar bem-estar, nada que possa parecer um lugar de reclusão e confinamento. Em se tratando de acomodações coletivas, melhor se pudesse parecer com o quarto da casa de um amigo. Para esse alcance, são importantes ações.

- priorizar, no caso de unidades com o número máximo de pacientes (30), a acomodação de três pacientes em cada quarto, favorecendo as camas sempre encostadas em uma das paredes disponíveis.
- utilizar enxoval colorido, como lençóis, toalhas de banho, cobertores, etc, o que proporciona um aspecto mais domiciliar, harmonizando o ambiente e favorecendo a observação da equipe com cada paciente;
- optar pelo uso de cores nos equipamentos, como as camas, mesas auxiliares, bancos, etc., isso proporciona harmonia para quem conviver nesse ambiente;
- priorizar o modelo de cama com estrados chapados, evitando o sistema de molas ou gradis, o que é importante para o manejo da equipe e segurança do paciente;
- priorizar a instalação de sanitários junto aos quartos sempre que possível, e oportunizar outros de fácil acesso e com equipamentos seguros. Essa medida possibilita segurança ao paciente e à equipe responsável;
- instalar na lateral da cama um apoio para guarda de pertences pessoais, como: óculos, boné, etc;
- Fixar na parede da cabeceira um mural para guarda de lembranças, como fotografias, cartões, bilhetes e produções das oficinas, material que, por ocasião da troca de paciente, deve poder ser levado por este.

6.1.2 Diretrizes Projetuais - Cantina Multiuso

- proporcionar que a Cantina Multiuso seja bastante utilizada por todos da equipe, otimizando a versatilidade para as mais diferentes ações.
- optar por adereços como toalhas de mesa coloridas, possibilitando as alternâncias de uso do mesmo ambiente com diferentes fins, proporcionando novas experiências para todos, inclusive para a equipe.
- oportunizar diferentes atividades, como oficinas terapêuticas, ensaio do coral, oficinas de música, atividades lúdicas, sala de jogos, grupos terapêuticos.
- dar preferência para equipamentos móveis e leves que possibilitam segurança à equipe multiprofissional no manejo com o trabalho em grupos.

6.1.3 Diretrizes Projetuais - Atendimento Multidisciplinar

Um ambiente destinado às consultas médicas, de enfermagem, da psicologia, entre outros, para o qual é importante:

- inovar, suprimindo o nome de “Consultório Médico”, identificando-o como “atendimento multidisciplinar”, integrando as relações multiprofissionais com os residentes, estagiários e quem mais compor a equipe;
- abolir o uso de mesas como divisão do espaço entre o profissional e os pacientes. Usar mesas laterais (para apoio) com cadeiras e ou poltronas.

6.1.4 Diretrizes Projetuais - Acolhimento e Convivência da Família e Rede Social

Um ambiente destinado ao acolhimento dos familiares e seus pacientes no momento da internação, para reuniões de familiares, para reuniões de equipe, para oficinas e atividades multiuso nos diferentes horários, torna-se estratégico para:

- desenvolver e incentivar a troca de saberes e aprendizagens entre os familiares e a equipe. Como exemplo: grupos para o uso da medicação, o preparo para alta, o pós-alta, a abrigagem pública e a rede psicossocial, etc;

- priorizar, no projeto do serviço ou na adequação deste, uma sala com ambiente climatizado, com janelas amplas e seguras, para valer-se da entrada de luz natural, com vidros transparentes, oportunizando o contato visual com o mundo externo;
- instalar sanitários e bebedouros em quantidade necessária conforme a expectativa de público ao serviço;
- manter murais nas paredes para exposições fotográficas resultantes da produção das oficinas terapêuticas com os pacientes;
- manter murais para incentivar a troca de recados entre os familiares e os terapeutas da rede de apoio;
- utilizar, na parede, painel contendo informações pertinentes ao Serviço, seu funcionamento e sua localização geográfica - *layout*, resumo do projeto técnico e seu cronograma de atividades, bem como o cardápio ofertado na semana;
- instalar, na parede, painel com o mapeamento dos serviços na rede de atenção psicossocial e a equipe multiprofissional, como os residentes e estagiários que compõem o Serviço;
- priorizar espaço para mostra de trabalhos de forma permanente, contendo a produção das oficinas terapêuticas.

6.1.5 Diretrizes Projetuais - Circulação Cultural

A circulação cultural é um lugar de passagem e acesso às demais dependências do Serviço, mas é também ambiente de produção de subjetividades, de conversas, lazer e um ponto de encontro entre as diversas atividades. Esse ambiente deve ser aproveitado para as festividades do Serviço, a circulação de visitantes e todos os apoiadores e, nele, devem ser realizadas ações como:

- projetar equipamentos para facilitar o seu uso como seção de cinema, sala de jogos, palco para apresentações, etc., otimizando-o o máximo possível;
- utilizar essa circulação para a instalação do armário tipo vestiário para a guarda de pertences dos pacientes, com chaves individuais, com identificação nominal e o acesso sob supervisão da equipe, o que

proporciona segurança a todos. Em datas temáticas, esse móvel serve como um grande mural decorativo;

- utilizar as laterais do armário tipo vestiário para murais, oportunizando mais um espaço de interação entre os pacientes. Pintado com tinta para lousa, se torna mais um espaço de interação entre os pacientes e a equipe.

6.1.6. Diretrizes Projetuais – Bem-estar equipe multidisciplinar

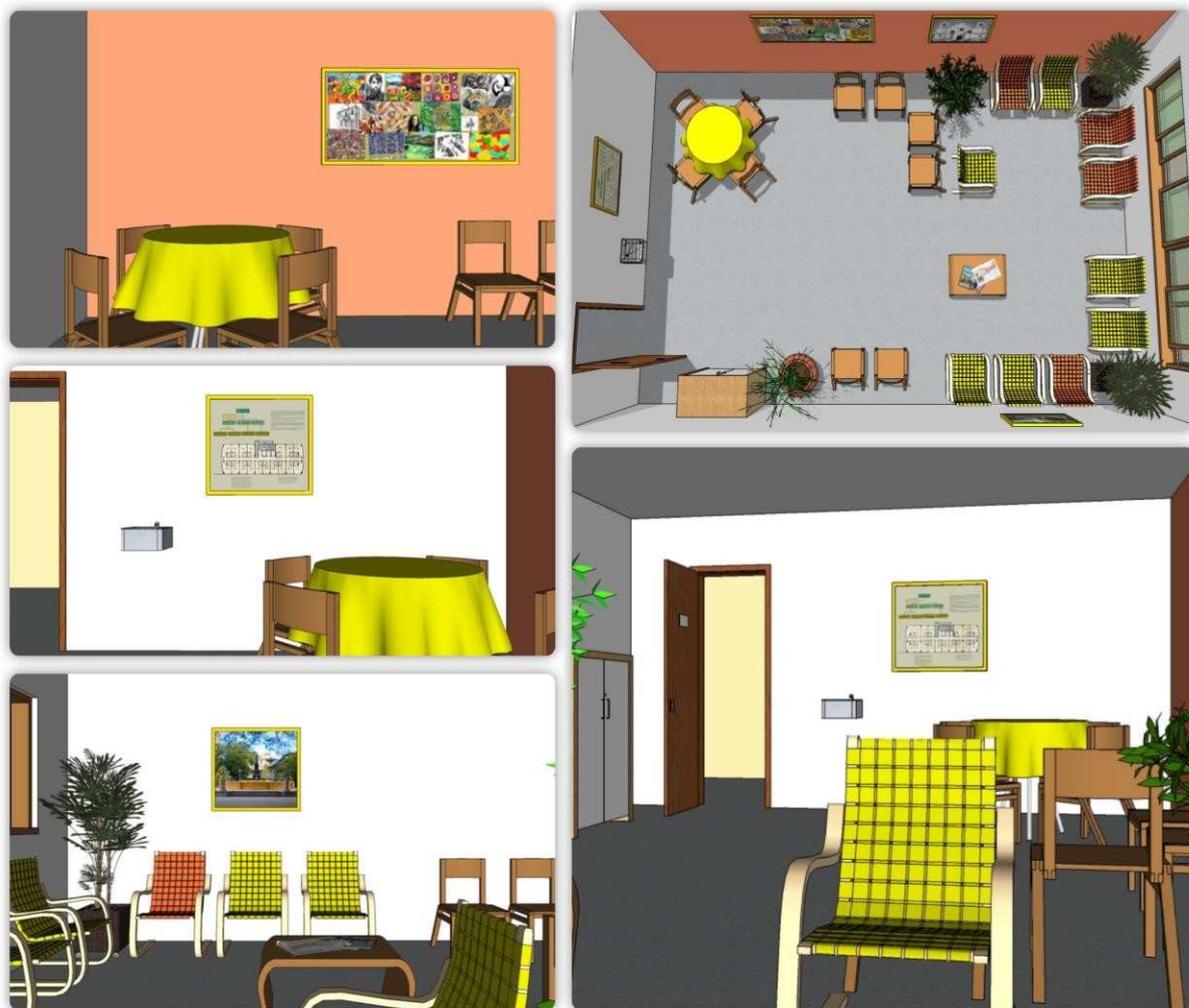
Ambiente necessário para a equipe multidisciplinar utilizar como referência para os períodos de descanso, encontros, trocas e aprendizados multidisciplinares.

Garantir no projeto arquitetônico do serviço uma sala do “bem-estar da equipe multiprofissional”, com itens de confortabilidade, como: climatização, música ambiente, poltronas para descanso noturno, frigobar, televisão, micro-ondas, luz de emergência, sanitários com chuveiros, ramal telefônico, campainha, armário para guarda de artefatos pessoais. É necessário que esta sala integre as instalações físicas da unidade.

6.2 Tangibilização do Conceito: confirmação de um futuro desejável

Para confirmar a compreensão do conceito proposto, foram entregues a um arquiteto as visões, as imagens dos diferentes momentos de um serviço, as proposições elaboradas que ativam o ambiente social e o profissional e as seis diretrizes que configuram um conceito de ambiente físico. A partir de conversações estratégicas entre a pesquisadora e o arquiteto, na troca dos vários e-mails e chegando aos esclarecimentos necessários para compor a sua compreensão técnica, esse profissional, numa ação projetual, construiu diversas propostas, compondo conceitos de ambiente físico. Essas propostas foram organizadas em moodboards elaborados pela autora na leitura do fazer ver do *design* estratégico, e demonstrados nas Figuras 23 a 29, como evidências possíveis de um futuro desejável.

Figura 23 - Moodboard acolhimento e convivência da família e rede social,



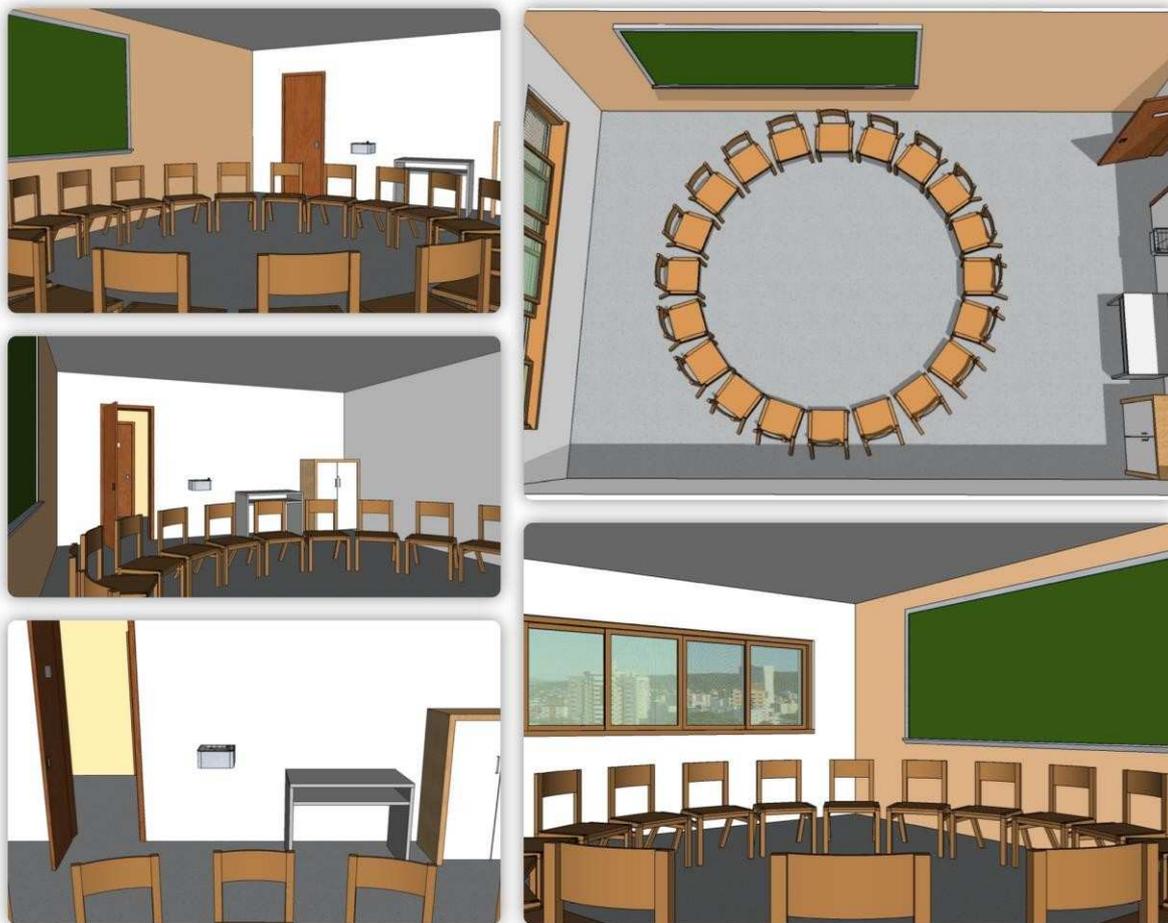
Fonte: Elaborada pela autora a partir das propostas produzidas pelo arquiteto 1

Figura 24 - Moodboard cantina multiuso,



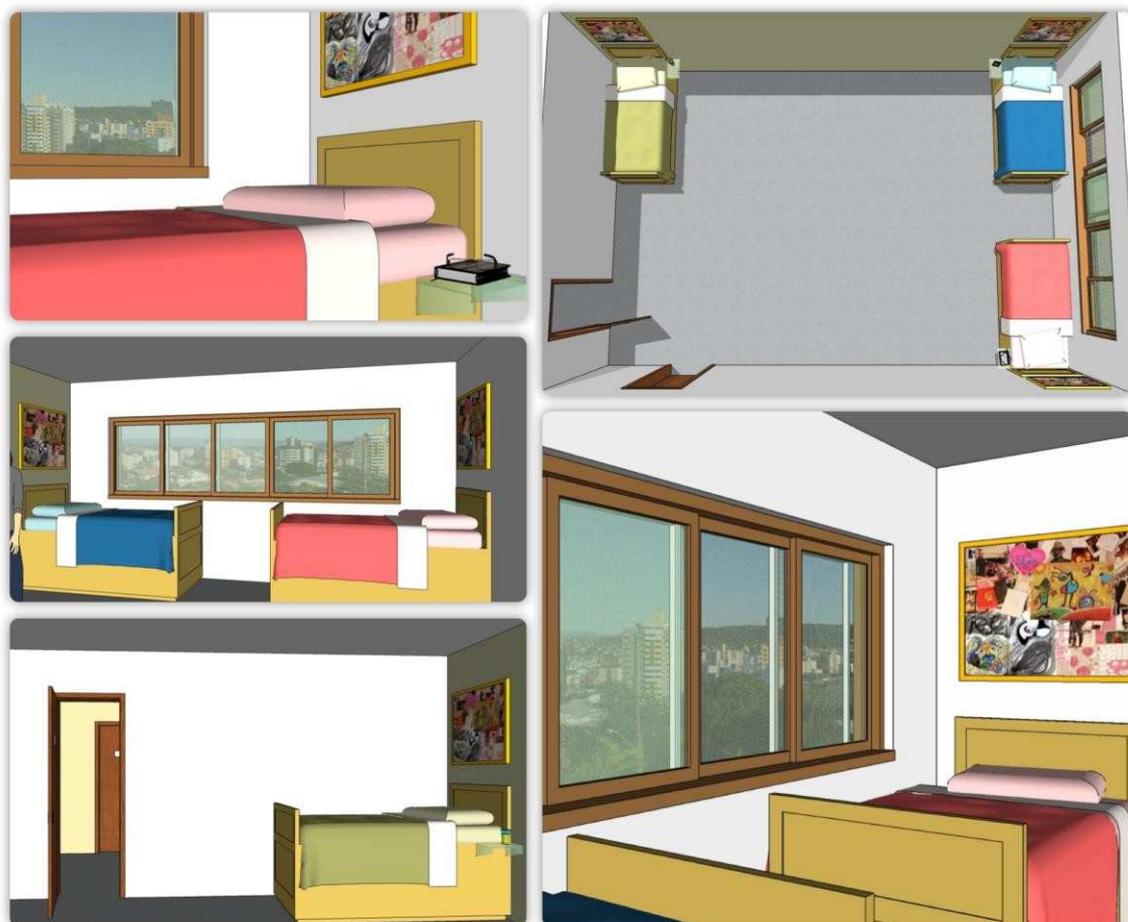
Fonte: Elaborada pela autora a partir das propostas produzidas pelo arquiteto 1

Figura 25 - Moodboard atividades multiuso,



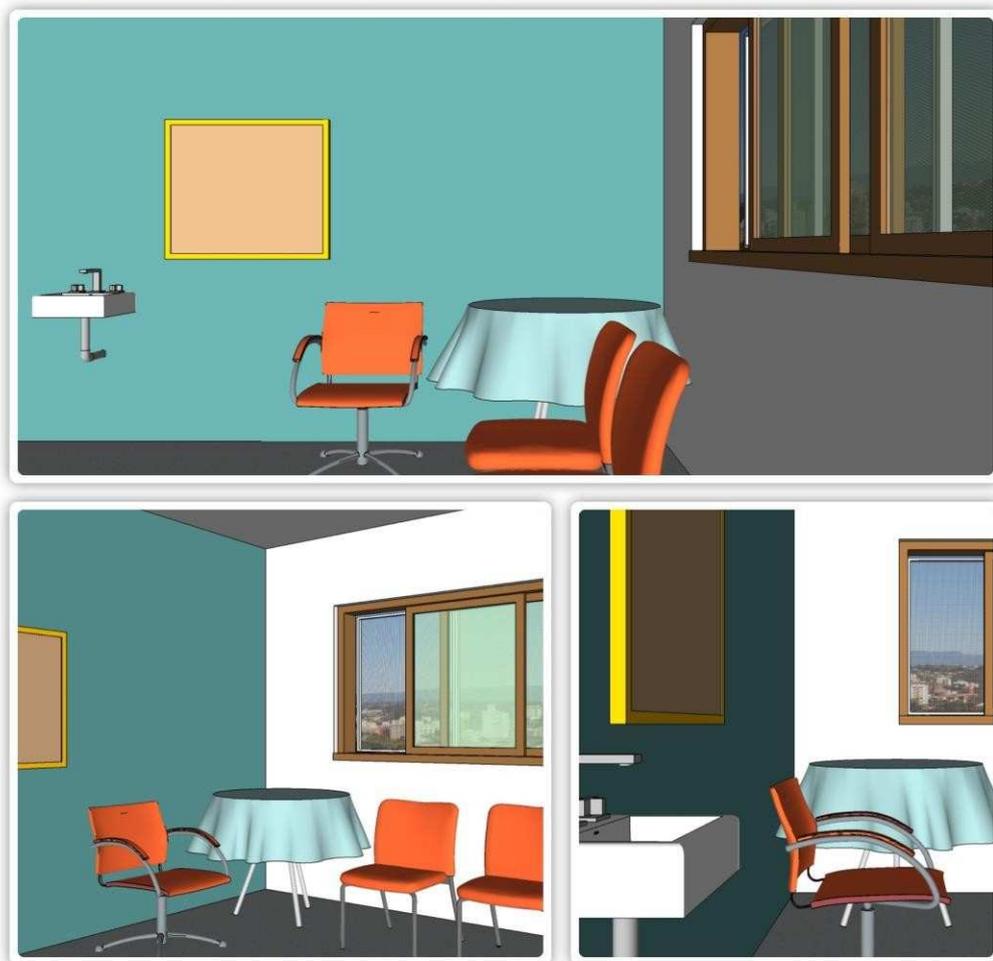
Fonte: Elaborada pela autora a partir das propostas produzidas pelo arquiteto 1

Figura 26 - Moodboard repouso e descanso dos pacientes,



Fonte: Elaborada pela autora a partir das propostas produzidas pelo arquiteto 1

Figura 27 - Moodboard atendimento multidisciplinar



Fonte: Elaborada pela autora a partir das propostas produzidas pelo arquiteto 1

Figura 28 - Moodboard bem-estar da equipe multiprofissional



Fonte: Elaborada pela autora a partir das propostas produzidas pelo arquiteto 1

Figura 29 Moodboard circulação cultural.



Fonte: Elaborada pela autora a partir das propostas produzidas pelo arquiteto 1

Para dar um desfecho ao processo de projeto, busquei a validação desta compreensão técnica em um segundo ponto de vista. Ao entregar a um segundo arquiteto, com experiência em projetos arquitetônicos na área hospitalar, este, após alguns dias de análise e revisão das visões, proposições e diretrizes, avaliou o processo de projeto desenvolvido e apresentado por meio dos *moodboards* como viáveis e significativos para o processo de projeto desenvolvido. A partir dessa avaliação entendemos que, a visão, as proposições e as diretrizes são adequadas para orientar o trabalho de um profissional da arquitetura na execução de um projeto de um ambiente físico para serviço de saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na continuação da apresentação do itinerário de pesquisa realizado, dos processos escolhidos e dos caminhos vencidos, cabem algumas considerações. Este estudo partiu da constatação de que a Portaria nº 148 de 31/01/2012 do Ministério da Saúde deixa importantes lacunas quanto à compreensão de uma ambiência no serviço hospitalar de atenção à saúde mental.

Nesse sentido, o caminho percorrido por meio dos objetivos propostos me aproximou de autores e achados que sustentaram o meu ponto de vista neste percurso, tais como: Zurlo (1999), Meroni (2008), Bitner (1992), Lee (1998), Cain (1998) e Rick (1997).

Como resultado da dissertação, apresentamos um conceito de ambiência para serviços hospitalares de atenção à saúde mental. Esse conceito foi desenvolvido a partir de duas leituras: a leitura do sistema no qual o serviço está inserido, compreendendo as portarias do Ministério da Saúde como *briefings* de projeto; e das experiências da equipe multiprofissional de um serviço de atenção à saúde mental. Dessas leituras, estabelecemos o contrabriefing de projeto: o ambiente físico como ativador do ambiente social e profissional. Então, estabelecemos um conceito para a ambiência de um serviço hospitalar de atenção à saúde mental, baseado na experiência da equipe multidisciplinar. Este conceito explicitado por meio do ambiente físico, ambiente social, ambiente profissional quando articulados ativam a ambiência no serviço.

Design estratégico me possibilitou entender a complexidade do sistema de saúde e seus processos organizacionais, me levou a ter uma ter uma visão crítica dessa complexidade, possibilitando-me produzir uma resposta inovadora de significado para o *briefing* estabelecido pelo Ministério da Saúde, uma vez que compreendi a relevância de um conceito de ambiência para os serviços da saúde mental e para os resultados almejados com seu projeto técnico necessário para a aplicação de plano terapêutico que visa à estabilização clínica do paciente, conforme preconizado nos termos da Portaria. A utilização da abordagem do *design* estratégico me instrumentalizou para um diálogo estratégico com um profissional da arquitetura, o qual conseguiu captar a essência do projeto e elaborar propostas de ambiente físico que ativa o ambiente social e que ativa o ambiente profissional.

Com a ação projetual desenvolvida e a validação técnica, podemos afirmar que as diretrizes projetuais foram consideradas adequadas para guiar o desenvolvimento de projetos arquitetônicos do ambiente físico de um serviço hospitalar de saúde mental.

Cabe ressaltar as principais contribuições do *design* estratégico, com suas capacidades inerentes em lidar com a complexidade veio a possibilitar um dos importantes insights proporcionado por essa leitura inovadora sobre um ambiente em constantes variações e turbulências. Essa condição de ver o mundo a partir do *design* estratégico me proporcionou um novo olhar para esse “Serviço Hospitalar” de atenção à saúde mental – o que nos remete ao histórico preconceito social dos confinamentos, das reclusões e das internações, que, ainda hoje, é comumente encontrado num hospital, o de as pessoas perguntarem onde fica a “ala psiquiátrica”. Ao analisar a categoria “ambiente social”, foi possível entender as relações entre os diferentes atores nesse ambiente e, a partir da observação dessas relações, é possível proporcionar a inovação de significado e dar um novo sentido a esse ambiente e ressignificá-lo, inovando-o por meio do discurso da equipe multidisciplinar com os diferentes atores da rede de atenção psicossocial, com a família e a rede social, para a utilização, no lugar de “internação”, a nova concepção social o termo “permanência” no sentido de “estar neste ambiente”.

Nestas considerações, procuramos apresentar diretrizes projetuais que possam subsidiar gestores públicos, áreas técnicas e todos os profissionais que procuram respostas aos complexos problemas da área da saúde, mais especificamente no âmbito hospitalar. Como limitações, este estudo exploratório apresenta resultados de um contexto específico, numa área com poucos estudos realizados. Outros estudos devem ser realizados nesse e em outro contexto para validar a capacidade de leitura do *design* estratégico, para propor estratégias de ambiências em serviços.

REFERÊNCIAS

- ALMADA, Viviane; FANTE, Arlete; PEÇAIBES, Viviane. *Um serviço à disposição da população: CAPS AD III Partenon – Lomba do Pinheiro no contexto do design para experiência*. São Leopoldo: 10 jan. 2014. Artigo para disciplina A Experiência do Usuário, Mestrado em Design, UNISINOS.
- ARAÚJO, I. Razão polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 8, p. 46-57, jul./dez. 2003.
- BAUMAM, Z. Líquida e incerta. *Jornal o Imparcial*, São Luis. 31 jan. 2014.
- BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BITNER, Mary J. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing*, 56, April 1992.
- BONIATTI, Lúcia et al. *Os rostos dos migrantes na atenção em saúde mental Abordagem aos itinerantes, entre a razão, a cultura e o vínculo à terra*. Caxias do Sul: Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo Scalabrinianas, jun. 2012. Documento em Power Point.
- BRASIL. *Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF, 2004a. (Textos básicos de saúde, série B).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2. ed. Brasília, DF, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde – PESS*. Brasília, DF, 2011. p.16-17. (Textos básicos de saúde, série B).

BRASIL.Ministério da Saúde.*PORTARIA Nº 148,DE 31 DE JANEIRO DE 2012* Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em:
<http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/pro148>06 jan 2015>.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. de A.; PEREIRA, I. M. T. B. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 446-455, 2009.

CAIN, Jonh. Experience based design: toward a Science of Artful Business Innovation. *Design Management Journal*, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 10 -16, Aug 24, 1998.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CAUTELA, C.; ZURLO, F. *Relazioni produttive: design e strategia nell'impresa contemporanea*. Milano: Aracne, 2006.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [texto na Internet]. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 01 dez. 2013.

CONSORZIO DEL POLITECNICO DI MILANO. *POLI.design*. Milano, 2011. Disponível em: <<http://95.110.231.174/it/chi-siamo/sistema design>>. Acesso em: 22 fev. 2015

DALBELLO-ARAÚJO, M.; ANDRADE, A. N. Política, comunidade e controle social. IN: ROSA, E. M. et al. (Org.). *Psicologia e saúde*. Desafios às políticas públicas no Brasil. Vitória: Edufes, 2007. p. 45-74.

DEMARTINI, J. *Um olhar arquitetônico sobre centros de atenção psicossocial infantil: o caso do CAPSi de Cuiabá*. 2007. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DILANI, A. A new paradigm of design and health in the hospital planning. *World Hosp. Health Serv.*, [S.l.], n. 36, p. 20-6, 2000.

EZIRIK, C. L., KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodiâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FARIAS, L. M. et al. Acolhimento: princípios, meios e fins. In: MEDEIROS, J. E.O; CASTRO, J. D. *Sementes do SUS*. Porto Alegre: Palotti, 2006.

FREIRE, Karine. Reflexões sobre o conceito de design de experiências. *Strategic Design Research Journal*, [S.l.], v. 2, p. 37- 44, Dec 1, 2009.

GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 617-625, 2007.

GROSSMAN, E.; ARAÚJO-JORGE, T. C.; ARAÚJO, I. S. A Escuta sensível: um estudo sobre o relacionamento entre pessoas e ambientes voltados para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v.12, n. 25, p.309-24, jun. 2008.

ISAÍAS. In: BÍBLIA. Português. Bíblia sagrada. Tradução dos textos originais, com notas, dirigida pelo Pontifício Instituto Bíblico de Roma. São Paulo: Paulinas, 1976. p. 528

LEE, Seughae. *Avaliando a operacionalidade de servicescapes de unidades de saúde: perspectiva de design de serviço*. West Lafayette, EUA: Purdue University, 1998.

MANZINI, E.; JEGOU.F. *Sustainable Everyday. Scenarios of Urban Life*. Milano.2003.

MAURI, Francesco. *Progettare progettando strategia*. Milano: Masson S.p.A, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MERLINO, J. RAMAN, A. Fanáticos pelo paciente. *Harverd Business Review Br*, São Paulo, p. 48 -56, ago., 2013.

MERONI, Anna. Strategic Design: Where are we now? Reflection around the foundations of reent discipline. *Strategic Design Research Journal*, [S.l.], v.1, p. 31-38, Dec 1, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). A pesquisa em saúde mental no Brasil: políticas, infraestrutura, financiamento e recursos humanos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 161-169, 2006.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.p.273

MISOCZKY, Maria Ceci; CARVALHO, Kerlen. Günter. Organização e Estética em estabelecimentos de atenção à saúde: o caso de uma nova ambientação em um serviço público de pronto atendimento. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. p. 76-77.

MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, 1999.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Tradução Eliane Lisboa. 4. ed. Porto Alegre: Sulina. 2011.

MORIN, Edgar. *A via para o futuro da humanidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

NORMANN, R.; RAMÍREZ, R. From value chain to value constellation: designing interactive strategy. *Harvard Business Review*, n. 71, 1993, p. 65–77.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo. 2001. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança* – 2001. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PAUL;ROBERT, Glen. *Binging user e experience to healthcare improvement – the concepts, methods and praactics of experience-based*. Oxford; New York: Radcliffe Publishing, 2007.

PEREIRA, Tais Vieira; SCALETSKY, Celso C. *Moodboard como espaço de construção de metáforas e conceitos de design*. Lisboa: CIAUD, 2011 (apresentado no CIPED 2011, no prelo).

PETER, L. Phillips. *Briefing: A gestão do projeto de design*. São Paulo: Blucher, 2008. cap. 1.

RONCHI, J. P. *Ambiência e saúde mental: um estudo no CAPSi de Vitória*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humans e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2012.

SANTOS, M. A. *Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Edusp, 2006.

SAÚDE no Brasil. *The Lancet*, [S.l.], maio de 2011.

SOUZA, A M O de. *Loucura em cena: a “ambiência” como espaço informal de tratamento em um centro de atenção psicossocial*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003

ULRICH, R.S. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *J. Health Care Inter. Des.*, [S.l.], n. 3, p. 97-109, 1991.

VILAÇA, Marcos Vinícios. *Discurso de posse na presidência da ABL (2006)*. Rio de Janeiro, 14 dez. 2006. Disponível em: <<http://www.academia.org.br/abl/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=10002&sid=266>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 1, 2009. suppl.2.

ZURLO, Francesco. Design estratégico. In: AA W. *Gli spazi e la arti*. Roma: Editore Enciclopédia Treccni, 2010. v. 4: Opera XXI secolo.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou realizando a pesquisa intitulada “Design Estratégico na Ambiência do Hospital Geral: um estudo no Serviço Hospitalar de Referência para atenção à saúde mental”, sob minha responsabilidade Arlete Fante, do Curso de Mestrado em Design da Unisinos, tendo como orientadora Prof.^a Dra. Karine Freire. Este estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Na leitura do design estratégico de que forma a experiência da equipe multiprofissional pode influenciar na configuração do conceito de ambiência de um serviço hospitalar de referência para atenção à saúde mental?

Desta forma convido você, a participar desta pesquisa através do seu consentimento em receber a pesquisadora para desenvolver uma observação participante em sua unidade de trabalho. Esta observação dar-se-á por meio da constante presença da pesquisadora para observar a equipe multidisciplinar em suas experiências cotidianas, recolhendo escutas, comunicações em murais, registrado quando oportuno por meio de filmagens, fotografia e anotações em um diário de campo as experiências que serão observadas a partir das dimensões física, social e profissional. Estou ciente que toda a pesquisa apresenta riscos aos seus participantes, tais como: um possível estranhamento entre o participante e a pesquisadora; um vazamento de informação restrito a investigação; ou alguma questão que lhe possa causar constrangimentos, você tem o direito de não participar.

É importante ressaltar que seu nome será mantido em sigilo e os dados coletados serão confidenciais, utilizados somente para fins da pesquisa. Caso desista de participar deste estudo poderá fazê-lo a qualquer momento sem que haja nenhum tipo de consequência. As observações coletadas, após serem utilizadas, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, assim como os resultados obtidos por meio deste estudo. Informo que os resultados serão apresentados em eventos acadêmicos como congressos e seminários e divulgados também em artigos, revistas e produção científicas em geral. Esta pesquisa está em cumprimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

Caso aceite participar, peço sua assinatura deste documento, que possui duas vias. Uma delas ficará com você e a outra comigo. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato pelo telefone (51) 8585.6456.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do profissional participante

Nome do profissional participante

Arlete Fante – Pesquisadora

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESIGN ESTRATÉGICO E A AMBIÊNCIA NO HOSPITAL GERAL: UM ESTUDO NA UNIDADE HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.

Pesquisador: Ariete Fante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34373414.9.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 755.777

Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação vinculado ao Curso de Mestrado em Design. Diante da expansão do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, especialmente o crack, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 148 de 2012, implantou o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, como um componente hospitalar da rede de atenção psicossocial. Nesse contexto, este estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: Na leitura do design estratégico de que forma a experiência da equipe multiprofissional pode influenciar na configuração do conceito de ambiência de um serviço hospitalar de referência para atenção à saúde mental? O estudo busca analisar a ambiência no serviço de referência do hospital geral universitário de Canoas integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus (com aproximadamente 30 profissionais) a partir da técnica de observação participante.

Objetivo da Pesquisa:

São adequados e estão bem detalhados no projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa tanto no projeto quanto no TCLE que há riscos mínimos como eventual exposição e constrangimento e o vazamento não intencional de informação confidencial. Ao

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51)3501-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 755.777

mesmo tempo, assegura ao participante que serão tomados os devidos cuidados, especialmente no resguardo das informações confidenciais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta é bastante inovadora e as etapas da pesquisa muito bem detalhadas, com referencial teórico atualizado e transdisciplinar. Ao entender que o ambiente tem importância, a pesquisa busca, na leitura do design estratégico, a contribuição a percepção dos ambientes hospitalares como saudáveis a partir da noção de ambiência, como um espaço projetado no âmbito social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o Termo de Anuência e o TCLE. Para torná-lo mais amigável e agilizar o processo de aprovação, o Comitê apresenta algumas modificações conforme TCLE abaixo e pede o uso desta nova versão.

Estou realizando a pesquisa intitulada "Design Estratégico na Ambiência do Hospital Geral: um estudo no Serviço Hospitalar de Referência para atenção à saúde mental", sob minha responsabilidade Artete Fante, do Curso de Mestrado em Design da Unisinos, tendo como orientadora Prof.ª Dra. Karine Freire. Este estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Na leitura do design estratégico de que forma a experiência da equipe multiprofissional pode influenciar na configuração do conceito de ambiência de um serviço hospitalar de referência para atenção à saúde mental?

Desta forma convido você, a participar desta pesquisa através do seu consentimento em receber a pesquisadora para desenvolver uma observação participante em sua unidade de trabalho. Esta observação dar-se-á por meio da constante presença da pesquisadora para observar a equipe multidisciplinar em suas experiências cotidianas, recolhendo escutas, comunicações em murais, registrado quando oportuno por meio de filmagens, fotografia e anotações em um diário de campo as experiências que serão observadas a partir das dimensões física, social e profissional. Estou ciente que toda a pesquisa apresenta riscos aos seus participantes, tais como: um possível estranhamento entre o participante e a pesquisadora; um vazamento de informação restrito a investigação; ou alguma questão que lhe possa causar constrangimentos, você tem o direito de não participar.

É importante ressaltar que seu nome será mantido em sigilo e os dados coletados serão confidenciais, utilizados somente para fins da pesquisa. Caso desista de participar deste estudo

Endereço: Av. Unisinos, 950	CEP: 93.022-000
Bairro: Cristo Rei	Município: SÃO LEOPOLDO
UF: RS	E-mail: cep@unisinos.br
Telefone: (51)3501-1198	Fax: (51)3500-8116

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 755.777

poderá fazê-lo a qualquer momento sem que haja nenhum tipo de consequência. As observações coletadas, após serem utilizadas, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, assim como os resultados obtidos por meio deste estudo. Informo que os resultados serão apresentados em eventos acadêmicos como congressos e seminários e divulgados também em artigos, revistas e produção científica em geral. Esta pesquisa está em cumprimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

Caso aceite participar, peço sua assinatura deste documento, que possui duas vias. Uma delas ficará com você e a outra comigo. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato pelo telefone (51) 8585.6456.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do profissional participante Nome do profissional participante

Ariete Fante – Pesquisadora

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresenta o Termo de Anuência e o TCLE. Para torná-lo mais amigável e agilizar o processo de aprovação, o Comitê apresenta algumas modificações conforme TCLE abaixo e pede o uso desta nova versão.

Estou realizando a pesquisa intitulada "Design Estratégico na Ambiência do Hospital Geral: um estudo no Serviço Hospitalar de Referência para atenção à saúde mental", sob minha responsabilidade Ariete Fante, do Curso de Mestrado em Design da Unisinos, tendo como orientadora Prof.ª. Dra. Karine Freire. Este estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Na leitura do design estratégico de que forma a experiência da equipe multiprofissional

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51)3501-1108

Fax: (51)3500-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SIOS - UNISINOS



Continuação do Protocolo: 755.777

pode influenciar na configuração do conceito de ambiência de um serviço hospitalar de referência para atenção à saúde mental?

Desta forma convido você, a participar desta pesquisa através do seu consentimento em receber a pesquisadora para desenvolver uma observação participante em sua unidade de trabalho. Esta observação dar-se-á por meio da constante presença da pesquisadora para observar a equipe multidisciplinar em suas experiências cotidianas, recolhendo escutas, comunicações em murais, registrado quando oportuno por meio de filmagens, fotografia e anotações em um diário de campo as experiências que serão observadas a partir das dimensões física, social e profissional. Estou ciente que toda a pesquisa apresenta riscos aos seus participantes, tais como: um possível estranhamento entre o participante e a pesquisadora; um vazamento de informação restrito a investigação; ou alguma questão que lhe possa causar constrangimentos, você tem o direito de não participar.

É importante ressaltar que seu nome será mantido em sigilo e os dados coletados serão confidenciais, utilizados somente para fins da pesquisa. Caso desista de participar deste estudo poderá fazê-lo a qualquer momento sem que haja nenhum tipo de consequência. As observações coletadas, após serem utilizadas, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, assim como os resultados obtidos por meio deste estudo. Informo que os resultados serão apresentados em eventos acadêmicos como congressos e seminários e divulgados também em artigos, revistas e produção científica em geral. Esta pesquisa está em cumprimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

Caso aceite participar, peço sua assinatura deste documento, que possui duas vias. Uma delas ficará com você e a outra comigo. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato pelo telefone (51) 8585.6456.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do profissional participante: Nome do profissional participante

Anete Fante – Pesquisadora

Endereço: Av. Itália, 950
Bairro: Cristo Rei CEP: 93.023-000
UF: RS Município: SAO LEOPOLDO
Telefones: (51)3501-1108 Fax: (51)3500-9118 E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 755.777

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o parecer do relator.

SAO LEOPOLDO, 19 de Agosto de 2014

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL MÃE DE DEUS

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESIGN ESTRATÉGICO E A AMBIÊNCIA NO HOSPITAL GERAL: UM ESTUDO NA UNIDADE HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.

Pesquisador: Arlete Fante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34373414.9.3001.5328

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 794.313

Data da Relatoria: 11/09/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado para o Exame de Qualificação do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Design Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Já com aprovação pelo Comitê de Ética do UNISINOS e encaminhado para o Comitê de Ética do Hospital Mãe de Deus. O estudo busca analisar a ambiência no Serviço de referência do Hospital Geral Universitário de Canoas Integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus, em complementação aos serviços ofertados pela saúde pública naquele município.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Propor caminhos projetuais para criação da ambiência para o serviço hospitalar de referência a partir do conhecimento do design estratégico.

Objetivos específicos: 1. Analisar a ambiência no serviço hospitalar de referência nas dimensões físicas, sociais, profissionais. 2. Entender a experiência da equipe multiprofissional na leitura de ambiência do serviço hospitalar de referência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa tanto no projeto quanto no TCLE que há riscos mínimos como eventual exposição e constrangimento e o vazamento não intencional de informação confidencial. Ao mesmo tempo, assegura ao participante que serão tomados os devidos cuidados, especialmente

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 399

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-8087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.umrd@maedeodeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 794.313

no resguardo das informações confidenciais. Os benefícios do estudo não foram descritos no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta inovadora e as etapas da pesquisa muito bem detalhadas, com referencial teórico atualizado e transdisciplinar. Ao entender que o ambiente tem importância, a pesquisa busca, na leitura do design estratégico, a contribuição e percepção dos ambientes hospitalares como saudáveis a partir da noção de ambiência, como um espaço projetado no âmbito social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o Termo de Anuência e o TCLE dos participantes.

Não apresenta análise de dados estatísticos, já que a análise de dados está presente nos diferentes estágios da investigação sendo parte integrante de coleta de dados. A análise será fundamentada em Krippendorff (1980) que definiu a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto.

TCLE – 1) recomenda-se incluir as informações de contato do CEP da sede. 2) recomenda-se informar por quanto tempo os dados da pesquisa ficarão de posse do pesquisador até que sejam destruídos/deletados.

Recomendações:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da Resolução CNS 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e relatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo protocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em destaque na cor ou sublinhado mostrando a antiga e a nova versão) as alterações propostas.

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 388
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6067 Fax: (51)3230-2030 E-mail: cep.occid@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 794.313

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se descrever os benefícios do estudo no projeto.

Recomenda-se observar as considerações sobre o TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

PORTO ALEGRE, 17 de Setembro de 2014

Assinado por:
ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO
(Coordenador)

Endereço: JOSÉ DE ALENCAR, 288

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.980-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-8087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.uomd@maedeus.com.br