



A influência do espaço físico na recuperação do paciente e os sistemas e instrumentos de avaliação*

Physical facilities impact patient recovery and overview of evaluation tools and systems

RESUMO

Este artigo situa os edifícios de saúde na discussão da Economia da Saúde que ressalta a necessidade de eficiência na atenção à saúde e otimização dos recursos envolvidos. Uma importante variável que influencia a eficiência da recuperação do paciente é a sua percepção e do "próprio staff" sobre o espaço construído onde ocorre o cuidado. A disciplina que estuda esta influência é chamada de "Evidence Based Design" e tem demonstrado resultados positivos na recuperação dos pacientes, podendo inclusive reduzir custos do tratamento. Os estudos que testam a maneira como o entorno do paciente interfere com o cuidado médico, a doença e os atributos do paciente são realizados com base na técnica da medicina baseada em evidência que busca a comprovação científica da efetividade ou mesmo da eficiência de uma intervenção através de ensaios randomizados, revisões sistemáticas da literatura e metanálises. Para medir (avaliar) a qualidade e a eficiência do espaço construído é necessária a aplicação de métodos e instrumentos objetivos que estabeleçam critérios e metodologias de avaliação da percepção do espaço, da sua funcionalidade e técnica, e permitam a avaliação da "performance" dos espaços dos edifícios de saúde, considerando os seus componentes e as características do processo de prestação de serviços, em busca da excelência no atendimento e tratamento. Um exemplo é o sistema de avaliação "AEDET – Achieving Excellent Design Evaluation" desenvolvido na Inglaterra em 2002 que se propõe a avaliar e verificar a qualidade dos espaços de edifícios de saúde quanto à percepção, função e técnica.

ABSTRACT

This paper brings healthcare buildings into the discussion of Healthcare Economics that points to the need to have an effective healthcare with optimization of the resources involved. An important variable that influences patient recovery efficiency is his or her perception and the medical staff perception of the facilities where healthcare is provided. The discipline studying such impact is called "Evidence-Based Design" and has shown positive results in patient recovery, with possibilities of reducing treatment costs. The studies that are concerned with the manner in which the surroundings of the patient have an impact on medical care, on the disease, and on patient attributes are carried out with the support of evidence-based medical technique that searches for scientific evidence of the effectiveness or even of the efficiency of an intervention through randomized assays, systematic literature reviews and meta-analysis. In order to measure the quality and the efficiency of built facilities, one has to apply objective methods and instruments that establish evaluation criteria and methods to perceive the space its functionality and technicality, and that allow for an evaluation of the performance of healthcare facilities considering their components and the care process features in order to achieve care and treatment excellence. An example of such an evaluation system is the "AEDET – Achieving Excellent Design Evaluation" developed in 2002 in England, which is intended to evaluate and check the quality of healthcare facilities in terms of perception, function, and technique.

Augusto Guelli¹
Paola Zucchi²

Palavras-chave

Arquitetura hospitalar. Meio ambiente construído. Medicina baseada em evidências. Resultado de tratamento. Tomada de decisões. Controle de custos.

Keywords

Hospital design and construction. Controlled environment. Evidence-based medicine. Treatment outcome. Decision making. Cost control.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 15/8/2005.
Data de aprovação: 12/9/2005.

1. Arquiteto, com especialização e mestrando em Economia e Gestão em Saúde no CPES da Unifesp; Diretor de projetos da Bross Consultoria e Arquitetura S/C Ltda., Av. Moema, 879 – 04077-023 – São Paulo, SP, Brasil. Tel.: (11) 5052-4286; e-mail: aguelli@bross.com.br
2. Médica, doutora em Saúde Pública e vice-coordenadora do CPES, Centro Paulista de Economia da Saúde – CPES, Universidade Federal de São Paulo, Rua Botucatu, 740 – 04023.900 – São Paulo, SP, Brasil. Tel.: (11) 5575-6427; e-mail: pzucchi@cpes.org.br

1 – INTRODUÇÃO

O sistema de atenção médico-hospitalar brasileiro tem exigido um grande esforço das instituições prestadoras de serviços de saúde, sejam elas públicas ou privadas, no sentido de aprimorar o atendimento dos seus usuários oferecendo maior quantidade e melhorando a qualidade. Esta exigência, em um ambiente de forte pressão de demanda, associado à alta competitividade e escassez de recursos, leva a um contínuo aperfeiçoamento do processo de atenção e, em decorrência, do espaço físico, de forma a responder com a máxima eficiência e produtividade, maximizando o uso do recurso físico, garantindo resultados econômico-financeiros e a própria sobrevivência do sistema⁽¹⁾. Este sistema que caminha para um mercado de concorrência requer a correta definição dos objetivos institucionais visando aprimorar o valor do atendimento por recurso financeiro investido, através de mecanismos que gerem maior eficiência e incentivos para os prestadores, focados em áreas de excelência que aumentam a qualidade e eficiência⁽²⁾.

Um edifício de saúde, para responder a este contexto de qualidade e eficiência, deve satisfazer as necessidades técnicas e funcionais envolvidas no cuidado de saúde integral, considerando as relações entre atenção e os espaços físicos, sistematizando e dando fluidez à produção dos serviços e correlacionando as atividades e procedimentos de atenção com os serviços de apoio que suportam esta operação, tais como logística de suprimentos, facilidades de pessoal e administração⁽³⁾. Este perfeito entendimento do serviço focado no cliente é importante para o estabelecimento de uma estratégia que definirá a disponibilidade,

desempenho e confiabilidade do processo⁽⁴⁾.

Além das necessidades técnicas e funcionais, uma outra necessidade a ser satisfeita na busca pela excelência na atenção à saúde tem sido apontada recentemente e assumido mais e mais importância. Esta terceira necessidade é o valor da percepção e a influência que o espaço físico tem sobre os diferentes atores, tais como o paciente, o corpo técnico e os acompanhantes⁽⁵⁾.

2 – A INFLUÊNCIA DO ESPAÇO NA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE

O espaço físico interfere positivamente ou negativamente na recuperação dos pacientes influenciando o cuidado médico através dos aspectos ergonômicos que podem facilitar ou dificultar a atividade, o nível de saúde fortalecendo ou enfraquecendo o paciente e a própria causa de doença, ao proteger ou expor o paciente à infecção⁽⁶⁾. Esta idéia não é totalmente nova, pois *The Planetree Model*, fundado há vinte e sete anos por uma organização norte-americana sem fins lucrativos, cuja missão é servir como catalisadora no desenvolvimento e implementação de novos modelos de cuidado à saúde e que cultiva a cura da mente, corpo e espírito, reconheceu a importância da incorporação da arquitetura no processo de cura^(7,8).

A qualidade no processo de atenção, quando inclui a percepção do espaço pelos diferentes usuários, requer um ambiente construído “saúdável” preconizado pelo chamado “Healing Environment”, que é uma forma de cuidado à saúde que envolve a influência do espaço físico na recuperação do paciente⁽⁹⁾.

2.1 – Ambiente Construído “Saúdável” – “Healing Environment”

O objetivo do “Healing Environment” é a criação de espaços para o cuidado do paciente que reduzam as fontes externas causadoras de “stress” proporcionando paz, esperança, motivação, alegria, reflexão e consolo⁽⁹⁾. Este conceito propõe a otimização do entorno do cuidado com o paciente, não só com um ambiente que proporcione a ele satisfação e possibilidade de controle, como também disponha de um sistema de suporte social, tais como para apoio dos familiares, informação ao e do paciente e até opção pela medicina alternativa. O objetivo é a transformação do hospital, ou edifício de saúde, num lugar que abrigue o espírito humano e suporte o paciente e sua família para ajudá-los positivamente, apresentando-se de forma a transcender a doença⁽¹⁰⁾.

A influência positiva do espaço na recuperação dos pacientes, segundo os estudos publicados pelo *Center of Health Design*⁽¹¹⁾, uma organização norte-americana sem fins lucrativos focada na pesquisa e promoção do “Healthcare Design”, proporciona uma maior satisfação do paciente e um melhor índice de qualidade percebido pelo mercado. Além destes resultados, os estudos demonstram que esta influência positiva pode reduzir custos do tratamento, diminuindo o tempo de permanência, reduzindo o uso de medicamentos compensatórios, reduzindo o tempo de enfermagem por paciente, aumentando o moral dos prestadores de serviço ao redor do paciente e reduzindo os próprios custos de treinamento e recrutamento pela maior aderência dos colaboradores à instituição⁽¹⁰⁾. Os pesquisadores apontam que a mente, o cérebro e o sistema nervoso podem ser diretamente influenciados

dos pelos elementos sensoriais do meio ambiente, propondo então que o espaço seja estimulante e não neutro. O ambiente monótono e com luz artificial inalterável, que é típico de muitos hospitais, pode influenciar negativamente por ser emocionalmente desgastante, intensificando os efeitos do "stress" (tensão) dos pacientes e usuários⁽¹⁰⁾.

Alguns novos edifícios de saúde estão incorporando, baseados nesta discussão, os elementos do "Healing Environments" nos seus espaços, encorajados pelo crescimento das pesquisas que demonstram os benefícios positivos na recuperação dos pacientes e como forma de acompanhar a tendência do mercado de atender o desejo do consumidor e competir pela excelência⁽¹²⁾.

Iniciativas como as do *Center of Health Design*, onde pesquisadores realizam estudos que comprovam cientificamente a evidência de como espaço construído afeta o paciente, estão promovendo o desenvolvendo uma nova ciência chamada "Evidence Based Design". A metodologia científica adotada propõe que se examine e teste minuciosamente os benefícios do espaço físico construído na atenção à saúde⁽¹³⁾.

2.2 – "Design" Baseado em Evidência

A palavra inglesa "design" deve ser entendida como plano, projeto ou desenho, conforme sua tradução literal e, no nosso contexto, referente à arquitetura hospitalar e ao espaço construído dos edifícios de saúde.

O *Center for Health Design* decidiu em 1998 procurar o maior número de pesquisas científicas ligadas ao ambiente de atenção à saúde e o seu benefício terapêutico, através de um

grupo de pesquisadores financiado pela *Johns Hopkins University Quality of Care*. Os pesquisadores encontraram limitação para demonstrar cientificamente a influência do espaço na recuperação dos pacientes, pela dificuldade de isolar e modificar apenas os requisitos do ambiente e avaliar os resultados⁽⁷⁾. Numa revisão de 78.761 estudos publicados a partir de 1966, potencialmente relevantes, apenas 1.219 artigos descreviam a investigação do impacto do meio ambiente na recuperação do paciente e, destes, 84 estudos associaram especificamente o espaço físico, sendo que apenas 3 foram realizados através de ensaios controlados e randomizados⁽⁶⁾. A partir desta pesquisa, o *Center for Health Design* começou, com foco no "Evidence Based Design", a chamar a atenção para a importância de aprimorar o grau da evidência da influência do espaço no resultado da recuperação dos pacientes estimulando instituições de saúde, através do *The Pebble Project*⁽¹⁴⁾, que começou em 2000, a realizarem estudos de casos relatando onde o "Healing Environment" tem feito a diferença na qualidade do cuidado através de suas experiências e resultados. Estes estudos, fundados na técnica da medicina baseada em evidência que busca a comprovação científica da evidência da efetividade de uma intervenção através de ensaios randomizados, revisões sistemáticas da literatura e metanálises, estão testando a maneira como o entorno do cuidado com o paciente interfere com o cuidado médico, a doença e os atributos do paciente. Este projeto tem vários hospitais participantes, tais como: Bronson Methodist Hospital, em Kalamazoo, Bárbara Ann Karmanos Câncer Institute, no Detroit Medical Center, e Methodist Hospital, em Indianá-

polis⁽¹¹⁾. As iniciativas destas instituições de saúde têm mostrado que o conforto físico, e especialmente conectado ao ambiente natural, ajuda na cura diminuindo o "stress"⁽¹⁰⁾.

O próximo desafio é a evolução dos sistemas e instrumentos de avaliação dos espaços de forma a permitir a avaliação dos espaços tanto técnica e funcionalmente, como quanto à percepção do espaço construído do ponto de vista dos diferentes usuários.

O espaço físico interfere positivamente ou negativamente na recuperação dos pacientes influenciando o cuidado médico através dos aspectos ergonômicos que podem facilitar ou dificultar a atividade, o nível de saúde fortalecendo ou enfraquecendo o paciente e a própria causa de doença, ao proteger ou expor o paciente à infecção.

3 – SISTEMAS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO

A concepção e o dimensionamento de um empreendimento em busca da otimização dos recursos físicos e sua decorrente produtividade deve ocorrer a partir de uma análise e planejamento, considerando e ponderando os diferentes aspectos que influem no processo, tais como o meio ambiente, os objetivos institucionais, os recursos operacionais e físicos e os econômicos⁽³⁾. As necessidades técnicas, funcionais e emocionais envolvidas no complexo processo de atenção à saúde devem também ser consideradas e estruturadas através de métodos de planejamento e gestão do recurso físico, para que possam ser satisfeitas. As atividades e procedimentos dos setores de atenção e suas relações devem ser reconhecidas através de um rigoroso levantamento de dados e indicadores de produção e satisfação, considerando as atividades e as inter-relações entre os diferentes setores e atores, aprofundando o conhecimento das relações entre atenção e os espaços físicos para que métodos e instrumentos de avaliação levem ao correto dimensionamento de um empreendimento, onde sua operação ocorra sem ociosidade ou congestionamento, e de forma confortável e eficiente.

3.1 – Principais Sistemas e Instrumentos de Avaliação do Espaço do Brasil

As Normas e Resoluções do nosso Ministério da Saúde são os principais instrumentos formais utilizados atualmente, no Brasil, para orientação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na elaboração da análise e da avaliação de projetos de edifícios do sistema nacional de saúde, seja o pú-

blico ou o privado, a serem construídos, reformados ou ampliados. A Resolução – RDC nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em vigor desde 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, substituindo as anteriores. É uma resolução governamental que deve ser atendida compulsoriamente, pois possui força de lei, com penalidades estabelecidas e aplicadas pela fiscalização da Vigilância Sanitária. Este instrumento apresenta uma metodologia para elaboração dos projetos, definição do programa funcional quanto às necessidades e dimensões mínimas, e critérios quanto a circulações, condições ambientais e de conforto, com ênfase na salubridade e tempo de permanência, condições de infecção hospitalar, instalações prediais e especiais e condições de segurança⁽¹⁵⁾.

A Resolução RDC nº 50 é complementada por manuais de organizações responsáveis pelas certificações de acreditação de instituições de saúde como a Organização Nacional de Acreditação (ONA), no Brasil, e como a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, responsável por certificação de acreditação internacional^(16,17). Estas organizações incluem a percepção do espaço físico pelo paciente e pelo próprio prestador de serviço como variável a ser considerada e avaliada nos métodos de planejamento e nos próprios instrumentos de avaliação dos espaços, o que se faz extremamente oportuno e necessário. A acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, a partir de padrões definidos se-

gundo três níveis. Diferentemente da metodologia da Resolução RDC nº 50, que funciona com um "check-list", a metodologia de acreditação propõe um sistema de inspeção. Para cada nível são definidos itens de verificação e, entre eles, encontram-se no nível 1 alguns referentes à percepção do paciente: privacidade, segurança, acessibilidade, acompanhamento do pai à atenção ao bebê, nas unidades de internação e neonato e no nível 3 há a exigência de utilização de sistema de aferição da satisfação dos clientes. Conforme a classificação, os hospitais poderão apresentar-se como: não acreditado, acreditado (nível 1), acreditado pleno (nível 2) e acreditado com excelência (nível 3)⁽¹⁶⁾.

A necessidade de instrumentos de avaliação para apoiar a tomada de decisão em busca da otimização do recurso físico, seja ele uma reforma ou mesmo um novo negócio, aplicando métodos objetivos para medir ou avaliar a qualidade e a eficiência, tem gerado iniciativas internacionais para se estabelecer critérios e metodologias de avaliação da funcionalidade, percepção do espaço e técnica, através de instrumentos que permitam esta avaliação.

3.2 – Sistema de Avaliação Integral do Espaço Físico "AEDET – Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit"

Na Inglaterra, em 2002, foi desenvolvido um sistema de avaliação integral chamado "AEDET – Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit", uma publicação do *Centre for Healthcare Architecture & Design*⁽¹⁸⁾, agência do Sistema Nacional de Saúde inglês, de onde derivou, na Holanda, em 2004, o sistema conhecido como "Qind", abreviatura de "Quality Index", para aplica-

ção nos seus sistemas nacionais de saúde. Estes sistemas utilizam instrumentos para avaliação, baseados no conceito do "Healing Environment"⁽⁵⁾, verificando a qualidade do espaço quanto à percepção (impacto), a função e a técnica, durante as várias fases do processo de projeto e construção de edifícios de saúde, partindo do princípio de que a excelência é atingida na intersecção destes aspectos^(5,19), conforme representação da figura 1.

O sistema AEDET trabalha com um questionário com uma série de perguntas simples que tem que ser respondido por um grupo multidisciplinar de profissionais envolvidos no processo de atenção e construção. Este questionário é dividido em três categorias principais: *funcionalidade*, *percepção (impacto)* e *técnica*, e estas três categorias subdividem-se num total de dez aspectos (figura 1), aos quais são feitas várias questões e estabelecidas notas de forma objetiva ou subjetiva. Nas três categorias, e nos seus respectivos aspectos, são avaliados os atributos do espaço físico considerados parte integrante na conquista da excelência⁽¹⁹⁾.

A primeira categoria, *funcionalidade*, trata das questões referentes ao propósito principal ou função do edifício e de quão bem é atendido e observa como o edifício facilita ou inibe realização das atividades realizadas dentro e no seu entorno pelas pessoas, no que se refere ao *uso*, *acesso* e *espaço*. No aspecto *uso* é observado o modo que o edifício habilita os usuários para desempenhar suas tarefas e operar seus sistemas e instalações de cuidados à saúde. Para obter uma alta pontuação neste quesito o edifício deverá ser altamente funcional, flexível e eficiente, com espaço suficiente para as atividades e movimentações das



Figura 1 – Diagrama que apresenta os aspectos avaliados pelo AEDET
 Fonte: AEDET (Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit) – 2002

pessoas, de forma econômica e fácil. São avaliados a filosofia dos serviços, exigências e relacionamentos funcionais, fluxo de trabalho, logística, disposição, dignidade humana, flexibilidade, adaptabilidade e segurança. No aspecto *acesso* é observado o modo como os usuários dos edifícios podem ir e vir. Indaga se as pessoas podem entrar e sair do empreendimento de forma fácil e eficiente utilizando diversos meios de transporte e de forma lógica, fácil e segura. A avaliação dos acessos considera os veículos, estacionamento, pedestres, deficientes físicos, sinalização, incêndio e segurança. O aspecto *espaço* concentra-se na qualidade do espaço construído, com relação ao seu propósito indagando se as pessoas podem mover-se eficientemente e com dignidade, avaliando os padrões do espaço, orientação e disposições do pavimento.

A segunda categoria, *impacto (percepção)*, envolve o *caráter e inovação*,

satisfação do usuário, *interior do ambiente* e a *integração urbana e social* e trata da extensão pela qual o edifício cria um senso de lugar e contribui positivamente para a vida daqueles que o utilizam e sua vizinhança. Avalia no aspecto *caráter e inovação* o sentido abrangente do edifício, indagando se ele tem clareza na intenção do projeto e se este é apropriado para sua proposta. Um edifício que tenha boa pontuação neste aspecto é como se elevasse o espírito e fosse um exemplo específico de boa arquitetura. São observados a excelência, visão, motivação, inovação, qualidade e valor. No aspecto *satisfação do usuário* é avaliada a natureza do edifício em termos de sua forma e seus materiais em geral que o compõe com ênfase em como o edifício se apresenta para o meio externo em termos de aparência e organização. Apesar de tratar dos materiais, não se interessa por eles no sentido técnico, mas no modo como

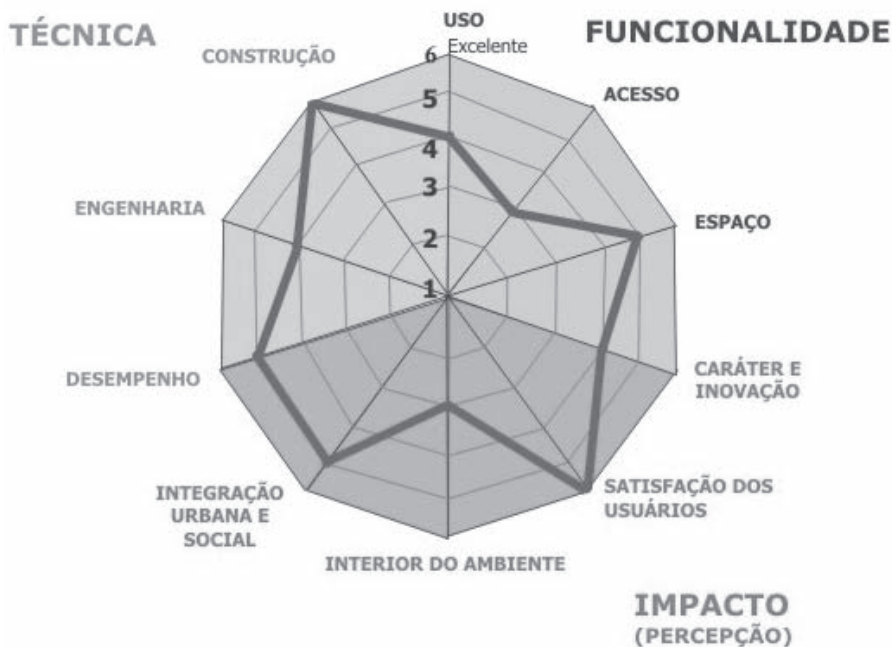


Figura 2 – Gráfico que apresenta o resultado da utilização do AEDET
 Fonte: AEDET (Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit) – 2002

eles se apresentam e se a conduta do edifício é percebida integralmente, avaliando os materiais externos, cor, textura, composição, escala, proporção, harmonia e qualidade estética. No aspecto *interior do ambiente* são avaliados vários quesitos que juntos resumem quão bem o ambiente cumpre com as melhores práticas, “Environment Healing”, indicadas pelas pesquisas de evidências. A avaliação do interior do ambiente considera o ambiente do paciente, luz, vistas, espaços sociais, disposição interna e sinalização. O aspecto *integração urbana e social* trata do modo como o edifício se relaciona com seu entorno, observando se este desempenha uma função positiva na vizinhança, quer seja urbana, suburbana ou rural. Um edifício que tenha boa pontuação neste aspecto é como se melhorasse (aperfeiçoasse) a vizinhança ao invés de prejudicá-la. São avaliados o sentido do lugar, localização, vizinhança,

planejamento urbano, integração da comunidade e paisagem.

A terceira categoria, *técnica*, envolve o *desempenho*, *engenharia* e *construção* e trata dos componentes físicos do edifício e dos espaços, considerando os aspectos mais técnicos e de engenharia da construção. Indaga se o edifício é uma construção sem defeitos, segura e fácil de operar e, em última análise, se é sustentável; e se, além disso, é participante do processo de construção atual e dos conceitos em que a interrupção na operação é minimizada. O aspecto *desempenho* preocupa-se com a “performance” técnica do edifício durante sua vida útil. Pergunta se os componentes da construção são de boa qualidade e adequados aos propósitos. Avalia a utilização da luz do dia, calefação, ventilação, condicionamento de ar, acústica, conforto térmico. O aspecto *engenharia* preocupa-se com os sistemas de engenharia integrados à arquitetura, indagando

do se os sistemas de engenharia são de boa qualidade e adequados aos propósitos, se são fáceis de operar, eficientes e sustentáveis. É feita a avaliação dos sistemas de gerenciamento da engenharia, sistemas especiais e de emergência, segurança de incêndio, padronização e pré-fabricação da engenharia. O aspecto *construção* concentra-se nas questões técnicas como atualidade e qualidade da construção do edifício e da *performance* dos componentes principais. Um edifício com boa pontuação neste aspecto é como se ele tivesse sido construído tão rápido e facilmente quanto possível, dadas as circunstâncias do local, e se ele oferece uma sólida e simples solução para manutenção. São avaliadas as fases de construção, manutenção, resistência, integração, padronização, pré-fabricação, saúde e segurança.

Esta avaliação é introduzida numa planilha de cálculo do *software* Excel que processa automaticamente a média aritmética e então reproduz o resultado num diagrama tipo radar, ou “spider chart”⁽²⁰⁾, apresentado na figura 2, através do qual, num relance, pode-se ver quais são os pontos fortes e fracos do estudo ou edifício de interesse avaliado.

Eventualmente pode-se desejar avaliar apenas os dez aspectos principais e não os seus subitens. Às vezes não é possível nem avaliar todos os 10 aspectos do AEDET, por exemplo – quando há informação insuficiente ou não é possível responder a algumas perguntas dentro de uma secção. Neste caso são respondidos apenas aqueles que sejam possíveis e calculadas a média dos aspectos avaliados.

Diagnosticados os aspectos mais deficientes dos estudos ou edifícios de interesse, identificados nos pontos de maior afastamento da circunferência

de contorno, devem ser desenvolvidos planos, programas e projetos para aperfeiçoar estes aspectos em busca da excelência na atenção à saúde⁽¹⁹⁾.

4 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Como o sistema de saúde caminha para um mercado em que a geração de valor com maior eficiência é uma importante vantagem competitiva, o recurso físico de saúde assume grande importância pela sua contribuição no resultado da recuperação e tratamento do paciente. Uma pesquisa iniciada pelo *Center for Health Design* e desenvolvida pelo *The Picker Institute* elege os principais aspectos na atenção à saúde com qualidade, pela ótica do paciente como sendo: o respeito à individualidade, a coordenação do tratamento, a informação e educação, a promoção do conforto físico e de apoio emocional, o envolvimento dos familiares e amigos e a preparação para a saída⁽²¹⁾. Para atender a estes aspectos, um estudo realizado pela *Faculty of Art and Design* da *Manchester Metropolitan University* recomenda que a arquitetura do edifício de saúde, quando focada na percepção e necessidades dos pacientes deve, além de estar adequado técnica e funcionalmente à realização da atenção à saúde, proporcionar ao paciente privacidade, suporte social, conforto, opções e controle do uso, acesso ao ambiente externo, variedade de experiência, acessibilidade e comunicação⁽²²⁾. Quando se busca a excelência no sentido mais abrangente envolvendo os usuários, o espaço físico deve superar as condições mínimas estabelecidas pelas normas de saúde, segurança e higiene, pois alguns atributos do espaço "excelente" que proporciona a satisfação do cliente estão além delas. Um processo de certificação como o sistema de acreditação,

que é voluntário, estabelece padrões e itens de orientação e contribui para educação continuada, também não garante por si só a qualidade do serviço, ou produto final. O que leva à qualidade da atenção à saúde é a implementação de métodos e instrumentos e o contínuo aprimoramento da qualidade da estrutura física, dos processos e do envolvimento dos usuários (paciente e prestadores).

A busca da otimização e qualidade do recurso físico num empreendimento, seja ele uma reforma ou mesmo um novo negócio, deve ser feita dentro de uma visão sistêmica do serviço de saúde considerando os aspectos: meio ambiente, objetivos institucionais, recursos operacionais, físicos e econômicos⁽³⁾. O pensamento sistêmico pressupõe a capacidade de conseguir observar cada um dos aspectos de forma abrangente, não perdendo de vista os seus componentes específicos⁽²³⁾.

Os gestores do "espaço físico" necessitam de instrumentos de avaliação e ferramentas de gestão da qualidade para apoio à tomada de decisão na busca da excelência dos edifícios de saúde. A utilização de instrumentos para a avaliação da qualidade dos espaços dos edifícios de saúde, como o "AEDET", desenvolvido na Inglaterra, adaptado às normas e calibrado às condições brasileiras e contextos a serem avaliados, como ferramentas de gestão, é um exemplo de mecanismo de apoio à decisão. Ele permite a avaliação da qualidade do espaço físico através de uma metodologia para controle de todas as fases do processo de projeto, construção e operação com o objetivo de apontar os aspectos que necessitam melhoria.

Os empreendedores e arquitetos brasileiros intuem que o espaço construído influencia os usuários e o pró-

prio resultado do tratamento, mas o acesso à qualidade da informação (evidência) de como e quanto ocorre esta influência não são ainda difundidos. É importante agora ampliarmos o nível de sensibilização destes tomadores de decisão para necessidade de considerarmos a percepção do espaço, além da técnica e da função, na concepção e dimensionamento dos espaços, fundamentados em dados científicos, criando uma consciência de permanente busca de eficiência alocativa que eleva a qualidade da atenção da saúde sem consumir recursos adicionais que venham a comprometer os limitados recursos do sistema de saúde.

Após a iniciativa do *The Center of Health Design*, apresentando resultados que aprimoram o grau da evidência da influência do espaço na recuperação do paciente, encontramos a amplificação desta discussão através de estudos que apontam a custo-efetividade da intervenção, demonstrando que o incremento de custo decorrente da incorporação dos elementos do "Healing Environment" pode ser rapidamente recuperado, sustentando todo o benefício introduzido⁽¹³⁾. Neste contexto, baseado nos fundamentos da Economia da Saúde, o que se busca não é só a eficácia, nem só a efetividade, e sim a eficiência.

"Um edifício que é melhor para os pacientes e seus cuidadores pode atualmente prover ganhos financeiros, mesmo sendo mais caro? Com a liderança do hospital focada em valor, sustentada pelo conselho do hospital, apoiada em "designers" talentosos, e com disposição para abraçar as lições do "evidence-based design, a resposta é "sim.""

(Leonard L. Berry et al, 2004)

AGRADECIMENTOS

Ao amigo e colega arquiteto João Carlos Bross, que me orienta, contribui e transmite permanentemente sua experiência e conhecimento em empreendimentos de saúde.

Ao arquiteto Peter Scher, que tive o imenso prazer de conhecer no 24º Seminário da UIA – União Internacional de Arquitetos, em 2004, e que me abriu um horizonte de pesquisa focada na atenção à saúde centrada no paciente e apresentou o instrumento inglês “AEDET – Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit”, que assumiu grande importância nos meus estudos.

Ao arquiteto Brian Coapes, do *Centre for Healthcare Architecture and Design*, uma agência do Sistema Nacional de Serviços de Saúde inglês, pela especial atenção dispensada, esclarecendo todas as dúvidas que se apresentaram na análise metodológica do “AEDET – Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit”.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferraz MB (1998) A Remuneração do Trabalho Médico – *Os Médicos e a Saúde no Brasil*, São Paulo, Conselho Federal de Medicina.
2. Porter ME e Teisberg EO (2003) Uma Nova Competição no Setor de Saúde, *Harvard Business Review*, USA.
3. Bross JC (1989) Requisitos Básicos no Planejamento Hospitalar, *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*, São Paulo, PROAHSA.
4. Bowersox DJ, Closs, David J (1999) *Logística Empresarial*, Atlas.
5. Wessels L (2004) *The New Dutch Integral Evaluation System Called “Qind”* – Head Building Department – Netherlands Board for Hospital Facilities, The Netherlands [Apresentado no 24th Seminar UIA – International Union of Architects in Public Health Work Programme, São Paulo in Brazil, 2004].
6. Rubin HR, Owens AJ e Golden G (1998) An Investigation to Determine Whether the Built Environment Affects Patient’s Medical Outcomes *Center of Health Design*, Martinez, California, USA.
7. Quality Letter – Health Care Leaders (2003) *Designing for Quality: Hospital Look to the Built Environment to Provide Better Patient Care and Outcomes*, USA.
8. The Planetree Model (online). Apresenta textos sobre “Evidence Based Design”. USA. Disponível em [URL:http://www.planetree.org](http://www.planetree.org) – acessado em agosto de 2004.
9. Varni JW (2001) *An Evaluation of the Built Environment at Children’s Convalescent Hospital*, San Diego, USA.
10. Russ Coile’s Health Trends (2001) *Healing Environment: Progress Toward Evidence-Based*, USA.
11. The Center for Health and Design (on line). Apresenta esta organização norte-americana, USA. Disponível em [URL:http://www.healthdesign.org](http://www.healthdesign.org) – acessado em agosto de 2004.
12. Coile RJ (2003) *Futurescan 2003 – A Forecast of Healthcare Trends 2003-2007*, Health Administration Press, USA.
13. Berry LL, Parker D, Coile RC, Hamilton DK, O’Neil DD e Sadler BL (2004) The Business Case for Better Buildings, *Frontiers of Services and Management*, USA.
14. The Pebble Project (online). Apresenta textos sobre “Evidence Based Design”. USA. Disponível em [URL:http://www.healthdesign.org/research/pebble](http://www.healthdesign.org/research/pebble) – acessado em agosto de 2004.
15. Ministério da Saúde (2002) *Resolução – RDC nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, Brasília.
16. Ministério da Saúde (2004) *Resolução – RDC nº 12 – Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares*, Brasília.
17. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (online). Apresenta textos e instrumentos sobre acreditação internacional. USA. Disponível em [URL:http://www.jcaho.org](http://www.jcaho.org) – acessado em agosto de 2004.
18. Centre for Healthcare Architecture and Design of National Health Service (on line). Apresenta esta agência do Sistema Nacional de Serviços de Saúde Inglês, UK. Disponível em [URL:http://www.chad.nhsestates.gov.uk](http://www.chad.nhsestates.gov.uk) – acessado em agosto de 2004.
19. AEDET (Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit), Inglaterra, 2002. Disponível em [URL: http://www.chad.nhsestates.gov.uk](http://www.chad.nhsestates.gov.uk) – acessado em junho de 2004.
20. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002) *Tools for Performance Measurement in Healthcare – A Quick Reference Guide*, USA.
21. The Picker Institute (1998) *Enhancing the Quality of Health Care Delivery with the Built Environment: Through the Patient’s Eyes – Acute Care* (videocassete), USA.
22. Scher P (1996) *Patient-Focused Architecture for Health Care*, Arts of Health – Manchester Metropolitan University, UK.
23. Senge P. M. (1990) *A Quinta Disciplina Best Seller*.



Exija qualidade na saúde