



Design para serviços: uma intervenção em uma Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro

Design for services: an intervention on a Brazilian Healthcare System's Basic Unit

Karine de Mello Freire, Dra., Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
kmfreire@unisinos.br

Vera Maria Marsicano Damazio, Dra., Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO)
vdamazio@puc-rio.br

Resumo

Inspirado em estudos desenvolvidos para o National Health System (NHS) inglês, este artigo apresenta um estudo pioneiro desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde Brasileira, por meio de uma pesquisa-ação, com o objetivo de analisar a contribuição do design para inovar a oferta dos serviços públicos de saúde no Brasil de forma a envolver o usuário ativamente na manutenção da sua saúde. Após o aceite da Unidade Básica de Saúde em participar do estudo, iniciamos o processo de design com a abordagem projetual *experience-based design*. Envolvermos a equipe da Unidade para a escolha do foco do projeto, que escolheu os serviços voltados aos pacientes diabéticos tipo II. A processualidade projetual analisada neste artigo diz respeito ao conjunto de atividades: refletir e visualizar. Como resultado, esta abordagem mostrou-se adequada para propor um novo conceito de serviço de saúde, atendendo as diretrizes de humanização dos serviços estabelecidas pelo Estado.

Palavras-chave: design para serviços, design baseado na experiência, serviços de saúde

Abstract

*Inspired by studies conducted for the English National Health System (NHS), this paper presents a pioneer study conducted in a Brazilian Healthcare System at a Basic Unit level, through action research, with the aim of analyzing the design's contribution to innovate the offer of public healthcare services in Brazil in order to actively involve users in maintaining their health. After the acceptance of the Basic Health Unit in participating in the study, we started the design process with *experience-based design* approach. We engaged the staff the decision of design focus and we chose the services targeted to type II diabetic patients. The design process analyzed in this article relates to the set of activities: reflection and visualization. As a result, this approach showed to be appropriate to propose a new concept of health service, meeting the services humanization' guidelines established by the state.*

Keywords: *design for services, experience based design, healthcare services*

Introdução

No Brasil, os estudos no campo do design para os serviços de saúde são muito recentes, sendo este um estudo pioneiro. Este trabalho inspirou-se nas pesquisas desenvolvidas no Reino Unido para o National Health System (NHS) com o objetivo de analisar a contribuição do conhecimento do design de serviços para a inovação dos serviços públicos de saúde. Estes estudos demonstraram que os métodos de projeto do design de serviços contribuíam para uma redefinição dos processos de serviços, a partir da compreensão das perspectivas daqueles que utilizavam o sistema: pacientes, familiares, acompanhantes e profissionais da saúde. O referido método é chamado de *experience-based design* (EBD). Este método considera não apenas as crenças e comportamentos das pessoas, mas também as sensações provocadas por suas interações com as interfaces dos serviços. No contexto dos sistemas de saúde, o termo ‘experiência’ é utilizado para designar o quão bem as pessoas compreendem algo; como elas se sentem com relação a isto enquanto o estão utilizando; o quanto positivamente este algo serve aos propósitos traçados, e o quão bem ele se encaixa no contexto delas. Neste método, para que o designer possa definir o conceito de seus produtos ou serviços, ele precisa compreender as estruturas socioculturais que moldam a experiência do usuário.

Paul Bate e Gleen Robert (2007) sugerem que, para começar a projetar experiências de uso, mais que sistemas ou processos, é necessário “identificar os pontos de contato no qual as experiências subjetivas são moldadas”. E também, entender o “trabalho com os funcionários da linha de frente, que dão vida a esses vários pontos de contato”. Os autores apontam que o projeto da experiência estética dos usuários é a principal contribuição da abordagem do design para os serviços de saúde, sublinhando: “enquanto os engenheiros lidam principalmente com a performance e a confiabilidade dos serviços, os designers trazem a estética de volta à equação” (p. 6).

O método *EBD* pressupõe a parceria entre designers e usuários para o codesign dos serviços. Isso significa que o desenvolvimento do projeto de serviços de saúde é coprojetado pelos usuários, pelos fornecedores de serviços e que esses são guiados pela equipe de design. Diferente de outras abordagens projetuais, os usuários devem estar envolvidos em todas as etapas do processo de design, desde o diagnóstico e a análise das necessidades, passando pela visualização dos caminhos possíveis e pela construção de modelo, a prototipação e os testes, a implementação e a avaliação.

Com base nestes conceitos, o presente estudo tem o objetivo de analisar a contribuição do design para inovar a oferta dos serviços públicos de saúde no Brasil de forma a envolver o usuário ativamente na manutenção da sua saúde. Considerando a ausência de casos nesta área no Brasil, a única opção metodológica foi desenvolver uma pesquisa-ação para que fosse possível analisar uma intervenção de design em uma unidade de atenção Básica do Sistema Único de Saúde (UBS).

A estratégia de pesquisa-ação utilizada neste estudo é caracterizada pela produção de resultados tangíveis e pela construção de um conhecimento teórico, coproduzido entre o pesquisador e os colaboradores, a partir de problemas reais. O processo de pesquisa-ação é muito usado no contexto do design de serviços e também na área da saúde, principalmente quando a mudança de comportamento de um grupo é necessária para o alcance dos resultados esperados. A pesquisa-ação tem por pressuposto que todas as pessoas que afetam ou são afetadas pelo tema



investigado devem ser incluídas no processo de pesquisa. E principalmente, a pesquisa-ação busca mudar as dinâmicas sociais e pessoais dos participantes da pesquisa, construindo capacidade nestes para aplicar o aprendizado resultante da pesquisa em outros contextos, associando-se assim à inovação social. Para a realização deste estudo o primeiro passo foi selecionar a Unidade de Saúde no qual realizaríamos a pesquisa. Foram enviadas cartas-convite para nove serviços de atenção básica a saúde, alguns UBS outros PSF (Programa Saúde da Família). Depois de um mês, uma UBS, localizada na região distrital da Vila Cruzeiro, na zona sul da cidade de Porto Alegre aceitou participar do estudo (Stringer, 2007). O projeto, então, foi encaminhado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 413/10 do CEP/HMD).

Em conjunto com os profissionais da UBS, definimos que avaliaríamos as possibilidades do design contribuir para a melhoria dos serviços de atenção básica à saúde ofertados aos portadores de diabetes tipo II. Entendemos que neste serviço seria possível estudar não apenas a contribuição do design para a inovação de processos, mas principalmente para a inovação social, visto que nesta condição específica é necessário não apenas uma mudança no modelo mental dos pacientes – que devem ser corresponsáveis pelo cuidado com a sua saúde –, mas também uma mudança nos modelos mentais que estruturam o SUS – que deve se adaptar para lidar com as doenças crônicas, isto é, aquelas que não podem ser curadas. Nestes casos, só é possível gerenciar seus efeitos e impactos ao longo da vida dos indivíduos.

Enquanto os estilos de vida, hábitos e doenças das pessoas se modificaram, os sistemas de saúde ao redor do mundo costumam a se adaptar à nova realidade. Desde sua criação no período pós-guerra oferecem tratamento médico e fazem uso do conhecimento científico e avanços tecnológicos essencialmente para tratar as doenças, mais que para preveni-las. Historicamente, o maior esforço e investimento de recursos no sistema de saúde sempre esteve associado à cura das doenças e não na sua prevenção. No entanto, os custos de manutenção desse sistema com foco na cura estão cada vez maiores, principalmente nos casos de doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão.

Dado a natureza interpretativista da estratégia de pesquisa adotada, para garantir a validade dos resultados foram triangulados dados de diferentes fontes: documentos, dados secundários, diário de campo observação participante, entrevistas individuais em profundidade com equipe de profissionais da saúde e pacientes, registros fotográficos realizados pelos pacientes e atividades em grupos de discussão. Fizeram parte da unidade de observação um médico da família, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem e 43 pacientes cadastrados no sistema HIPERDIA. O método de seleção dos participantes foi definido pelo seu interesse em participar de um processo de mudança nos serviços de saúde, visto que buscávamos promover uma inovação social. Após termos enviado convite a todos os pacientes, sete aceitaram participar do projeto. Entregamos o termo de confidencialidade confirmando o interesse em participar da pesquisa dos seguintes pacientes: Simone, Lúcia, Maria, João, Ronaldo, Cesar e Nelson. A idade dos entrevistados variou de 44 a 62 anos. Os dados textuais e visuais foram analisados por meio da análise de conteúdo e de discurso, buscando compreender o significado das palavras dentro do contexto no qual elas foram enunciadas.

O processo de análise dos achados desta pesquisa abordará a compreensão a experiência dos usuários do serviço, a intervenção de design e os resultados alcançados.

Modelos teóricos para a configuração de serviços

Ezio Manzini (2007), precursor dos estudos de design de serviços, introduz dois modelos pelos quais um sistema de serviços pode ser configurado: serviços tradicionais (*full services*) e serviços colaborativos (*enabling platforms*).

O autor argumenta que o modelo tradicional do sistema de serviços – por ele denominado de *full services* – tem base na lógica dominante de mercado e na classificação das pessoas como consumidores. Nessa perspectiva, o papel das instituições é desempenhar uma série de atividades para diminuir a quantidade de esforço, tempo e atenção necessários para os indivíduos receberem os resultados desejados.

Esse sistema é condizente com o modelo de configuração de valor proposto por Porter (1980), no qual uma cadeia linear e sequencial de atores é responsável pelo agregar valor à matéria-prima e entregá-lo ao consumidor, o qual apenas tem o papel de usufruir dele. Manzini (2007) destaca que nesse sistema, a participação do consumidor resume-se a escolhas entre as opções disponíveis no mercado. A característica de passividade define o papel de consumidores, uma vez que terceirizam, para os ofertantes do mercado, todas as decisões sobre como obter os resultados que necessitam.

Já no modelo dos serviços colaborativos – que ele denomina *enabling platforms* – o sistema dos serviços é visto como uma plataforma que oferece uma possibilidade para os usuários colaborarem na configuração do valor que lhes é entregue. Ele dá poder às pessoas para usarem suas próprias habilidades, com o objetivo de conseguir seu próprio resultado. A plataforma lhes fornece os instrumentos, o conhecimento e as informações necessárias para que o usuário participe ativamente da cocriação de valor. Um desdobramento proposto por Carla Cippola e Ezio Manzini (2009) para esse modelo de serviços é o dos serviços relacionais colaborativos. Neste último modelo, os benefícios são reciprocamente produzidos e compartilhados por todos os participantes, e não há uma clara definição entre os papéis de agentes e clientes. Esse modelo de serviços introduz um tipo de interação circular entre os participantes, no qual uma parte fornece os insumos e em que ambos se engajam nas atividades de entrega do serviço. Os autores destacam que, no modelo relacional colaborativo, “o significado do que está sendo feito e o engajamento pessoal são componentes essenciais desse tipo de serviço”, e, ainda adicionam: “os participantes não podem ser facilmente substituídos” (Cippola e Manzini, 2009).

Dentre eles, o modelo de serviços colaborativos, é mais condizente com o modelo de constelação de valor proposto por Richard Normann e Rafael Ramirez (1993), no qual uma rede de atores (fornecedores, parceiros, clientes) trabalham juntos para coproduzir o valor. O objetivo da rede é mobilizar os consumidores para que eles próprios criem seu valor, a partir das várias ofertas disponíveis na plataforma de serviços da empresa. As empresas criam valor quando elas tornam não apenas suas ofertas mais inteligentes, mas também os atores de sua rede. Para tanto, tais empresas precisam, continuamente, reconfigurar suas plataformas. Isso exige dizer que os sistemas de negócio e os relacionamentos devem se reconfigurar entre os atores.

Rafael Ramirez e Ulf Mannervik (2008) propõem um novo papel para o design nesse modelo de cocriação: das interfaces e interações dos serviços para o sistema de relações dinâmico que



envolve a constelação responsável pela cocriação do valor. A principal contribuição do design deve ser a redução da complexidade do conjunto de atividades que caracteriza tal processo, seja criando plataformas capazes de suportar essas interações, seja ajudando o consumidor a compreender como ele pode usar esse sistema para construir seu próprio valor. Por sua vez, Lauren Tan (2009) ampliou a proposta de Ramires e Mannervik (2008) identificando outros papéis desempenhados pelo designer no desenvolvimento novos serviços: facilitador, comunicador, *capability builder*, estrategista, pesquisador, empreendedor e cocriador. E Manzini (2011) traz uma provocação de como o design para serviços deve evoluir:

se tornar um agente para a mudança capaz de operar em novas redes sociais, capaz de catalisar recursos sociais disponíveis e alimentar um diálogo estratégico com visões e propostas. (MANZINI, 2011; P5.)

Se considerarmos as particularidades do projeto de serviço, podemos dizer que o design de serviços é uma área de conhecimento do design, cujo escopo é estudar as relações existentes entre os sistemas fornecedores e a comunidade de usuários, com o objetivo de propor novas soluções a partir da visão de mundo e do sentimento das pessoas que os utilizam. Para tanto, adota e adapta conhecimentos e métodos de vários campos das ciências sociais, ciências humanas e ciências exatas, em uma abordagem interdisciplinar. Como resultado, utiliza abordagens projetuais adequadas à natureza interativa dos serviços.

Anotados esses pressupostos, assinalamos que o design de serviços envolve os métodos e ferramentas para lidar com os desafios de um mundo cada vez mais complexo e focado nas ações das pessoas, nas marcas, e na sua relação com os artefatos, o ambiente e o contexto (Moritz, 2005; Sangiorgi, 2009; Evenson, 2006; Zwiers, 2009). Essas ferramentas e esses métodos partem da premissa de que as pessoas que utilizam os serviços precisam ser consideradas a essência do projeto (*human-centred design*). Para tanto, utilizam a abordagem do design participativo e do codesign.

Uma maneira de projetar serviços: experience based design

A abordagem *experience based design* amplia o escopo do *human-centred design*, por considerar não apenas as crenças e comportamentos das pessoas, mas também as sensações provocadas pela interação do usuário com os serviços (Bate e Robert, 2007).

A experiência do usuário deve ser compreendida pelo designer, para que ele possa definir o conceito de seus produtos ou serviços, visando atender às necessidades multissensoriais e emocionais esperadas pelo usuário na interação com os artefatos projetados. Para tanto, pesquisadores do campo do design propuseram uma metodologia de projeto que reestrutura o problema de design em termos das condições de uso e das experiências ligadas às oportunidades de negócio que uma organização enfrenta.

John Cain (1998), ao propor o método EBD, sugere uma reorganização do processo de design em torno da compreensão das empresas, de seus produtos e serviços, e das experiências das pessoas que com elas interagem. Na sua essência, é um método para examinar, interpretar e organizar a experiência cotidiana das pessoas de uma maneira que seja útil para todos os atores

envolvidos no projeto. O autor defende que esse método melhora os resultados de design, visto que integra o processo em torno de um princípio orientador: como as pessoas agem nas situações reais de uso ou das experiências.

Cain (1998) enumera os componentes da experiência como: (1) os sistemas socioculturais, que informam ideias, crenças, atitudes e expectativas dos usuários (*think*); (2) os padrões e as rotinas de ação, com significados e identidade (*do*); (3) as coisas que as pessoas usam e o impacto que estas têm naquilo que os indivíduos pensam e fazem (*use*).

Por meio desses três componentes, é possível descrever as relações entre objetos, ambientes e pessoas e construir *frameworks* de como as pessoas se relacionam e experienciam alguns aspectos do seu mundo. Para tanto, Cain (1998) propõe que sejam usadas técnicas de pesquisa etnográficas capazes de observar, descrever e sintetizar essas relações. Porém, diferentemente de antropólogos, que buscam apenas entender as experiências, os designers buscam conhecê-las para “ter condições de mudá-la, melhorá-la” (Cain, 1998, p. 13).

No campo da saúde, os autores Paul Bate e Glenn Robert (2007) trouxeram os conceitos, métodos e práticas do design baseados na experiência do usuário (*experience based design*) para aprimorar os serviços entregues aos pacientes. Esses são resultantes de pesquisas desenvolvidas em conjunto com médicos e pacientes do *British National Health System (NHS)* e um escritório de design. Os autores explicam que a experiência afeta nossas atitudes, nossos comportamentos e sentimentos, nossas sensações, opiniões, memórias, ações e reações. Por isso, é tão importante compreendê-la, para projetar melhores serviços.

Bate e Robert (2007, p. 9) ainda sugerem que, para começar a projetar experiências de uso, mais que sistemas ou processos, é necessário “identificar os pontos de contato no qual as experiências subjetivas são moldadas”, ou seja, identificar os espaços nos quais as conexões emocionais e sensoriais desejadas precisam ser estabelecidas, e também entender o “trabalho com os funcionários da linha de frente, que dão vida a esses vários pontos de contato”.

Assim, para que os serviços de saúde desenvolvessem projetos com foco na experiência estética dos usuários, esta deveria ser acessível aos designers, permitindo a eles conceber o projeto das experiências de entrega dos serviços (jornada do usuário), em vez da lógica centrada no projeto dos processos. Os autores apontam que essa é a principal contribuição da abordagem do design para os serviços de saúde, sublinhando: “enquanto os engenheiros lidam principalmente com a performance e a confiabilidade dos serviços, os designers trazem a estética de volta à equação” (Bate e Robert, 2007, p. 6). Estão incluídos nos elementos estéticos: a interação entre os usuários e as máquinas; a interação entre usuários e funcionários; a usabilidade, a atratividade e os sentimentos provocados por essa interação. Os autores sugerem que esses fatores ligados à usabilidade e à interatividade dos serviços de saúde são importantes para reduzir o risco de erros nos serviços, podendo, muitas vezes, fazer a diferença entre a vida e a morte.

No caso dos serviços de saúde, o método EBD pressupõe a parceria para o codesign dos serviços. Isso significa que o desenvolvimento do projeto de serviços de saúde é coprojetado pelos usuários, pelos fornecedores de serviços e que esses são guiados pela equipe de design. A processualidade projetual proposta por Bate e Robert (2007) neste método é composta por quatro conjuntos de atividades: Refletir, isto é, definir e enquadrar o problema; Visualizar, isto é, identificar oportunidades e inventar soluções (conceitos); Prototipar, isto é desenvolver e formalizar os conceitos e Implementar, isto é, construir, testar e modificar a solução (Figura 1).

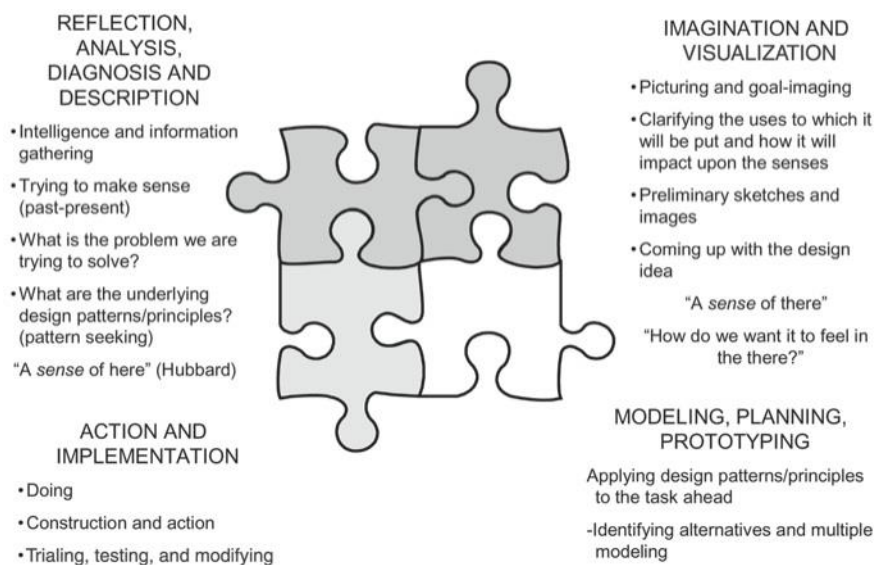


Figura 1: Processualidade Experience-based design method

Fonte: Bate e Robert (2007; p99)

Diferente de outras abordagens projetuais, no EBD, os usuários devem estar envolvidos em todas as etapas do processo de design, desde o diagnóstico e a análise das necessidades, passando pela visualização dos caminhos possíveis e pela construção de modelo, a prototipação e os testes, a implementação e a avaliação. Ainda, neste processo, os usuários não são apenas participantes, também constroem as tarefas de projeto. Bate e Robert (2007) não querem dizer com isso que é possível transformar os pacientes e a equipe de saúde em designers profissionais. Entendem que é necessário trazer o conhecimento das experiências dos consumidores para a discussão, de forma que os designers possam trabalhar com essas, traduzi-las e transformar tal conhecimento em futuras respostas de design. De acordo com os autores, esta abordagem aprofunda etapa de descoberta e busca a compreensão não apenas de percepções e atitudes dos usuários dos serviços, mas também da maneira como as pessoas vivenciam os serviços e como constroem o sentido e o significado desses.

Os autores identificam que as técnicas de pesquisa que devem ser utilizadas para compreender as experiências dos usuário aquelas ligadas à antropologia (como a observação-participante) e acrescentam que, se a experiência é a reconstrução de algo vivido, “as palavras são as responsáveis por carregar o significado das experiências, e são capazes de transportar um passado não analisável em um presente analisável” (Bate e Robert, 2007, p. 39). Por conta disso, sugerem

que o *storytelling*, as entrevistas etnográficas, a observação participante, fotografias e análise da narrativa como as formas de acessar as experiências das pessoas.

Bate e Robert (2007) nos ensinam que, uma vez tendo compreendido a experiência, o principal desafio dos designers é entender como a interface entre o serviço e o usuário deverá ser moldada. Por isso, esses profissionais necessitam entender a jornada que o usuário percorre ao longo das suas interações com os eventos, com as pessoas e com outros aspectos ligados ao serviço que moldam a experiência.

Assim, entendemos que as experiências dos usuários não podem ser projetadas. Por consequência, os designers podem apenas analisar como elas se formam e, partindo disso, criar alternativas para os elementos que as definem. Portanto, é a partir da compreensão do *framework* que se possibilita a articulação das experiências dos usuários com a interface dos serviços. Por conseguinte, os designers precisam entender como os usuários se sentem quanto às interações que têm com os pontos de contato e os funcionários dos serviços, meio pelo qual se abrem possibilidades de identificar oportunidades de melhoria e de gerar plataformas que permitam florescer novas experiências.

Deste modo, uma vez entendida a experiência, o papel do designer é conduzir o processo de projeto de maneira a desenvolver interfaces, processos ou interações que carreguem não apenas as experiências estéticas, mas também os significados esperados pelos usuários nessa interação.

Para tanto, Bate e Robert (2007) identificam, na antropologia interpretativa de Geertz (1989), as bases apropriadas para compreender o significado das experiências para as pessoas, uma vez que o foco deste autor é a interpretação das culturas por meio dos seus sistemas simbólicos. Na fala de Geertz (1989, p. 36) “nossas ideias, valores, atos e até mesmo nossas emoções são, como nosso próprio sistema nervoso, produtos culturais – na verdade, produtos manufaturados a partir de tendências, capacidades e disposições com as quais nascemos”. O autor também garante que o significado emerge do papel que as ações sociais desempenham no padrão de vida das pessoas e não das relações que essas ações mantêm uma com as outras:

deve-se atentar para o comportamento, e com exatidão, pois é através do fluxo do comportamento – ou, mais precisamente, da ação social – que as formas culturais encontram articulação. Elas encontram-na também, certamente em várias espécies de artefatos e vários estados de consciência (GEERTZ, 1989, p. 12).

Diferentes organizações começaram a apresentar o seu olhar sobre como o design poderia contribuir para o re-design dos serviços públicos (Bate e Robert, 2007; Cottam et. al., 2004). Todas elas tinham por premissa a centralidade do usuário no processo de criação dos novos serviços e a estratégia projetual participativa, fundamentada em uma profunda compreensão (resultante das pesquisas etnográficas) do contexto de vida dessas pessoas.

Não há uma denominação consensual para essa prática. Klaus Krippendorff (2000) a chama de *design centrado no humano* (nome adotado pela IDEO, 2009, em seu Human Centered Design Tool kit). Já o NHS *Institute* refere-se a *experience based design* (Bate e Robert, 2006; Bate e Robert, 2007), enquanto o Design Council, por meio do RED *team*, utiliza o termo *transformation design* (Burns et al, 2006) para referir-se a essa abordagem. A única diferença entre as três nomenclaturas é que a última tem por pressuposto a construção da capacidade da organização

para continuar se desenvolvendo, o que significa mais do que simplesmente envolver os participantes no codesign dos serviços: significa capacitá-los a realizar sua contínua cocriação.

Acreditamos que a contribuição do EBD para a inovação é a união do método etnográfico, como forma de observar, descrever e capturar as estruturas de significação presentes na sociedade; e do método do design que, na compreensão dos significados subjacentes a um problema, busca encontrar padrões e princípios fundamentais para guiar o desenvolvimento das soluções, o EBD, uma vez que possui condições de operar na reconstrução da estrutura de significação dos serviços.

Em suma, a metodologia proposta por Cain (1998) foi adaptada ao contexto da saúde por Bate e Robert (2007) e está totalmente alinhada ao papel do designer proposto por Ramirez e Mannervik (2008) como sendo: “projetar as interações-chave que permitem que o valor prometido seja coproduzido pelo cliente e fornecedor”. Assim consideramos esta uma abordagem adequada para o projeto de serviços de saúde.

O processo de projeto na UBS¹

É importante destacar que a abordagem projetual do EBD fundamenta-se no codesign. Deste modo, em um processo participativo, um grupo multidisciplinar trabalha de maneira colaborativa em busca de uma solução para o projeto. O papel do designer é usar seu *expertise* em design de informação, linguagem visual e sensibilidade estética para reduzir a complexidade dos dados coletados, criando mapas visuais para auxiliar os participantes — que possuem diferentes níveis de informação e conhecimento sobre o serviço — a construir um significado comum. Por fim, todas as sessões de codesign dependem fundamentalmente dos protótipos rápidos projetados pelos designers, que traduzem os significados identificados pelo grupo em uma resposta visível (ou sensível) a todos envolvidos.

Ao longo do projeto, procuramos nos colocar tanto no lugar dos pacientes, quanto dos profissionais que os atendiam. Para sentir as dificuldades que os pacientes tinham em relação ao gerenciamento da sua condição, tentamos seguir as prescrições comportamentais que os diabéticos deveriam seguir: evitar açúcares, realizar uma alimentação saudável e praticar atividade física. Percebemos, durante as primeiras semanas do projeto, que falar é fácil, difícil é seguir aquilo que se prega. Se quiséssemos realmente estimular as pessoas a mudarem seus comportamentos, deveríamos sentir o quão difícil era essa mudança. Percebemos o quanto isso seria importante quando, em uma das visitas à Unidade de Saúde, ouvimos uma paciente falar para o médico: “doutor, se o senhor não consegue cuidar do seu peso, como eu vou conseguir?”.

Durante o projeto, como corroborado na literatura, exercemos múltiplos papéis característicos do designer de serviços: de pesquisadoras, facilitadoras e cocriadoras. Todo o processo de desenvolvimento do serviço, que foi realizado no período entre setembro de 2010 e março de 2011, envolveu uma dupla de projetistas e a equipe da Unidade Básica de Saúde. O processo será descrito a seguir, apresentado em seções que correspondem a cada uma de suas fases: reflexão,

¹ Para a discussão dos resultados frente ao objetivo do artigo, apresentaremos apenas os momentos de reflexão e visualização. Ressaltamos que os momentos de prototipação e ação também foram realizados.

visualização, prototipação, e implementação. Ao longo do processo foram utilizadas diferentes ferramentas para coletar e sintetizar os dados. Seguimos a proposta do EBD utilizando a técnica de observação participante, registros fotográficos, entrevistas enográficas como forma de capturar a experiência. Usamos o storytelling nas personas e cenários de projeto, mapas mentais, mapas da jornada do usuário, da oferta do serviço, do sistema do serviço para comunicar o andamento do processo aos participantes do projeto (Meroni e Sangiorgi, 2011; Tassi, 2009).

Processo de projeto – momento reflexão

A UBS está localizada em uma comunidade de baixa renda formada por famílias que invadiram a região há cerca de 30 anos. Nas visitas, encontramos duas configurações principais de famílias: casais mais velhos, que lá habitam há mais de 20 anos, cujos filhos e netos também moram na vila; e mães separadas, que foram abandonadas pelos maridos e cuidam de pelo menos três filhos, os quais nem sempre são do mesmo companheiro.

Em relação às condições de emprego e renda, muitos prestam serviços informais para empresas localizadas no entorno. Os homens, em sua maioria, trabalham na construção civil, como pedreiros ou serventes. As mulheres, por sua vez, prestam serviços de limpeza doméstica ou empresarial. Alguns moradores já se aposentaram, seja por tempo de serviço, seja pelas suas condições de saúde. Muitos, que não sabem ler, sentem-se encabulados para falar. Para não dizer que não conseguem ler, costumam dizer que “esqueceram os óculos em casa”. Somente depois de um convívio maior é que eles admitem só saber escrever seu nome, porque decoraram o desenho das letras.

Nessa investigação, constatamos que, mesmo para leigos, a doença é explicada a partir de um vocabulário próprio da área da saúde, de difícil compreensão para aqueles que não avançaram para o ensino médio ou estudaram ciências. Outra constatação foi que os profissionais da saúde da equipe normalmente veem os pacientes como “um conjunto de células, que não estavam funcionando perfeitamente por causa de alguma enfermidade”. Por exemplo, quando perguntamos ao enfermeiro o que caracterizava uma pessoa como diabética, o enfermeiro nos disse que a pessoa teria “obesidade, dislipidemia e glicemia descompensada”.

Em relação às ações do governo voltadas aos pacientes portadores de diabetes tipo II, identificamos que um paciente pode receber seu diagnóstico de duas formas: em consultas de rotina ou em atendimentos de urgência. O paciente com condição vital estável poderia marcar uma consulta com o médico para algum dia da mesma semana. O paciente com uma condição de saúde mais debilitada poderia retirar a “ficha do dia” para ser atendido pelo médico nesse dia de chegada.

Para a marcação das consultas, o paciente precisava ficar em uma fila, que, normalmente, iniciava às 5 horas da manhã (pois a escolha dos horários e a distribuição de fichas seguia a ordem de chegada), aguardando até às 8 horas dessa manhã para ser atendido por um técnico de enfermagem. Este, após uma conversa sobre as condições do paciente, marcava a consulta e entregava, por escrito, um comprovante do agendamento realizado. Este só podia ser realizado às segundas-feiras. Já a distribuição de fichas para o atendimento de urgência ocorria todos os dias da semana no turno da manhã.

Os únicos pacientes que não precisavam seguir esse procedimento eram as gestantes, os idosos, as crianças e as mulheres que necessitam realizar exame preventivo de câncer de colo uterino; todos podiam marcar consultas a qualquer dia da semana. Os pacientes portadores de diabetes tipo II daquela UBS, em sua maioria, situam-se na faixa de idade de 50 anos, e, por isso, devem seguir o procedimento padrão para agendamento de consultas e atendimentos.

Depois da marcação, o próximo passo da jornada do paciente é o dia da realização da consulta médica. Nesse dia, o paciente deve chegar no horário marcado, informar o número do seu prontuário médico para, depois, ser encaminhado à triagem. Esta é realizada por um técnico de enfermagem e consiste na avaliação dos sinais vitais (respiração, batimentos cardíacos, pressão arterial e temperatura do corpo) e na escuta do problema do paciente. Depois dessa avaliação, o técnico faz o registro dos sinais vitais na ficha do paciente (sem uma ordem pré-estabelecida de organização da informação) e o encaminha para a sala de espera, onde deve aguardar o chamado do médico para a consulta. Ao receber o paciente, o médico realiza uma anamnese para entender a condição do paciente e, a partir desta, pode identificar os sintomas como a poliúria, a polifagia e a polidipsia, que são sinais de suspeita de diabetes. Se o médico desconfiar que o paciente possa ter diabetes pela descrição dos sintomas, aquele solicita um exame de glicemia capilar para o técnico de enfermagem (que é realizado no posto) e também um exame de glicemia em jejum e curva glicêmica, que deve ser feito em um laboratório credenciado da prefeitura. Ao final da consulta, o paciente recebe uma guia de solicitação de exames, a qual deve ser entregue ao laboratório para agendar o dia da realização do exame.

Na próxima etapa da jornada, o paciente deve realizar o agendamento do exame de sangue em um dos dois laboratórios credenciados pela prefeitura para atendimento de pacientes do SUS. O período entre a realização e a retirada do exame costuma levar cerca de uma ou duas semanas.

Depois de realizar o exame, o paciente aguarda os resultados e volta à UBS para apresentar o resultado ao médico. Confirmado o diagnóstico de diabetes, o paciente recebe dois tipos de prescrições: uma medicamentosa e outra comportamental. O médico prescreve um medicamento para ajudar na absorção da glicose, que precisa ser retirado mensalmente no posto, e cuja prescrição precisa ser renovada a cada 6 meses. Já a prescrição comportamental é uma conversa que o médico tem com o paciente, tentando sensibilizá-lo para os novos hábitos que ele precisa adquirir: cuidar da alimentação, realizar atividade física, tomar o medicamento regularmente, verificar lesões nos pés diariamente, deixar de fumar e de beber.

Depois disso, o paciente é cadastrado no sistema HIPERDIA, pelo coordenador da UBS, que nos explica: “É apenas um cadastro, não enxergamos os resultados das informações que ali são inseridas e não usamos para outras coisas”. Assim, esse indivíduo passa a integrar um grupo de pacientes crônicos que recebe regularmente medicamento gratuito do governo.

Uma vez cadastrado no sistema, o paciente pode retirar, mensalmente, os seus medicamentos na farmácia da UBS, até o momento da renovação do cadastro. Os pacientes diabéticos precisam, a cada seis meses, marcar uma consulta de revisão de cadastro para verificar a adequação da terapia medicamentosa à sua condição e modificá-la, quando necessário. A equipe de saúde já havia tentado realizar grupos de apoio para a educação dos pacientes diabéticos, mas devido à baixa aderência, essas tentativas se esgotaram.

A partir de fotografias registradas pelos pacientes e da observação das atividades do posto de saúde, realizamos entrevistas etnográficas com sete pacientes. O objetivo dessas entrevistas foi ampliar o conhecimento sobre diferentes aspectos relacionados à vida de um paciente com diabetes. A estratégia usada durante a realização das entrevistas foi o uso de imagens para estimular a conversa sobre os seguintes temas: contexto de vida dos pacientes, descobrimento da doença, trabalho, família e descrição de um dia comum de suas vidas.

Nas entrevistas, pudemos identificar algumas questões importantes sobre o conhecimento que essas pessoas têm a respeito da diabetes. Todas elas descobriram que eram diabéticos tipo II a partir de um mal-estar gerado por um problema decorrente da doença: dores nas pernas, dificuldade de enxergar, um desmaio seguido de AVC. Pedimos aos pacientes para que nos explicassem o que era a diabetes. Eles sentiam uma dificuldade grande, evidenciada em, frases como: “Como é que eu vou dizer...”, mas, com suas palavras, nos fizeram entender que “a diabetes é uma coisa bem silenciosa [...] pra mim, parecia coisa de outro mundo, fiquei nervosa”. Ainda: “A diabetes me entupiu as veias”. Ou: “É uma coisa que dá no sangue, né? E: “Não pode comer açúcar que a diabetes fica alta”.

Também observamos as informações disponibilizadas aos pacientes pela UBS, fornecidas pelo SUS, para explicar o que é a doença e como ela deve ser tratada. Constatamos que o material de comunicação, produzido pelo governo, é essencialmente voltado aos alfabetizados. E, ainda, a transmissão oral dessas informações, feita pelos profissionais da saúde, é facilmente esquecida.

No período de observação, identificamos que, embora haja um sistema de informações gerenciais para o acompanhamento dos pacientes, esse não é pensado para dar suporte à equipe de saúde com a meta de auxiliá-la a controlar a evolução do estado de saúde de cada um dos pacientes cadastrados. Ainda se constatou que esses profissionais não possuem dispositivos capazes de auxiliá-los na visualização dos pacientes que retiraram medicamentos durante o mês, ou que ainda não realizaram a consulta de renovação de cadastro. O único dispositivo que a prefeitura fornece é uma ficha para controlar a distribuição dos medicamentos, a qual fica guardada em fichários. Estes são organizados em ordem crescente, pelo número do prontuário. Como resultado, a equipe de saúde não consegue monitorar se o paciente está conseguindo controlar a doença.

Embora exista um exame capaz de verificar se o paciente estava tomando regularmente o medicamento nos últimos três meses (hemoglobina glicada), este não é realizado regularmente, dadas as restrições de custos impostas pela prefeitura para a realização de exames.

De acordo com o coordenador da UBS, um dos aspectos que restringe o monitoramento dos pacientes diabéticos é que a realização de diagnósticos só pode ser feita pelo médico (que trabalha 40 horas semanais para atender todos os pacientes da Vila Gaúcha), este, com a profissão regulamentada capaz de fazer diagnósticos, solicitar exames e prescrever medicamentos. Embora, em alguns países, o diagnóstico e o monitoramento da diabetes possa ser realizado em uma consulta de enfermagem, a legislação brasileira não permite que profissionais de enfermagem realizem esse tipo de procedimento. O coordenador nos relata que, no Rio Grande do Sul, apenas o município de Porto Alegre permite aos enfermeiros solicitar exames e prescrever alguns tipos de medicação.

Identificamos que a informação é um elemento chave para o controle da diabetes, tanto no que concerne ao entendimento que os pacientes têm da sua condição, quanto no que diz respeito ao monitoramento da condição dos pacientes por parte da equipe de saúde.

Deste contato inicial, percebemos que, muitas vezes, os termos médicos dificultavam a compreensão dos pacientes sobre a diabetes, as causas e as complicações desta. Quando ouvimos um profissional da saúde explicar para o paciente que seus triglicerídeos estavam muito altos e que ele devia cuidar da alimentação para baixá-los, identificamos um elemento central para o desenvolvimento do novo serviço: traduzir a doença em uma linguagem compreensível para as pessoas que estavam participando do estudo.

Outro elemento importante que descobrimos foi a lembrança, que todos os entrevistados demonstraram, de que, durante a consulta, o médico do posto falara sobre os cuidados que deveriam ter para enfrentar a diabetes. No entanto, quando eram encaminhados para o tratamento especializado na rede SUS (centros de saúde e hospitais), os especialistas não abordavam a relação do atendimento específico que lhes estavam prestando (cirurgia vascular, oftalmologia) com a diabetes. Nem mesmo os médicos perguntavam sobre a doença, nem os pacientes sentiam a necessidade de se informar melhor acerca disso.

Percebemos que, embora a **informação seja um elemento essencial para o controle da diabetes, ela, sozinha, não é suficiente**². Todos os pacientes sabiam que tinham que cuidar dos pés: os cuidados com o corte de unhas e ferimentos. Ainda, sabiam que tinham que mudar a alimentação. Dois deles receberam uma lista de alimentos contendo uma série de itens adequados à sua alimentação; outras duas foram para uma consulta com uma “endocrinutricionista” e com uma nutricionista³. Embora os pacientes tivessem recebido informações sobre o que era adequado e o que não era adequado comer, não sabiam dizer com precisão o que lhes era permitido ingerir. As dietas que lhes foram prescritas eram difíceis de ser compreendidas. Um paciente disse: “A doutora me passou uma dieta alimentar por 30 dias para ver a situação...eu não entendi aquele negócio não, mas tudo bem, ela é médica e deve saber o que está fazendo, né!” e completou: “Ela me tirou a comida toda, eu não ia morrer de diabetes, ia morrer de fome”. Simone relatou que “parecia um general, nem parecia uma doutora...ela me tratou muito mal e eu nunca mais voltei”. Essas demonstrações indicam que é necessário oferecer algum tipo de serviço complementar, o qual possa ajudá-los na assimilação dessa informação e na mudança de comportamento.

² A constatação de que a informação não é suficiente para auxiliar no controle do diabetes vai ao encontro dos resultados do caso estudado no capítulo 3, referente ao projeto do RED Team do Design Council para um novo serviço ligado a diabetes. Colin Burns e Jennie Winhall (2006) identificaram que um serviço, para lidar com a diabetes, deveria fornecer não apenas o conhecimento sobre a doença, mas também a habilidade de internalizá-lo, de agir sobre ele e de incorporá-lo ao padrão de vida.

³ É importante destacar que ambas as pacientes que tiveram acesso a esses profissionais não foram encaminhadas pelo posto. Uma delas trabalhava em um hospital e a outra, por conta de outra doença, foi encaminhada para o Centro de Saúde Vila IAPI. Não é comum, neste posto, o encaminhamento dos pacientes diabéticos ao tratamento especializado de dieta alimentar. Deixei bem marcado o termo “endocrinutricionista” pois essa paciente não conseguiu distinguir os profissionais.



Constatamos que eles **absorvem seletivamente a informação**, pois existem alguns aspectos da dieta alimentar que eles assimilam (trocar açúcar por adoçante) e outros que ignoram (como a redução de gordura, sal e carboidrato):

- Aqui eles me deram uma lista [dos alimentos que eu tinha que comer] uma vez [risos]...mas eu não fiz o que eles me mandaram fazer...uns eu segui até hoje: o café com adoçante, o refri eu não tomo, doce eu não como nada, né. Só verdura tem que comer bastante, mas eu não gosto de comer. Eu como, mas muito pouco. Fruta também não ligo muito, mas aí eu como, né! Mas não assim diário, [...]sal [eu posso comer] muito pouco, e eu não consigo comer sem sal. E isso eu sei que eu tô errado (Ronaldo).

Uma possível explicação para a absorção seletiva das informações sobre a dieta adequada se associa à dificuldade de compreensão da informação recebida. Colocando-nos no lugar de uma pessoa com poucos anos de estudo e escasso acesso à informação e imaginando que um médico nos diga que é bom comer cereais integrais, mas não é bom tomar o leite integral, o que cada um entenderia sobre o significado da palavra integral? A confusão na cabeça dos entrevistados foi grande, como demonstra a fala de Maria. Integral é bom ou ruim? Disse ela: “- Comecei a me cuidar [...], passei a comer 120g de carne, comer peixe, pão integral, até leite integral eu tomava também [...] eu me senti bem melhor” (Maria)

Assim, constatamos que um bom serviço de saúde para os portadores de diabetes deve não apenas fornecer medicamentos e informação sobre os cuidados com a doença, mas também deve ajudar os pacientes a desenvolver a **competência de compreender e agir sobre essa informação**. Hoje, a dificuldade dos pacientes de mudar seu comportamento pode estar associada ao fato de que o serviço de saúde não oferece informações adequadas, nem desenvolve a competência para que o paciente saiba agir sobre a saúde com esse conhecimento.

Como consequência do desconhecimento sobre o funcionamento “dessa coisa de outro mundo”, como disse Simone, referindo-se à diabetes, e como aquela pode ser controlada, os pacientes restringem seu tratamento à terapia medicamentosa. Além disso, eles não visualizam nem temem os problemas de saúde que podem surgir pelo mau gerenciamento da diabetes, e, por não temê-los, não se cuidam.

Essa relação entre os cuidados com a saúde e o temor das consequências foi explicitada por alguns dos pacientes entrevistados. Na fala de Seu Ronaldo, “eu vi com os meus olhos o sofrimento das pessoas no Conceição [hospital da rede SUS], quando me operei, não quero isso pra mim”, esse temor pode ser reconhecido, tanto que ele parou de fumar. Ele nos conta que, após a cirurgia que precisou fazer, a médica lhe falou: “Minha especialidade é cortar, se você não parar de fumar, eu vou continuar aqui, pronta para fazer outra cirurgia”. Enquanto isso, Dona Maria disse que “o médico ameaçou me dar a bomba de insulina, fiquei com medo e passei a me cuidar mais”. O que os pacientes mais temem não é morrer, têm medo é de ficar incapacitados. A fala de Dona Lúcia ilustra esse ponto: “Se eu morrer, tudo bem, mas se eu ficar em cima de uma cama, é pior”.

Ao longo dessa convivência com os pacientes diabéticos e suas famílias, constatamos que um elemento central para a inovação do serviço de atenção ao diabético poderia ser a **mudança da compreensão que eles têm da diabetes como doença**. A perspectiva médica entende a diabetes como uma doença, caracterizada pelo mau funcionamento do organismo. As denomináveis “ferramentas” para “consertar” esse problema normalmente são diferentes tipos de terapia



(remédio e informação). Embora muitos pacientes tenham recebido a informação de que precisam mudar seus hábitos para controlar a diabetes e evitar complicações, estes nem sempre acreditam nisso. Às vezes, é preciso “ver para crer”, como reza o provérbio; outras vezes, nem vendo acreditam. Para ilustrar esse aspecto, lembramos o caso do Seu Ronaldo, que não acreditava que “as veias iam entupir rápido de novo” e só parou de fumar quando sentiu na pele que “suas veias entupiram (de novo)” e teve que “ir pra faca (de novo)”. Também evocamos o fato de Dona Maria e Seu Paulo (o marido), que, mesmo sabendo que o cigarro faz mal para a diabetes, saber ilustrado a esses pela morte do pai de Seu Pedro, por complicações da diabetes (ele havia amputado a perna), não deixaram de fumar.

Os diabéticos, por sua vez, ao se enxergarem como doentes e viverem como tais, fazem uso exclusivo do medicamento para melhorar sua condição. Eles não entendem que a alimentação é um ponto crucial para o controle da doença.

Muitos não sabem que a diabetes não tem cura e não entendem por que não melhoram com os remédios. Mas, para os pacientes, o significado de doença não é mau funcionamento. Para eles, doença é entendida como fraqueza, incapacidade. Por se sentirem doentes, não se sentem capazes de trabalhar (nem em casa, nem no mercado de trabalho), ou de realizar outras atividades que requeiram movimento físico, reforçando, assim, o sedentarismo.

O custo dessa interpretação de doença pelos pacientes é alto, seja para o sistema de saúde, seja para a previdência social, seja para as pessoas. Os pacientes deixam de trabalhar e passam a depender da ajuda financeira de terceiros (ONGs, familiares) ou de benefício do INSS para sobreviver. Essa restrição financeira os leva a uma dieta alimentar inadequada, uma vez que os alimentos mais adequados para a sua saúde são que custam mais.

Compreendemos, aqui, que era necessário mudar a percepção das pessoas quanto às associações negativas que o termo doença gerava. Acreditávamos que um caminho importante para seguir na criação do novo serviço era dissociar a diabetes do termo doença e tratá-la como uma condição que afeta a saúde do paciente. Mesmo sabendo que, biologicamente, diabetes é uma doença incurável, precisávamos mudar o entendimento de doença como incapacidade. Queríamos que os pacientes entendessem que essa era uma condição que eles carregariam por toda a vida, e que, se eles não se cuidassem, essa condição poderia prejudicar cada vez mais o seu organismo.

Destacamos dois elementos da experiência dos usuários do serviço de saúde da UBS: atratividade e interatividade. No período observado, o serviço demonstrava pouca atratividade. A linguagem utilizada pelos profissionais da saúde era pouco clara para o paciente, a comunicação impressa pouco direcionada ao seus contextos de vida. Por conta do volume de atendimentos, parecia quanto menos o paciente procurasse o posto, melhor. O serviço não era acolhedor para os pacientes, que por sua vez, só procuravam atendimento quando surgia algum sintoma indicando que algo não estava bem. Desde o momento da marcação, a jornada do paciente era dificultada. O horário de atendimento das 08h as 17h fazia com que apenas os pacientes aposentados ou com problemas de saúde evidentes procurassem o atendimento. A interação do serviço era centrada na relação médico paciente. O médico passava informações para o paciente e este assumia uma posição passiva. Se não entendia o que lhe fora dito, não fazia perguntas para esclarecer as dúvidas. Os pacientes interagiam com outros profissionais da rede SUS, mas não conectavam as

consultas com os diferentes profissionais, nem tinham informações claras o suficiente para passar aos profissionais. O atendimento na rede acontecia em momentos episódicos ao invés de um fluxo contínuo de cuidado com a saúde.

Identificamos como oportunidades para um novo serviço de saúde:

- tornar o fluxo do serviço cíclico ao invés de episódico;
- incluir outros profissionais no cuidado ao paciente portador de diabetes tipo II, numa equipe multiprofissional;
- mudar a percepção de diabetes de uma doença para uma condição. De uma associação à incapacidade e passividade para uma atitude ativa em relação à redução dos danos causados pela diabetes e a manutenção da saúde
- traduzir a informação sobre os cuidados necessários a redução de danos à saúde em uma linguagem acessível ao paciente.

Processo de projeto – momento visualização

A partir dessa compreensão foi elaborado um mapa da jornada do paciente (Figura 2) para apresentar à equipe as principais questões e recomendações levantadas para cada ponto de contato. Essas recomendações foram discutidas e serviram de base para a organização de um workshop de cocriação.

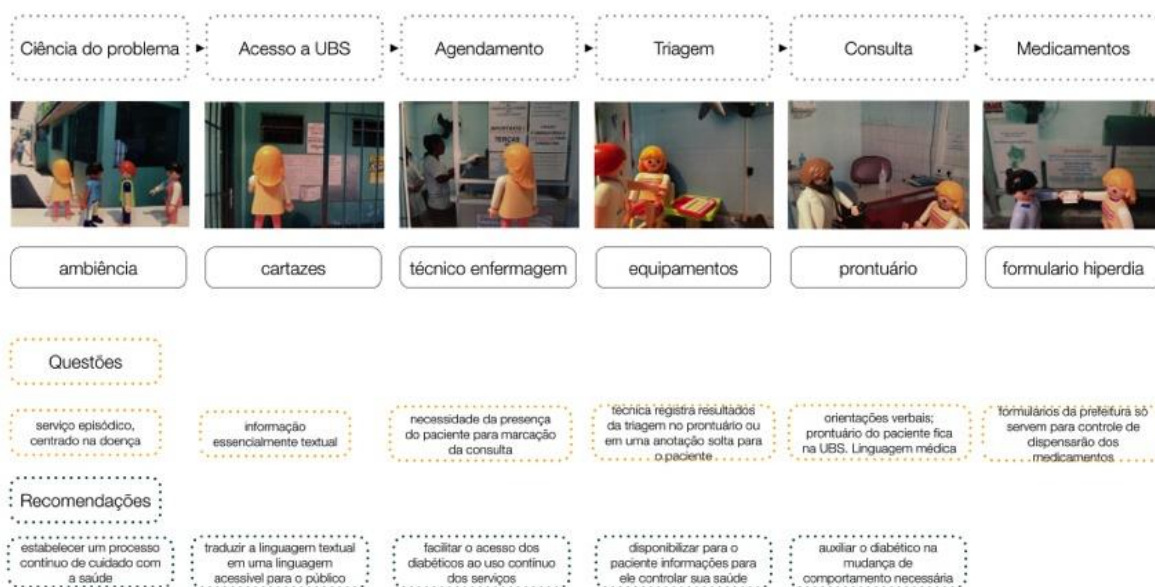


Figura 2: A jornada do paciente diabético na UBS

Fonte: Elaborado pela autora

Na sequência, em conjunto com a equipe da UBS tentou-se mapear a rede de serviços de atenção aos pacientes diabéticos do SUS (Figura 3). No centro do mapa colocamos o usuário dos serviços. No entorno do usuário em três círculos concêntricos para delimitar as ofertas por níveis de baixa, média e alta complexidade. A intenção era compreender como a rede de serviços oferecia valor para os usuários daquela unidade de saúde. Durante a atividade percebemos a dificuldade dos profissionais em apontar todos os serviços da rede que podiam ser ofertados para



lidar com as necessidades do paciente. Identificamos que embora o serviço fosse organizado em rede, as conexões entre os nós do serviço nem sempre eram conhecidas.

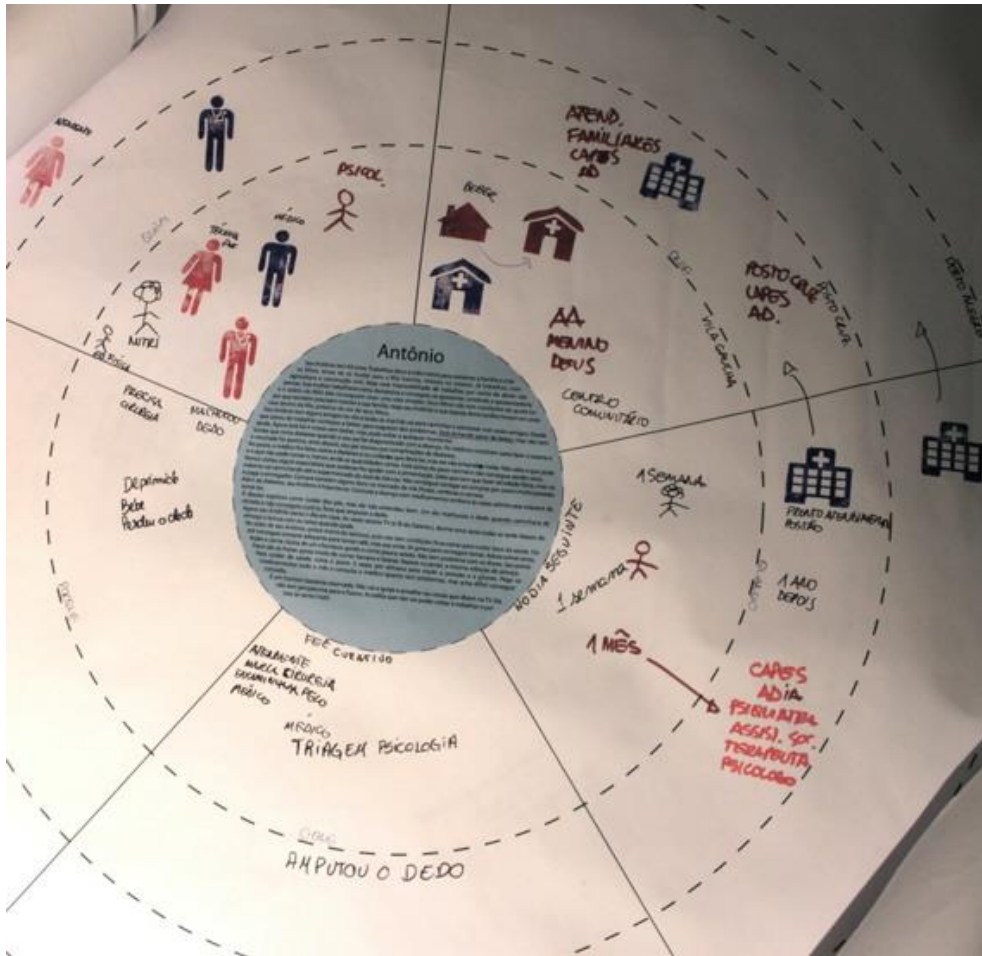


Figura 3: ecologia dos serviços

Fonte: Registrado pela autora

A partir da proposição de Manzini (2011) do design agir como um agente de mudanças, alimentando o processo estratégico com visões e propostas, buscamos nas provocações dos autores Ivan Illich (1973), Trevor Hancock (1993) e Fritjof Capra (2006), inspiração para o desenvolvimento do projeto.

A partir dessas leituras, constatamos que o novo serviço deve partir de uma compreensão sistêmica dos determinantes da saúde, englobando a interação da ecologia humana⁴ com os ambientes natural e cultural (Hancock, 1993). Em outros termos, é possível dizer que a saúde é decorrente da complexa interação de aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nessa concepção sistêmica de saúde, o chamado Sistema de Serviços de Saúde é apenas um dos determinantes da

⁴ O termo surgiu da aproximação do corpo teórico construído pela Ecologia para analisar e compreender o sistema humano dentro do sistema natural (Sena, 1995, p.90). Hancock (1993) nos ensina que uma compreensão ecológica diz respeito aos padrões que conectam cada um dos seres que coexistem em um ecossistema. Acrescenta que esse conhecimento aplicado à condição humana traz um olhar crítico para o entendimento da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável.

boa condição de saúde. Para isso, precisa não apenas dos conhecimentos das ciências físicas (ligados à biologia humana), mas também das ciências sociais (ligados ao comportamento humano). Outro determinante para uma boa saúde é o estilo de vida adotado pelas pessoas, que inclui os aspectos ligados ao comportamento e ao ambiente psicológico, social e econômico em que elas estão inseridas. As condições de trabalho, por seu turno, são outro determinante da saúde que relaciona tanto os aspectos físicos do local de trabalho quanto aspectos do ambiente psicológico, social e econômico que o caracterizam.

Além disso, o novo serviço não deveria depender apenas da prática médica, mas precisa devolver à comunidade a responsabilidade do cuidado com a saúde. De acordo com Illich (1973; p.13) este passo é necessário pois, à medida que o cuidado com a saúde foi entregue para os profissionais de medicina, “a saúde se tornou uma mercadoria dentro de uma economia em desenvolvimento” e a “população aprendeu a sentir-se doente e a ser atendida de acordo com as categorias em moda nos círculos médicos”.

Um novo modelo de serviços que considerar esses pontos, pode trazer uma contribuição importante para o sistema público de saúde, no caso das chamadas “doenças da civilização, relacionadas à prosperidade e à complexidade tecnológica, às atitudes estressantes, às dietas muito ricas, à vida sedentária, ao abuso de drogas e à poluição ambiental, pois amplia o conceito biomédico de doença para um conceito holístico e ecológico de saúde” (Capra, 2006; p. 131). Por meio desse novo modelo, torna-se possível promover uma transformação cultural, pela reeducação maciça do público em direção a uma mudança em seu sistema de valores.

Neste sentido, uma das mudanças neste modelo de serviço deve ser a compreensão da saúde como um estado do organismo que só pode ser conservado pelo comprometimento das pessoas. Para tanto, é necessário desenvolver ferramentas que possibilitem às pessoas a estabelecer outro tipo de relação com seus hábitos, com o ambiente onde vivem e com os profissionais que o assessoram na conservação da saúde.

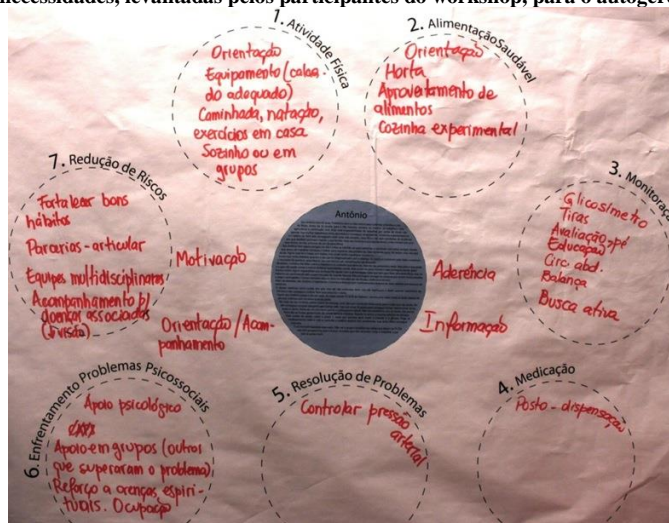
A partir dessas premissas, para a configuração do sentido a ser dado para o novo serviço, inicialmente, realizamos a configuração do cenário de projeto. Este é uma representação sintética do conjunto de informações e ideias adquiridas previamente sobre o assunto abordado. O cenário busca representar a complexidade do problema de projeto, considerando uma perspectiva ecológica do contexto que o envolve. A configuração de cenário consiste em um conjunto de diretrizes que guiam o projeto do novo serviço, tendo em vista tanto os comportamentos passados, quanto as tendências que podem influenciar o futuro do serviço. O cenário tem por característica ser um instrumento de visualização e suporte para a geração de visões de projeto. A base da definição do cenário futuro para o projeto do serviço foi a nossa leitura de diabetes como : “uma condição que afeta o estado de saúde do indivíduo, caso ele não consiga controlá-la”. Esta possibilitava um caminho inovador para o desenvolvimento do projeto: um serviço voltado à manutenção da saúde e não ao controle da doença. Nesse cenário, não estaríamos projetando um serviço para doentes que precisavam de cuidados, mas um serviço para pessoas com saúde, que precisavam de auxílio para mantê-la. Aqui, percebemos que o termo paciente não ajuda a expressar o papel que imaginávamos que as pessoas deveriam desempenhar para o controle da diabetes. As pessoas precisavam ser agentes ativos na busca pela conservação do seu estado de saúde, monitorando constantemente os sinais que o organismo emite para avisar que algo não está

bem. Constatamos, igualmente, que não poderíamos usar o termo agente para denominar os pacientes diabéticos, pois é um termo adotado, pelo Ministério da Saúde, para designar os profissionais de saúde (os agentes comunitários de saúde) que fazem uma busca ativa pelos “pacientes” em uma dada comunidade. A partir desse momento, assumimos chamá-los, simplesmente, de diabéticos.

E então, convidamos diferentes atores da comunidade para participarem de uma atividade de design colaborativo para gerar ideias para o novo serviço. Para organizar a discussão sobre devolver a comunidade a responsabilidade do cuidado com a saúde, foi entregue uma folha A0, a qual continha impressos os sete indicadores para o autocuidado da diabetes, propostos pela Sociedade Americana de Diabetes (Grossi, 2009), quais sejam: (1) realização de atividade física, (2) alimentação saudável, (3) monitoração, (4) medicação, (5) enfrentamento dos problemas psicossociais, (6) prevenção de complicações agudas e (7) prevenção de complicações crônicas. A partir disso, solicitamos que os participantes escrevessem, para cada um dos indicadores, o que as pessoas da comunidade precisavam para conseguir gerenciar a sua condição de diabético.

A Figura 4 ilustra o trabalho de identificação de necessidades desenvolvido pelos dois grupos pelos participantes.

Figura 4: síntese das necessidades, levantadas pelos participantes do workshop, para o autogerenciamento da diabetes



Fonte: Registrado pela autora

Após a identificação das necessidades de ações a serem feitas para controlar a diabetes, os participantes deveriam gerar ideias de novos serviços para atendê-las. Para tanto, usamos como suporte de ideação “cartas” (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**), em que eles poderiam inserir suas ideias ligadas a novos papéis, espaços, processos e a novas interfaces, novo tempo, novos atores. As ideias partiram do entendimento comum da necessidade de uma mudança de lógica para o serviço de saúde: o estabelecimento de uma parceria com a comunidade, na qual ela fosse a protagonista no cuidado com a diabetes.

Figura 5: fichas de ideação



Fonte: Registrado pela autora

Após a atividade de ideação, a equipe de designers se reuniu para formalizar um conceito para o novo serviço (Figura 6). Estabelecemos como diretrizes de design para o serviço:

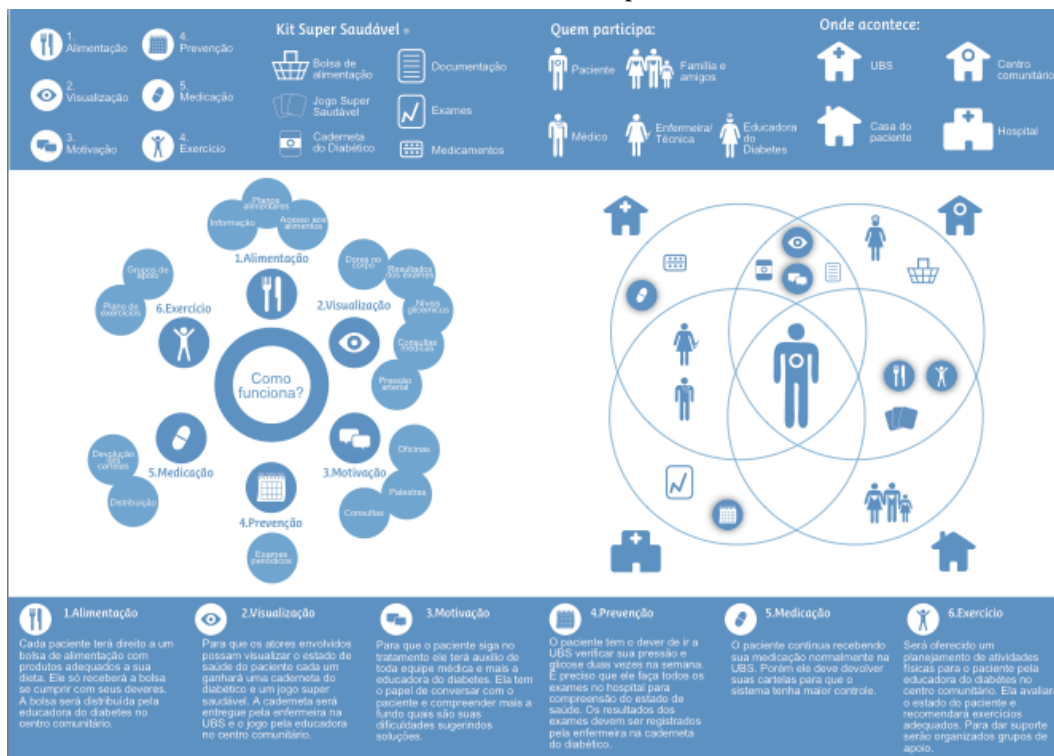
- tornar as informações sobre a saúde do paciente compreensíveis a ele e compartilháveis com os profissionais da rede;
- educação em saúde para empoderar o paciente a saber agir a partir da informação que recebe;
- facilitar o acesso contínuo ao serviço
- fortalecer trabalho em equipe;
- atendimento empático;
- envolver familiares;

Entendemos que a educação devia ser o pilar para o autogerenciamento da diabetes. Ainda, que o novo serviço deveria estimular uma maior participação da comunidade, não se fixando apenas na Unidade Básica de Saúde. Ainda, as pessoas que interagissem com os diabéticos na entrega do serviço deveriam ser empáticas e atenciosas; deveriam ter uma postura profissional ética e respeitosa; e, principalmente, deveriam saber ouvir os diabéticos e ensiná-los, por meio do seu bom exemplo. Além disso, o serviço deveria valer-se de dispositivos de comunicação que ajudassem o diabético a entender seu estado de saúde.

Identificamos a necessidade de inserir um novo profissional na equipe de atendimento dos diabéticos, especializado em educação em diabetes: um educador da diabetes. Esse profissional realizará um planejamento de mudança de atitudes, em conjunto com o diabético, no que diz respeito aos hábitos alimentares, à atividade física e ao uso da medicação. Ele articulará o cuidado ao diabético em toda a rede SUS e acompanhará o diabético nessa trajetória. Ele será responsável por tornar visível ao diabético a sua progressão no controle da doença e irá motivá-lo a continuar no novo plano de vida.

Figura 6: proposição de valor do serviço

Fonte: Elaborado pela autora



Considerações Finais

Neste artigo apresentamos um processo de desenvolvimento de serviços de saúde, por meio da aplicação das competências de design, com intuito de discutir sua contribuição para a inovação social dos serviços públicos de saúde brasileiros. Para tanto, usamos o método de projeto experience based design como um caminho para o desenvolvimento de novos serviços de saúde. O método pressupõe que o designer compreenda o contexto do projeto, a partir da experiência dos usuários e que também os inclua no processo de geração, desenvolvimento e experimentação de ideias.

Para esse fim, identificamos como um problema de projeto as doenças crônicas, pois seu tratamento requer, primordialmente, uma mudança de estilo de vida, mais que uma terapia medicamentosa. Esse foco estava alinhado a nova política nacional de humanização do SUS que buscava qualificar a gestão e a atenção da saúde a partir da “construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção da saúde (Brasil, 2004).

Compreendemos que a cultura de design pode contribuir para o redesenho do Sistema de Saúde de forma a alcançar o objetivo de qualificação e humanização. Entendemos que a política estabelece uma diretriz e os serviços de saúde devem encontrar formas de redesenhar seus serviços para atender-las. Do ponto de vista do design, essa política é um briefing que precisa ser interpretado trabalhado metodologicamente para alcançar resultados eficazes, eficientes para o Estado e úteis, usáveis e desejáveis pelos cidadãos. A abordagem projetual experience-based

design mostrou-se adequada para propor um novo conceito de serviço de saúde, atendendo as diretrizes estabelecidas pelo Estado. A partir da compreensão vivência dos pacientes e dos profissionais de saúde (ambos usuários do sistema) foi possível identificar oportunidades de mudança da lógica do serviço e gatilhos que poderiam influenciar essa mudança. O principal deles diz respeito a linguagem do serviço, que precisou ser adequada ao contexto de vida dos pacientes para que eles se sentissem responsáveis pela produção da sua saúde.

As atividades de codesign presentes no método possibilitaram que a rede de valor envolvida no cuidado com a saúde do diabético compartilhasse seu conhecimento e encontrasse um caminho para a evolução do serviço. Os papéis de facilitador, comunicador, pesquisador, cocriador (Tan, 2009), visualizador e visionário Manzini (2011) do design foram essenciais para que isso ocorresse. Embora os participantes tivessem contato frequente com os pacientes, desconheciam o seu ponto de vista em relação aos serviços. As pesquisas realizadas pelos designer permitiram aos participantes empatizarem com o usuário do serviço e então, remodela-lo.

Como proposto por Ramirez e Mannervik (2008) identificamos que o design mais do que projetar as interfaces e as interações do serviço, ele mapeia o conjunto de atividades que caracterizam um processo de cocriação de valor, tornando-o visível para o conjunto de atores envolvidos no processo. E como proposto por Manzini (2011) o designer vislumbra novos caminhos para a evolução do serviço e desenvolve plataformas que habilitam as relações e interações ocorrerem.

De acordo com os profissionais do posto de saúde, o novo serviço trouxe um outro olhar sobre as doenças crônicas, pressupondo um novo fluxo de atendimento. Nesse fluxo, o diabético deixou de procurar o posto apenas para casos de doença e passou a frequentá-lo para monitorar a sua saúde.

Referências

- Bate, P; Robert, G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. **Quality and Safety in Health Care**, v.15, n.5, Oct 1, p.307-310. 2006.
- Bate, Paul; Robert, Glenn. **Bringing User Experience to healthcare improvement** Abingdon: Radcliffe Oxford, 2007. 207 p.
- Brasil, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora MS. Serie textos básicos, 2004.
- Burns, Colin;Cottam, Hilary;Vanstone, Chris; Winhall, Jennie. **Transformation Design**. London, 2006
- Cain, John. *Experience based design* : toward a Science of Artful Business Innovation. **Design Management Journal**, v.9, n.4, Aug 24, 1998. p.10-16.
- Capra, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix. 2007
- Cipolla, Carla; Manzini, Ezio. Relational Services. **Know Techn Pol**, v.22, n.1, Mar 24, 2009. p.45-50.
- Cottam, H; Leadbeater, C. **Open Welfare designs on the public good**. London, 2004.
- Evenson, Shelley. Theory and Method for Experience Centered Design. Jan 21, p.3, 2006.



- Geertz, Clifford. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989
- Grossi, Sonia. Indicadores de Resultado em educação em diabetes. **Anais XVII Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes - Simposio 12 - Educação e Saúde Pública**. Fortaleza, 2009
- Hancock, Trevor. Theories of Health and Environment. In: P. Timmerman (Ed.). **Encyclopedia of Global Environmental Change**. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., v. 5: Social and Economic Dimensions of Global Environmental Change, 2002. p.492-502
- IDEO. **Human Centered Design Toolkit**, 2009
- Illich, Ivan. **A convivencialidade**. Lisboa: Europa-America. 1976
- Krippendorff, Klaus. Design Centrado no Humano: uma necessidade cultural. **Estudos em Design**, v.8, n.3, 2000. p.12.
- Manzini, Ezio. **Design for sustainability. How to design sustainable solutions**. Workingpaper. Jan , 2007. 13p
- Manzini, Ezio. Introduction to design for services. In: Meroni, Anna; Sangiorgi Daniela. **Design for services**. Surrey: Gower. 2011
- Meroni, Anna; Sangiorgi Daniela. **Design for services**. Surrey: Gower. 2011
- Moritz, Stefan. **Service Design: practical access to an evolving field**. Köln International School of Design, University of Applied Sciences Cologne, 2005. 125 p.
- Normann, Richard; Ramirez, Rafael. Designing interactive strategy. **Harvard Business Review**, n.july-august, Jan 1, 1993. p.65-77.
- Porter, Michael. **Vantagem competitiva : criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1980. 512 p.
- Ramirez, Rafael; Mannervik, Ulf. Designing value-creating systems. In: Kimbell; L.; Seidel, P. (Ed.). **Designing for services - Multidisciplinary Perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology-based enterprises**. Oxford: University of Oxford, 2008. p.35-37
- Sangiorgi, Daniela. **Building Up A Framework For Service Design Research** 8 European Academy Of Design Conference. The Robert Gordon University.Aberdeen, Scotland. 1, 2 & 3 April, 2009. 6 p.
- Stringer, Ernest T. **Action Research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007
- Tan, Lauren. Dott 07: Seven 'new' roles designers are playing in public life. **Design Phd Conference: Sustainability, Innovation and Design**. Lancaster: Lancaster University, 2009.
- Yee, Joyce S R;Tan, Lauren; Meredith, Phillip. The emergent roles of a designer in the development of an e-learning service. **First Nordic Conference on Service Design and Service Innovation**, 2009. 9 p.
- Zwiers, Marcel. Dutch Design. A time for a new definition. **Touchpoint**, v.1, n.1, 2009. p.16-19

Sobre o autor

Doutora em Design pela PUC-Rio, atua como professora e pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Faz parte do grupo de pesquisa Design Estratégico para a Inovação Cultural e Social, com o foco de pesquisa em Design de Serviços para a Inovação Social. Faz parte do Unisinos Desis Lab, que pertence a Rede Desis de Escolas de Design para a Inovação Social
kmfreire@unisinos.br