

3.

Design de Serviços de Saúde: a observação da experiência inglesa no National Health System

3.1.

Breve contextualização do projeto “Design in Practice”

Aqui, descreverei o resultado das pesquisas que realizei durante minha participação no projeto *Design in Practice*. Esse resultado é fruto de análise documental e dos registros de observação participante durante as reuniões de pesquisa.

O projeto “*Design in Practice: Change and Flexibility in Healthcare Providers*”, foi desenvolvido pelas pesquisadoras da Universidade de Lancaster Daniela Sangiorgi, Valerie Carr, Rachel Cooper, Sabine Junginger, Monika Büscher, do grupo de pesquisa Imagination Lancaster²³. Todas as pesquisadoras, à exceção de Monika, são designers de formação e têm por foco de estudo os temas design de serviços e gestão do design. Monika é da área das ciências sociais e o foco de seus estudos é relação da videoetnografia e o design.

O projeto é fazia parte de uma pesquisa mais ampla, patrocinada pelo grupo *HaCIRIC – Health and Care Infrastructure Research and Innovation Centre*, com o objetivo de melhorar a forma pela qual a infraestrutura de saúde havia sido projetada, concebida e gerenciada no nível local, e com isso possibilitar mudanças nos serviços.

O objetivo do projeto *Design in Practice* era compreender como o conhecimento do design de serviços poderia apoiar a nova estrutura Practice Based Commissioning (PBC) no redesign dos serviços prestados pelos General Practices (médicos de família). Em colaboração com a Universidade de Salford, a equipe de pesquisadores da Universidade de Lancaster estava explorando como implementar a nova abordagem. A pesquisa — que interpretava as atividades do PBC como um processo de (co)design — foi orientada pelas seguintes questões: 1) Como os GPs estavam implementando os PBC? 2) Como eles aplicavam o seu

²³ Ele é apresentado como um laboratório de pesquisa criativo que imagina futuros para pessoas, produtos, lugares e sistemas.

conhecimento no design de novos sistemas de saúde e novas instalações? 3) Que habilidades criativas e/ou de design poderiam tornar esse novo papel mais efetivo?

A pesquisa foi conduzida em três níveis principais:

- *NW Strategic Health Authority*: sobre como o PBC foi implementado, com um interesse especial na diversidade dos modelos de governança, suporte e colaboração;
- *PBC groups*: sobre como os grupos PBC reprojavam os serviços na prática;
- *Medical practice level (GP)*: sobre como a equipe médica, em suas atividades diárias, reprojava seus serviços.

Logo após essa primeira explanação do projeto, ficou claro para mim que uma das principais características do design de serviços é compreender o contexto no qual o projeto será implementado. Acredito que o leitor, assim como eu, não tenha entendido nenhum dos termos apresentados nos objetivos. Também ficou claro neste momento, que para inovar, é preciso conhecer as soluções já encontradas para lidar com questões semelhantes. Assim, para participar ativamente do trabalho e avaliar a contribuição do campo do design de serviços para o sistema público de saúde, eu devia conhecer a evolução das políticas públicas e das estratégias pelas quais o sistema passou ao longo dos seus 62 anos de existência. Por isso, logo no primeiro mês pesquisei sobre o NHS até obter uma compreensão necessária para dialogar com os pesquisadores e pesquisados. A seguir descreverei a estrutura do sistema nacional de saúde inglês²⁴.

3.2.

Sobre o Sistema de Saúde Inglês – National Health System (NHS)

Minha primeira constatação sobre o Sistema de Saúde Inglês foi que ele não é unificado em todo o Reino Unido, sendo sua gestão diferenciada na Escócia, no

²⁴ Não explorarei a evolução das políticas públicas e as estratégias dos diferentes governos ingleses pelo fato de elas não serem diretamente pertinentes à discussão desta tese.

País de Gales e na Irlanda do Norte. A partir dessa constatação, delimito o meu estudo ao NHS²⁵ da Inglaterra.

O NHS é financiado pelo governo inglês, e possui numerosos pontos de acesso espalhados por todo o país e fornece cuidados médicos gratuitos a toda a população. Em 1948, ao ser criado, logo após a Segunda Guerra, herdou um conjunto de edificações hospitalares dizimadas pelos bombardeios e uma população com doenças agudas resultantes das condições daquele ambiente. Por isso, precisou estruturar seus serviços de saúde com foco no diagnóstico, tratamento e eliminação de doenças agudas — tais como difteria, pólio e tuberculose. Seu objetivo era fornecer acesso equitativo aos cuidados com a saúde aos trabalhadores, independentemente da renda ou da localização geográfica na Inglaterra, ampliando o escopo do acesso à saúde às esposas e aos seus filhos (que já acessavam o sistema de cuidado pelo *National Insurance Act*).

Em sua origem, os serviços públicos de saúde foram criados a partir das premissas fordistas (à época, modelo econômico vigente de organização da produção), segundo as quais a divisão do trabalho e o conhecimento especializado levariam a uma produção de valor mais eficaz para atender às crescentes necessidades da população. Ou seja, o NHS nasceu sob o paradigma fordista de criação de valor, no qual os pacientes entravam no sistema com uma doença e cabia aos médicos — com seu conhecimento especializado — lhes proporcionar um tratamento que os devolvesse saudáveis à sociedade. O foco principal da medicina, era aplicar um conhecimento especializado que curasse as doenças — desse ponto de vista, a cura significava que o valor do serviço havia sido entregue e que o paciente poderia retornar à vida normal.

Hoje, o sistema é amplamente utilizado no Reino Unido e apenas 8% da população optam pelo setor privado (Carr et al., 2009).

3.2.1.1.

Anatomia do NHS

O NHS é uma organização vinculada ao Department of Health (DH). Desde sua criação, a estrutura do NHS foi dividida em três áreas: (1) serviço

²⁵ A sigla NHS refere-se ao Sistema Nacional de Saúde — National Health System — e será recorrentemente usada ao longo desta tese.

social (*social care*), cuja prestação é de responsabilidade dos governos locais²⁶; (2) serviços de atenção primária, cuja prestação é de responsabilidade dos *General Practitioners* (GPs – um clínico geral); e (3) serviços de atenção secundária cuja prestação é de responsabilidade dos hospitais.

A Figura 8 ilustra a organização dos serviços prestados pelo NHS.

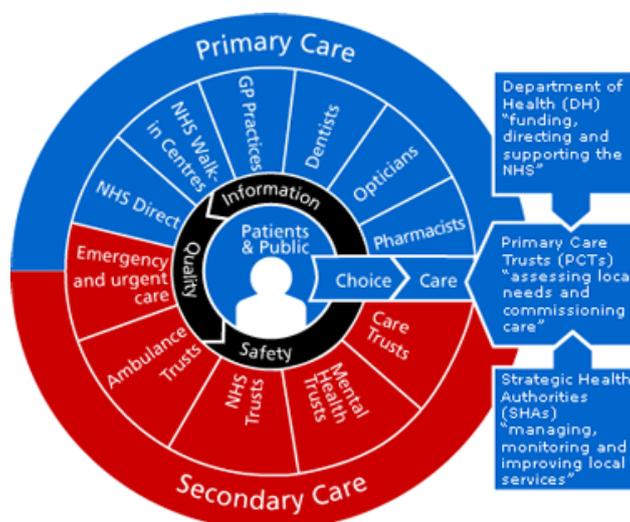


Figura 8: Estrutura do NHS.

Fonte: About NHS. Disponível em:

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>. Acessado em março 2010.

Na figura, podemos ler os objetivos de três organizações que fazem parte desse do sistema público de saúde: (1) Department of Health, que é responsável por financiar, dirigir as ações e apoiar o NHS; (2) Strategic Health Authorities, que são responsáveis por gerenciar, monitorar e melhorar os serviços locais; (3) Primary Care Trusts (PCT), que são responsáveis por avaliar as necessidades locais e especificar, comprar e monitorar a entrega dos serviços para atender a essas necessidades;

A estrutura de governança desse sistema, que orienta a operacionalização das estratégias descentralizadas de saúde, está dividida em dez *Strategic Health Authorities* (SHAs). Cada uma das SHA tinha por responsabilidade supervisionar todos os *NHS Trusts* da sua área: *Hospital* (ou *Acute*) *Trusts*, *Ambulance Service Trust*, *Care Trust*, *Mental Health Service Trust* e *Primary Care Trust*.

²⁶ Acho importante apresentar o termo em inglês *local authorities*, uma vez que as estruturas dos governos locais podem ser um pouco diferentes da nossa, centrada nos municípios — elas podem estar centradas no condado (*county*), na cidade (*city*), nos distritos (*district*), e em burgos/subprefeituras (*boroughs*).

Os serviços de atenção primária – *Primary Care Trusts* (PCT) – são responsáveis pelo primeiro ponto de contato da maioria das pessoas com o sistema de saúde e por gerenciar o orçamento alocado pelo Department of Health para a população da área em que o PCT estava inserido. O orçamento cobre os pagamentos dos clínicos gerais e dos dentistas, os custos de todos os serviços hospitalares e de saúde mental, além de qualquer campanha de saúde pública local.

O projeto “*Design in Practice*” estava focado na *North West Strategic Health Authority* (NW SHA), mais especificamente delimitado aos PCTs de North Lancashire, Stockport, Ashton, Leigh and Wigan (distritos inserido na área 5 da Figura 9.)²⁷

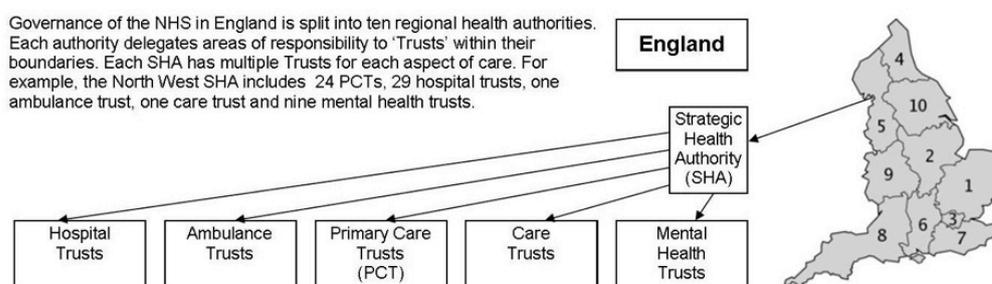


Figura 9 A estrutura do NHS na Inglaterra.
Fonte: Carr *et al* (2009)

Os serviços de atenção secundária, sejam eles agudos ou eletivos, – *Acute Trusts* (também conhecidos por *Hospital Trust*) – são prestados pelos hospitais.

Os outros pontos de contato do sistema são responsáveis pelos atendimentos de emergência (*Ambulance Service Trust*), serviços de saúde apoiados por assistência social (*Care Trust*) e serviços especializados em cuidados de problemas mentais (*Mental Health Service Trust*).

O NHS tem-se envolvido em uma grande transformação para acompanhar as mudanças em nossa sociedade. Tal atitude é impulsionada pela necessidade de modificar antigos modelos hierárquicos e paternalistas e implantar um moderno sistema de saúde, aproximando os cuidados das casas das pessoas, construindo

²⁷ Estabelecendo um paralelo entre o sistema inglês e o brasileiro seria como estudar as estratégias de saúde definidas pelo governo apenas para os municípios da região Sudeste (ou seja, é uma estratégia que envolve a articulação de diferentes governos estaduais). Guardadas as devidas proporções geográficas, políticas e populacionais, estudar os projetos da North Lancashire seria comparável a estudar os consórcios formados pelas secretarias de saúde da Região Norte do estado do Rio de Janeiro.

serviços em torno das necessidades dos pacientes e implementando serviços radicalmente novos. Para tanto, o NHS criou o NHS Institute for Innovation and Improvement (NHSi) para promover a mudança organizacional necessária e para realizar o redesign dos seus serviços. Ao considerar necessário encontrar uma abordagem melhor para promover uma mudança em torno das necessidades dos pacientes, o NHS identificou a “ciência do design” emergindo como “um tema principal na pesquisa organizacional, e em alguns trabalhos nas literaturas americanas e europeias” (Bevan et al., 2007). O design foi identificado pelo NHSi como “uma abordagem abrangente para a solução de problemas e a transformação” (p. 138), no qual aplicou os métodos de design focados nas experiências dos pacientes (*experience based design*); Em 2005, com o apoio da consultoria IDEO, os membros do NHSi desenvolveram um modelo de trabalho baseado no processo de inovação de design. A partir disso o NHSi organizou uma série de *workshops* de treinamento e projetos-piloto para apoiar a adoção da abordagem *experience based design* em maior escala. Seu principal objetivo é mudar o sistema e a cultura do NHS a partir de um núcleo interno, introduzindo uma abordagem mais centrada no fator humano para promover a inovação.

3.2.1.2.

Processo de modernização do NHS

O foco para a modernização do sistema de saúde era projetá-lo a partir do paciente. No entanto, críticos ressaltavam a necessidade de haver uma mudança nas características da saúde do Reino Unido, recomendando envolver completamente a população para mudar o foco de um sistema que trata de doenças (*national sick service*) para um sistema que busca preveni-las (*national health service*). A questão principal que norteava os esforços de inovação do sistema era: a redução de seus custos de operação em £1 bilhão no período entre 2006 e 2016 (The Kings Fund, 2010).

Um dos caminhos para atingir esse objetivo foi inserir os pacientes e seus acompanhantes no cerne das estratégias do sistema, o que aproximou os profissionais do design como colaboradores.

Assim, a visão gerada para o NHS do século XXI foi: “um NHS que dá aos pacientes e ao público mais informação e escolha, trabalha em parceria e tem a qualidade do cuidado no seu cerne” (Department of Health, 2000).

Com isso em pauta, o NHS reavaliou o papel dos médicos na inovação do sistema, visto que estes estão mais direta e frequentemente em contato com os pacientes. O governo então criou uma nova estrutura organizacional, o *Practice Based Commissioning* (PBC), para dar aos médicos locais (GPs) a oportunidade de combinar recursos (por meio da formação de consórcios PBC, compostos por grupos de GPs), permitindo-lhes responder melhor às necessidades locais de saúde, fornecendo novos serviços específicos para os seus contextos.

Por meio dos PBCs, o governo esperava que os cidadãos:

- tivessem maior variedade de serviços disponíveis para as suas necessidades de saúde;
- estivessem aptos a obter um tratamento mais próximo das suas casas e mais conveniente;
- estivessem envolvidos no processo de decisão, se assim o desejassem;
- recebessem serviços mais eficientes;
- e que as pessoas da linha de frente (médicos e enfermeiros locais) estivessem mais envolvidas na organização do serviço de saúde em benefício dos cidadãos.

O processo chamado Public and Patient Engagement (PPE) seria responsável por envolver os cidadãos nas decisões do PBC. Do ponto de vista do design de serviços, a nova estrutura permitia o desenvolvimento de novos serviços públicos a partir das comunidades locais, adaptados às suas necessidades e, de certa maneira, transformava os médicos em “designers de serviços”.

3.3.

Mergulhando no projeto design in practice

Após uma breve contextualização do NHS, retomei minha participação no projeto. Ao entrar no projeto, fui inserida no nível da pesquisa, voltado à prática médica (GP), realizada em clínica médica de uma cidade litorânea do distrito de Lancaster, no condado *Lancashire*, com 34 mil pacientes registrados. A pesquisa foi conduzida por meio da observação participante nos encontros promovidos

pelos GPs com os pacientes, da realização de entrevistas e de pequenas intervenções de design. Sempre fui apresentada aos participantes como uma estudante de doutorado brasileira que buscava descobrir como as práticas desenvolvidas na Inglaterra poderiam contribuir para o sistema de saúde brasileiro, e todos foram muito receptivos e colaborativos. A seguir, descrevo os resultados deste projeto de pesquisa

Caracterização do contexto local de pesquisa: os serviços de saúde de atenção primária são prestados por clínicas de médicos de família (GPs), dentistas (*Dental Care*), optometristas e oftalmologistas (*Eye Services*), farmacêuticos (responsáveis pelo fornecimento de medicamentos prescritos por médicos ou não), *NHS walk-in centres* (onde enfermeiros recebem pacientes machucados e com doenças simples, em atendimento rápido e horários convenientes), *NHS Direct* (linha de atendimento telefônico, por meio do qual as enfermeiras passam informações e recomendações sobre saúde, autotratamento ou indicam ao paciente o serviço mais adequado) e *Care Trusts* (combinação de serviços de saúde e assistência social). Os médicos GPs não são funcionários do NHS: eles são profissionais terceirizados, pagos pelo PCT por serviço prestado.

A *Clinica Médica* foi formada em abril de 2005 a partir da fusão de quatro GPs da cidade litorânea que aqui chamarei de X²⁸. Havia cerca de 12 mil pacientes em dois GPs e 22 mil nos outros dois GPs. A fusão resultou em uma grande unidade de saúde, com quatro localizações diferentes, com uma lista de 34 mil pacientes, sendo um dos 10 maiores GPs da Inglaterra. Hoje conta com uma clínica médica e dois centros de saúde.

Grande número de pacientes provém de áreas de muito pobres, onde há grande concentração de pessoas com necessidades complexas de saúde e problemas de vícios. A equipe dos GPs é formada por médicos generalistas, enfermeiros pós-graduados, auxiliares e técnicos de enfermagem, administradores, recepcionistas, além de outros profissionais de saúde, tais como *District Nurses*²⁹, *Health Visiting Team*³⁰, *Community Midwives*³¹, *Primary Care Support*

²⁸ O nome da cidade será omitido como forma de preservar a identidade da Clínica médica.

²⁹ Enfermeiras encarregadas de fornecer cuidados de enfermagem em domicílio.

³⁰ Equipe de enfermeiros especializados em cuidados pediátricos, que podem ajudar as famílias das crianças, bem como a população em geral, a manterem-se saudáveis. Seu trabalho é direcionado às mães, bebês e crianças, e inclui vigilância da saúde infantil, vacinação e acompanhamento das condições gerais de saúde. Esses profissionais podem visitar os pacientes em casa.

Pharmacist³². Esses profissionais realizam diversos serviços de saúde — tais como: consultas médicas, atendimento de doenças crônicas, exames rotineiros, exames de sinais vitais, ginecológicos, eletrocardiogramas, planejamento familiar, imunizações, aconselhamento em dietas, exercícios e cessação de fumo — e prestam informações sobre cuidados com saúde para viagens ao exterior, entre outros.

O primeiro passo para utilizar os serviços de saúde é fazer o registro no GP, apresentando dados pessoais como nome, endereço e telefone. A indicação é para que as pessoas se registrem no GP mais próximo de sua residência³³.

Ao registrar-se, será solicitado ao usuário que realize exames rotineiros com um enfermeiro. Sempre que precisar ser atendido, o paciente deverá marcar consulta pessoalmente ou por telefone, podendo — em alguns casos — escolher o médico ou o enfermeiro que o irá atender, de acordo com a disponibilidade de agenda dos profissionais. Se alguém precisa de um atendimento urgente, deverá informar ao recepcionista do GP o seu estado de saúde, e, se este julgar procedente a solicitação, a pessoa será atendida no mesmo dia.

Em caso de emergência, o usuário pode ser atendido rapidamente por um médico dentro do período de um turno de trabalho; ou em até cinco dias em outros casos. Se o médico acreditar que a pessoa está muito doente para se deslocar ao consultório, ele pode visitá-la em casa. No caso das consultas agendadas, o paciente precisa chegar antes do horário marcado e se apresentar na recepção; se ele não puder comparecer, deve desmarcar a consulta. Caso chegue mais de 10 minutos atrasado, ele será atendido ao final das consultas do turno, para não prejudicar as outras pessoas. Há um comprometimento da equipe em atender as pessoas no horário agendado, mas é previsto um tempo de espera máximo de trinta minutos, após o qual o paciente recebe explicações sobre o atraso.

As consultas rotineiras duram cerca de 10 minutos. O médico local presta a maior parte dos cuidados de saúde, sendo ele quem decide quando uma pessoa

³¹ Tratam-se de parteiras que prestam cuidados pré-natais, no parto e após o nascimento da criança.

³² Esses profissionais têm por responsabilidade informar a equipe e os pacientes sobre os medicamentos. Discutem a adaptação destes ao organismo do paciente, atendendo em clínicas de revisão de medicação para avaliar possibilidades de trocas de medicamentos que reduzam efeitos colaterais.

³³ Devo salientar que, como o meu tipo de visto não previa o uso do sistema de saúde (porque eu ficaria menos de seis meses na Inglaterra), aqui meu relato será tanto sobre as informações que me foram prestadas pelos profissionais quanto sobre aquelas disponíveis na Internet.

precisa consultar um especialista ou se deve se deslocar a um hospital. No Reino Unido, todos esperam para ser consultados por esses especialistas. Em alguns consultórios da Inglaterra, o paciente recebe um livro azul chamado *Patient Held Record*, onde suas informações médicas são registradas. É responsabilidade do paciente mantê-lo e levá-lo às consultas. Nessa *Clínica médica* está sendo implantado um projeto-piloto de acesso aos registros de saúde chamado de *Online Electronic Health Record*, que possibilita aos pacientes o acesso às suas informações médicas onde quer que eles estejam.

Caso o paciente necessite usar medicamentos, deverá comprá-los. O custo de um *Prescription prepayment certificates* é de £7.20³⁴ por item. Alguns medicamentos são gratuitos (como, por exemplo, pílulas anticoncepcionais, remédios para o tratamento de tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis, e outros administrados em hospitais ou por médicos). E, independentemente do problema de saúde, algumas pessoas podem recebê-los gratuitamente: se tiverem mais de sessenta ou menos de 16 anos, se estudarem em turno integral dos 16 aos 18 anos, se estiverem grávidas ou tiverem bebês com menos de um ano, se possuírem uma condição médica específica ou uma deficiência que as impeça de sair de casa; ou, ainda, se tiverem baixa renda.

Observação/ação: para compreender o funcionamento da *Clínica médica*, a equipe de pesquisadores realizou uma série de atividades: 1) observações dentro e fora das instalações físicas, nas três unidades, com registro fotográfico e em vídeo sobre as pessoas que viviam na região; 2) participação em duas consultas médicas, fazendo registros e, ao final da consulta, conversando com os pacientes para conhecer as condições do paciente; 3) apresentação do projeto de pesquisa à equipe administrativa das três unidades; 4) visitas aos pacientes crônicos com a Community Matron³⁵; 5) entrevistas com médicos, com a administradora da unidade, o gerente de RH, funcionários e gerente de serviço de apoio ao paciente; 6) participação em reuniões da equipe de atendimentos não agendados; 7) observação e discussão com recepcionistas, enfermeiros e médicos sobre os novos protocolos de atendimentos não agendados.

³⁴ O equivalente a cerca de 19 reais em maio de 2011.

³⁵ A Community Matron é responsável por casos de pessoas com necessidades complexas, com várias doenças crônicas (*long term conditions*), que gerencia e unifica os cuidados, oferecendo aos pacientes um plano personalizado, coordenando os diferentes serviços, garantindo assim a continuidade do cuidado para as pessoas mais vulneráveis em risco.

Inicialmente buscamos identificar as características associadas ao público da clínica médica. Naquele momento, devido a um problema no sistema de agendamento por telefone, a clínica estava recebendo muitos pacientes simplesmente para agendar a consulta médica, o que gerou grande fluxo de atendimento para as recepcionistas. Havia, ainda, um pequeno e muito assíduo grupo de usuários que ocupava a maior parte da demanda. Dentre eles, aqueles cuja condição crônica era muito séria e que faziam de tudo para ficar fora do hospital, e um grupo totalmente oposto, o dos menos doentes, que se sentiam solitários e faziam de tudo para ser admitidos no hospital. Por outro lado, a clínica enfrentava problemas para conseguir que os pacientes difíceis de acessar fossem à unidade de saúde realizar exames e imunizações.

A partir das entrevistas, percebemos o interesse da equipe administrativa em melhorar a interação com o *Patient User Group*³⁶. O grupo de pesquisa foi por ela convidado a participar de um *workshop* de desenvolvimento de pessoal que a Clínica Médica iria promover e a realizar um exercício projetual como um primeiro passo para aumentar o engajamento dos pacientes no *Patient User Group*.

Por seu turno, o grupo de pesquisa propôs uma atividade de construção de *personas* visando a sondar as percepções da equipe administrativa acerca das necessidades dos pacientes; para viabilizá-la, entregou aos participantes algumas das imagens coletadas durante a etapa de observação, escolhendo aquelas em que era impossível identificar o paciente. Depois disso, selecionamos os usuários que consideramos típicos dos serviços do GP. Cabe observar que não pretendíamos ter uma representação completa dos pacientes, mas usar as imagens como forma de explorar o conhecimento tácito que a equipe médica tinha sobre a vida de seus pacientes.

Os participantes receberam instruções para o exercício de construção das *personas*. A atividade deveria ser realizada em grupos, nos quais os funcionários — com grande experiência em interagir com os pacientes — deveriam escrever as características das *personas* em termos de quatro determinantes sociais da saúde: condições socioeconômicas, culturais e ambientais; condições de vida e trabalho;

³⁶ Esse grupo de pacientes é associado à política de *Patient and Public Involvement* (PPI) no serviço de saúde da Inglaterra, garantindo que o público seja envolvido nas decisões tomadas sobre esses serviços. A participação dos membros do *Patient User Group* assemelha-se à dos representantes de usuários nos Conselhos locais de saúde no Brasil.

influências sociais e da comunidade no comportamento das *personas*; fatores individuais do estilo de vida das pessoas. Pedimos a eles que descrevessem os usuários com base nesses determinantes e que explorassem a trajetória futura dessas pessoas em termos dos resultados de seus estilos de vida.

Cerca de setenta funcionários participaram, divididos em nove grupos. A intenção da equipe de pesquisa foi aproximar o paciente do processo de *redesign* dos serviços, estimulando que, ao reprojeter os serviços oferecidos pelo consultório, os funcionários avaliassem o impacto de qualquer mudança proposta nos diferentes tipos de pacientes, ou '*personas*'.

Como resultado, percebemos que todos os grupos descreveram perfis de pessoas de baixa renda, embora houvesse outros perfis dentre os usuários dos serviços do consultório. Vale destacar que as imagens entregues para a realização da atividade não possuíam elementos que levassem à essa caracterização. Por outro lado, percebemos que os participantes possuíam um profundo conhecimento do estilo de vida dos seus pacientes. E mais: os grupos mistos de médicos e outros profissionais eram capazes de realizar trajetórias bastante realistas sobre a saúde de seus pacientes, baseados em suas experiências de atendimento a esse público. No entanto, muitas vezes apresentavam visões bastante negativas dos pacientes, focando as *personas* naquelas de classes sociais mais baixas e até expressando certo humor negro. Como resultado, foram criados cinco perfis: os pacientes muito doentes (doenças crônicas), os desinformados, os ocasionais, os relutantes, e os pais com crianças.

Um segundo ponto que emergiu das discussões com a equipe do GP foi a constante reclamação dos pacientes em relação aos atendimentos de urgência, e ao mesmo tempo, esse problema estava associado à inclusão de um número excessivo de consultas ao final do dia. Para sanar o problema, o GP havia criado um Urgency Care Center — em uma região pobre, mas de fácil acesso, visando a direcionar todo atendimento de urgência a uma única clínica, enquanto as demais continuariam a agendar as consultas.

A criação do centro foi apenas uma solução arquitetônica à necessidade de gerenciar a demanda dos pacientes e os recursos do consultório para dar conta da quantidade de consultas marcadas para o mesmo dia (com foco em uma grande sala de espera reunindo os pacientes que aguardavam os médicos e os que aguardavam os enfermeiros). No entanto, após dois anos, ficou evidente que

alguns dos processos envolvidos no encaminhamento ao atendimento “urgente” ou “não agendado” precisavam de maiores esclarecimentos.

Foi então criado um grupo de funcionários — chamado *Unschedule Care* — para explorar as possibilidades dos serviços de urgência serem reprojitados. O grupo logo percebeu que as demandas por atendimentos não agendados não se baseava necessariamente nos casos indicados pelo consultório para atendimentos de urgência.

Duas pesquisadoras da equipe *Design in Practice* entraram no *Unschedule Care Group* para observar, semanalmente, as atividades de re-design desenvolvidas pelo grupo e ver como os usuários avaliavam o serviço existente e as melhorias necessárias, para, então, identificar de que modo as ferramentas de design poderiam contribuir para o processo.

Após observar as discussões, as tomadas de decisões, o desenvolvimento das propostas de serviço e as iterações das propostas, a equipe de pesquisa notou que em nenhum momento do processo o grupo consultou os pacientes acerca das percepções deles em relação aos serviços. Embora a representante dos pacientes tenha apresentado alguns casos sobre as reclamações dos usuários, a equipe do GP usou apenas as suas experiências prévias tanto no atendimento de chamadas telefônicas quanto do *Urgency Care Center* para dar forma às várias opções que estavam sendo consideradas.

Ao final do processo foi criado um novo sistema — por telefone, com protocolos escritos — para as recepcionistas encaminharem ao atendimento os pacientes de consultas não agendadas. A equipe de pesquisa acompanhou a implantação do novo sistema e foi convidada a realizar uma intervenção de design durante um encontro de treinamento do grupo de funcionários, com o objetivo de explorar as interpretações sobre como tomar decisões apropriadas de encaminhamento dos pacientes baseando-se nas informações dos pacientes por telefone.

A equipe de pesquisa desenvolveu um *design game* — a partir de um jogo de tabuleiro criado por seus membros — para investigar as diferentes percepções dos funcionários sobre o que consideravam “urgência”. Foi então possível identificar o seguinte problema: as recepcionistas acabavam “diagnosticando” a condição do paciente antes de encaminhá-lo à opção que julgavam mais correta. Porém, se as recepcionistas sentiam-se mais confiantes ao fazer mais perguntas

aos pacientes antes de indicar determinada solução, por outro lado elas temiam ser criticadas por tê-la indicado. Em relação a esse aspecto, um gestor apontou que a recepção devia ser muito cautelosa ao fazer a triagem dos pacientes. Quanto a mim, que observei a utilização do jogo, percebi que a ferramenta de design ajudou a trazer à tona informações sobre questões que poderiam ter sido discutidas antes da implantação do novo serviço.

Um segundo *workshop* foi realizado com os pacientes para identificarmos a diferença de percepção entre o que eles e equipe de saúde consideravam *urgente*. Os primeiros sentiram-se felizes por contribuir significativamente para o re-design de serviços, e um dos pacientes afirmou que primeira vez sentiu que sua presença era importante. Em síntese, durante o jogo os pacientes demonstraram certo desconhecimento quanto ao papel dos enfermeiros, expressaram preferir ser atendidos por seus próprios médicos e reconheceram a capacidade das recepcionistas para aconselhá-los sobre o que fazer.

Nesse momento, percebemos que a equipe da clínica médica não havia entendido como aquelas atividades poderiam inserir-se em seu cotidiano, embora elas contribuíssem para a atividade de re-design dos serviços. Tal incompreensão abarcava tanto a aproximação dos pacientes em relação ao processo quanto à exploração das reais causas do problema antes de começar a desenhar soluções. Isso levou-nos a conversar com os gestores responsáveis pela equipe do GP e sugerir a eles a realização de um terceiro *workshop* para demonstrar à equipe todo o processo de design de um novo serviço, a partir de uma exercitação simples, composta por três atividades encadeadas. Eles acharam a ideia muito interessante, ficaram entusiasmados e dispostos a participar, porém dispunham de apenas um turno de trabalho para realizar a atividade.

Como *briefing* para o *workshop*, propusemos a criação de cenários para um novo serviço integrado de saúde, de maneira a podermos avaliar como a equipe da clínica médica lidaria com o projeto de mudanças mais sistêmicas e com a inovação radical dos serviços. Escolhemos criar um serviço integrado — por tratar-se de uma política constantemente enfatizada pelo Department of Health como estratégia com potencial para melhorar o cuidado com os pacientes, e pelo fato de ajudar as pessoas a permanecer saudáveis, evitando crises: portanto, uma política mais barata para o governo.

A intenção era fazer a equipe do GP olhar para o futuro, visualizando possibilidades de como progredir para a ideia do cuidado integrado, imaginando novos papéis, espaços e colaborações entre os participantes. Para o *workshop*, convidamos pessoas ligadas às diferentes organizações que prestavam serviços de atenção ao paciente na cidade, tais como: Help Direct³⁷, Health Trainers³⁸, Signposts³⁹, GP (gestores, médicos e enfermeiras), Age Concern⁴⁰, Citizens Advice Bureau⁴¹, Lancaster Adult Social Services⁴² e Lancashire Link⁴³.

Antes do *workshop* começar, montamos três grupos de trabalho a partir da criação de perfis/cargos dos profissionais que julgávamos adequados para discutir a criação do novo serviço. Criamos três *personas* e as apresentamos aos grupos — elas representavam os principais tipos de pacientes do consultório médico — e atribuímos uma para cada grupo.

Como primeira atividade, propusemos que os participantes mapeassem a experiência da *persona* nos serviços por eles prestados e identificassem barreiras para a integração desses serviços. Todos os grupos conseguiram visualizar claramente nos mapas que haviam criado a complexidade do sistema necessário para o cuidado integral à saúde.

Após trinta minutos de discussão, apresentamos uma nova atividade: os grupos precisavam identificar o que os pacientes realmente necessitavam em termos de apoio à saúde. Pedimos a eles que se imaginassem como uma equipe de trabalho criada para avaliar, planejar e implantar novos serviços, capaz de atender ao perfil de paciente que lhes fora dado. Ao final de três horas, os participantes

³⁷ O Help Direct é um serviço de apoio e informação oferecido pelo Lancashire Council, voltado para adultos maiores de 18 anos que precisam resolver pequenos problemas (de saúde, segurança, finanças, mobilidade, educação, lazer, emprego e família), antes que eles se transformem em crises.

³⁸ O *Health Trainer* atua dentro do NHS para ajudar as pessoas a ter estilos de vida e comportamentos mais saudáveis em suas próprias comunidades. Trata-se de um profissional com habilidade de motivar as pessoas no sentido de aumentar a atividade física, parar de fumar, comer de forma mais saudável, praticar sexo seguro e diminuir o consumo de bebidas alcoólicas.

³⁹ A *Signposts* trabalha para “empoderar” a comunidade de Lancashire. A ONG oferece uma série de serviços à população pobre, desempregada, idosa, deficiente e às vítimas de abusos, entre outros.

⁴⁰ A ONG Age Concern trabalha para melhorar a vida das pessoas mais velhas, fornecendo-lhes serviços ligados à melhoria de qualidade de vida, tais como informação e conselho, produtos especiais, treinamento e pesquisa.

⁴¹ A ONG Citizens Advice Bureau fornece consultoria gratuita, independente e confidencial para facilitar aos cidadãos da cidade a resolução de problemas jurídicos e financeiros, entre outros.

⁴² Lancaster Adult Social Services: assistência social prestada pelo poder público aos cidadãos.

⁴³ O Lancashire Link é uma rede (formada por moradores e organizações locais) que dá voz a experiências com os serviços de saúde e assistência social, assegurando que as visões da população em relação ao serviço sejam ouvidas pelos responsáveis.

conseguiram esboçar caminhos possíveis para a criação de um serviço integrado de cuidado ao paciente, todos centrados nas necessidades dos pacientes.

Os *concepts* iniciais dos novos serviços propunham que a integração dos cuidados poderia ser feita por meio de pessoas (responsáveis pelo plano e pelo controle dos cuidados do paciente), tecnologia (que integrasse a informação do paciente em um único sistema) e espaço físico (que reunisse diferentes profissionais para dar assistência às necessidades dos pacientes).

3.4.

Estudos de caso sobre o design de serviços aplicado a projetos da NHS

Durante o projeto, identificamos que seria importante construir estudos de caso para identificar as práticas desenvolvidas pelos designers de serviço para a NHS. Inicialmente definimos que selecionaríamos apenas casos finalizados há pelo menos três anos, o que tornaria possível a análise e discussão dos seus efeitos na comunidade. Para tanto, comecei a levantar os casos promovidos pelo Design Council e NHS Institute for Innovation and Improvement (NHSi), antes de 2007, e entrei em contato com os escritórios de design de serviço, aos quais apresentei meu projeto de pesquisa. Os casos aqui apresentados foram desenvolvidos a partir de entrevistas com os designers de serviço dos projetos, da análise de dados secundários e de entrevistas com as pessoas da equipe de prestadores do serviço responsáveis pela implementação do projeto.

Para apresentar os casos, usarei a seguinte estrutura: título do caso, organização promotora, cliente de projeto, equipe de design, contexto de projeto, método do projeto e resultados alcançados. Ao longo dos casos são citadas uma série de ferramentas, que serão descritas no subcapítulo 3.5.3.

Caso 01: “Living well with diabetes”

1. Organização promotora: Design Council
2. Cliente de projeto: Bolton Diabetes Network
3. Equipe de design: The RED team. A equipe RED foi criada em 2004 pelo Design Council com o intuito de explorar a inovação dirigida pelo design (*design-led innovation*) como caminho para resolver problemas sociais e econômicos.

Tratava-se de um time interdisciplinar formado por designers, cientistas sociais e analistas políticos que trabalhavam em conjunto com uma rede de especialistas. A equipe era composta por Hillary Cottam, Colin Burns, Charles Leadbeater, Matthew Horne, Jennie Winhall, Chris Vanstone e Jude Codner. Durante nove meses — de outubro de 2004 a julho de 2005 —, esse time desenvolveu projetos direcionados ao setor da saúde, aplicando o método de design. Com o RED Team, o Design Council realizou um trabalho pioneiro na busca por uma inovação radical no sistema de serviços de saúde. A equipe propôs um novo modelo de *welfare state*, introduzindo a noção de *open welfare*, como apresentam Cottam e Leadbeater (2004, p. 1) “muitas das maiores melhorias nos serviços públicos virão de modelos de participação em massa, nos quais muitos dos ‘usuários’ dos serviços se tornam designers e fornecedores do serviço, trabalhando em uma nova parceria com os profissionais”.

O time RED trabalhou na experimentação de novos modelos de serviço para lidar com doenças causadas pelo estilo de vida, tais como diabetes ou obesidade. Ele co-projetou e experimentou com os usuários protótipos para novos serviços, fornecendo-lhes as ferramentas necessárias para que cuidassem da sua própria saúde — com isso, essas pessoas tornaram-se co-criadoras dos seus serviços. O objetivo do time RED era promover uma mudança sistêmica e, por isso, ele trabalhou principalmente fora do sistema do NHS.

4. Contexto do Projeto: criar um novo serviço para ajudar pessoas com diabetes a viver melhor (foco na diabetes tipo II), desenvolver um novo serviço a partir da perspectiva de vida das pessoas, e não de sua doença.

5. Método: o *Double Diamond*⁴⁴ do Design Council foi o método utilizado, dividido em duas fases principais: *shallow dive* (mergulho superficial) – etapa: descoberta; e *deep dive* (mergulho profundo) etapas: definição, desenvolvimento e entrega.

6. Maneira de operacionalizar o método

Descoberta: usando um método de pesquisa centrado no usuário, a equipe entrevistou as pessoas nas casas delas, observando seu comportamento de compra, como elas gerenciavam cotidianamente sua condição, como se sentiam em relação

⁴⁴ É um método similar ao apresentado no subcapítulo 2.1.1, que será comentado no final do capítulo após a descrição de todos os casos.

à doença e o que falavam à respeito, que contatos tinham com serviços de saúde em Bolton e como percebiam as práticas prescritas pelos profissionais da saúde.

Definição: a equipe trabalhou na visualização dos dados, identificando padrões nas maneiras como as pessoas viviam com diabetes.

A partir desse ponto, usando a ferramenta “*pen portrait*”, foram desenhados três diferentes perfis dos pesquisados. Os perfis foram denominados pela equipe como: “ávidos pelo conhecimento”, “determinadamente ingênuos” e “conhecedores hábeis”. As principais características utilizadas para definir esses perfis foram: a) como a pessoa aborda emocional e psicologicamente o fato de ter diabetes; b) como gerencia sua condição no contexto de vida cotidiano; c) como pode aprender a mudar a forma pela qual gerencia a sua condição.

A equipe entendeu que o gerenciamento da diabetes é complexo, dado que as pessoas precisam avaliar simultaneamente uma série de variáveis independentes, como exemplo, os efeitos da comida no organismo; a medida da taxa de glicose no sangue; a decisão sobre quando devem usar; entre outras variáveis. Contudo, o apoio oferecido a essas pessoas nas suas interações com o sistema não as ajudava a lidar com tal complexidade, pois era restrito à informação e ao monitoramento da evolução da condição. As consultas duravam cerca de dez a trinta minutos, durante os quais eram realizados exames de rotina tais como: medir a pressão sanguínea e checar a visão pela leitura de um cartaz padronizado. Além disso, a consulta pautava-se por uma série de questões também padronizadas, lidas pelo enfermeiro em um questionário impresso. As pessoas não tinham tempo nem espaço para falar sobre as dificuldades de gerenciar sua condição. A equipe de saúde parecia acreditar que a mera informação do site do NHS, no qual há uma série de informações sobre a diabetes, dava aos usuários total condição para gerenciar a doença.

A partir desse entendimento, a equipe descobriu que o propósito do novo serviço deveria ser o gerenciamento da diabetes, ou seja, um serviço para apoiar as pessoas no contexto de sua vida cotidiana. Os objetivos do projeto foram redefinidos para: empoderar os pacientes para que pudessem melhor descrever as suas necessidades e para que desenvolvessem a habilidade de usar o novo conhecimento, levando-os a vidas mais realizadas.

Mas, nesta etapa de projeto, de acordo com a equipe, “enquanto a educação é importante, ela não é suficiente”. Era necessário “um novo serviço que

fornecesse não apenas o conhecimento sobre a diabetes, mas também a habilidade de internalizá-lo, de agir sobre ele e então incrustá-lo no padrão de vida dessas pessoas”. Outra definição da equipe foi que, mesmo que as pessoas com diabetes tivessem o conhecimento para viver bem com a doença, elas precisavam de apoio para internalizar esse conhecimento e mudar seu comportamento — o que poderia ser fornecido por um agente externo, como um treinador.

Desenvolvimento: a equipe do RED decidiu criar uma nova estrutura para os serviços, agora governado pelas necessidades dos pacientes com diabetes, e não mais pelas necessidades do NHS, como for exemplo eficiência de tempo em relação à duração das consultas. Essa estrutura englobaria as necessidades dos pacientes no que dizia respeito tanto a sua vida cotidiana, quanto a sua condição médica, e mudaria a natureza do contato entre pacientes e profissionais da saúde.

Para tanto, a equipe desenvolveu as *agenda cards*. Tratava-se de cartas para o autodiagnóstico do gerenciamento da diabetes, nas quais havia um conjunto de descrições das necessidades da doença feitos a partir da realidade de cada participante. As cartas eram uma plataforma que poderia ser utilizada para que as pessoas descrevessem sua atual condição de saúde, criando a própria pauta para as consultas com os médicos; elas possibilitavam a otimização dos 10 minutos da consulta, por guiá-la a partir de questões que realmente dificultavam a vida dos pacientes no gerenciamento cotidiano da condição de diabético. As cartas também serviam para ajudar os pacientes a expor para os seus familiares ou acompanhantes as dimensões antes invisíveis da doença.

Além desse instrumento, a equipe criou o conceito de um novo ator para o serviço: um agente para apoiar a mudança comportamental. O que emergiu foi o conceito de um *personal trainer* para as pessoas com diabetes. A partir disso, a equipe buscou entender melhor como os diferentes treinadores forneciam seus serviços, que ferramentas e técnicas eles utilizavam, e o tipo de treinamento que haviam obtido. Como resultado, foi possível descrever o papel do treinador e os cenários iniciais sobre como esse serviço poderia funcionar no cuidado com a diabetes. Nem todas as etapas foram desenvolvidas em conjunto com a comunidade. Esta, em especial, aconteceu no escritório do RED team em Londres.

Entrega: a equipe desenvolveu um *mock up*⁴⁵ das cartas e foi a Bolton obter uma avaliação dos membros da equipe de gestão da unidade de atenção primária e dos enfermeiros. Em mais duas seções de *feedback*, os membros da equipe compartilharam os *mock ups* com psicólogos e moradores da cidade e usaram todas essas contribuições no desenvolvimento do *agenda cards*.

Eles também prototiparam um sistema pelo qual o serviço de *personal trainer* poderia ser oferecido. Inspirada pelo Red Letter Days⁴⁶, a equipe configurou o *coaching care box* e desenvolveu o protótipo de um método para o ponto de venda do serviço. A ideia era proporcionar às pessoas com diabetes a possibilidade de examinar cartões postais com fotos e pequenas biografias de um número potencial de *personal trainers*, e, então, selecionar aquele que atendesse melhor às suas necessidades. As pessoas poderiam levar esses perfis para suas casas junto com um pacote de informações do ponto de venda, para que pudessem estudar os perfis em detalhe. Depois, elas poderiam ligar para um número 0800 e entrevistar o *personal trainer* que lhes interessava, antes de selecionar um deles. A equipe mostrou o protótipo para profissionais da saúde e pacientes e ambos reagiram com entusiasmo, apenas destacando a importância de criar uma marca para o serviço. A *ME2 coach* foi criada como marca para o protótipo final.

Por último, a equipe identificou que, para um efetivo autocuidado, as pessoas precisavam ter acesso a seus próprios registros de saúde, submeter os resultados dos seus testes de casa e, em tempo real, obter conselhos do *personal trainer* e de outros acompanhantes. Para tornar isso possível, os membros da equipe desenvolveram uma plataforma: *diabetes blog*, cujo conceito fundamentava-se numa base de dados conectada à Internet, com fácil acesso para pacientes e profissionais. Mas, para o conceito funcionar, eles precisariam encorajar os pacientes a explorar os benefícios de novos serviços baseados na tecnologia. A solução desenvolvida pela equipe posicionou os *personal trainers* como um passo introdutório. Os *ME2 coaches* deveriam ter computadores portáteis, com Internet fornecida por telefonia celular, para que usassem o *blog* com os pacientes em suas casas.

⁴⁵ Alguns autores da revisão de literatura chamam de “protótipos rápidos” o que a equipe RED chama de *mock up*.

⁴⁶ Trata-se de uma empresa pioneira no Reino Unido no conceito de presentes de cupons de experiências. No Brasil, equivale ao Smartbox.

7. Resultados alcançados pelo projeto: os atores (Bolton Diabetes Network e Bolton PCT) envolvidos na decisão de implementar o projeto-piloto do serviço optaram por testar apenas o *Diabetes Agenda Cards*. Foram impressos e testados mil conjuntos de protótipos avançados das cartas, ao longo de alguns meses, junto às pessoas do grupo definido como “ávidos pelo conhecimento” que estivessem tentando gerenciar a sua condição nos (pelo menos) últimos seis meses.

Em maio de 2006, junto com o protótipo do *Agenda Cards*, o Bolton PCT lançou o programa Bond (*Bolton's New Deal for Diabetes*) voltado para os profissionais da saúde, em conjunto com uma série de iniciativas de educação voltadas para portadores de diabetes. O Bond trata-se de uma página na internet para ajudar os pacientes com o autogerenciamento, que se inicia com o uso do *agenda cards*. O Bolton PCT também fornece um material no *site* e treinamento para ajudar com o uso das cartas, além de sugestões de cuidado e *links* para outros recursos de ajuda.

Embora o Bolton PCT estivesse muito orgulhoso do trabalho com a equipe RED e esperasse que o novo serviço fosse usado extensivamente na cidade de Bolton para apoiar os pacientes com diabetes, o projeto não passou da fase piloto porque, como o gerente responsável pelo programa no Bolton PCT explicou, “os médicos estavam muito relutantes em usar as cartas e acharam que elas consumiam muito tempo das consultas”.

Quando perguntei a um membro da equipe do RED por que o processo não fora adiante, o entrevistado disse: “numa avaliação tardia, cinco anos após a finalização do projeto, penso que cometemos um erro fundamental: nós não envolvemos as pessoas que deveriam dar continuidade ao projeto (médicos e enfermeiros) desde as fases iniciais”.

Caso 02 - Multiple Sclerosis team

1. Organização promotora: NHS Institute for Innovation and Improvement
2. Cliente de projeto: Ealing PCT / MS Society
3. Equipe de design: Live|work
4. Contexto de Projeto: Em Londres, na subprefeitura de *Ealing*, havia cerca de trezentas pessoas com Esclerose Múltipla (EM) que utilizavam os serviços do NHS. Pessoas com EM têm sua mobilidade, visão e coordenação afetadas, e podem também sentir dor, fadiga e depressão. Como, ao longo do tempo, sua condição oscila entre melhoras e piores, elas precisam visitar diversos

especialistas. Mas embora reconhecesse as dificuldades desses pacientes para acessar os profissionais em diferentes estágios da doença, a equipe do *Ealing Primary Care Trust* desconhecia a solução adequada para o problema. Ao mesmo tempo, a *MS Society* (a sociedade de Esclerose Múltipla) solicitou ao *Ealing PCT* que oferecesse um serviço de enfermagem especial a esses pacientes. Do ponto de vista da equipe do *Ealing*, porém, tal serviço era insuficiente para resolver o problema de maneira sustentável, de modo que solicitou auxílio ao *NHS Institute* para projetar um novo serviço sustentável para ajudar essas pessoas.

5. Método: *Experience based design* , composto por quatro etapas – descoberta (compreensão e ressignificação), definição (geração de conceitos), desenvolvimento (teste e aprendizado) e entrega (projeto da entrega do serviço).

6. Maneira de operacionalizar o método

O *NHS Institute* montou uma equipe para apoiar o *Ealing PCT* no processo formado pelo *NHS Institute's Service Transformation team* e pela consultoria de design de serviço *Live|Work* . Essa equipe fazia parte de um projeto do *NHSi* para estudar como os métodos de design poderiam ajudar as equipes do *NHS* a inovar seus serviços. A equipe procurou entender o problema e a experiência do serviço a partir da perspectiva dos pacientes, de suas famílias ou acompanhantes, bem como dos funcionários da linha de frente e de outros *stakeholders*.

Para a operacionalização do método, a equipe do *NHSi* estabeleceu um grupo multidisciplinar — que incluiu um neuro-fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional ligado à saúde e à assistência social, um fonoaudiólogo, um gestor de desenvolvimento da *MS Society* e um líder de projeto do *Ealing PCT* — visando compreender melhor as necessidades dos pacientes. Também contribuíram gestores de serviços e médicos do *Acute Trust*, e um grupo que eles chamaram de “amigos críticos”, que incluía o *Professional Executive Committee (PEC Chair/diretor médico)*, um diretor não executivo do *PCT* e uma enfermeira especialista em Esclerose Múltipla.

Descoberta: a equipe de designers conduziu esta etapa, criando atividades para estimular a discussão durante as entrevistas, como os *conversation cards*. Além disso, utilizou outras técnicas de pesquisa, tais como observação, acompanhamento, mapeamento do serviço e de eventos críticos. Como resultado, a equipe descobriu que o principal problema do serviço de saúde era o fato de

nenhum dos usuários saber que serviços já eram oferecidos dentro do NHS, onde ou como acessá-los.

A equipe percebeu que, embora muitos pacientes frequentassem mensalmente a clínica, o período agendado para as consultas de cada um raramente coincidia com o surgimento dos sintomas específicos que eles tinham necessidade de discutir. Isso porque, como disse um funcionário da *Live|Work*,

[...] o sistema médico foi feito sem uma perspectiva ecológica [...]. Ele diz que você visitou o médico, você ficou melhor, você está curado e agora você é um público comum novamente, não precisa mais de cuidados médicos [...] é focado nos episódios individuais.

Outra importante descoberta da equipe foi o fato de ela reconhecer a importância de ajudar as pessoas a permanecer ativas, tanto como uma forma de elas se distraírem em relação à própria dor quanto como para melhorar sua autoconfiança.

Definição: nesta etapa, a equipe usou a ferramenta *personas* para sintetizar a sua descoberta sobre a experiência dos usuários, usando fotos e citações para enriquecer as descrições.

O escritório de design de serviços *Live|Work* estruturou — com a equipe citada anteriormente — alguns workshops para identificar as oportunidades-chave para a melhoria dos serviços. Nesses momentos, as equipes mesclaram as ideias que os pacientes trouxeram durante as entrevistas, com a visão dos profissionais sobre os aspectos mais importantes necessários para ajudar as pessoas a viver com a Esclerose Múltipla. Em pequenos grupos, as equipes geraram um grande número de ideias (tornando-as visíveis por meio de *sketches*), depois sintetizadas em 10 ideias para desenvolvimento posterior. A equipe da *Live|work* optou por formar dois grupos em paralelo (compostos por pacientes e profissionais), pois assim “era possível evitar ter que gerenciar certos constrangimentos políticos ligados a essa situação”.

Assim, quando a equipe de design “tinha configurado o sentido de uma ideia, eles tentavam passar esse sentido para ambos grupos de pacientes e profissionais da saúde”. Como resultado, o conceito do projeto para os pontos de contato do serviço incluiu a visão dos pacientes e dos profissionais, visão essa articulada pelo trabalho do escritório de design. Após desenvolver conceitos de serviço, a equipe organizou uma série de *workshops* com os pacientes e seus

familiares para criticar e refinar as ideias em conceitos mais adequados para a próxima fase do projeto.

Desenvolvimento: nesta fase, o time projetou um *blueprint* para demonstrar o tipo de experiência que procurava criar. A experiência foi prototipada para permitir aos profissionais avaliar o que funcionaria ou não, onde havia oportunidades para combinar ou aprimorar elementos, e que recursos e infraestrutura provavelmente seriam necessários para entregar o serviço. O pressuposto fundamental da proposta do novo serviço era assegurar o acesso de cada portadores de Esclerose Múltipla a serviços específicos — adaptados às suas necessidades individuais durante diferentes estágios de vida —, oferecendo às pessoas recém-diagnosticadas uma referência clara sobre os serviços domiciliares (*community-based services*) que poderiam ajudá-las a viver melhor com a sua condição e a autogerenciá-la (Reason, 2008).

A proposta da equipe incluía um serviço de “telemedicina”, que permitiria às pessoas contatar um especialista em Esclerose Múltipla quando fosse necessário. Além disso, oferecia atividades de educação e suporte pós-diagnóstico para ajudar os pacientes a compreender a sua condição e a conviver melhor com ela. A equipe também projetou um diário — nas versões impressa e digital — para que os pacientes registrassem a progressão da sua condição e para permitir à equipe de serviços melhor visualizar a condição de cada paciente e suas demandas (Reason, 2008).

Entrega: nesta fase, a equipe da *Live|Work* detalhou os pontos de contato — indicados no *blueprint* — necessários para que experiência do serviço que havia imaginado se concretizasse tais como: *websites* e material de comunicação. Sua expectativa era que a qualidade do novo serviço melhorasse tanto do tratamento de saúde quanto de vida dos pacientes, e ainda, que o número de pacientes internados nos hospitais para tratamento reduzisse.

7. Resultados alcançados pelo projeto: ao final do projeto, a equipe do Ealing PCT de acordo com os entrevistados “desenvolveu aquilo que podia com as restrições que tinha” usando os *blueprints* desenvolvidos pela *Live|Work* e o plano de negócios desenvolvido pelo NHS Institute. O serviço resultante desse processo foi chamado de *ENable*. Este pode ser descrito como um novo serviço prestado por uma equipe multidisciplinar que trabalha com reabilitação neurológica e capacitação de comunidades de EM. Essa equipe integra os serviços

de duas instituições: Ealing PCT (serviços de saúde) London Borough of Ealing Social Services (assistência social). Seu objetivo é apoiar, prover assistência funcional e reabilitação a pessoas portadoras de condições neurológicas progressivas, que podem ter deficiências físicas ou cognitivas complexas. A equipe do *ENable* é formada por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogo clínico e enfermeiro especialista em EM.

O *ENable* existe desde junho de 2008, tendo uma única pessoa de referência para mediar o contato do paciente com a equipe multiprofissional. O serviço foi implementado com sucesso pelo Ealing PCT. Embora para o grupo seja difícil mensurar o real impacto na redução de ocorrências de serviços de emergência (pois se trata de uma instituição completamente separada), “é possível dizer que o projeto atingiu bons resultados e que o serviço tem uma boa reputação na região”, de acordo com o relato do coordenador do *ENable*.

Como resultado, os pacientes percebem as mudanças nos serviços do próprio Ealing PCT — “eles estão mais organizados”, como disse uma usuária do serviço. E continuou:

Eu não preciso mais telefonar para todo mundo, eu apenas telefono para Emily [sua assistente social] [...] você se sente protegido [...] Eu estou muito mais feliz agora que há dois anos [...] melhorou a minha qualidade de vida porque eu não preciso mais ficar preocupada com a minha saúde.

Caso 03: Open door

1. Organização promotora: North East Lincolnshire Primary Care Trust
2. Cliente de projeto: Grimsby
3. Equipe de design: Martin Bonfort

4. Contexto de Projeto: O North East Lincolnshire PCT localiza-se na cidade de Brigg, região de Yorkshire e The Humber, e é responsável pelo atendimento das cidades de Immingham, Grimsby e Cleethorpes, cuja população estimada é de 159 mil pessoas (PCT Map, 2004). A North East Lincolnshire PCT solicitou uma consultoria a Martin Bonfort para resolver um antigo problema de desigualdade em Grimsby. Martin relatou que o PCT queria contratar alguém que abordasse a área de saúde da cidade de modo ingênuo, porém com um método consistente — e ele tinha uma experiência significativa como responsável pela área de pesquisa centrada no usuário da IDEO Londres. A experiência foi relacionada à participação de Martin no projeto de saúde do *RED team*.

Em Grimsby, o projeto estava inserido num contexto de problemas permanentes de depredação, relações familiares problemáticas, abuso de drogas e discriminação social. Na região, a taxa de gravidez na adolescência era três ou quatro vezes superior à média nacional da Inglaterra; um homem adulto em Grimsby vivia menos sete anos do que a idade média em toda a região de Lincolnshire. Além disso, havia o desejo e um grande esforço do NHS para “tornar-se relevante junto às comunidades difíceis de alcançar”. Assim, o principal objetivo do projeto era alcançar os inalcançáveis: os viciados em drogas e suas famílias, alcoólatras e suas famílias, profissionais do sexo, migrantes econômicos, infratores, viajantes. Os grupos em questão, nada fazem por sua saúde e os doentes pioram progressivamente até o dia em que se dirigem ao serviço de emergência — o momento mais difícil e caro para o NHS tratá-los. A expectativa do Primary Care Trust quanto ao resultado do projeto era que essas pessoas se registrassem como pacientes em um clínico geral e cuidassem das suas condições de saúde constantemente.

5. Método: A equipe usou o método Double Diamond do Design Council.

6. Maneira de operacionalizar o método

Para operacionalizá-lo foi usada a abordagem de co-design, pois o designer entendia que os serviços são resultado da interação entre pelo menos duas pessoas. E, como Martin nos disse, “esta é a única abordagem honesta, a única abordagem legítima. Não é legítimo projetar algo para você e nunca perguntar para você o que você quer, especialmente quando o serviço que eu lhe estou oferecendo requer que você participe, se envolva”.

O PCT então incluiu os usuários e os *stakeholders* em diferentes etapas do projeto. O grupo de *stakeholders* era formado pela equipe gerencial do PCT, por associações ligadas às drogas, terceiro setor, Citizens Advice Bureau e um banco. Eles estiveram envolvidos, principalmente, nas fases de discussão, definição e desenvolvimento, enquanto os usuários participaram das fases de descoberta, definição e demonstração.

Descoberta: a equipe realizou uma pesquisa etnográfica para melhor compreender o contexto do problema e redefini-lo. As técnicas utilizadas foram

*feedback probes*⁴⁷, *cultural probes*⁴⁸, entrevistas, observação e ferramentas como cartões de conversação e câmeras descartáveis.

Definição: nesta etapa, a equipe realizou um *workshop* com o grupo de *stakeholders* para visualizar os dados e definir o problema a ser trabalhado. A principal conclusão do grupo foi a de que “embora existissem diferentes grupos de usuários, eles tinham necessidades similares — necessidades emocionais, não médicas”. Eles identificaram que as pessoas precisavam de um lugar onde se sentissem seguras, onde existissem oportunidades para socialização, alguém para ouvi-las, onde houvesse aconselhamento simples e ajuda, onde fossem respeitadas e valorizadas. Entre muitos desses grupos também havia a sensação de isolamento e dependência; eles estavam distantes das oportunidades de trabalho e dos serviços de saúde, e eram incapazes de fazer uma mudança positiva por si mesmos — especialmente porque havia uma tendência da visão médica a enxergá-los como receptores passivos de “cuidados”, e não como participantes ativos de sua própria saúde e bem-estar.

Desenvolvimento: nesta etapa a equipe de design e os *stakeholders* começaram a desenvolver algumas soluções e mostraram esses resultados a um grupo de usuários para receberem o *feedback*. A solução proposta foi a criação de uma nova instituição de saúde e serviço social, a *Open Door*, mantida pelo NHS North East Lincolnshire PCT e por outros apoiadores. O conceito projetado pela equipe de Bonfort foi “um centro de atividade” — um lugar onde o usuário vai para comprometer-se, para ser desafiado e apoiado, para encontrar pessoas que pensam como ele, para fazer parte de algo, para fazer algo útil e fazê-lo bem, cujo propósito é melhorar o acesso à saúde e aos cuidados sociais para as pessoas que normalmente não frequentam os serviços de saúde tradicionais. Para que o NHS pudesse implementar o serviço a equipe desenvolveu: os novos princípios, regras, papéis, caminhos para a participação e a plataforma (suportes) necessários para a interação. A equipe de design também configurou um protótipo de cenário para mostrar como esses aspectos do serviço poderiam funcionar juntos.

Entrega: a equipe preparou um documento para apresentar o processo, os valores e o protótipo do cenário para o serviço, que serviu para ajudar o NHS a conseguir apoiadores e outros *stakeholders* para participar da implantação do

⁴⁷ Uma espécie de caixa de sugestões.

⁴⁸ Cultural probes é o nome dado a um kit de pesquisa para a autodocumentação.

projeto *Open Door*. O documento demonstrava o protótipo dos cenários por meio de uma narrativa sobre as diferentes necessidades dos usuários em diferentes situações, explicando como as pessoas deveriam lidar com elas utilizando os princípios de design propostos para o novo serviço.

7. Resultados alcançados pelo projeto: após seis meses do final do projeto, a equipe do NHS North East Lincolnshire PCT encontrou um lugar para instalar o *Open Door* como uma organização social, financiada parcialmente pelo NHS e filiada ao grupo *Big Life Group* de negócios sociais e caridade.

O NHS North East Lincolnshire PCT utilizou os princípios, regras, papéis projetados pela equipe de Martin Bontoft e também a abordagem da co-produção para a entrega do serviço, convidando as pessoas da comunidade a participar do *Open Door*, dando a elas papéis e responsabilidades. Por exemplo, um homem chamado Antony — conhecido na cidade por seu mau comportamento — era também um bom pintor, e a estratégia do *Open Door* foi convidá-lo a participar das atividades pintando o espaço onde o serviço seria prestado. Estimulado, Antony levou alguns amigos ao *Open Door*, que, mais tarde, o ajudou a abrir seu próprio negócio de pintura. Após dois anos, os benefícios trazidos pelo *Open Door* à região *Eastmarsh* (onde o serviço foi instalado na cidade) não foram relacionados apenas à saúde e seus condicionantes, mas também a aspectos sociais. Por um lado, o *Open Door* aumentou em quatro vezes o número de pessoas que passou a frequentar regularmente os serviços de saúde num período de dois anos (721 paciente utilizaram o *Open Door* e 187 registraram-se nos GPs); por outro, houve uma perceptível redução das ocorrências de crimes (12% a cada ano) desde a implantação do serviço.

3.5.

Sobre a contribuição do conhecimento do design de serviço para os serviços públicos de saúde

Os resultados encontrados nesta fase da pesquisa contribuíram para algumas reflexões importantes sobre a inovação do sistema de saúde inglês. Inicialmente abordaremos os pressupostos que fundamentaram a inovação no modelo de prestação do serviço. Em seguida, apresentaremos os aspectos ligados ao método

de projeto. Por fim, faremos uma comparação os resultados alcançados pelas diferentes maneiras de fazer dos designers de serviços.

3.5.1.

Os pressupostos que fundamentam a inovação no modelo de prestação serviço

Nos últimos vinte anos, ao invés de centrar-se no modelo médico, o foco das mudanças nos modelos de serviços de saúde voltou-se para o público. O primeiro movimento nessa direção ocorreu no governo de Margaret Thatcher, levando os administradores dos serviços de saúde a tratar os usuários como clientes, buscando identificar suas necessidades e satisfazê-las. O segundo, surgiu no governo de Tony Blair, que promoveu maior envolvimento dos usuários nas decisões sobre a própria saúde. O fato levou os administradores a inserir os usuários nas discussões sobre melhorias, para que os serviços atendessem às necessidades destes, e, ainda, redefiniu os percursos clínicos, tornando-os personalizados. O terceiro movimento surgiu ao final do governo de Gordon Brown, com o objetivo de engajar verdadeiramente os usuários no re-design dos serviços públicos de saúde. As principais estratégias nessa direção foram a aproximação do NHS dos LINKs (Local Involvement Networks) e a criação dos *practice-based-comissioning* (PBC). A abordagem para aproximar os usuários centrava-se nas premissas de *marketing* social, que — por meio de parcerias entre o NHS, as autoridades locais e os grupos de usuários — promoveriam o aprendizado para a mudança comportamental. É nesse momento que começa a surgir um movimento forte do design no sentido do envolvimento efetivo dos usuários no re-design dos serviços.

Essa gradual mudança, na verdade, pode ser interpretada a partir da alteração dos sistemas de configuração das ofertas dos serviços: do paradigma da produção em massa; para o da customização em massa; e para o da colaboração em massa.

Na origem da configuração do sistema de saúde inglês, o modelo econômico vigente de organização da produção era o modelo fordista. Na época, os serviços de saúde eram criados a partir das premissas fordistas: a divisão do trabalho e o

conhecimento especializado levariam a uma produção de valor mais eficaz, conseguindo atender as crescentes necessidades da população.

Quando a noção de valor dos cidadãos mudou do foco em custo baixo para o foco em qualidade, o modelo mental que dirigia as estratégias do sistema mudou da produção em massa para a customização em massa (Pine, 1993; Pine e Gilmore, 2001; Prahalad e Ramaswamy, 2002); Por isso, as instituições de saúde começaram a adaptar suas ofertas de serviço às diferentes necessidades dos cidadãos, enquanto mantinham a mesma abordagem linear e sequencial de criação de valor. A evolução para um terceiro paradigma, o da colaboração em massa, será explicado a seguir.

Recentemente, o modelo de customização em massa foi percebido como inadequado para resolver os problemas complexos enfrentados pela sociedade — problemas esses causados por múltiplos fatores que interagem de maneiras complexas (Horne e Shirley, 2009), e, até por isso, a abordagem linear para a entrega do serviço pode ser considerada parcialmente efetiva. Como Burns *et al.* (2006, p.8) apontam:

“Tradicionalmente, as organizações foram projetadas para um mundo complicado e não complexo. Estruturas hierárquicas e silos são perfeitamente projetados para quebrar problemas em fragmentos mais manejáveis. Eles não são, contudo, efetivos em manipular altos níveis de complexidade. Por essa razão, muitas das nossas instituições mais antigas estão lutando para se adaptar a um mundo mais complexo.”

Concomitantemente, os desafios em relação aos cuidados com a saúde mudaram: hoje há uma menor incidência de complicações de doenças agudas e mais doenças crônicas, e estas dependem em grande parte das características demográficas e dos estilos de vida das populações. Neste sentido, o foco original no tratamento não é mais suficiente. E o sistema precisou se mover em direção à oferta de um apoio contínuo aos pacientes, para que eles vivam bem com suas condições crônicas de saúde, pois elas não podem ser curadas. Nesse contexto, *co-produção* e *engajamento* dos pacientes se tornaram palavras-chave para a transformação do NHS. Esse seria o terceiro paradigma — a colaboração em massa: um modelo participativo de saúde com ênfase no engajamento do paciente (*patient engagement*) e na co-produção.

Na verdade, os três paradigmas ainda coexistem, na medida em que eles respondem a diferentes necessidades e, também, pelo fato de ser difícil mudar

radicalmente o sistema. Um processo de transformação está acontecendo: de um sistema centrado no tratamento e num modelo centralizado de cuidado, para outro mais centrado na saúde, baseado na comunidade e co-produzido pelos médicos e cidadãos⁴⁹. Em todos os três paradigmas, é possível identificar a contribuição do design para a inovação do sistema.

Os designers têm adotado três estratégias diferentes para inovar o sistema público de saúde inglês: (1) trabalham dentro do NHS, em um departamento de pesquisa e desenvolvimento para introduzir métodos de design e sugerir melhorias na configuração dos serviços; (2) são contratados por unidades de saúde do sistema para propor novas formas de organização dos serviços de saúde; (3) trabalham fora do NHS, em parceria com a comunidade local, para propor soluções radicalmente novas. Essas estratégias podem ser associadas aos diferentes modelos de produção de serviços: (1) produção em massa; (2) customização em massa; (3) colaboração em massa.

Em cada um desses modelos de produção do serviço, os designers trouxeram diferentes contribuições para a inovação. No caso do modelo de produção em massa, centrado na lógica da doença, os designers direcionam seus esforços para tornar os processos mais eficientes e reduzir os custos de entrega do serviço. Um exemplo foi o re-design do processo de entrega de refeições nos leitos hospitalares, para otimizar o tempo de atendimento dos pacientes pelas enfermeiras. Como resultado os designers, re-projetaram as jornadas do serviço existentes no NHS. Já no caso do modelo de customização em massa, podemos usar como exemplo o caso do ENable, que adaptou o processo de entrega do serviço para entregar mais valor para um grupo particular de pacientes. Como resultado, os designers geraram novos serviços dentro do NHS. E no caso da colaboração em massa, podemos ilustrar com os exemplos do Open Door e do Bolton Diabetes, que envolveram os pacientes no processo de design do novo serviço. Como resultado, os designers geraram configurações de serviços radicalmente novas fora da NHS.

O Quadro 5 apresenta uma síntese das diferentes abordagens do design aplicado aos serviços de saúde da NHS.

⁴⁹ Para aprofundar a questão, sugere-se a leitura do artigo Freire e Sangiorgi, 2010.

<i>Modelo de Produção</i>	<i>Filosofia do Serviço</i>	<i>Foco de Design</i>	<i>Método de Design</i>	<i>Estratégias de Inovação</i>
Produção em Massa	Centrado na doença	Eficiência do serviço	Análise de processos	Fechada – designers internos e soluções à NHS
Customização em Massa	Centrado no paciente	Interação e relacionamento do serviço	Co-design e <i>Experience based design</i>	Aberta – com designers externos a NHS e soluções internas a NHS
Colaboração em Massa	Direcionado pelo paciente	Mudança Comportamental e criação de novos modelos de serviço	Co-criação	Aberta – com designers e soluções externos a NHS

Quadro 5 Abordagens do design de serviço no NHS

3.5.2.

A aplicação do método de design para serviços no contexto da saúde

O método utilizado pelos designers de serviço para desenvolver novos serviços de saúde para o NHS foram extraídos da análise dos três casos apresentados.

De maneira geral, os designers seguem o método proposto pelo Design Council, “*Double Diamond model*” no ano de 2004, por meio do RED Team, cuja proposta foi pioneira na busca por uma inovação radical no sistema de serviços de saúde. Este método é composto por quatro fases: descoberta, definição, desenvolvimento e entrega. Seu propósito é repensar a maneira pela qual os serviços públicos de saúde são oferecidos à população (Design Council, 2010).

A fase da descoberta é aquela em que os designers buscam olhar para o mundo com novos olhos, reparando em coisas novas e buscando inspiração. Aqui, os designers coletam informações sobre o contexto, geram insights, desenvolvem uma interpretação sobre o que veem, decidindo o que é novo e interessante e que pode inspirar novas ideias. Nesta fase é realizada uma investigação sobre o contexto no qual os serviços são ofertados e identificam os aspectos essenciais que precisam ser modificados no serviço para que as pessoas o considerem útil, usável e desejável.

A fase da definição é aquela em que os designers tentam dar sentido a todos os aspectos identificados na etapa da descoberta. Eles fazem julgamentos de valor

do tipo: o que é mais importante? Onde devemos agir primeiro? O objetivo é definir um briefing criativo claro que emoldura o desafio de design fundamental para a organização.

A fase do desenvolvimento é aquela em que os designers geram, prototipam, testam e iteram as soluções. É um processo de tentativa e erro que ajuda os designers a melhorarem e refinarem suas ideias.

A fase de entrega é aquela em que o produto resultante desse processo é finalizado e lançado. A Figura 10 ilustra o método ao longo do tempo.

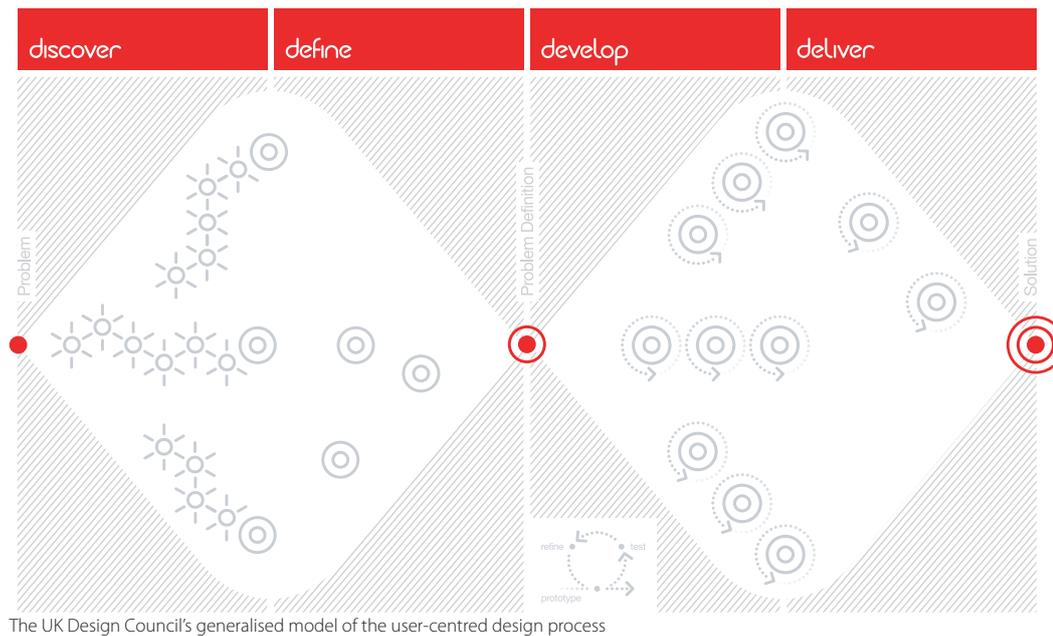


Figura 10: Processo de projeto user-centred design do Design Council.

Fonte: Bontoft (2006) p4.

O Quadro 6 apresenta uma síntese das técnicas e ferramentas utilizadas pelos designers de serviço dos casos “*Bolton Diabetes*”, “*Open Door*” e “*ENable*”, ao longo de cada uma das etapas.

ETAPAS DO PROCESSO DE DESIGN	FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO	DESCRIÇÃO DA FERRAMENTA	ABORDAGEM PROJETUAL	CASOS EM QUE FOI UTILIZADA
Descoberta	Mapa da Ecologia dos serviços Mapeamento dos <i>stakeholders</i>	É um gráfico que representa o sistema de atores envolvidos (usuários, prestadores, instituições parceiras, entre outros) no serviço e a relação entre eles, usado em uma técnica de visualização do contexto	Co-design	Bolton Diabetes
	Cartões de conversação	É um conjunto de cartões com imagens que servem como ponto de partida para as pessoas contarem suas histórias, ajudado a focar a discussão, a definir termos e compreender questões relevantes para os usuários, usado em técnica de entrevista.	<i>Human-centred design</i>	Bolton Diabetes Open Door
	Fotografias	É o registro fotográfico realizado pelo pesquisador na comunidade na qual o serviço será inserido, com intuito de compreender as características da comunidade, usado em técnicas de observação	<i>Human-centred design</i>	Open Door
	Registro diário de campo	É o registro escrito e ilustrado das observações dos pesquisadores sobre o comportamento das pessoas, usado em técnicas de acompanhamento	<i>Human-centred design</i>	ENable
	Auto-documentação/ cultural probes	É um kit desenvolvido pelo designer para o usuário coletar informações sobre o seu cotidiano. O usuário deve registrar as informações em câmeras fotográficas descartáveis, seguindo orientações dos pesquisadores. É usada em técnicas de acompanhamento para entender a perspectiva do usuário sobre um tema.	<i>Human-centred design</i>	Open Door
	<i>Pen portrait</i>	É uma forma de sintetizar as informações sobre os usuários, apresentando descrições curtas sobre seus comportamentos, usada em técnicas de visualização do contexto	<i>Human-centred design</i>	Bolton Diabetes
	<i>Personas</i>	É um perfil completo de usuários típicos do serviço representado em graficamente em cartões, que apresentam características como história do usuário, motivação, valores, necessidades e objetivos, além de imagens que o representam. É usada em técnicas de visualização do contexto para auxiliar a equipe a focar projeto nas necessidades do usuário.	Co-design	ENable
	Mapeamento da jornada do usuário	É um gráfico que representa as interações do usuário ao longo de um período de tempo com a organização prestadora do serviço ao longo dos seus múltiplos pontos de contato, usado em técnicas de visualização do contexto	Co-design	Bolton Diabetes ENable

ETAPAS DO PROCESSO DE DESIGN	FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO	DESCRIÇÃO DA FERRAMENTA	ABORDAGEM PROJETUAL	CASOS EM QUE FOI UTILIZADA
Definição	Mock-up/rapid prototype	É uma maneira de representar fisicamente o conceito do produto/serviço para todos envolvidos no processo, usando qualquer suporte disponível para rapidamente mostrar formas possíveis de solucionar um problema, ou formas de interação a serem avaliadas. É usado em técnicas de sensorialização da solução proposta	Co-design	Bolton Diabetes
	Ideação	São exercícios usados em sessões de workshop para estimular a ideação de soluções para os problemas identificados.	Co-design	Bolton Diabetes ENable, Open door
	POINT analysis	São formas de analisar as informações que serve para promover reflexão durante as discussões e apresentações. Devem engajar os participantes a ativamente classificar tudo o que eles ouvem e pensam em 5 categorias: Problemas, Oportunidades, Insights, Necessidades, Temas, usados em técnicas de workshop	Co-design	ENable,
	Concept do serviço	É uma descrição das características e benefícios que os serviços trarão para os potenciais usuários. Define como e o que um serviço entregará para os usuários, apresentando a proposição de valor, usado em técnica de visualização da solução proposta.	Co-design	Bolton Diabetes ENable Open door
Desenvolvimento	Jornada do serviço	É um gráfico que representa uma série de encontros críticos que acontecem entre prestadores de serviço e usuários, ao longo do tempo nos múltiplos pontos de contato. Foca na compreensão de como as experiências do serviço ocorrem no contexto da vida cotidiana, tendo por objetivo determinar a melhor jornada experiencial para os usuários do serviço. Ela é representada por meio de uma série de escolhas que o usuário poderá fazer (ou desfazer) ao longo da jornada. É usada em técnica de visualização da solução proposta.	Co-criação	Bolton Diabetes
	blueprint	É um mapa que apresenta as características do serviço a partir do ponto de vista do processo que o constitui. Inclui informações sobre interações entre funcionários, clientes, evidências físicas e processos de suporte. Apresenta a sequência lógica de ações ao longo do tempo. É usado em técnicas de visualização da solução proposta	Design	ENable

ETAPAS DO PROCESSO DE DESIGN	FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO	DESCRIÇÃO DA FERRAMENTA	ABORDAGEM PROJETUAL	CASOS EM QUE FOI UTILIZADA
Entrega	Identidade do serviço	É a apresentação visual dos valores e significados que configuram a experiência do serviço em todos os canais do serviço. Usualmente apresentados por meio de moodboards. É usado em técnicas de visualização da solução proposta.	Design	Bolton Diabetes ENable
	Protótipos pontos de contato	São modelos físicos dos elementos tangíveis e do comportamento das pessoas que moldam a experiência do serviço. São exemplos de pontos de contato: espaços, objetos, pessoas, ou interações. É usado em técnicas de sensorialização da solução proposta.	Co-criação	ENable
	storyboards	É uma forma de representação visual das interações que ocorrem no cenário do serviço, usualmente representadas por meio de desenhos ou imagens. É usado em técnicas de visualização da solução proposta.	Co-criação	ENable Bolton Diabetes
	narrativas de cenários	São essencialmente histórias hipotéticas, criadas com detalhes suficientes para explorar de maneira significativa aspectos particulares de uma oferta de serviço. O objetivo é ilustrar o conceito do serviço para o cliente, incluindo elementos como: atores (usuários e prestadores), contexto da cena, e a história que narra as ações e tarefas desempenhadas. Podem ser textuais, ilustradas, encenadas, filmadas. É usado em técnicas de sensorialização da solução proposta.	Co-design	Open Door
	Detalhamento dos touchpoints	É a apresentação da forma final das interfaces, definida em termos de estética, materiais, cores. É usado em técnicas de visualização da solução proposta.	design	ENable

Quadro 6: Síntese dos casos em relação ao processo, às técnicas e ferramentas

3.5.3.

As maneiras de fazer do designer no contexto da saúde

Diferentes organizações começaram a apresentar o seu olhar sobre como o design poderia contribuir para o re-design dos serviços públicos. 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 co-design dos serviços: significa capacitá-los a realizar sua contínua co-criação.

Acreditamos que a grande contribuição do *experience based design* 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 *experience-based*, uma vez que possui condições de operar na reconstrução da estrutura de significação dos serviços,

É importante destacar que a abordagem projetual do *experience based design* fundamenta-se no co-design. 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 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 co-design dependem fundamentalmente dos protótipos rápidos projetados pelos designers, que traduzem os significados identificados pelo grupo em uma resposta visível (ou sensível) a todos envolvidos.

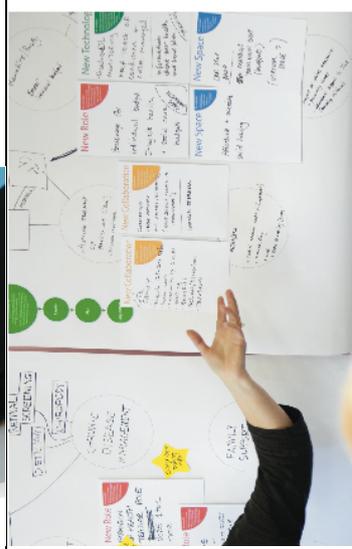
Identificamos que a contribuição dos modos de fazer do design apresentados para a inovação está associada à exploração do contexto de projeto e à configuração do problema (*problem setting*), como Shon (1991) ensina em sua obra *The reflective practioner*.

No caso do *redesign* do Urgent Care Center foi possível perceber claramente a diferença entre as abordagens dos designers e dos gestores. Enquanto a abordagem da gestão estava totalmente focada na identificação de problemas e nos futuros comportamentos desejados para solucioná-los (*problem solving*), a abordagem do design partiu de um entendimento profundo do contexto sobre o conceito de urgência para os diferentes atores (*problem setting*) a partir de *design games*, para então, iniciar a proposição de um novo design. No segundo caso, os designers seguiram os ensinamentos de Krippendorff (2000, p.89): para o design, “o significado é fundamental”, que postula que as pessoas reagem ao que as coisas significam e, por isso, o designer deve preocupar-se com a maneira pela qual os humanos percebem o mundo ao seu redor.

O Quadro 7 apresenta uma síntese da interpretação dos estudos de casos estudados, à luz da teoria estudada no capítulo dois. O quadro lista os aspectos ligados ao modo de fazer dos designers de serviços; o papel do designer; formas de comunicação; os padrões identificados em outros contextos, como forma de inspiração para o projeto; os princípios do novo serviço o resultado do processo.

	método	papel	comunicação	Padrões inspiradores	Princípios de projeto	Resultados do processo de projeto
Bolton Diabetes	<i>Human-centred design</i>	Estrategista	Mapa ecologia do serviço, Pen portraits, mapa jornada do usuário, mock ups, jornada do serviço, identidade do serviço, storyboards	<p>"troca de vida (programas de TV)"</p> <p>"just in time"</p> <p>"suporte pessoal"</p> <p>"novas tecnologias"</p>	<p>"tamanho único não serve para todos"</p> <p>"novos espaços, novas visões";</p> <p>"ao redor das casas das pessoas"</p> <p>"um passo de cada vez"</p> <p>"liberdade para experimentar"</p>	<p>Evidências físicas: cartas, visualização, blog</p>
ENABLE	<i>Experience based design</i>	Facilitador Capability builder	Personas, mapa jornada do usuário, blueprint, identidade do serviço, storyboards, touchpoints	Blogs Call centers telemedicina	<p>"Independência"</p> <p>"sistema flexível"</p> <p>"acesso direto"</p>	<p>Conceito serviço, papéis</p> <p>Informação à mão; telemedicina; patient-held records</p>

	método	papel	comunicação	Padrões inspiradores	Princípios de projeto	Resultados do processo de projeto
Open Door	<i>Human-centred design</i>	pesquisador estrategista co-criador	Auto-documentação, cenários, identidade do serviço	Clubes de jovens	<p>"nós nunca mandamos ninguém embora"</p> <p>"mas que saúde"</p> <p>"ambiente amigável, mas com propósito"</p> <p>"qualidade evidente"</p> <p>"consistência, confiabilidade e responsabilidade"</p>	<p>Conceito serviço, Cenários futuros</p> <p>Papéis, regras, ferramentas e plataformas</p>
Design in practice	<i>Experience based design</i>	Pesquisador, facilitador	personas	telemedicina	<p>"gerenciar o atendimento de urgência"</p> <p>"cuidado integrado"</p>	<p>Conceito serviço, cenários futuros</p>



Quadro 7 Síntese dos casos estudados

3.5.4.

Os resultados alcançados pelas soluções propostas

A inserção do design na inovação do NHS está associada a dois principais resultados: o da inovação radical e o da inovação incremental.

Percebe-se que o movimento de inovação radical está vinculado principalmente à uma mudança de mentalidade em relação ao conceito de saúde, que de um modelo médico centrado na doença (chamado por Hancock, 1993, de *sick care system*) passa para um modelo do ecossistema humano, centrado nos condicionantes da saúde do indivíduo (Hancock, 1993, apresenta a mandala da saúde⁵⁰ como instrumento para identificar o ecossistema).

Essa mudança de mentalidade fundamentou-se no entendimento de que, embora necessários, os atuais sistemas de saúde — com seu foco em tratamento e prevenção de doenças — não são determinantes das condições de saúde de uma população (Hancock, 2002). Além disso, “nenhuma estratégia singular e nenhum esforço focado em apenas um aspecto dos determinantes da saúde⁵¹ pode ser completamente bem sucedido; para tal é necessária uma abordagem multiníveis, multifacetada e multidisciplinar” (Hancock, 1993, p. 43).

Ou seja: é possível identificar os condicionantes dos problemas a partir de uma visão sistêmica, para, então, buscar padrões de solução capazes de responder a eles. O método do design utiliza a ferramenta *ecologia do serviço* para formalizar a visão sistêmica do serviço e do contexto em que será necessário operar (Moggridge, 2006). Essa ferramenta é baseada na concepção de ecologias de informação, que é composto pelo sistema de pessoas, práticas, valores e tecnologias inserido em um ambiente local. Nessas ecologias, o foco não está na tecnologia, mas nas atividades humanas servidas pela tecnologia (Nardi e O’Day, 2000). Por exemplo, uma unidade de tratamento intensivo pode ser descrita como uma ecologia de informação, formada por um conjunto de pessoas e tecnologias

⁵⁰ A mandala da saúde resulta da compreensão da ecologia humana como consequência da interação entre cultura e ambiente e da saúde a partir de uma visão sistêmica. O indivíduo é colocado no centro, tendo as dimensões de corpo, mente e espírito (e implicitamente os sistemas internos, órgãos, células, moléculas e átomos) vinculadas aos outros sistemas nos quais o indivíduo está inserido, relativos a família, comunidade, ambiente construído, a sociedade numa perspectiva mais ampla (cultura) e o ambiente natural (biosfera). O modelo integra, ainda, o conhecimento das ciências sociais (psicologia, sociologia, economia, política, antropologia) ao das naturais (física, química, biologia, engenharia, ecologia).

⁵¹ Os aspectos determinantes da saúde são: ambiente (físico e social), estilo de vida, organização do sistema de saúde e biologia humana.

focadas na atividade de tratar pacientes doentes críticos. O expertise humano, o julgamento, a empatia, a cooperação e os valores são centrais para fazer o sistema funcionar, mesmo que o serviço dependa de tecnologias avançadas. O olhar proposto pela ecologia dos serviços é direcionar a atenção para as relações envolvendo pessoas, ferramentas e suas práticas. Da mesma forma que uma ecologia biológica, uma ecologia de informação (ou serviços) é marcada pelo forte inter-relacionamento e dependência entre as partes. Por conta disso, qualquer mudança é sistêmica: quando um elemento é alterado, as mudanças podem ser sentidas por todo o sistema. Portanto, é fundamental entender o funcionamento da ecologia do serviço para propor alterações a qualquer elemento que faça parte dela.

Nos projetos analisados, percebemos a importância conferida aos cidadãos, que devem ser considerados atores ativos na configuração dos serviços. Desse ponto de vista, as pessoas não mais são vistas como consumidoras passivas de um cuidado fornecido pelo governo, mas como corresponsáveis pelo cuidado, como indivíduos ativos na busca de soluções para os próprios problemas. E, principalmente: nesse modelo, os cidadãos precisam entender que são, sim, responsáveis, não só por sua saúde, mas por contribuir para a saúde de sua comunidade. Os resultados obtidos pelo caso *Open Door* exemplificam a possibilidade de alcançar a inovação radical por meio do método *human-based design*, fundamentado no entendimento da ecologia dos serviços. O caso pode ser considerado uma inovação radical, pois para que o *Open Door* conseguisse inserir os usuários difíceis no sistema de saúde, a equipe de projeto questionou as pressuposições fundamentais que organizavam os atuais serviços de saúde e criou uma nova organização.

Essa interpretação é fundamentada no estudo de Sabine Junginger e Daniela Sangiorgi (2009) que explica o papel do design na transformação das organizações. As autoras identificam que a mudança organizacional somente ocorre quando os designers trabalham em conceitos de serviços que requerem profundas transformações nos pressupostos basilares das organizações. Por outro lado, identificam também que, se os designers atuam apenas no re-design das interações do serviço — questionando as normas e os valores da organização, repensando todos os elementos organizacionais que devem suportar a nova experiência de serviço —, é possível que aconteça uma inovação incremental.

O caso *Ealing PCT Multiple Sclerosis team* traz uma inovação incremental ao sistema, demonstrando como os designers conseguem intervir nas normas e nos valores da organização, recriando as interações entre usuários e prestadores, e, ainda, projetando as plataformas que possibilitaram essa mudança. Nesse caso, a inovação incremental esteve associada a novas formas de entregar os serviços médicos para tratar as doenças, e também a melhor compreensão sobre a possibilidade de articular as habilidades dos diferentes profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento de doenças, de modo a melhorar a experiência para o paciente.

Embora em sua origem o método *experience based design* estivesse associado ao re-design de serviços com resultados de inovação incremental, percebemos seu potencial para a inovação radical do sistema. Para tanto, um dos pilares é a colaboração em massa e a participação da sociedade na busca de soluções para os seus próprios problemas.

A partir dessas constatações, percebemos que a metodologia de design de serviço poderia contribuir não apenas para a inovação dos processos organizacionais, mas principalmente para a inovação social. Então nos indagamos: de que forma a competência em design de serviços pode contribuir para a inovação social dos serviços públicos de saúde brasileiros? Como podemos utilizar essa abordagem para criar um novo serviço a ser oferecido às pessoas portadoras de doenças crônicas, com intuito de gerar uma inovação social?

Para responder a essas questões, adaptaremos o método projeto usado pelos escritórios de design de serviços ingleses (descritos no Quadro 6 e ilustrados na Figura 10), utilizando-o no contexto brasileiro para a criação de um novo serviço de saúde com foco em inovação social. O capítulo a seguir apresenta o processo de desenvolvimento de um novo serviço de saúde realizado na Vila Gaúcha.