4.

Design de serviços de saúde: o processo de desenvolvimento de um novo serviço para a Unidade Básica de Saúde Vila Gaúcha

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

Durante o projeto, como corroborado na literatura, exercemos múltiplos papéis característicos do designer de serviços: de pesquisadoras, facilitadoras e (co)criadoras. Todo o processo de desenvolvimento do serviço, que foi realizado no período entre setembro de 2010 e março de 2011, será descrito a seguir, apresentado em seções que correspondem a cada uma de suas fases: discussão, descoberta, definição, desenvolvimento e avaliação.

4.1.

Discussão sobre as oportunidades de projeto

A fase de discussão prevê que a equipe de design e o cliente discutam e definam em conjunto o *briefing* para o projeto. Assim, para realizá-la no projeto na Vila Gaúcha, reunimo-nos com a gerência de responsabilidade social do Hospital Mãe de Deus para analisar o direcionamento do projeto. Assim, todas as decisões desta etapa foram compartilhadas entre a equipe de design e a gerência do Hospital. Foi nessa reunião que, em conjunto, definimos que iríamos trabalhar com um serviço voltado aos portadores de diabetes tipo II. Optamos por trabalhar

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

com esse grupo, em face do aumento do número de pacientes com doenças crônicas e da falta de estrutura organizacional dos Sistemas de Saúde para lidar com esse tipo de doenças, uma vez que foram criados em um contexto no qual as doenças agudas eram prevalentes, a exemplo do sistema de saúde inglês, discutido no capítulo anterior. Dentre as doenças crônicas, a diabetes é uma das que mais cresce no país, responsável pelo maior número de internações hospitalares, tendo em vista as suas complicações. Os custos que acarreta para o sistema de saúde e para o paciente são elevados.

Após a decisão sobre o escopo do projeto, o método *experience based design* prevê uma investigação do contexto, para que se compreenda com clareza onde o serviço será desenvolvido. Para isso, a técnica de pesquisa escolhida foi a observação participante, período no qual vivenciamos o quotidiano da Unidade Básica de Saúde, conversamos com os moradores e visitamos os acessos às casas[52], sempre acompanhadas, ora por um funcionário da equipe de saúde, ora pelo presidente da associação de moradores.

A Unidade Básica de Saúde da Vila Gaúcha está localizada em uma comunidade de baixa renda, na zona sul de Porto Alegre, onde moram cerca de mil famílias. Essas famílias chegaram à região há cerca de 30 anos, vindos, em sua maioria do interior, na busca de melhores condições de vida na capital, pois o trabalho no campo não garantia mais o seu sustento. Essas famílias invadiram uma área no Morro Santa Tereza e construíram suas casas com os poucos recursos de que dispunham. Hoje, esses primeiros migrantes, seus descendentes e outros familiares formam a população da Vila Gaúcha.

Logo nos primeiros dias, percebemos que, para circular livremente pela Vila Gaúcha de forma segura, era importante que fôssemos reconhecidas como integrantes da equipe da Unidade Básica de Saúde. Decidimos produzir um jaleco branco, a fim de sermos identificadas como parte da equipe e, ao mesmo tempo, para nos diferenciarmos dos outros profissionais ali atuantes. Tal distinção era importante, pois, como ficaríamos por um longo período de tempo dentro do posto

[52] O vocábulo acesso é um termo nativo. Seu uso serve para referir-se um espaço que só pode ser transitado por pedestres. Quando um veículo pode trafegar pela passagem, os moradores a chamam de rua. Essa diferença é clara, principalmente, para diferenciar as ruas, onde o caminhão do lixo da prefeitura tem condições de passar a fim de recolher os dejetos, dos acessos, que não são atendidos por esse serviço.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

de saúde (nome que os moradores usam para referir-se à UBS), não queríamos que eles pensassem que pudéssemos atendê-los.

Figura 11: Uniforme para pesquisa

O coordenador da Unidade Básica de Saúde sempre me apresentava assim: *"Essa é a Dra. Karine, uma pesquisadora que veio para ajudar a melhorar os serviços do posto e vai ficar aqui trabalhando conosco um certo tempo"*. Nessas ocasiões, tive que explicar que eu era outro tipo de doutora que não podia realizar consultas.

A reação dos moradores era normalmente positiva, mas um deles demonstrou certa preocupação, dizendo: *"...é, mas depois que a gente se acostumar com ela, ela vai embora"*, referindo-se a outros profissionais que atuaram na UBS, em outros momentos.

Na primeira visita aos acessos da Vila Gaúcha, descobrimos que, dada a ilegalidade das habitações, os moradores não possuem acesso aos serviços de tratamento de água e de esgoto fornecidos pela prefeitura. Por conta disso, as casas têm ligações ilegais para fornecimento de água, e o esgoto é deixado a céu aberto. O acesso ao serviço de energia elétrica também é feito de forma ilegal. Além do mais, os serviços de recolhimento de lixo disponibilizados pela prefeitura não atendem de forma eficiente às necessidades da população: os funcionários não conseguem entrar em todos os acessos, deixando os moradores responsáveis por levar o lixo até a rua principal (Figura 12). Apenas um dos acessos à vila é asfaltado, permitindo a entrada do caminhão e dos garis para o recolhimento do lixo. Como consequência, muito lixo é jogado a céu aberto.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

No trajeto, pudemos encontrar muitos animais de estimação (cachorros e gatos) circulando pela Vila, e também galinhas que se destinam ao consumo da família. Em um dos acessos, encontramos uma plantação de feijão.

As casas têm apenas divisões de cozinha e banheiro. Em algumas, a separação do quarto com os espaços coletivos é feita por cortinas; em outras, as divisões dos ambientes são construídas com o mesmo material da habitação (compensado ou alvenaria).

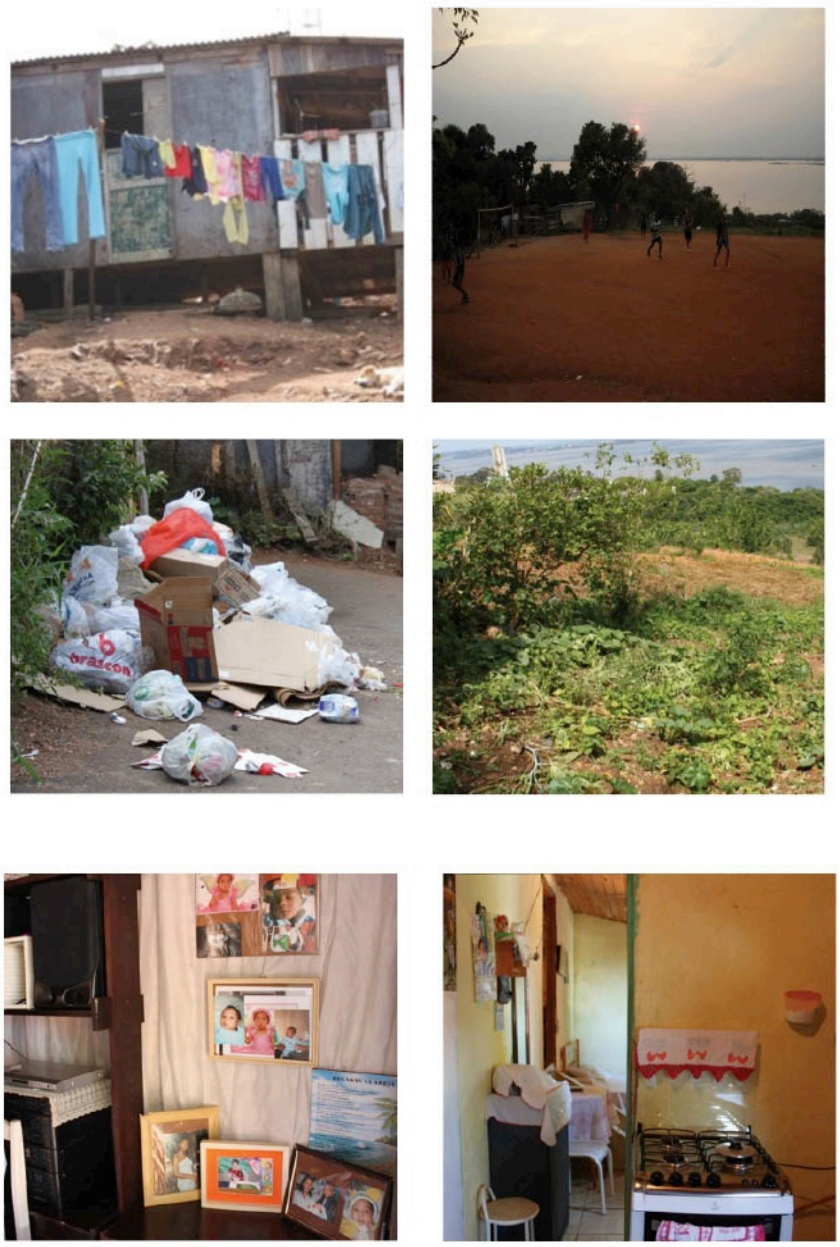


Figura 12: Regiões da Vila Gaúcha

Nas visitas, encontramos duas configurações principais de famílias: casais mais velhos, que lá habitam há mais de 20 anos, cujos filhos e netos também

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

moram na vila; e mães separadas, que foram abandonadas pelos maridos e cuidam de pelo menos três filhos, os quais nem sempre são do mesmo companheiro.

Nossa equipe foi muito bem recebida por todos os moradores que visitamos. Observamos os bens que eles possuíam em suas casas. Entre essas, quase todas eram equipadas com aparelho leitor de DVD, geladeira, fogão, liquidificador, micro-ondas e aparelho de telefone celular. Segundo informações dos funcionários da Unidade Básica de Saúde, o telefone celular é o único que essas pessoas têm de serem encontrados por possíveis contratantes e também pelos familiares, pois não existe endereço para as casas localizadas nos acessos da Vila Gaúcha. É muito difícil encontrá-los por meio de cartas ou até mesmo por visitas pessoais. Enquanto estivemos lá, presenciamos um Oficial de Justiça procurando por um morador, no endereço da Unidade Básica de Saúde, pois esse não tinha um endereço residencial. Para qualquer pessoa externa à Vila Gaúcha, as vias de circulação no interior desse espaço são bastante confusas, sem pontos de referência ou forma de identificação das casas (numeração ou nome). Embora o celular seja uma espécie de endereço para eles, um aspecto que nos chamou atenção foi que eles trocam de número com certa facilidade, seguindo as vantagens financeiras proporcionadas pelas ofertas de diferentes operadoras de telefonia móvel. Por não terem comprovante de endereço, os moradores possuem contas pré-pagas, o que facilita essa troca constante de operadora.

Em relação às condições de emprego e renda, muitos prestam serviços informais para empresas localizadas no entorno. Os homens, em sua maioria, trabalham na construção civil, como pedreiros ou serventes. As mulheres, por sua vez, prestam serviços de limpeza doméstica ou empresarial. Alguns moradores já se aposentaram, seja por tempo de serviço, seja pelas suas condições de saúde. Não encontramos sequer um morador da Vila com mais de 40 anos de idade, que tenha finalizado o ensino fundamental. Muitos, que não sabem ler, sentem-se encabulados para falar. Para não dizer que não conseguem ler, costumam dizer que “esqueceram os óculos em casa”. Somente depois de um convívio maior é que eles admitem só saber escrever seu nome, porque decoraram o desenho das letras.

Algumas crianças vão para a escola e frequentam um Centro Comunitário, que oferece atividades de apoio à aprendizagem no turno inverso ao da escola (para apenas 30 crianças e jovens). A classificação das crianças usa o critério da faixa etária. Há programas de educação infantil para crianças de 2 a 6 anos,

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

serviço de apoio socioeducativo para crianças de 7 a 13 anos e programa de trabalho educativo para jovens de 14 a 17 anos. Ao observar as atividades do Centro e ao conversar com as crianças e professoras, os valores evidenciados pelas meninas, em particular, causaram um certo estranhamento. O sonho das meninas, de idades entre 6 e 8 anos, a quem escutamos, é o de ser médicas ou modelos (manequim) quando crescerem. Já as mais velhas (de 9 a 13 anos) sonham em ter filhos cedo. Esse sonho, normalmente, se torna realidade, levando-as a abandonar a escola antes do final do ensino médio. Essas mães adolescentes dificilmente são apoiadas pelo pai da criança, decorrendo disso que as meninas criam seus filhos quase sempre com o apoio da sua família. A figura paterna, muitas vezes, é exercida pelo avô.

Levamos um certo um tempo para perceber que, para elas, ter filho era sinônimo de valorização na comunidade e de receber o respeito e atenção dos outros. Isso talvez explique a gravidez na adolescência como algo comum às suas vidas.

No que concerne à violência, as condições de vida na Vila melhoraram há pelo menos cinco anos. Os assaltos e assassinatos, decorrentes de brigas pelo domínio do tráfico, não são mais frequentes. Os funcionários da equipe de saúde atribuem essa mudança a um fortalecimento da associação de moradores, que está trabalhando para trazer melhorias para a comunidade. Conversamos com "Seu" Darci, o presidente da associação de moradores. Ele frequenta a Igreja Evangélica e acredita que seu papel é ajudar a comunidade; tem pouco estudo, mas, em vista de sua boa capacidade de articulação verbal e social, recebe ajuda de diferentes pessoas, que realizam projetos sociais na comunidade. Um desses projetos é o de urbanização da Vila Gaúcha, que inclui a construção de um parque numa área de preservação ambiental e um novo posto de saúde. Além da associação de moradores, a comunidade recebe ajuda dos Vicentinos (uma associação filantrópica ligada à Igreja Católica, formada por casais mais velhos) e dos pastores de Igrejas Evangélicas.

A Unidade Básica de Saúde da Vila Gaúcha tem uma característica peculiar que a diferencia das demais costumeiramente encontradas no país. A administração dessa Unidade foi cedida pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre para o Hospital Mãe de Deus – que é uma instituição filantrópica fundada pela Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo Scalabrinianas –

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

reconhecido na região pela sua excelência em gestão hospitalar. Cabe à prefeitura fornecer os recursos financeiros e os suprimentos para o funcionamento das atividades do posto, e ao Hospital, o gerenciamento da equipe e dos recursos para o melhor atendimento da comunidade.

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Gaúcha é composta por um médico comunitário, um enfermeiro (que coordena o posto), dois técnicos de enfermagem e um porteiro. Durante o período letivo, recebem estudantes de enfermagem, que fazem estágio curricular na Unidade. O atendimento da Unidade acontece no período entre 08h e 12h e entre 13h e 17h, em uma estrutura física (Figura 13) que comporta apenas atividades ligadas à cura de doenças e a alguns exames preventivos. Há apenas uma sala que oferece privacidade para consultas. O restante do espaço é dividido entre sala de triagem, curativos, nebulização, vacinas, farmácia e sala de coordenação. Esse lugar comporta aproximadamente 7 pessoas em atendimento. Não há espaços disponíveis dentro da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades de promoção da saúde.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Figura 13: Instalações da Unidade Básica de Saúde Vila Gaúcha

Para que um novo serviço pudesse ser criado, após conhecer o contexto de vida das pessoas que moravam na Vila Gaúcha, era importante ter um maior conhecimento sobre a doença, possibilitando, assim, o diálogo com os diferentes interlocutores que faziam parte da denominada "ecologia dos serviços" de atenção ao paciente diabético.

4.2.

Compreensão do contexto do projeto

A fase de compreensão do contexto do projeto abrange a busca de conhecimento, pela equipe de design, da contextualização do problema de projeto. Nessa etapa, aprofundamos o conhecimento sobre a doença diabetes, tanto do ponto de vista dos profissionais da saúde, quanto do ponto de vista dos pacientes.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

A diabetes tipo II é uma condição do organismo que afeta o seu bom funcionamento. Esta condição tem maior propensão de surgir em pessoas com mais de 40 anos, mas, recentemente, foram diagnosticados casos de diabetes tipo II em crianças obesas, evidenciando que o fator idade não é o mais importante. Mais do que uma condição biológica, precisamos entender a diabetes tipo II como uma doença cultural, pois os motivos que levam o nosso corpo a deixar de funcionar como deveria são decorrentes dos hábitos que adquirimos em nossa inserção em uma determinada cultura que preconiza a má alimentação, o sedentarismo e o tabagismo.

Por ser uma doença metabólica, quaisquer fatores que podem afetar o metabolismo (por exemplo, a hipertensão, os níveis altos de colesterol, o excesso de peso, o alcoolismo, o tabagismo, o sedentarismo) têm impacto na diabetes.

Um organismo com diabetes não consegue absorver a glicose dos alimentos (provenientes de açúcares e carboidratos, presentes em alimentos como doces, massas e pães), seja por que está resistente à insulina, seja por defeitos na secreção da insulina pelo pâncreas. A insulina é um hormônio produzido no pâncreas, capaz de quebrar as moléculas de glicose para que sejam absorvidas no sangue. O resultado da não absorção da glicose é uma condição de hiperglicemia no sangue (excesso de açúcar), que pode causar uma série de complicações para a saúde da pessoa tais como: problemas nos rins, de visão, coração, circulação, lesões nos pés.

Dificilmente o medicamento, isoladamente, consegue controlar os níveis de glicose no sangue. É preciso atacar as causas da dificuldade do organismo em absorvê-la. Para tanto, é necessário reduzir a ingestão de glicose, pela reeducação alimentar, e estimular a produção de insulina, pela atividade física. Por conta disso, o tratamento para a diabetes tipo II deve incluir, além da prescrição medicamentosa[53], uma prescrição comportamental ligada à mudança de hábitos alimentares e à realização de atividade física.

[53] Isso pode ocorrer com remédios antidiabéticos orais, que ajudam na redução da resistência à insulina, ou mediante tratamento com insulina humana

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

4.2.1.

A diabetes sob o ponto de vista do sistema de saúde

Inicialmente, pesquisamos em dados secundários informações sobre as ações e programas que já haviam sido desenvolvidos pelo governo para lidar com a diabetes. Para realizar essas atividades, conversamos com o enfermeiro e o médico da Unidade Básica de Saúde; buscamos informações em artigos científicos; acessamos as informações do ministério da saúde; conversamos com alguns especialistas. Ao lado dessas ações, com o intuito de mapear as ações do sistema de saúde direcionadas aos pacientes diabéticos, observamos o processo de atendimento que lhes era prestado na Unidade da Vila Gaúcha, desde o diagnóstico até o tratamento.

Nessa investigação, constatamos que, mesmo para leigos, a doença é explicada a partir de um vocabulário médico, de difícil compreensão para aqueles que não avançaram para o ensino médio ou estudaram biologia. Outra constatação foi que os profissionais da saúde normalmente veem os pacientes como "um conjunto de células, que não estavam funcionando perfeitamente por causa de alguma enfermidade"[54]. Por exemplo, quando perguntei ao enfermeiro o que caracterizava uma pessoa como diabética, o enfermeiro me disse que a pessoa teria "obesidade, dislipidemia e glicemia descompensada".

O processo de atendimento dos pacientes na Unidade Básica de Saúde Vila Gaúcha

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

Para a marcação das consultas, o paciente precisava ficar em uma fila, que, normalmente, iniciava às 5 horas da manhã (pois a escolha dos horários e a distribuição de fichas seguia a ordem de chegada), aguardando até às 8 horas

[54] Uso de aspas estilístico, remetendo a uma possível definição a partir da observação empírica.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

dessa manhã para ser atendido por um técnico de enfermagem. Este, após uma conversa sobre as condições do paciente, marcava a consulta e entregava, por escrito, um comprovante do agendamento realizado. Este só podia ser realizado às segundas-feiras. Já a distribuição de fichas para o atendimento de urgência ocorria todos os dias da semana no turno da manhã.

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

O próximo passo da jornada do paciente é o dia da realização da consulta médica. Nesse dia, o paciente deve chegar no horário marcado, informar o número do seu prontuário médico (a ficha da UBS) para, depois, ser encaminhado à triagem. Esta é realizada por um técnico de enfermagem e consiste na avaliação dos sinais vitais (respiração, batimentos cardíacos, pressão arterial e temperatura do corpo) e na escuta do problema do paciente. Depois dessa avaliação, o técnico faz o registro dos sinais vitais na ficha do paciente (sem uma ordem pré-estabelecida de organização da informação) e o encaminha para a sala de espera, onde deve aguardar o chamado do médico para a consulta. Ao receber o paciente, o médico realiza uma anamnese[55] para entender a condição do paciente e, a partir desta, pode identificar os sintomas como a poliúria, a polifagia e a polidipsia[56], que são sinais de suspeita de diabetes. Se o médico desconfiar que o paciente possa ter diabetes pela descrição dos sintomas, aquele solicita um exame de glicemia capilar para o técnico de enfermagem (que é realizado no posto) e também um exame de glicemia em jejum e curva glicêmica, que deve ser feito em um laboratório credenciado da prefeitura. Ao final da consulta, o paciente recebe uma guia de solicitação de exames, a qual deve ser entregue ao laboratório para agendar o dia da realização do exame.

[55] Termo que dá nome à entrevista inicial para que seja feito um diagnóstico do paciente

[56] Termos usados, respectivamente, para significar o aumento do volume de urina, de fome e de sede

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

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

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

Depois disso, o paciente é cadastrado no sistema HIPERDIA[57], pelo coordenador da UBS, que nos explica: "*É apenas um cadastro, não enxergamos os resultados das informações que ali são inseridas e não usamos para outras coisas".* Assim, esse indivíduo passa a integrar um grupo de pacientes crônicos que recebe regularmente medicamento gratuito do governo.

Uma vez cadastrado no sistema HIPERDIA, o paciente pode retirar, mensalmente, os seus medicamentos na farmácia da UBS, até o momento da renovação do cadastro. Os pacientes diabéticos precisam, a cada seis meses, marcar uma consulta de revisão de cadastro para verificar a adequação da terapia medicamentosa à sua condição e modificá-la, quando necessário.

A partir dessas informações, pesquisamos sobre o sistema informatizado e sobre o objetivo do Ministério da Saúde com esse sistema.

Interfaces do serviço: o sistema HIPERDIA

O HIPERDIA é um instrumento gerencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que serve para definir um perfil epidemiológico de uma região. O objetivo do SUS é monitorar os pacientes portadores de diabetes e hipertensão e gerar

[57] Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* da Atenção Básica.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

informações para a aquisição, dispensação[58] e distribuição de medicamentos, garantindo, desse modo, insumos para todos os pacientes cadastrados (Figura 14).

Figura 14: Tela de abertura do Sistema Hiperdia.

No HIPERDIA, são inseridos dois tipos de dados: sobre o paciente e sobre o atendimento que lhe é dado. Nos dados sobre o atendimento, são preenchidas informações sobre a pressão arterial, a medida de cintura, o peso, a altura, a glicemia capilar, os fatores de risco e as doenças concomitantes (como antecedentes familiares, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso, hipertensão arterial), presença de complicações (infarto agudo miocárdio, coronariopatias, AVC, pé diabético, amputação por diabetes, doença renal), além do tratamento prescrito (medicamentoso ou não medicamentoso).

Para inserir essas informações no sistema, há uma ficha de acompanhamento impressa (Figura 15), que deve ser preenchida pelo coordenador da UBS, sintetizando os dados referentes a consultas de diferentes pacientes.

Não tivemos a oportunidade de observar o uso do sistema: só obtivemos as impressões do coordenador da UBS sobre ele. Percebemos que, embora o sistema seja bastante útil, seu valor não é percebido por aqueles que o utilizam, pois, segundo o coordenador, *"é uma burocracia para preencher os formulários, quase*

[58] termo usado para referir-se ao fornecimento de medicamentos.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

sempre ruins e com letras miúdas e que não geram relatórios capazes de auxiliar os postos a definir suas ações".

MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde | Cód. SIA/SUS | Número do Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)

Nome (sem abreviaturas) | Data Nascimento / / | Sexo M F

Nome da Mãe (sem abreviaturas) | Nome do Pai

Raça/Cor (TV) | Escolaridade (TV) | Nacionalidade Brasileira Estrangeira | País de Origem | Data Naturalização / /

Nº Portaria | UF Munic. Nasc. | Nome Munic. Nascimento | Estado Civil (TV) | Nº Cartão SUS

DOCUMENTOS GERAIS

Título de Eleitor	Número	Zona	Série	
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /
CPF	Número	PIS/PASEP	Número	

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)

Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro
	Folha	Termo			Data de Emissão / /

ENDEREÇO (*)

Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)
Peso (kg) (*)	Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d) ___/___/___ Em jejum Pós prandial

Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		

Figura 15: Formulário para o cadastro de pacientes no Sistema Hiperdia.

4.2.2.

A diabetes do ponto de vista dos pacientes

Depois de compreender a diabetes pelo ponto de vista dos profissionais da saúde, iniciamos o contato com os 43 pacientes cadastrados na UBS como portadores de diabetes tipo II. Para tanto, fizemos convites impressos, endereçados a cada um dos pacientes registrados no posto, convidando-os para participar de um encontro, no qual apresentaríamos a presente pesquisa. Com a ajuda da equipe da UBS, entregamos em mãos os convites na casa de algumas

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

pessoas e o reforçamos por telefone. Como não conseguimos ter acesso a todas as casas, pedimos ajuda ao presidente da associação de moradores para entregar os convites que faltavam. Seguindo uma sugestão do presidente da associação, distribuímos também alguns cartazes pelo espaço da Vila, convidando as pessoas para o encontro.

Tínhamos uma grande expectativa para o dia do início do contato com os pacientes, pois percebemos o contentamento das pessoas para quem entregamos os convites para o evento. No dia marcado, sete pessoas aparecerem, ficaram e sentiram-se especiais. A fala: *"Nós somos privilegiados por estarmos aqui nessa pesquisa"* (Sr. João) isso confirma. Durante o encontro, expliquei que queríamos melhorar os serviços da UBS para as pessoas que tinham diabetes tipo II, e, por isso, precisávamos da ajuda deles. Entregamos o termo de confidencialidade (exigido pelo código de ética em pesquisa na área da saúde) e ficamos com uma via assinada, confirmando o interesse em participar da pesquisa dos seguintes pacientes: Simone, Lúcia, Maria, João, Ronaldo, Cesar e Nelson.[59]

Depois desse primeiro encontro, indagamo-nos o porquê de poucas pessoas terem aparecido. Conversando com o presidente da associação, descobrimos dois aspectos importantes. O primeiro deles foi que as pessoas não eram conhecidas por seus nomes e sobrenomes, mas por seus apelidos. Isso dificultou a entrega dos convites (por parte do presidente da associação), pois eles continham o nome completo das pessoas, tal como cadastrado na UBS. O segundo problema foi o de que o presidente da associação de moradores tinha dificuldades de leitura, motivando a suspeitamos que muitos dos pacientes também poderiam tê-lo. Por isso, percebemos que deveríamos pensar em outras formas de acesso a esse grupo. Essa constatação levou a um questionamento importante para a fase de entrevistas: como essas pessoas tinham acesso à informação sobre a doença?

Na sequência, começamos o estudo com o grupo de sete pessoas, número suficiente para o propósito do projeto. Com o intuito de captar a compreensão delas sobre a diabetes, buscamos, primeiramente, identificar o conhecimento que possuíam sobre os alimentos que poderiam consumir. Para tal, desenvolvemos um instrumento de coleta de dados essencialmente visual, usando um encarte promocional (com fotos e preços) de um supermercado próximo à comunidade

[59] Os nomes dos participantes foram alterados, como forma de garantir a confidencialidade de seus depoimentos.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

(Figura 16). Pedimos a eles que colassem um adesivo vermelho nos alimentos, apresentados no encarte, que não podiam consumir; um adesivo amarelo, naqueles de que precisavam controlar as quantidades; e um adesivo verde naqueles que podiam comer à vontade. A escolha das cores dos adesivos foi fundamentada em uma analogia ao semáforo, pois imaginamos que seria uma associação fácil para qualquer pedestre. No entanto, assim mesmo, alguns tiveram dificuldade em entender a analogia, demandando nossa ajuda para colar os adesivos.

Figura 16: Instrumento de coleta de dados.

Como resultado da atividade, identificamos que esses indivíduos tinham pouco conhecimento sobre a alimentação adequada para a condição da diabetes. A única certeza que tinham era que não podiam comer açúcar e doces.

Em segundo lugar, tentamos compreender o modo como essas pessoas portadoras de diabetes tipo II viviam. Propusemos ao grupo uma segunda atividade: um kit para a autodocumentação (máquinas fotográficas descartáveis e um álbum com instruções) de situações do seu quotidiano. Pedimos aos participantes que registrassem, em 27 fotografias, algumas situações ligadas à alimentação, atividades de lazer, e qualidade de vida. Explicamos como eles deveriam usar a máquina fotográfica e lemos o álbum de instruções, comentando sobre cada uma das fotos que deveriam ser feitas. Foi dado aos participantes um prazo de cinco dias para fazer as fotos e devolver as máquinas na UBS, a fim de que pudéssemos revelá-las e usá-las na próxima etapa: entrevistas individuais. Com essa técnica de coleta de dados, queríamos capturar o olhar das pessoas

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

sobre o seu quotidiano, para, com base nisso, direcionarmos as nossas observações e questões. Apenas um participante não entregou a máquina fotográfica descartável e optou por sair do estudo. As imagens que os participantes produziram (Figura 17) destacaram aspectos ligados à família, às preocupações e alegrias da Vila Gaúcha e à alimentação.

Figura 17: Registros fotográficos dos usuários.

As fotografias nos mostraram que as pessoas que compartilham o dia a dia dos voluntários para a pesquisa são o(a) esposo(a) (companheiros), filhos (enteados) ou netos e que suas relações sociais são centradas na família que

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

construíram. Além de com essa, relacionam-se com a equipe do posto de saúde e alguns vizinhos.

Ainda, as fotografias que registraram para nos mostrar os aspectos que mais os preocupam na Vila Gaúcha, estavam relacionadas ao lixo depositado a céu aberto (desde lixo orgânico à entulho de construção) e a preocupação de deixar os filhos circularem à noite nos acessos da vila. Já as fotografias ligadas aos aspectos que mais os deixam alegres, relacionados à vida na Vila Gaúcha, eram da bela paisagem que se avista da Vila.

Também foi possível identificar, pelas fotografias, o hábito de fazer compras mensais e guardar na despensa da casa. Os alimentos não perecíveis que eles compram são farinhas (milho, mandioca, trigo), massa, óleo, feijão, lentilha, arroz, adoçante, café. Entre os alimentos perecíveis guardados na geladeira, estão: frutas, verduras, leite, refrigerante, margarina, banha, geleias, frutas em conserva e carnes.

De maneira geral, os participantes não conseguiram registrar as atividades físicas que praticam, apenas relataram que a fotografia de uma pessoa caminhando representaria uma atividade física. Um participante registrou a imagem de uma bola de futebol, dizendo que, às vezes, jogava futebol com os amigos.

Depois dessa primeira abordagem do cotidiano, com os participantes, pelas fotografias, começamos as entrevistas em profundidade, apoiadas com uma série de imagens. O objetivo dessas entrevistas foi ampliar o conhecimento sobre diferentes aspectos relacionados à vida de um paciente com diabetes. A estratégia usada durante a realização das entrevistas foi o uso de imagens para estimular a conversa sobre os seguintes temas: contexto de vida dos pacientes, descobrimento da doença, trabalho, família e descrição de um dia comum de suas vidas. A partir das entrevistas, foi possível construir um perfil dos entrevistados (apresentados nos Quadro 8, Quadro 9, Quadro 10, Quadro 11, Quadro 12 e Quadro 13):

Cesar	Cesar tem 57 anos. Está no seu segundo casamento. Tem 6 filhos com a primeira esposa, que o deixou e voltou para o interior. Agora vive com a segunda esposa. Seus filhos já saíram de casa. Uma de suas filhas mora na Vila com a sua neta e seu genro. Há três anos, teve um desmaio em casa. Foi atendido pelo enfermeiro da UBS e encaminhado para o serviço de emergência do Hospital de Clínicas, onde foi diagnosticado um AVC. Como sequela, ele diz que a *"cabeça inchou e o lado esquerdo está formigado"*. Ele caminha todos os dias e parece ter recuperado os movimentos. Nesse mesmo episódio, foi diagnosticado como diabético tipo II e hipertenso. Cesar conta que depois do derrame, a equipe do hospital lhe explicou o que ele podia e o que ele não podia comer. Por conta desses problemas, ele não trabalha, apenas recebe o benefício do INSS. Está aguardando a perícia para receber a aposentadoria. Sua

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

	mulher trabalha como servente para uma empresa de limpeza comercial. Elas às vezes consegue uns "biscates" para ele fazer como: cuidar da portaria de um estádio de futebol (que fica próximo à vila) em dia de jogo. Cesar precisa visitar uma série de médicos em diferentes locais e realizar diversos exames, mas não sabe explicar o motivo dos exames. Embora lhe tenha sido recomendado cuidar da alimentação, seus hábitos são inadequados para uma dieta de diabético. Consome refrigerante normal, bebe cerveja, em dias de festa, e faz apenas duas refeições por dia. Por outro lado, pratica exercícios físicos regularmente, caminhando em um parque da cidade. Ele não costuma controlar o nível de glicose e só vai ao posto de saúde quando tem algum problema e para retirar os medicamentos da diabetes. A última visita ao médico foi por causa da ASMA.

Quadro 8: Perfil do entrevistado Cesar.

Simone	Simone tem 44 anos, é separada e tem seis filhos: quatro do primeiro casamento e dois do segundo casamento. Descobriu que era diabética em uma consulta na UBS Vila Gaúcha. Ela urinava demais, tinha dor nas pernas e sentia muito cansaço. Às vezes, ficava tonta e não conseguia enxergar. Levou um susto grande ao saber que tinha diabetes. Ficou muito nervosa, mas o médico a acalmou, explicando-lhe o que fazer. Aprendeu alguns cuidados com a alimentação (só usa produtos a base de adoçante), fazer caminhadas e cuidar dos pés. Não tem renda própria, sempre trabalhou em casa cuidando dos filhos. São eles que a ajudam a *"colocar comida em casa"*. Quando tem condições, consegue comprar adoçante e sucos adequados para sua dieta. Passa o dia em casa, cuidando dos filhos e ouvindo rádio. Já consultou uma *"endocrinutricionista"* que "*parecia mais um general que uma doutora*" e nunca mais voltou. Ela não segue uma dieta alimentar adequada, apenas eliminou os produtos com açúcar do seu dia a dia. Diz que *"não resiste a um doce"*. Tampouco segue a prescrição da atividade física, caminha eventualmente até o posto de saúde e ao colégio das crianças. Ela tenta controlar a diabetes indo ao posto a cada quinze dias para medir a pressão e a glicose e toma os medicamentos conforme o prescrito. Ela ainda não teve nenhum sinal de complicação decorrente da diabetes. Quando não está em casa, está conversando com a filha mais velha. Gosta de dançar e, às vezes, frequenta bailes.

Quadro 9: Perfil da entrevistada Simone.

Lúcia	Lúcia tem 50 anos. É separada, tem dois filhos do primeiro casamento, um neto e um enteado, este do segundo casamento. Seus filhos e seu neto moram na casa da sua mãe de criação e seu enteado mora com ela. Foi diagnosticada como diabética há três anos no posto da Vila. Conhece os efeitos da doença, pois sua mãe de criação também é diabética e já precisou amputar um dedo do pé. Lembra que o médico lhe explicou "*um monte de coisas"*, mas o que ela memorizou foram os cuidados com os pés. Ela conta que, todos os dias, quando volta das caminhadas que faz até a casa da sua mãe, examina os pés. Ela caminha de chinelos, deixando os pés expostos, pois os sapatos apertam muito e podem causar feridas. Em 2009, encontrou um caroço no seio, que foi diagnosticado como câncer e extraído em uma cirurgia. Ela teve forças para ir ao hospital sozinha, pois ninguém pôde acompanhá-la naquele dia. Na cirurgia, ela perdeu o seio e isso afetou a autoestima. Durante a quimioterapia, o marido a trocou por uma mulher mais nova. Entrou em depressão profunda e foi ajudada por um psicólogo que atendia na Vila. Nessa época, *"a diabete ficava entre 300 e 400"* e tinha que tomar insulina. Mesmo sendo católica, buscou ajuda na *"igreja de crente que tem aqui perto"*. Segundo ela, foi o seu netinho que lhe deu forças para continuar a viver. Acha difícil cuidar da diabetes, pois come tudo o que não pode. *"Sou louca por doces, Coca-Cola e pastel"*. Ela gosta muito de ouvir música no rádio e de brincar com o netinho. Antes do câncer, trabalhava como doméstica em casa de família. Agora recebe aposentadoria e trabalha em casa, nos afazeres domésticos. Ela visita vários médicos por causa do tratamento do câncer. Sonha em fazer a cirurgia de reconstrução de mama, mas não pode. É uma cirurgia arriscada para quem tem a *"diabetes alta"* e está fora do peso. Ela não tem muito conhecimento sobre os efeitos que a diabetes pode causar no seu corpo, apenas sabe que pode afetar a visão (não está mais enxergando direito) e o pé.

Quadro 10: Perfil da entrevistada Lúcia.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

João	Seu João, como prefere ser chamado, tem 54 anos. É casado, tem dois filhos, e dois netos. Diferente dos demais entrevistados, ele não mora nos acessos da Vila, mas em uma rua dentro da região de cobertura da UBS Vila Gaúcha. Tem moradia própria e acesso aos serviços de água e esgoto tratado. Hoje é aposentado e recebe rendimentos de aluguéis. Ele estudou para ser técnico em eletrônica, chegou a cursar uma universidade, mas teve que deixar os estudos para trabalhar e sustentar a família que estava crescendo. Conviveu com a diabetes desde a juventude, pois seu pai era diabético e sua mãe lhe dizia que ele deveria cuidar para não ter também. Nunca deu atenção, até o momento que seu pai estava muito mal e acabou morrendo por complicações da diabetes. Há 15 anos, resolveu fazer uma consulta com um médico particular e foi diagnosticado. Na consulta, o médico lhe indicou uma dieta alimentar que deveria ser seguida por trinta dias. Ele incorporou nos seus hábitos que *"pode comer de tudo, mas não tudo"*. É dependente de insulina e por isso controla diariamente os níveis de glicose. Não faz muita atividade física, mas tem um perfil de vida ativo: trabalha na sua oficina de conserto de computadores, cuida da horta, limpa o pátio da casa. Tem bastante conhecimento sobre a alimentação e sabe que, quando exagera nas frutas, seu nível de glicose sobe. Ele diz que consegue controlar a diabetes com a alimentação e o medicamento, além de receber o apoio da família. Seu João conta *que "cuidar da diabete é cuidar da pessoa mesmo. É o carinho que tu tem por ti"*. Ele aprendeu a se cuidar quando foi procurar um médico. O médico fez um mapa da diabetes, explicou tudo e deu orientações. Seu João aprendeu a comer, a ir ao podólogo para cuidar dos pés e, ainda, deixou de fumar.

Quadro 11: Perfil do entrevistado João.

Maria	Dona Maria tem 62 anos, é casada, tem dois filhos e dois netos. Ela e o marido moram na Vila e seus filhos os visitam com frequência. Trabalhava como copeira em um hospital da cidade, quando em uma consulta descobriu um problema da tireoide e a diabetes. Foi várias vezes à nutricionista do hospital que lhe recomendou uma dieta alimentar, mas, segundo ela, era muito difícil de seguir. Aprendeu que deveria diminuir a quantidade de sal da comida. Como não conseguiu controlar a diabetes com a dieta alimentar, o médico prescreveu um medicamento. Mas depois que *"tive diabetes, comecei a gostar mais de doces"*. E além da diabetes, *"eu tenho o colesterol altíssimo"*. Gosta de fumar de 5 a 6 cigarros por dia. Sabe que não combina com diabetes, mas não consegue largar o cigarro. Acha que não consegue parar porque fica nervosa com o filho que trabalha em um táxi. Isso acontece também porque o marido é fumante. Ela se aposentou e, junto com o marido, montou um "mercadinho" na Vila, na entrada da casa deles. Além do mercadinho, trabalha nos afazeres domésticos, enquanto seu marido, que também tem diabetes e hipertensão, faz serviço de "carreto" em sua caminhonete. Dona Maria é responsável pelo cuidado dos dois. É ela quem retira os medicamentos no posto. Ela nos conta que Seu Pedro não se cuida, come carne gorda e não quer saber de dieta e de exercícios, mesmo tendo visto o seu pai morrer em uma cama, por consequências decorrentes de complicações da diabetes. Dona Maria diz que, às vezes, quando sente tontura, vai ao posto para ver como está a diabetes. Quando chega lá, a técnica de enfermagem lhe *"xinga"* e diz para "*tomar vergonha na cara"*. Como ela se dá muito bem com a técnica, ela se acalma um pouco e passa a controlar a glicose por 10 dias. Com isso, a glicose começou a baixar: *"tinha que ver, estava bonita a minha lista [de medições dos níveis de glicose]"*. Teve dificuldade de curar um fungo no pé, por causa da diabetes, por isso, cuida dos seus pés diariamente em casa. Gosta de tomar chimarrão na área com o marido e brincar com os netos.

Quadro 12: Perfil da entrevistada Maria.

Ronaldo	Seu Ronaldo tem 55 anos é casado com Dona Carmelina. Ele tem dois enteados e três netos. Foi criado no interior do estado trabalhando como agricultor. Nunca estudou, porque *"não precisa saber ler pra capinar, né!"* Mas, aos 25 anos, precisou largar a vida do campo e buscar sustento na cidade. Vive, desde então , na Vila. Começou a trabalhar na construção civil e sabe fazer de tudo em uma

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

	obra. Gostaria muito de saber ler. Ele já tentou começar a estudar na Vila, *"mas davam muita bobageira para ler...mesma coisa que para criança e como ia demorar muito para aprender, eu desisti"*. Ele conta que conheceu médico depois de velho. Por muito tempo, sentiu dores nas pernas*, "mas eu era arisco a médico"*, achava que era *"canseira do trabalho"* e, por isso, fazia chá e *"fumegava"*. Quando estava muito ruim, marcou uma consulta no posto e descobriu que tinhas as veias entupidas por causa da diabetes. Teve que parar de trabalhar por problemas decorrentes da doença: tem problema de circulação nas pernas e já passou por duas cirurgias. Na primeira cirurgia que fez, o médico disse que ele precisava parar de beber e de fumar. No hospital, não falaram mais nada a respeito de cuidados com a diabetes. Ele lembra que uma vez recebeu no "postinho" uma lista com os alimentos que podia comer, mas só seguiu algumas coisas: não toma refrigerante e usa adoçante: "*Coloco bastante para ficar bem docinho".* Ele até parou de fumar por um curto período, mas completa: "*Não acreditei que as veias iam entupir tão rápido de novo...mas não levou nem três anos".* Ele diz que ficava bravo quando o chamavam de bêbado, e sua mulher nos contou que achava que ia morrer antes que ele, devido à violência resultante do excesso de álcool. Largou a bebida. Teve um fungo no dedo do pé que não curava. Depois de cinco meses fazendo curativos, foi encaminhado para a emergência do Hospital Conceição para fazer uma outra cirurgia. Na segunda cirurgia, contou que viu de perto o sofrimento de outros pacientes com diabetes, e parou de fumar. Embora saiba que as complicações da perna têm relação com a diabetes, diz que no hospital nunca falaram da diabetes com ele. Só falam a respeito dos problemas na perna. Os médicos lhe disseram que ele não podia fazer esforço físico. Por isso, ele se afastou do trabalho e recebe benefício do INSS. Sua esposa recebe aposentadoria. Seu Ronaldo sabe que tem que comer várias vezes por dia, mas só almoça e janta, porque não tem fome. Não costuma controlar a glicose, mas retira os medicamentos todo o mês. Passa a maior parte do tempo em casa assistindo à televisão, conversando com a filha ou cuidando do neto. Precisa caminhar, mas dói a perna, então caminha pouco. Gosta de tomar chimarrão com os vizinhos.

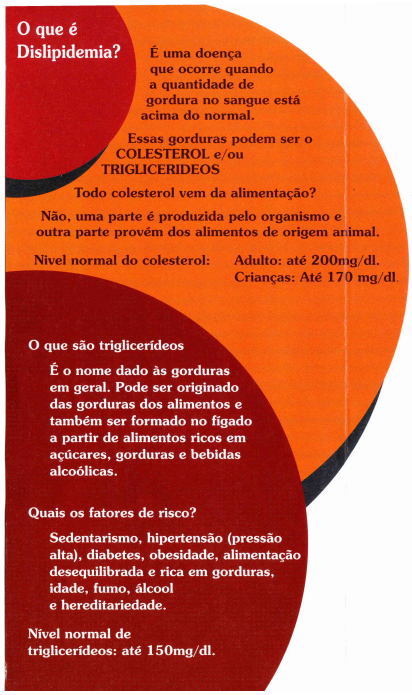
Quadro 13: Perfil do entrevistado Ronaldo.

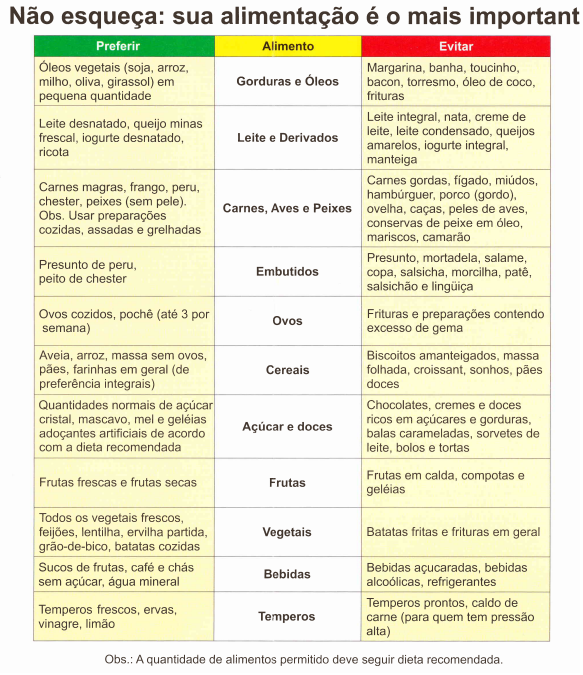
Em síntese, nas entrevistas, pudemos identificar algumas questões importantes sobre o conhecimento que essas pessoas têm a respeito da diabetes. Todas elas descobriram que eram diabéticos tipo II a partir de um mal-estar gerado por um problema decorrente da doença: dores nas pernas, dificuldade de enxergar,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

Também observamos as informações disponibilizadas aos pacientes pela UBS, fornecidas pelo SUS, para explicar o que é a doença e como ela deve ser tratada. Constatamos que o material de comunicação, produzido pelo governo, ilustrados nos exemplos da Figura 18, é essencialmente voltado aos alfabetizados.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

E, ainda, a transmissão oral dessas informações, feita pelos profissionais da saúde, é facilmente esquecida.





Não esqueça: sua alimentação é o mais important

Preferir	Alimento	Evitar
Óleos vegetais (soja, arroz, milho, oliva, girassol) em pequena quantidade	Gorduras e Óleos	Margarina, banha, toucinho, bacon, torresmo, óleo de coco, frituras
Leite desnatado, queijo minas frescal, iogurte desnatado, ricota	Leite e Derivados	Leite integral, nata, creme de leite, leite condensado, queijos amarelos, iogurte integral, manteiga
Carnes magras, frango, peru, chester, peixes (sem pele). Obs. Usar preparações cozidas, assadas e grelhadas	Carnes, Aves e Peixes	Carnes gordas, fígado, miúdos, hambúrguer, porco (gordo), ovelha, caças, peles de aves, conservas de peixe em óleo, mariscos, camarão
Presunto de peru, peito de chester	Embutidos	Presunto, mortadela, salame, copa, salsicha, morcilha, patê, salsichão e lingüiça
Ovos cozidos, pochê (até 3 por semana)	Ovos	Frituras e preparações contendo excesso de gema
Aveia, arroz, massa sem ovos, pães, farinhas em geral (de preferência integrais)	Cereais	Biscoitos amanteigados, massa folhada, croissant, sonhos, pães doces
Quantidades normais de açúcar cristal, mascavo, mel e geléias adoçantes artificiais de acordo com a dieta recomendada	Açúcar e doces	Chocolates, cremes e doces ricos em açúcares e gorduras, balas carameladas, sorvetes de leite, bolos e tortas
Frutas frescas e frutas secas	Frutas	Frutas em calda, compotas e geléias
Todos os vegetais frescos, feijões, lentilha, ervilha partida, grão-de-bico, batatas cozidas	Vegetais	Batatas fritas e frituras em geral
Sucos de frutas, café e chás sem açúcar, água mineral	Bebidas	Bebidas açucaradas, bebidas alcoólicas, refrigerantes
Temperos frescos, ervas, vinagre, limão	Temperos	Temperos prontos, caldo de carne (para quem tem pressão alta)

Obs.: A quantidade de alimentos permitido deve seguir dieta recomendada.

Figura 18: Material de Comunicação disponibilizado pelo Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

4.2.3.

Resultados da fase descoberta

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

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

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

Vistas essa particularidades, a ecologia dos serviços de atenção aos diabéticos da Unidade Básica de Saúde da Vila Gaúcha está sintetizada na Figura 19.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

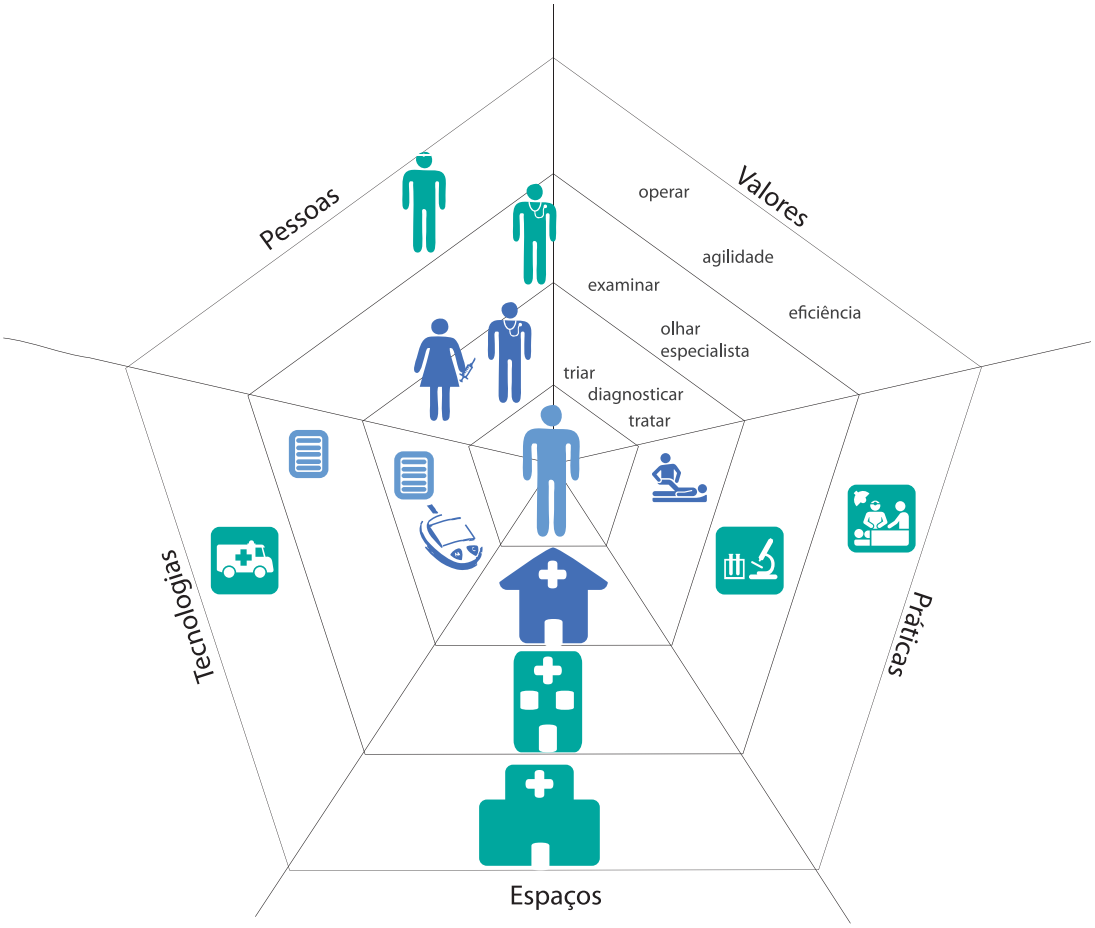


Figura 19: Ecologia dos serviços (pessoas, práticas, valores e tecnologia).

A partir da compreensão do processo de atendimento sob o ponto de vista dos profissionais da saúde, identificamos que a informação é um elemento chave para o controle da diabetes, tanto no que concerne ao entendimento que os pacientes têm da sua condição, quanto no que diz respeito ao monitoramento da condição dos pacientes por parte da equipe de saúde.

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

Esse papel do designer como "intérprete" fora identificado por Papanek (1985, p. 28) que aponta: "Muitas vezes o designer pode ser o único [membro da

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

equipe de especialistas hábil a falar os vários jargões técnicos; por causa da sua formação, o papel de intérprete do time recai sobre ele". Para o autor, o designer se tornou responsável por sintetizar o trabalho da equipe de desenvolvimento de produtos, graças à sua capacidade de entender a linguagem de diferentes disciplinas, traduzindo-as em um sentido claro para aqueles que utilizarão o resultado do trabalho. Assim, a seguir será apresentada uma possível tradução dessa doença para um público leigo.

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

Percebemos que, embora a **informação seja um elemento essencial para o controle da diabetes, ela, sozinha, não é suficiente**[60]. Todos pacientes sabiam que tinham que cuidar dos pés: os cuidados com o corte de unhas e ferimentos. Ainda, sabiam que tinham que mudar a alimentação. Dois deles receberam uma lista de alimentos contendo uma série de itens adequados à sua alimentação; outras duas foram para uma consulta com uma *"endocrinutricionista"* e com uma *nutricionista*[61]. Embora os pacientes tivessem recebido informações sobre o que era adequado e o que não era adequado comer, não sabiam dizer com precisão o que lhes era permitido ingerir. As dietas que lhes foram prescritas eram difíceis de ser compreendidas. Seu Jarí disse: *"A doutora me passou uma dieta alimentar por 30 dias para ver a situação...eu não entendi aquele negócio não, mas tudo bem,*

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

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

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

ela é médica e deve saber o que está fazendo, né!" e completou: *"Ela me tirou a comida toda, eu não ia morrer de diabetes, ia morrer de fome"*. Simone relatou que *"parecia um general, nem parecia uma doutora...ela me tratou muito mal e eu nunca mais voltei"*. Essas demonstrações indicam que é necessário oferecer algum tipo de serviço complementar, o qual possa ajudá-los na assimilação dessa informação e na mudança de comportamento.

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

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

Uma explicação para tal situação é que as pessoas incorporam mais facilmente as mudanças que não são associadas ao seu gosto ou preferência, enquanto aquelas ligadas às suas escolhas e hábitos são ignoradas. Explorando um pouco mais esse aspecto, descobrimos que as pessoas entendiam que açúcar fazia mal para a diabetes, e, por não sentirem falta de usar o açúcar, trocavam por adoçante. No entanto, mesmo sabendo que o refrigerante normal possuía açúcar, a maioria não conseguia trocar pelo refrigerante *diet* dizendo: *- Eu gosto mesmo é do normal...sou louca por Coca normal (Lúcia)*

Outra possível explicação está associada a um choque cultural. É importante lembrar que o ato de se alimentar é o hábito mais antigo que carregamos. Nesse ponto desta pesquisa, convidamos o leitor a imaginar que, repentinamente, uma pessoa diga a um gaúcho que tudo o que ele come está errado e indique que ele deve mudar os seus hábitos alimentares, deixando de comer carne de churrasco "gorda" porque prejudica o colesterol. De que maneira isso afetaria a sua identidade?

Uma outra explicação para a absorção seletiva das informações sobre a dieta adequada se associa à dificuldade de compreensão da informação recebida. Colocando-nos no lugar de uma pessoa com poucos anos de estudo e escasso acesso à informação e imaginando que um médico nos diga que é bom comer

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

cereais integrais, mas não é bom tomar o leite integral, o que cada um entenderia sobre o significado da palavra integral? A confusão na cabeça dos entrevistados foi grande, como demonstra a fala de Maria. Integral é bom ou ruim? *Disse ela: - Comecei a me cuidar[...], passei a comer 120g de carne, comer peixe, pão integral, até leite integral eu tomava também [...] eu me senti bem melhor" (Maria)*

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

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

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

Ao longo dessa convivência com os pacientes diabéticos e suas famílias, constatamos que um elemento central para a inovação do serviço de atenção ao diabético poderia ser a mudança da compreensão que eles têm da diabetes como doença. A perspectiva médica entende a diabetes como uma doença, caracterizada

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

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

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

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

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

Compreendemos, aqui, que era necessário mudar a percepção das pessoas quanto às associações negativas que o termo doença gerava. Acreditávamos que um caminho importante para seguir na criação do novo serviço era dissociar a diabetes do termo doença e tratá-la como uma condição que afeta a saúde do paciente. Mesmo sabendo que, biologicamente, diabetes é uma doença incurável, precisávamos mudar o entendimento de doença como incapacidade. Queríamos

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

que os pacientes entendessem que essa era uma condição que eles carregariam por toda a vida, e que, se eles não se cuidassem, essa condição poderia prejudicar cada vez mais o seu organismo.

4.3.

Definição do conceito do novo serviço

A etapa definitória de conceito do novo serviço prevê a síntese do conhecimento gerado sobre o problema de projeto e a configuração de um sentido (*sensemaking*) para a solução que será proposta. Assim, a partir disso, iniciamos a configuração das características do novo serviço.

Para a configuração do sentido a ser dado para o novo serviço, inicialmente, realizamos a configuração do cenário de projeto. Este é uma representação sintética do conjunto de informações e ideias adquiridas previamente sobre o assunto abordado. O cenário busca representar a complexidade do problema de projeto, considerando uma perspectiva ecológica do contexto que o envolve. A configuração de cenário consiste em um conjunto de diretrizes que guiam o projeto do novo serviço, tendo em vista tanto os comportamentos passados, quanto as tendências que podem influenciar o futuro do serviço. O cenário tem por característica ser um instrumento de visualização e suporte para a geração de visões de projeto. Para a construção do cenário podem ser usadas quaisquer técnicas de ideação projetual – ligadas ao pensamento criativo, como o *brainstorm*, análise morfológica, técnica da biassociação, *moodbords*, entre outras (Cautela, 2007; Papanek, 1985).

Outro passo importante para a criação de um novo serviço é a definição do conceito do serviço a ser oferecido. Este deve sintetizar as descobertas da etapa anterior, conectando as diferentes ideias em um significado forte e coerente (*pathos*) para o público do futuro serviço. Ele representa a essência e a natureza do serviço, apresentando a proposição de valor do serviço (*logos*), bem como seus princípios e características (*ethos*). Portanto, o conceito descreve o significado, o valor, a forma (a estrutura e as interações necessárias) e a função (quais benefícios são entregues na a oferta do serviço) do serviço, bem como os atores presentes na sua entrega (por quem e para quem aquele é entregue). O conceito deve apresentar

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

os princípios que fundamentam o serviço, os quais futuros desenvolvimentos devem respeitar. Do ponto de vista da nova retórica, proposto por Buchanan (2001a), o conceito do serviço é a base do argumento que o designer apresenta sobre como os diabéticos devem viver as suas vidas

4.3.1.

Configuração do cenário de projeto

Iniciamos o processo de construção de cenários visualizando todas as informações da etapa anterior e gerando um *brainstorm,* com a equipe de saúde e com os diabéticos, sobre as associações que a palavra diabetes provocava nas pessoas. Pedimos aos participantes que escrevessem em cada *post-it* a primeira palavra que lhes vinha à mente quando pensavam em diabetes. A Figura 20 ilustra o resultado da atividade, realizada na sala de espera da Unidade Básica de Saúde.

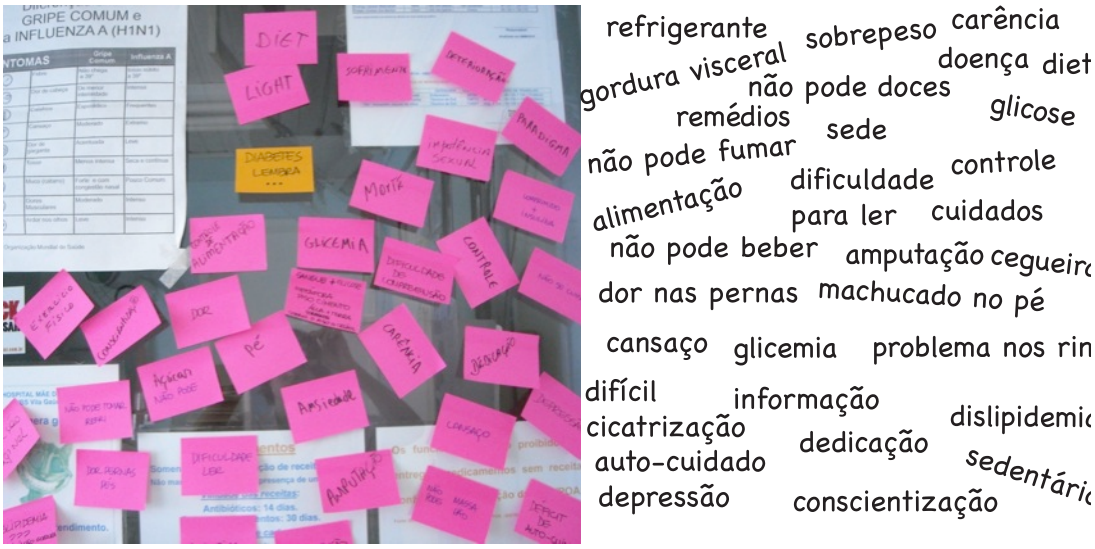


Figura 20: Brainstorm: diabetes lembra (esquerda: *post-its* utilizados; direita: palavras contidas nos *post-its*)

Durante a atividade, identificamos que o olhar da equipe de saúde sobre a diabetes pendia para os aspectos negativos, muito relacionados às complicações decorrentes da doença. Um aspecto positivo por eles apontado foi o controle da alimentação. Já os pacientes destacavam as restrições aos hábitos e à alimentação adotados e também lembravam os cuidados que devem ter com os pés.

Depois disso, a equipe de design começou a interpretar o resultado do *brainstorm,* para identificar que tipo de soluções poderia melhorar a vida das pessoas que têm diabetes. Foram reconhecidas, no resultado da atividade, palavras

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

associadas aos antecedentes da diabetes e outras, associadas às consequências decorrentes do mau gerenciamento e às atitudes em relação à doença mencionada. Identificamos dois pontos de vista sob os quais a diabetes poderia ser interpretada: "uma doença sorrateira, que não mata, mas corrói por dentro", segundo uma participante da equipe de saúde; ou, conforme sugeriu uma leitura da equipe de designers: "uma condição que afeta o estado de saúde do indivíduo, caso ele não consiga controlá-la". Optamos por definir o cenário de projeto associado à nossa leitura, pois possibilitava um caminho inovador para o desenvolvimento do projeto: um serviço voltado à manutenção da saúde e não ao controle da doença. Nesse cenário, não estaríamos projetando um serviço para doentes que precisavam de cuidados, mas um serviço para pessoas com saúde, que precisavam de auxílio para mantê-la. Aqui, percebemos que o termo paciente não ajuda a expressar o papel que imaginávamos que as pessoas deveriam desempenhar para o controle da diabetes. As pessoas precisavam ser agentes ativos na busca pela conservação do seu estado de saúde, monitorando constantemente os sinais que o organismo emite para avisar que algo não está bem. Constatamos, igualmente, que não poderíamos usar o termo agente para denominar os pacientes diabéticos, pois é um termo adotado, pelo Ministério da Saúde, para designar os profissionais de saúde (os agentes comunitários de saúde) que fazem uma busca ativa pelos "pacientes" em uma dada comunidade. A partir desse momento, assumimos chamá-los, simplesmente, de diabéticos.

Como estratégia de ideação, usamos analogias e identificamos que, na área da saúde, poderíamos comparar o cuidado com a diabetes com o cuidado com a condição de saúde das gestantes, que precisam ser monitoradas pelos profissionais da saúde para um bom desenvolvimento da gravidez. A única diferença é que as gestantes se tornam mães e os diabéticos permanecem diabéticos. Esta é uma condição difícil de ser revertida.

A partir desse pensamento e da definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde como "um completo estado de bem-estar físico, mental e espiritual", interpretamos que a diabetes é uma condição relacionada à "descompensação" do correto funcionamento do organismo, o qual pode impedir o bem-estar físico.

Nesse sentido, e nesse cenário, as alternativas para a criação do conceito do novo serviço estavam associadas a opções de ajudar os diabéticos a manter seu o

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

organismo funcionando normalmente, a despeito da sua condição. Em outras palavras, o elemento essencial para o desenvolvimento dos serviços seria dar ao diabético suporte para que ele mantivesse o nível de glicemia no sangue dentro dos padrões normais, evitando, assim, as complicações decorrentes da diabetes (que afetam seu bem-estar físico e mental).

Com o objetivo de encontrar caminhos inovadores para conceito deste novo serviço para a Vila Gaúcha, buscamos nas provocações dos autores Ivan Illich (1973), Trevor Hancock (1993) e Fritjof Capra (2006), inspiração para o desenvolvimento do projeto.

A partir dessas leituras, constatamos que o novo serviço deve partir de uma compreensão sistêmica dos determinantes da saúde, englobando a interação da ecologia humana[62] com os ambientes natural e cultural (Hancock, 1993). Em outros termos, é possível dizer que a saúde é decorrente da complexa interação de aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nessa concepção sistêmica de saúde, o chamado Sistema de Serviços de Saúde é apenas um dos determinantes da boa condição de saúde. Para isso, precisa não apenas dos conhecimentos das ciências físicas (ligados à biologia humana), mas também das ciências sociais (ligados ao comportamento humano). Outro determinante para uma boa saúde é o estilo de vida adotado pelas pessoas, que inclui os aspectos ligados ao comportamento e ao ambiente psicológico, social e econômico em que elas estão inseridas. As condições de trabalho, por seu turno, são outro determinante da saúde que relaciona tanto os aspectos físicos do local de trabalho quanto aspectos do ambiente psicológico, social e econômico que o caracterizam.

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

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

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

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

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

Em síntese, o cenário criado foi configurado a partir de perspectiva de novas formas de reeducar as pessoas para a "nova vida", pois a diabetes é uma condição crônica com a qual eles precisam aprender a conviver. Por isso, reeducar, reapreender, recomeçar foram palavras usadas para guiar a definição do conceito do novo serviço.

A partir disso, a equipe de design organizou um *workshop* com o objetivo de incluir diferentes atores na geração de ideias para o conceito do novo serviço de saúde. Definimos que a proposta de valor do novo serviço fosse fundamentada no suporte para que o diabético conseguisse gerenciar sozinho a sua condição. A atividade do *workshop* será descrita a seguir.

4.3.2.

Definição do conceito do novo serviço

Convidamos, para participarem do *workshop,* integrantes da equipe de saúde da Vila Gaúcha, a gerente distrital do Posto de Pronto-Atendimento da Vila Cruzeiro, o presidente da associação de moradores e o pastor de uma igreja da Vila Gaúcha, dois psicólogos que prestavam serviços de apoio aos pacientes no Centro Comunitário, duas pedagogas, uma enfermeira certificada como educadora

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

de diabetes e uma assistente social. A intenção era reunir as mais diferentes perspectivas sobre serviços de atenção básica à saúde, especialmente aos diabéticos, para entender o que o atual serviço já oferecia e o que ele ainda não disponibilizava, pensando em uma mudança de paradigma a partir do modelo de saúde anteriormente aqui apresentado.

Para a atividade do *workshop*, era preciso que as pessoas desenvolvessem empatia com condição dos diabéticos. Em um momento, pensou-se em realizar um *workshop* que unisse os diabéticos e os profissionais da saúde. A ideia foi descartada por dois motivos: os diabéticos ficavam encabulados para expressar sua opinião em grupo (ficavam à vontade nas entrevistas individuais) e diferença de conhecimento técnico poderia prejudicar a dinâmica do *workshop*[63]. Em vista disso, optamos por utilizar a técnica de síntese de pesquisa em design – personas – para atingir tal propósito, como é apresentada no capítulo 3.

4.3.2.1.

Configuração das personas

Realizamos um exercício de criação de personas com a equipe de saúde, pois essa ação tornaria possível identificar o conhecimento tácito que esses tinham sobre os diabéticos. Para tanto, dividimos a equipe em dois grupos e solicitamos que os membros da equipe descrevessem quatro perfis de diabéticos, conforme a mostra a Figura 21:

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

[63] Esse ponto foi destacado por um dos entrevistados no caso *ENable*, que optou por trabalhar em paralelo com pacientes e profissionais na geração de ideias de novos serviços.

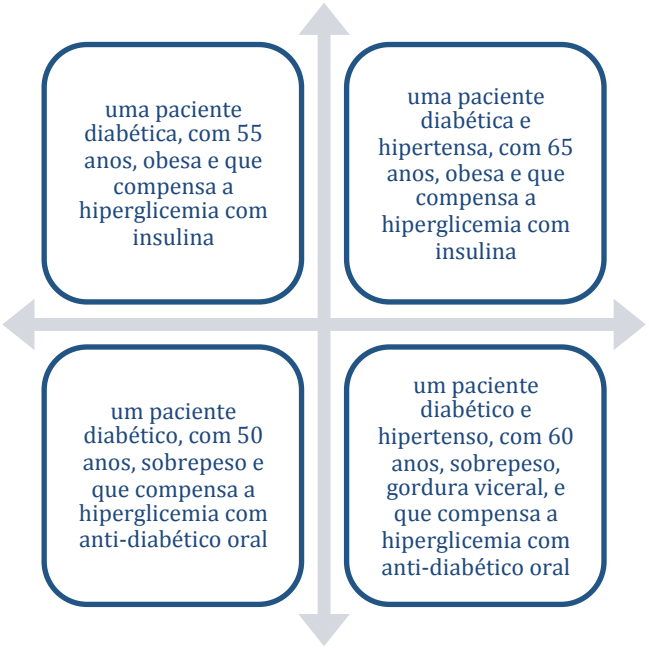


Figura 21: Mapa síntese para construção de personas.

Como resultado, a equipe criou quatro personas: Girassol, Maria, Wellington e Tim Maia. Durante essa atividade, foi perceptível que a equipe de saúde conhecia os diabéticos pelo nome, conseguindo descrever várias informações presentes em seus prontuários. Uma das funcionárias até havia memorizado quase todos os números desses documentos de anotação. Embora conhecessem os diabéticos, ao criarem personagens que representassem os considerados típicos (personas), a equipe de saúde, espontaneamente, optou por descrever os diabéticos com os piores hábitos e crenças. Os aspectos negativos foram os mais destacados na construção das personas: ou tinham problemas com roubos, com drogas, com vícios, ou eram sedentários, e passavam o tempo todo em casa falando mal das outras pessoas.[64]

[64] Foi uma surpresa encontrar o mesmo padrão de resposta negativa da equipe de saúde que aquele encontrado no projeto *Design in Practice* desenvolvido na Inglaterra.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

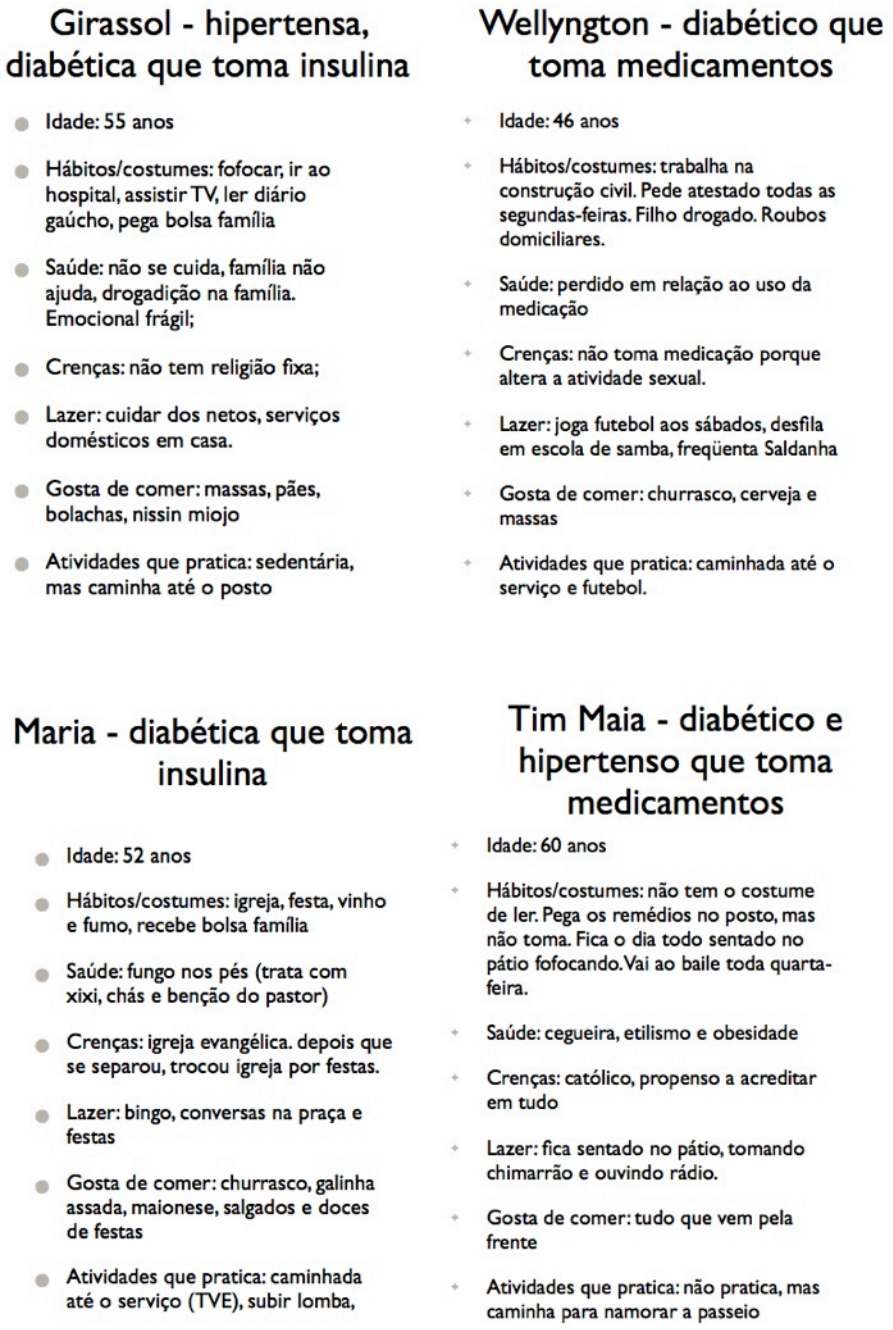
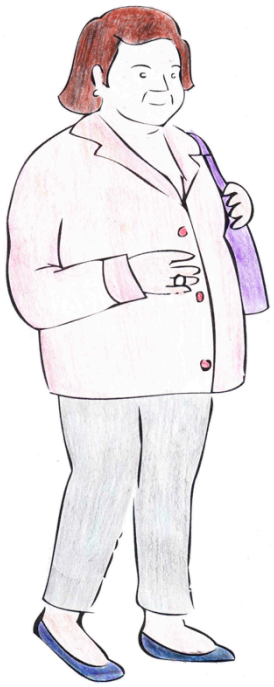


Figura 22 - Descrição das personas, elaboradas pela equipe de saúde. Os termos aparecem tais como foram escritos na atividade.

Acreditamos que as personas propostas pela equipe de saúde não permitiam aos participantes se colocar no lugar dos diabéticos. Por isso, decidimos criar personas, sintetizando os dados das observações e das entrevistas que realizamos na Vila, destacando os aspectos que os participantes enfatizaram e os que consideramos marcantes em suas experiências. Como resultado, foram geradas duas personas: Seu Antônio e Dona Maria Teresa.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Maria Tereza



Dona Maria Tereza tem 55 anos de idade e estudou até a 4.ª série do ensino fundamental. Mora na Vila Gaúcha há mais de 20 anos e sempre procurou o posto de saúde quando tinha algum problema. Sempre foi dona de casa, e agora está separada do marido, precisa da ajuda financeira dos filhos para sobreviver. Às vezes, recebe ajuda dos Vicentinos e consegue comprar alimentos específicos para diabetes.

Há seis anos, foi diagnosticada como diabética, no postinho pelo médico da família. O médico suspeitou das suas dores de cabeça constantes e do seu comportamento de acordar para urinar durante a noite. Como Maria Tereza também estava acima do peso normal e tinha gordura localizada na região do abdômen, o médico resolveu solicitar o exame da glicose em jejum. Quando o resultado chegou, Maria Tereza ficou muito assustada e não queria acreditar no que estava acontecendo. Sua taxa de glicose era muito alta (380) e o médico lhe explicou que isso poderia lhe trazer muitos problemas.

O médico explicou que ela precisava cuidar da alimentação para que a glicose baixasse. Explicou também que ela deveria ter cuidado com os pés, pois se os machucasse poderia ter complicações para curá-los. E ainda precisava deixar o cigarro. Ela não entendeu muito como fazer a alimentação, mas entendeu bem como cuidar dos pés. Lava e seca com cuidado os pés e corta as unhas em casa. Não usa muito sapatos, pois machucam os pés. Sempre caminha com chinelos porque acha que são mais confortáveis.

Mas não conseguia controlar a diabetes com a dieta e os medicamentos, tendo que aumentar a dose. Uma vez, precisou até fazer uma injeção de insulina na barriga. Então ela conseguiu uma consulta no IAPI com uma nutricionista. A nutricionista era um general e a dona Maria Tereza se sentiu muito mal, culpada por ter diabetes. Nunca mais voltou!

Para ela, é difícil seguir uma dieta, pois “pobre come o que tem”. Os produtos mais saudáveis para diabéticos são mais caros, e, quando recebe ajuda dos filhos, consegue comprá-los. Ela não entende o que pode comer e não consegue controlar a dieta. Quando está muito nervosa porque não tem notícia do filho, ataca a geladeira e come doces. Diz: “Quando a gente sabe que não pode comer, é que fica com mais vontade”. Se não ataca a geladeira, fuma um cigarro. Durante o dia, pode fumar até cinco cigarros.

Por conta disso, não vai ao posto para medir a glicose. Ela sabe que vai estar alta e que alguém vai xingá-la. Só vai ao posto quando está com medo. Se não consegue enxergar direito ou está com dor de cabeça, vai até lá para conferir a glicose. Aí tenta controlar por uns 10 dias até verificar que ficou bem, mas, depois, deixa de lado.

Maria Tereza sabe que tem que fazer atividades físicas, mas suas pernas doem e ela desiste. Faz caminhadas até a casa da filha (que também mora na Vila), o supermercado e o posto. Não tem amigos na Vila, então as únicas pessoas com quem conversa e a quem visita são os filhos e os funcionários do posto.

Maria Tereza passa o dia em casa, fazendo a limpeza e preparando as refeições. Gosta de ficar sentada ao sol, tomando chimarrão. Se está em casa, ouve música no rádio. À noite, assiste às novelas. Às vezes, assiste a programas como “Globo Repórter” e “Fantástico”.

Dona Maria Tereza sente que foi amaldiçoada com essa doença. É pior que câncer. Acha que não adianta fazer nada, porque a doença não tem cura e sabe que, cedo ou tarde, vai morrer por causa da diabetes. Sua mãe morreu depois de ter amputado a perna.

Quadro 14: Persona 1 criada para o *workshop*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Seu Antônio tem 62 anos. Trabalhou duro a vida inteira para sustentar a família e criar os filhos. Antes de se mudar para a Vila Gaúcha, morava no interior. Já trabalhou com agricultura e construção civil. Hoje, está impossibilitado de trabalhar por causa de dores nas pernas. Sua mulher trabalhava como doméstica e conseguiu se aposentar. Juntando a aposentadoria e o salário do INSS, eles conseguem viver uma vida simples. Seus filhos não têm condições de ajudá-los, porque também precisam manter as suas famílias. Hoje, seu Antônio e sua esposa Dona Lurdes, moram em uma casa dentro da Vila, próximo de um de seus filhos.
Seu Antônio tem alguns amigos na Vila e todas as manhãs sai para caminhar e conversar com eles. Desde que parou de trabalhar, começou a beber para esquecer dos problemas. Está tentando parar de beber, mas não tem ajuda. Agora está há 4 meses sem beber, mas pode voltar a qualquer momento.
Soube que tinha diabetes, quando o seu pai foi diagnosticado com a doença. Os médicos insistiram para que ele fizesse o exame e o resultado foi positivo. Alguns anos depois, seu pai morreu por complicações da diabetes.
No posto, o médico lhe falou sobre a diabetes e os cuidados que deveria adotar, mas ele não entendeu nada. Não sabe o que pode e o que não pode comer e menos ainda, quais as quantidades certas. Está acima do peso normal e não consegue perdê-lo
Nunca visitou um especialista que o pudesse ajudar com a alimentação. Sabe que tem que fazer atividade física, mas, no máximo, vai caminhando até o supermercado próximo da Vila. Não consegue carregar as compras por serem muito pesadas, por isso precisa pagar um entregador. Compra também alguns itens no mercado da Vila (frutas, verduras e carnes).
Além da diabetes, seu Antônio é hipertenso. Controla a doença com medicamentos, embora, às vezes, admita que esquece de tomá-los.
O médico lhe explicou como cuidar dos pés, mas ele não entendeu bem. Um dia machucou o dedo quando caminhava de chinelo e não conseguiu curá-lo. Teve que amputar o dedo.
Agora, seu Antônio passa o dia em casa. Às vezes, assiste TV (é fã do Datena[65]), dorme uma sesta todas as tardes, depois do almoço e brinca com os netos, quando pode.
Seu Antônio acredita que *"pobre morre velho de teimoso",* pois a falta condições financeiras para cuidar bem da saúde faz com que os pobres não cheguem a idades avançadas. Ele até consegue comprar adoçante para tomar café, mas usa umas 20 gotas para conseguir tomar. Adora comer arroz, feijão e carne. Gosta de um churrasco gordo e come pouca salada. Não tem problema em não poder comer doces. Seu ponto fraco são as frutas: gosta muito de comer banana e laranja.
Repete, no jantar, a mesma refeição do almoço.
Para cuidar da saúde, visita o posto 2 vezes por semana para medir a pressão e a glicose. Pega os medicamentos todo o mês e consulta o médico quanto tem problemas, mas acha difícil conseguir consulta.
É um homem bastante reservado. Não vai à igreja e acredita nas coisas que dizem na TV. Ele não tem perspectiva para o futuro. Acredita que não vai poder voltar a trabalhar e por isso se sente inútil.

Quadro 15: Persona 2 criada para o *workshop*

Após finalizada a descrição das personas, iniciamos o planejamento das atividades pertencentes ao *workshop*, distribuídas em um turno de trabalho. As atividades deveriam estimular os participantes a gerar novas ideias de serviços.

[65] Nome de um apresentador de um programa de notícias, que, na época, era transmitido pela Rede Record.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Seguindo a mesma estrutura do *workshop* desenvolvido no projeto *Design in Practice*, dividimos o *workshop* em 4 atividades: uma apresentação, um *brainstorm,* um mapa da ecologia dos serviços existentes e uma ideação. O *workshop* ocorreu no dia 30 de novembro de 2010, iniciando às 08h e 30min e finalizando ao meio-dia. Registramos as discussões em áudio, para apoiar a posterior análise da atividade.

Recebemos os participantes com um café da manhã para dar as boas-vindas. Quando todos convidados haviam chegado, começamos a atividade de apresentação, que durou 10 minutos. Nessa atividade, os participantes deveriam preencher, em uma ficha (Figura 23), o seu nome, a sua profissão e descrever como imaginavam ajudar uma pessoa com diabetes a gerenciar melhor a sua condição.

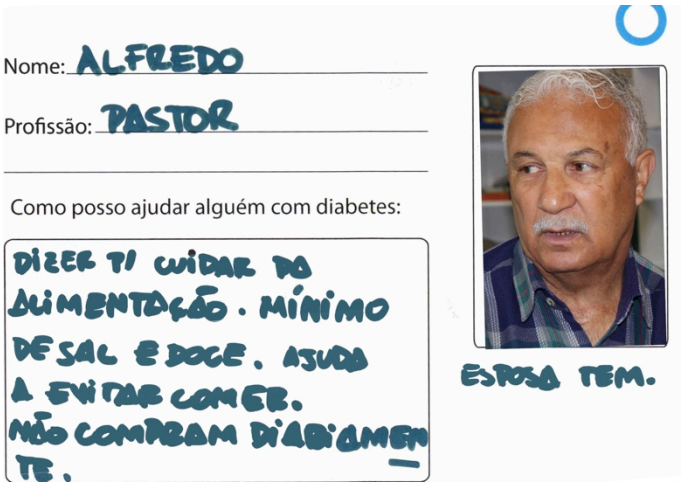


Figura 23: Ficha de apresentação dos participantes.

4.3.2.2.

Brainstorm

Em seguida, dividimos os participantes em grupos, de maneira a equilibrar os diferentes experiências em relação ao sistema de saúde e a diferentes áreas de formação. Iniciamos o *brainstorm* com uma questão aberta: quais são os bons exemplos de produtos ou serviços que dão resposta positiva aos seus usuários? Nossa intenção era que eles percebessem a importância de um serviço de saúde dar um retorno, para o diabético, sobre a evolução da condição, buscando inspiração em outras áreas. Pedimos aos participantes que escrevessem um bom exemplo em cada *post-it*. Ao final, solicitamos que explicassem o porquê de suas

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

escolhas. Essa atividade durou cerca de 30 minutos. A imagem da Figura 24 ilustra os resultados do *brainstorm*.

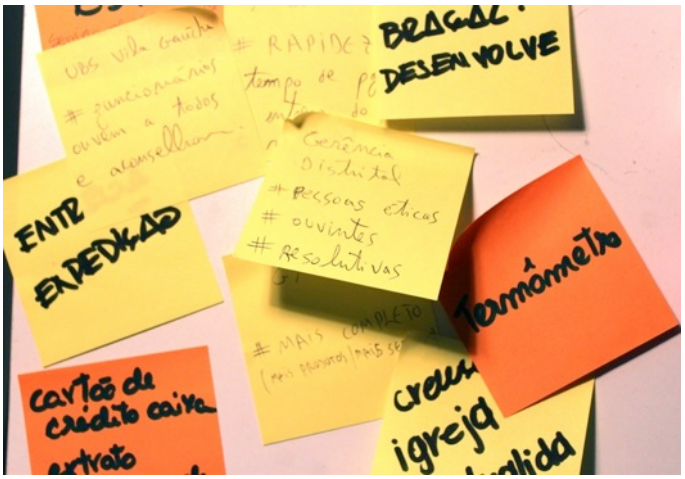


Figura 24: Resultado do *brainstorm* sobre produtos e serviços que dão resposta positiva ao usuário.

Agrupamos as palavras que resultaram do *brainstorm* por similaridade. A partir disso, foi possível definir que um novo serviço de saúde o qual desse suporte ao autogerenciamento da diabetes deveria trabalhar em quatro pilares: (1) atendimento, (2) espaço físico, (3) comunicação e (4) organização da variedade da oferta de serviços. No que concerne ao atendimento, os pontos importantes a serem considerados foram: respeito, empatia, simpatia, resolutividade, atenção, disponibilidade, capacidade de ouvir e ética profissional. Em relação ao espaço, os pontos destacados estavam associados ao conforto físico durante o uso do serviço. Já os pontos destacados em relação à comunicação eram concernentes a alertas sobre prazos, a busca ativa pelo diabético, descrição do uso dos serviços (extratos e mensagens que informam o que foi usado) e compartilhamento de informações por todos os membros da equipe. Por fim, os aspectos apontados em relação a variedade dos serviços dizia respeito à possibilidade de resolver vários problemas em um único prestador de serviços (por exemplo, pagar contas, fazer compras e lavar o carro), à disponibilidade de horários para o uso, e a um sistema de bonificação pelo uso (milhagem).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

4.3.2.3.

Mapeamento da ecologia do serviço

Depois disso, foi proposta uma atividade para estimular os participantes a se colocar no lugar dos usuários. Cada grupo deveria ler o texto referente à sua persona (Dona Maria Tereza ou Seu Antônio) e desenhar, no mapa impresso, todos os pontos de contato que ela deveria passar no atual sistema de saúde, para alcançar um completo estado de bem-estar físico, emocional e espiritual. Como estímulos, levamos carimbos com ícones de enfermeiras, médicos, posto de atendimento e hospital. Caso as pessoas não se sentissem à vontade para desenhar, elas podiam carimbar o ícone e descrever a ação que estava sendo desempenhada. Na Figura 25, pode ser visto o exemplo de mapa gerado por um grupo. Essa atividade durou cerca de 40 minutos.

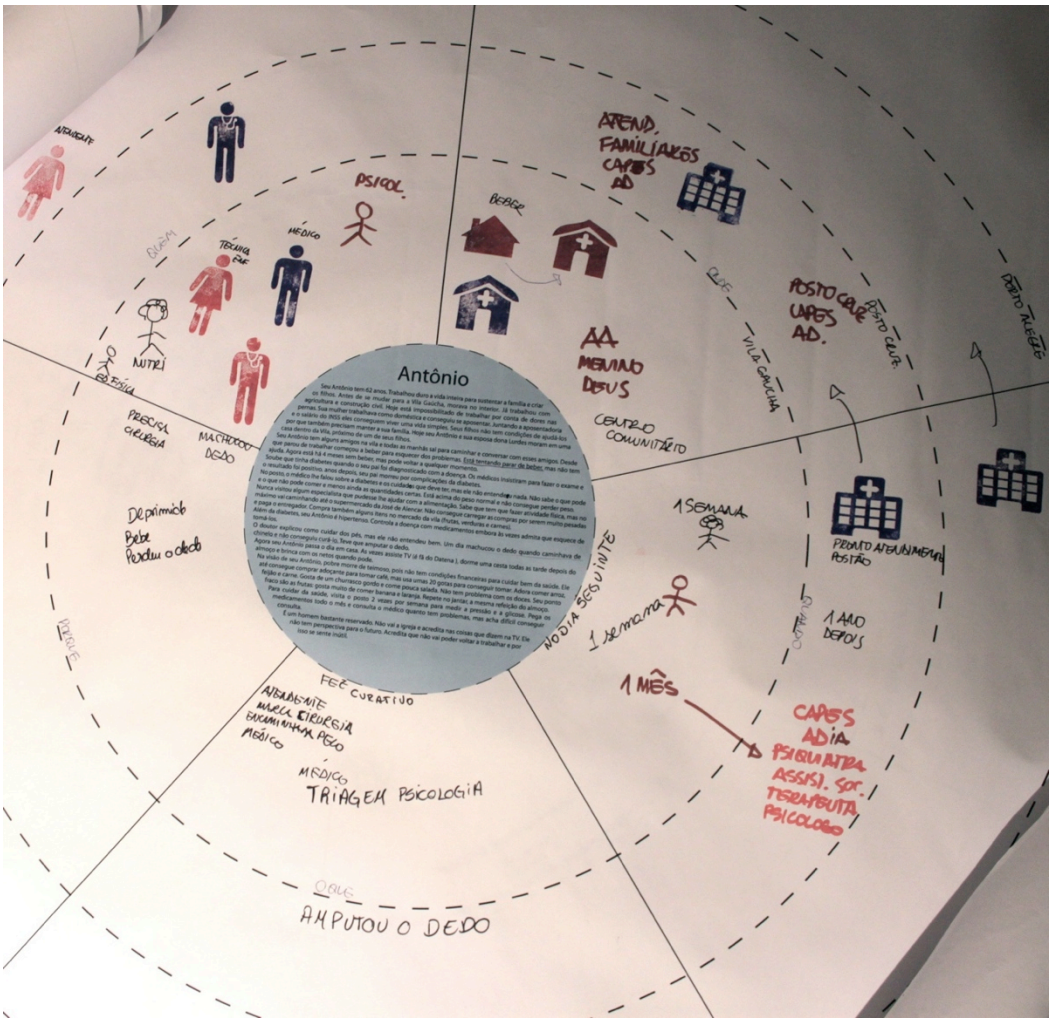


Figura 25: Resultado da atividade 3 - mapa da ecologia do serviço.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Durante as discussões, foi possível notar o desconhecimento de alguns participantes sobre os serviços oferecidos pelo Sistema Público de Saúde (como, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS-AD para apoiar as pessoas dependentes de álcool e drogas). Foi possível perceber, ainda, o descrédito que esses profissionais demonstravam sobre a qualidade dos serviços prestados: *"Já mandei pacientes para o CAPS-AD, mas não adiantou em nada, é uma perda de tempo"*. O exercício foi bastante produtivo, pois gerou uma discussão nos grupos sobre os serviços que existiam e sobre os que funcionavam ou não.

Um aspecto que chamou a atenção foi que os profissionais que atuavam na Unidade Básica de Saúde tinham uma postura reativa. Acreditavam que eles faziam a sua parte oferecendo o serviço, mas que não havia aderência por parte dos diabéticos. O diálogo entre o dois participantes ilustra esse ponto:

- Vocês não encaminham os pacientes para a nutricionista? (gerente distrital)

- No começo, ela [a nutricionista] fazia seis atendimentos por semana, só que aí a aderência é baixa ...faz um tempo que ela não atende agora porque não tem paciente...nos últimos encaminhamentos os pacientes não vão...mas se eu chamar ela [a nutricionista] vem. (Palavras de membro da equipe da Unidade Básica de Saúde Vila Gaúcha)

- A unidade não tem grupo de caminhada? (gerente distrital)

- Nós já fizemos, mas, no começo, tinham 30 pessoas, depois 10, depois uma, e a última caminhada, que faz mais de ano, não veio ninguém...não tem aderência. A gente caminhava até o Mãe de Deus e lá um professor de educação física dava uma aula de Tai chi chuan *e alongamento. (Palavras de membro da equipe da Unidade Básica de Saúde Vila Gaúcha)*

Quando questionados se eles sabiam os motivos pelos quais os diabéticos deixavam de participar das atividades, não tinham resposta. Percebemos que os profissionais da UBS (que participaram do *workshop*) não conseguiam se situar no lugar dos diabéticos, e nem tentavam entender os motivos que os levavam a desistir das atividades. Então, percebemos que era necessário retomar a conversa com os atores envolvidos (diabéticos e equipe de saúde) para identificar os motivos por trás da falta de aderência e motivação.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Avaliando a dinâmica dessa atividade e os objetivos a que ela se propôs– fazer com que os participantes enxergassem o sistema de saúde pelo ponto de vista dos diabéticos – podemos dizer que conseguimos chegar a um resultado positivo. Nessa circunstância, a persona foi uma ferramenta chave para esse resultado. A fala não era mais centrada no que o sistema oferecia, mas naquilo que o diabético precisava. As palavras abaixo ilustram essa percepção:

- O seu Antônio já amputou o pé, agora aqui diz que ele está com depressão. Então ele precisa de um acompanhamento com o psicólogo pra ver a questão da depressão, e de um acompanhamento com o CAPS pra ver a questão bebida, e de uma orientação pra que ele possa fazer uma alimentação mais saudável. (gerente distrital)

4.3.2.4.

Identificação de necessidades e geração de ideias

A quarta última atividade do *workshop* foi de ideação (ver Figura 26). Nela, os participantes precisavam identificar as necessidades que ambas as personas tinham, para que elas próprias conseguissem gerenciar sua condição (e não dependesse exclusivamente do sistema de saúde). Para pautar a discussão, entregamos uma folha A0, a qual continha impressos os sete indicadores para o autocuidado da diabetes, proposto pela Sociedade Americana de Diabetes (Grossi, 2009), quais sejam: (1) realização de atividade física, (2) alimentação saudável, (3) monitoração, (4) medicação, (5) enfrentamento dos problemas psicossociais, (6) prevenção de complicações agudas e (7) prevenção de complicações crônicas. A partir disso, solicitamos que os participantes lessem novamente o texto das personas e escrevessem, para cada um dos indicadores, o que as pessoas precisavam para conseguir gerenciar a sua condição de diabético.

O Quadro 16 apresenta o trabalho de identificação de necessidades desenvolvido pelos dois grupos pelos participantes.

Aspectos gerais apontados pelo grupo (não relacionados aos indicadores)	- informação, orientação e acompanhamento - motivação; - aderência ao tratamento.
Atividade física (inserir atividade física no quotidiano)	- dar orientação para a realização de atividades; - possibilitar a realização de exercícios em casa; - ter um profissional disponível para orientá-lo - fazer caminhadas; - fazer aulas de natação; - fazer exercícios sozinho ou em grupo; - ter disposição;

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

	- ter roupas e calçado adequado, boné, protetor - solar, óculos escuros, garrafinha d'água.
Alimentação saudável (controlar a alimentação)	- receber orientação sobre o que pode e o que não pode comer; - conhecer grupos alimentares e seus benefícios; - obter redução dos preços dos alimentos saudáveis; - possuir uma horta no quintal; - ter uma cozinha experimental na Vila Gaúcha.
Monitoração (monitorar glicemia, circunferência abdominal, peso)	- ter familiares que ajudem e estimulem; - ter um Glicosímetro (agulhas e tiras)[66]; - ter consciência da importância de monitorar sinais e sintomas; - fazer avaliação do pé, da circunferência abdominal e a avaliação do peso; - receber educação em diabetes.
Medicação (usar diariamente a medicação)	- receber o medicamento; - ter acesso facilitado aos medicamentos; - dar continuidade ao uso do medicamento; - receber orientação; - dispor de local adequado para guardar os comprimidos; - ter uma pessoa para lembrá-lo de tomar a medicação; - fazer revisões da medicação de 6 em 6 meses.
Resolução de problemas (prevenir, detectar e tratar complicações agudas)	- controlar pressão arterial; - ter cuidado com os pés, pedicures treinadas; - reduzir estresse; - realizar consultas com oftalmologista 1 vez por ano; - fazer exame de hemoglobina glicada.
Enfrentamento de problemas psicossociais (equilíbrio emocional)	- fornecer apoio psicológico; - disponibilizar grupos de apoio (apoio de outros que superaram o problema); - ter uma ocupação; - ter espiritualidade; - ir à igreja; - receber conselhos e orientações; - amar as pessoas; - valorizar a vida - ter uma família em harmonia.
Redução de riscos (prevenir, detectar e tratar complicações crônicas)	- fortalecer bons hábitos; - articular parcerias; - ter acesso a equipes multidisciplinares para acompanhar doenças associadas (baixa visão); - ter acesso ao uso de óculos; - elevação das pernas; - fazer massagem; - tomar água; - baixar glicose no sangue.

Quadro 16: Necessidades, levantadas pelos participantes do *workshop,* para o autogerenciamento da diabetes.

Após a identificação das necessidades de ações a serem feitas contra a diabetes, os participantes deveriam gerar ideias de novos serviços para atendê-las. Para tanto, usamos como suporte de ideação "cartas" (Figura 26), em que eles

[66] Aparelho usado para medir o nível de glicose no sangue. Com o aparelho, o diabético usa uma agulha (que é comprada junto com o aparelho) para furar a ponta do dedo extrair uma gota de sangue. Esta gota deve ser colocada em uma tira (comprada junto com o aparelho) que deve ser inserida no espaço destinado para fazer a leitura.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

poderiam inserir suas ideias ligadas a novos papéis, espaços, processos e a novas interfaces, novo tempo, novos atores. O Quadro 17 sintetiza as ideias geradas pelo grupo para o novo serviço. Essas partiram do entendimento comum da necessidade de uma mudança de lógica para o serviço de saúde: o estabelecimento de uma parceria com a comunidade, na qual ela fosse a protagonista no cuidado com a diabetes.

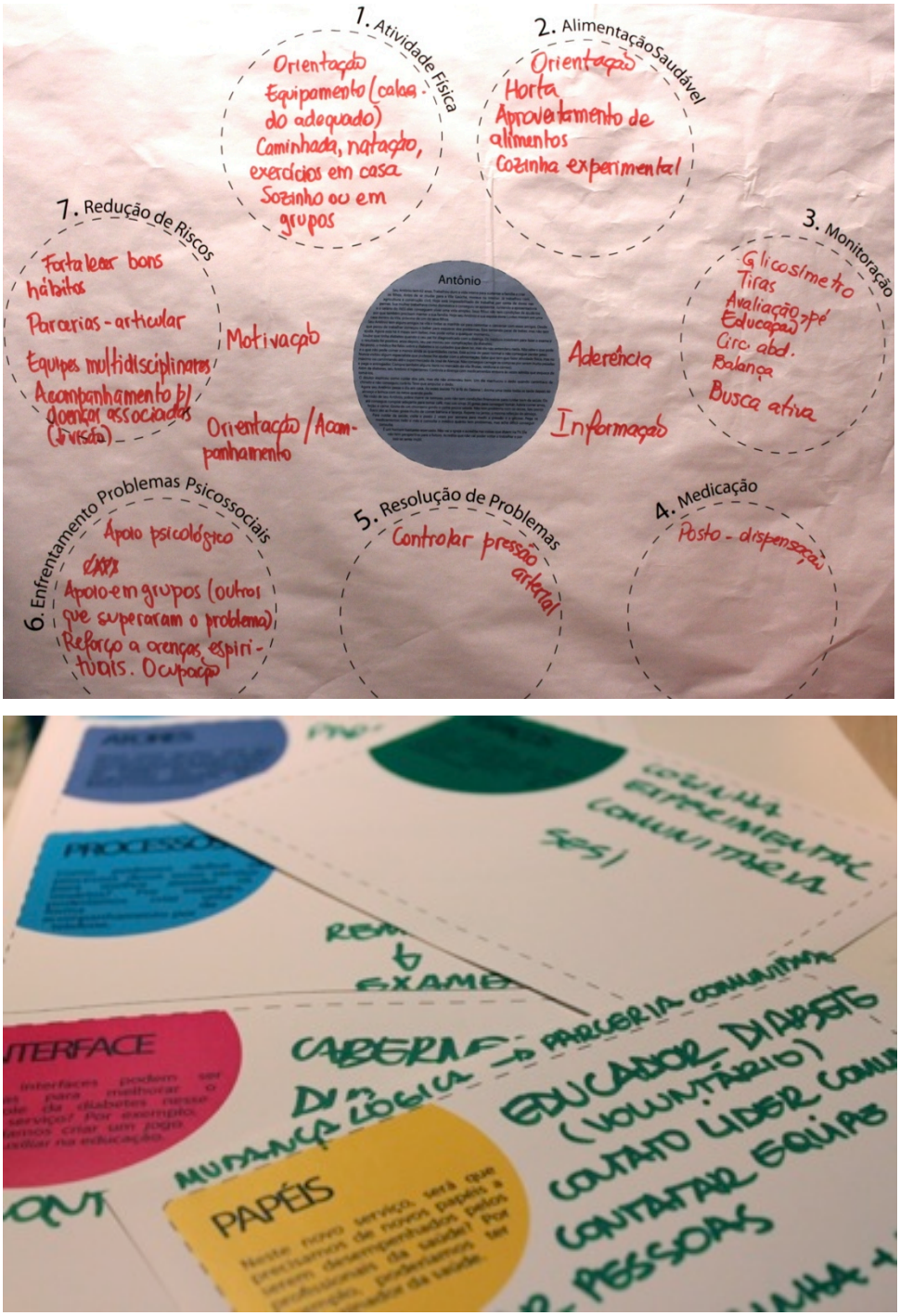


Figura 26: Resultado da atividade 4; o levantamento das necessidades (superior) e cartas para preenchimento (inferior)

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Estímulos (cartas)	Respostas geradas pelo grupo
Papéis (neste novo serviço, será que precisamos de novos papéis a serem desempenhados pelos profissionais de saúde? Por exemplo, poderíamos ter um treinador de saúde)	- Educador da diabetes (voluntário). Deve contatar a equipe de saúde, motivar as pessoas, estar em contato com líder comunitário, estar vinculado à cozinha e à horta experimental.
Espaços (em que lugares esse novo serviço poderia acontecer? Por exemplo, poderíamos usar espaços dentro de supermercados?)	- A criação de uma cozinha experimental comunitária, desenvolvida em parceria com o SESI; - A criação de uma academia ao ar livre (patrocinada por alguma entidade); - A associação de moradores para aulas de dança de salão; - Igreja; Centro Comunitário (debates sobre filmes, palestras)
Interface (que interfaces podem ser criadas para melhorar o controle da diabetes nesse novo serviço? Por exemplo, poderíamos criar um jogo para auxiliar na educação)	- Caderneta do diabético como instrumento de controle, - Rádio comunitária com informações sobre saúde; - Banco de dados da hemoglobina glicada para controle da condição; - Bolsa de alimento saudável; - Livros de receita da comunidade; - Cartazes informativos; - Kit de atividade física; - Sistema de cores para entender o que pode ou não comprar; - Símbolo da diabetes nos produtos; - Uso de instrumentos que mapeiem e facilitem, mesmo que a distância, o controle da diabetes.

Estímulos (cartas)	Respostas geradas pelo grupo
Processos (como podemos definir os processos desse novo serviço para melhor atender os usuários? Por exemplo, poderíamos criar um processo de acompanhamento por telefone)	- Caderneta → controle da glicose → reciclagem → retirada de medicamentos → realização de exames → consulta; - Reuniões com profissionais para acompanhamento e: - Criação de grupos (a partir do interesse das pessoas para construir identidade) de caminhadas com momento de conversa; de dança; de música; - Ida do grupo ao supermercado, com acompanhantes profissionais; - Realização de cursos de culinária; - Aproximação do culto da Unidade Básica de Saúde; ensinamento pela religião; - Acesso a profissionais qualificados em articulação com a rede SUS; - Envolvimento da família, gerando multiplicadores para levar a informação.
Atores (neste novo serviço, será que deveríamos envolver novos atores não necessariamente ligados à área da saúde? Por exemplo, poderíamos envolver os líderes comunitários).	- Parcerias com Organizações sem fins lucrativos: Horto Municipal, Banco de Alimentos, SESI, universidades, parceiros voluntários; centro comunitário (crianças e adolescentes); - Parcerias com empresas: RBS, Unimed, Zero Hora; - Família (filhos e netos conscientizadores. A criança é a base do sistema daquela família); - Convênios com cinemas e com supermercados.
Tempo (com que periodicidade os usuários deveriam frequentar esse serviço? Por exemplo, poderíamos definir encontros mensais)	-Atividades mensais em horários alternativos ao convencional, controle das ações a cada 15 dias.

Quadro 17- Ideias geradas para um novo serviço.

Ao final do *workshop*, os participantes agradeceram a oportunidade de participação da atividade e ressaltaram que gostariam receber informações sobre a evolução do trabalho. Tanto o pastor quanto o presidente da associação de moradores reforçaram que esse foi o único momento em que eles sentiram que puderam contribuir para a melhoria dos serviços, portanto, se colocaram à disposição para ajudar naquilo que estivesse ao seu alcance.

Nessa atividade de exercitação de design de serviços, desempenhamos o papel de facilitadoras, pois apenas estimulamos a discussão dos grupos e a geração de ideias. O exercício foi bastante rico, pois foi possível visualizar a jornada dos diabéticos pelo sistema de saúde, a partir da experiência dos diferentes participantes: usuários, funcionários da rede de atenção básica e da rede especializada. Além disso, o grupo gerou muitas ideias interessantes, que precisavam ser organizadas e estruturadas. O conceito do novo serviço deveria emergir dessas ideias geradas no *workshop*. Na etapa seguinte, será descrito como o papel de (co)criador foi exercido na articulação das ideias do *workshop* e na experiência dos usuários, relatada ao longo da pesquisa-ação, no gerenciamento da sua condição.

4.3.3. Resultados da fase de definição: Conceito do serviço

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

Com o objetivo de chamar a atenção para a mudança de perspectiva que queríamos adotar no novo serviço, escolhemos o nome VIDA para a sua marca. O Quadro 18 sintetiza o conceito do novo serviço, apresentando os benefícios da nova oferta e a proposição de valor do serviço.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Marca	
Descrição do conceito do Serviço	O Serviço VIDA entende que o melhor caminho controlar a diabetes é a mudança de atitude. Por isso, é fundamentado em um novo olhar sobre o diabético. Ele não é mais visto como um doente que precisa de assistência, mas como uma pessoa que precisa adquirir novas competências para impedir que o diabetes prejudique a sua VIDA. É um serviço que deve ser ofertado num espaço próximo às UBS, como os Centros Comunitários, por profissionais da área da saúde que sejam especializados em educação em diabetes. É fundamental que esse serviço ocorra em um espaço diferente daquele onde as urgências são atendidas. Este profissional realizará um planejamento de mudança de atitudes, em conjunto com o diabético, no que diz respeito aos hábitos alimentares, à atividade física e ao uso da medicação; acompanhará o diabético nessa trajetória. Ele será responsável por tornar visível ao diabético a sua progressão no controle da doença e irá motivá-lo a continuar no novo plano de VIDA.
Proposição de valor	

Quadro 18 Conceito do novo serviço.

Entendemos que o controle dos níveis de glicemia no sangue (e, por consequência, o bom gerenciamento da diabetes) estava associado à tríade: alimentação, exercícios físicos e medicação. Definimos que era necessário projetar uma plataforma de serviços que fornecesse condições sociais, ou seja, as regras e os papéis, e condições instrumentais ou ferramentas, para que os diabéticos pudessem controlar sua alimentação, realizar exercícios físicos adequados e usar, diariamente, a medicação prescrita.

4.4.

Desenvolvimento da solução proposta

Essa etapa diz respeito ao desenvolvimento do conceito do serviço proposto em plataformas e interfaces capazes de carregar o significado proposto. Assim, tal como aprendido nas etapas 1 e 2 desta tese, percebemos que o melhor caminho para desenvolver o projeto de serviços seria definir os princípios do serviço e a

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

plataforma que organizaria a sua oferta. Após essa definição, seria possível detalhar uma possível jornada do usuário ao longo dos pontos de contato e prototipá-la. Então, a partir do protótipo, seria possível avaliar e ajustar o projeto do serviço.

4.4.1. Princípios do serviço

Os princípios são desdobramentos do conceito do serviço. Constituem diretrizes a serem respeitadas ao longo do processo de criação e na entrega do serviço, para que o conceito não seja perdido Os seguintes princípios serviriam como guia para o desenvolvimento do novo serviço:

1. A Educação é uma forma de dar poder (*empowerment*) para as pessoas agirem no cuidado com a sua saúde;
2. A melhor abordagem que um profissional pode usar para educar é pelo próprio **exemplo**. Os gestos e ações de quem ensina fortalecem as palavras que são ditas;
3. Ensinar não é suficiente, é preciso dar **suporte** para que as pessoas internalizem essas novas informações;
4. Ensinar exige o reconhecimento das crenças e conhecimentos que as pessoas já possuem, para, então, articular novos saberes. Para isso, é necessário saber se colocar **no lugar do outro** e usar uma linguagem compreensível para ele;
5. A forma como o conhecimento é transmitido é tão importante quanto o conteúdo. Para a reeducação do estilo de vida, é preciso ter **paciência para explicar as mudanças e dar atenção às idiossincrasias** que podem estar impedindo as pessoas a mudarem suas atitudes;
6. Os **aspectos tangíveis do espaço onde o serviço ocorre** também contribuem para o aprendizado. O espaço precisa ser agradável e propício para a troca de ideias; **os aspectos estéticos** também influenciam o aprendizado;
7. A diabetes não deve ser tratada como uma doença (na compreensão social do termo), mas como uma **condição que afeta o perfeito**

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

estado de saúde do indivíduo. Esta condição pode ser controlada, de maneira que a pessoa tenha uma vida longeva e saudável;

8. **Ambos, diabético e sistema de saúde,** precisam ter uma **visão integral** da condição de saúde. Precisam enxergar toda a influência que a condição de diabetes pode exercer nos diferentes órgãos do corpo (olhos, rins, sistema vascular, entre outros).

4.4.2. Plataforma do serviço

A partir desses princípios, desenhamos um mapa para representar a oferta do novo serviço (Figura 27), ilustrando a atividade central do serviço, as ações e as ferramentas necessárias para a sua operacionalização (Sangiorgi, 2004). Definimos que a atividade central que o serviço deveria desempenhar era o suporte para o autocuidado. Isso quer dizer que a lógica de passividade que permeava o modelo assistencialista foi substituída por uma lógica de proatividade. Por essa razão, os profissionais da saúde disponibilizam informações e recursos, além de desempenhar uma série de ações para que o próprio diabético consiga cuidar de si. Para tanto, definimos as ações necessárias para que esse objetivo fosse alcançado. Essas estão associadas à prevenção, à visualização do estado de saúde, à educação, à medicação, ao exercício físico e à alimentação.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

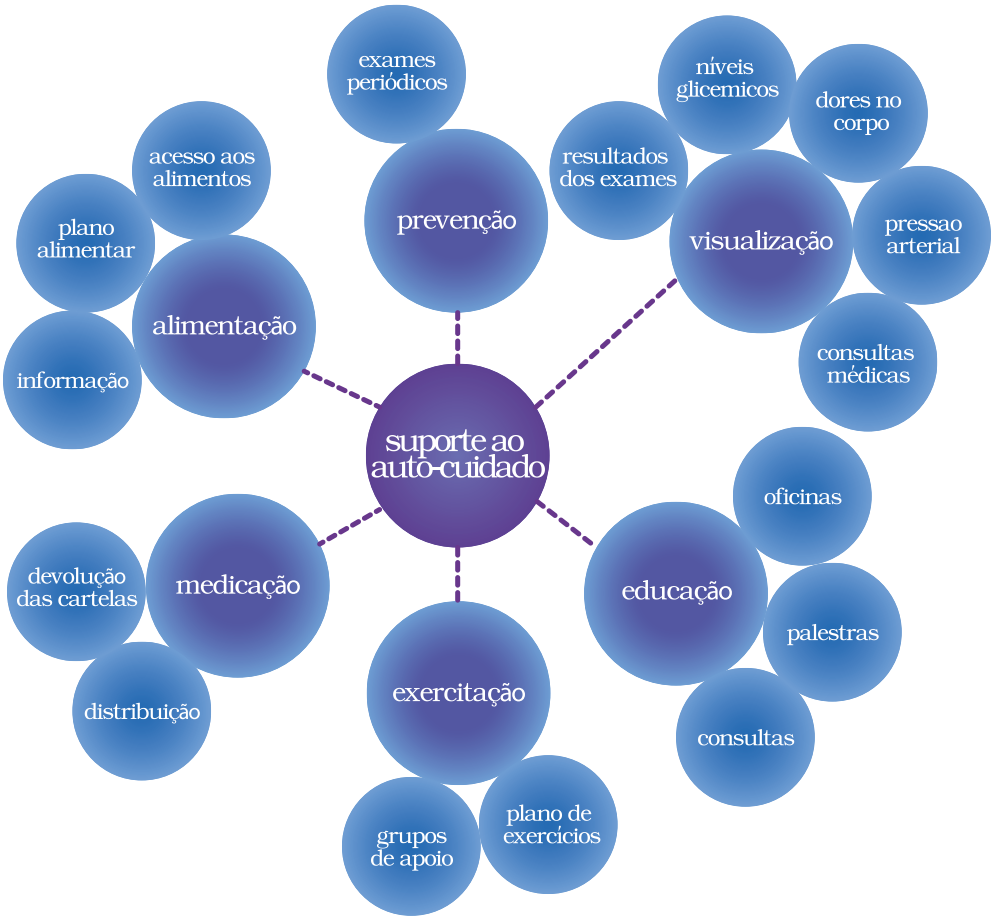


Figura 27: Mapa da oferta do serviço Vida.

Para que os diabéticos pudessem se **prevenir** de complicações agudas e crônicas, era necessário realizar exames periódicos[67] com vistas a avaliar as condições do organismo dessas pessoas. Além disso, estas precisavam compreender o que tais resultados significavam. Era necessário tornar o estado de saúde visível. Para que a ação de **visualização** fosse realizada, identificamos que as informações sobre as consultas médicas, as dores no corpo, a pressão arterial, a circunferência abdominal, os níveis glicêmicos e os resultados dos exames periódicos fossem expressos de maneira compreensível. Outra ação necessária seria a **educação** para uma mudança de estilo de vida. Assim, elencamos palestras, oficinas e consultas com profissionais especializados como atividades para alcançá-la. No que concerne às **atividades físicas**, era preciso criar um plano

[67] Como exemplos: glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, colesterol total, HDL, LDL, triglicerídios, ureia, creatinina.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

de exercícios individualizado e um grupo de apoio para estimular as ações dos diabéticos e para ensiná-los a realizar os exercícios da maneira correta. No que concerne à **medicação**, imaginamos que um possível caminho para apoiar os diabéticos era não apenas distribuir os medicamentos, mas também solicitar a devolução das cartelas vazias que continham os medicamentos a cada nova retirada. Imaginamos que, dessa forma, talvez, fosse possível monitorar se os diabéticos estavam seguindo a terapia indicada[68]. Por fim, eram necessárias ações ligadas à **alimentação** adequada. Identificamos que um plano alimentar não era suficiente: era necessário dar às pessoas acesso aos alimentos e às informações sobre as escolhas alimentares saudáveis, pois, ao longo do desenvolvimento da etapa de descoberta, percebemos que havia uma baixa aderência à terapia nutricional. Descobrimos uma das causas para essa baixa aderência: a dificuldade que os profissionais de saúde tinham em entender o contexto de vida dos diabéticos. Por esse motivo, acabavam prescrevendo dietas que os diabéticos consideravam "autoritárias". Os diabéticos nem sempre entendiam o porquê dessas prescrições dietéticas; às vezes, não conheciam os alimentos indicados; em outras, não tinham condições de comprá-los; e revelaram ficar incomodados com a postura qualificada como *"*tirana*"* dos profissionais que os tinham atendido.

Ainda percebemos que o ato de se alimentar, muitas vezes, é coletivo e que as restrições impostas pela condição da diabetes podem levar a uma certa exclusão do convívio alimentar. Por essa razão, muitas vezes, os diabéticos deixam de seguir uma dieta apropriada, para não ser o diferente do grupo, com porções individuais específicas para si. Por conseguinte, percebemos a importância de criar um artefato de reeducação que pudesse incluir a família como incentivadora dessa mudança.

Identificamos os atores que poderiam estar envolvidos no sistema de suporte ao autogerenciamento da diabetes e representamos, em um mapa, o sistema das trocas que aconteceriam entre os diferentes atores (Figura 28), que são: a equipe da Unidade Básica de Saúde, a equipe de saúde da rede de atenção especializada, um educador da diabetes, a família do diabético e um parceiro para a doação de alimentos.

[68] Isso se deve ao fato de que, na fase de observação, alguns pacientes relataram que já haviam visto pessoas vendendo os medicamentos pela vila. Imaginamos que, se a retirada fosse condicionada à devolução das cartelas vazias, a venda ilegal poderia diminuir.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Figura 28: Mapa do sistema do serviço.

A equipe da Unidade Básica de Saúde tem a responsabilidade de realizar as consultas de rotina (médico) e os exames necessários para o monitoramento das condições de saúde do paciente (enfermeiro/ técnico de enfermagem), e de entregar os medicamentos receitados para o paciente (enfermeiro/ técnico de enfermagem). Esses profissionais devem registrar na caderneta do diabético todas as informações referentes às atividades sob sua responsabilidade.

A equipe de saúde da rede de atenção especializada é composta por médicos cujas especialidades podem contribuir para o monitoramento da condição de saúde do diabético (endocrinologistas, cirurgiões vasculares, oftalmologistas, nefrologistas, entre outros). Seu papel é contribuir para a visualização integral do estado de saúde do paciente, realizando consultas e registrando seu diagnóstico na caderneta do diabético.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

O educador da diabetes é um profissional externo ao sistema de saúde, contratado especialmente para trabalhar no serviço Vida. Ele pode ser um voluntário, um estagiário ou um trabalhador assalariado. Seu papel é o de motivar as pessoas a superar as dificuldades de gerenciar a condição de diabetes; ensinar ao diabético os hábitos alimentares adequados para a sua condição e as atividades físicas apropriadas para o seu estado de saúde; monitorar as modificações no estado de saúde dos diabéticos; planejar cursos de capacitação para o diabético, a serem ministrados por diferentes profissionais; registrar na caderneta todos os encontros com o diabético. Por isso, é importante atentar para o perfil do profissional a ser contratado. Os valores pessoais do educador da diabetes devem estar alinhados aos princípios propostos para o serviço, quais sejam: ser uma pessoa exemplar no cuidado com a sua saúde (princípio 2: educar por meio dos seus próprios gestos e ações); ter a capacidade de entender as dificuldades de compreensão dos pacientes, usando uma linguagem acessível a ele em toda a explicação que for lhe dar (princípio 4: saber se colocar no lugar do paciente); ser paciente e atencioso (paciência para explicar as mudanças e atenção às idiossincrasias). Esse profissional deve estar em constante busca por aperfeiçoamento dos conhecimentos ligados ao cuidado com a diabetes e precisa ser certificado como Educador da Diabetes por uma instituição credenciadora.

A família do diabético tem o papel de ajudá-lo no monitoramento da sua condição e de estimulá-lo na mudança de comportamento. Por conta disso, o educador da diabetes realizará ações educativas que incluirão a família. Por fim, o parceiro para a doação de alimentos assume o papel de garantir acesso aos alimentos adequados à dieta alimentar dos diabéticos. Identificamos como um possível parceiro para essa finalidade o Banco de Alimentos de Porto Alegre.

A partir disso, passamos para a configuração das interfaces que dariam as condições para a arquitetura do serviço operar. Essas interfaces estavam ligadas: à reeducação alimentar (jogo Super Saudável), ao estímulo para mudança de hábitos alimentares (bolsa do diabético) e ao monitoramento das condições de saúde (caderneta do diabético)

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

4.4.2.1.

Interfaces para a reeducação alimentar: jogo Super Saudável

Iniciamos a etapa com uma pesquisa de estímulos, na área de educação, para projetar suportes para a educação alimentar, adequados àquele público: pessoas mais velhas, com baixo grau de instrução, que precisavam mudar seus estilos de vida para controlar a diabetes. Essa era uma mudança que interferiria nos hábitos culturais: alimentação e exercícios físicos. Em paralelo, buscamos referências sobre os suportes usados pela área da saúde para informar e controlar o estado de saúde dos diabéticos.

Dentre os diversos suportes usados na atividade de ensino (livros, apostilas, filmes, apresentações), encontramos nos jogos uma forma lúdica e envolvente para auxiliar a reeducação alimentar. Imaginamos que as ações voltadas para esse fim poderiam ser aprimoradas, se existisse uma ferramenta capaz de ajudar os diabéticos a fazer escolhas alimentares mais adequadas para sua condição. O jogo pode ser um dispositivo para ser usado em casa, como apoio para o autogerenciamento da diabetes.

Nosso processo de ideação do jogo iniciou com uma busca pelos tipos de jogos a que pessoas adultas estavam habituadas. Os jogos de cartas foram identificados como uma opção adequada para adultos e crianças, podendo ainda ser um meio de aproximar a família do cuidado com a alimentação do diabético.

A ideação partiu da premissa de que deveríamos dar as condições para que as pessoas fizessem as escolhas alimentares mais adequadas para si. Entendemos necessário explicar às pessoas quais os alimentos liberados e quais aqueles cujas quantidades precisam controlar ou até mesmo evitar.

Pesquisamos a lógica de diversos jogos de carta e identificamos no jogo de Canastra e no jogo Super Trunfo, um caminho para o projeto. Pesquisamos as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde sobre alimentação saudável e entendemos que o jogo deveria explorar os diferentes grupos alimentares, apresentar as propriedades nutricionais dos alimentos e estimular uma alimentação balanceada.

Iniciamos, com essas bases de estudo, o processo de (co)criação do jogo com uma nutricionista especialista em diabetes, a qual avaliou as ideias iniciais e

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

nos ajudou a desenvolvê-las. Apresentamos a ideia de atribuir uma cor às cartas, de acordo com a adequação do alimento à dieta do diabético: verde para os alimentos que podiam comer à vontade; amarelo, para aqueles cujas quantidades precisavam ser controladas, e vermelho, para os que deviam ser evitados. Também mostramos a esta profissional todos os alimentos que os diabéticos estavam acostumados a comer e lhe pedimos que nos indicasse (1) quais deles esse grupo de pessoas precisava evitar, (2) quais deviam controlar as quantidades, e (3) quais podiam ser liberados.

Em conjunto com a nutricionista, acordamos que o jogo deveria trabalhar com sete grupos alimentares: frutas, vegetais, leguminosas, cereais, proteínas, lácteos e bebidas. Definimos um ícone para cada um dos grupos e uma forma de apresentar as informações sobre os alimentos. Nas discussões, entendemos que seria importante apresentar as seguintes informações nutricionais[69]: energia (kcal), carboidratos (g), proteína (g), sódio (mg), gorduras (g) e fibras (g).

A nutricionista nos explicou que a dieta alimentar dos diabéticos não apenas deveria ser fundamentada no baixo teor calórico dos alimentos, mas, principalmente, na quantidade de carboidratos e de fibras. Ela nos ensinou que alimentos ricos em fibras são mais adequados para os diabéticos, pois são absorvidos lentamente pelo organismo, não produzindo um pico de glicemia. Por sua vez, a informação sobre a quantidade de carboidratos é relevante para os diabéticos que precisam ajustar as doses de insulina para absorver adequadamente a glicose do alimento consumido. A informação sobre o sódio e as gorduras é relevante, pois influenciam o controle do nível de pressão arterial. A informação sobre o colesterol é importante para o equilíbrio do metabolismo do diabético. Por fim, entendemos que, para possibilitar a comparação entre os alimentos, era necessário estabelecer uma quantidade padronizada, fato diante do qual definimos o valor de 100g.

Entendemos que era necessário criar um nome para o jogo, a fim de que pudéssemos nos referir a ele no diálogo com os interlocutores. Criamos o nome: Super Saudável – o jogo do equilíbrio alimentar. Para a configuração da identidade da marca do jogo, optamos por fazer referência à campanha mundial de conscientização da condição de diabetes, usando as cores e o símbolo empregados

[69] No Brasil, por lei, essas informações devem estar presentes em todas as embalagens de alimentos.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

mundialmente nessas campanhas (círculo azul) para criar a marca do jogo. Após, fizemos um primeiro protótipo.

Testamos o protótipo com familiares e amigos para entender como poderíamos criar as regras do jogo. Definimos que as cartas seriam comparadas com as informações nutricionais apresentadas. O jogador deveria escolher um atributo para comparar as cartas (por exemplo: energia) com o outro participante. O participante que tivesse o menor valor associado ao atributo, ganharia a carta. Tais comparações deveriam ser feitas até que as cartas acabassem. O jogador que finalizasse o jogo com o menor número de cartas vermelhas ganharia a partida.

Figura 29: Protótipo 1 do Super Saudável: exemplos de cartas dos diferentes grupos alimentares

.

A ideia que fundamentava o jogo era a de usar as cartas com as informações nutricionais como suporte para auxiliar na memorização de informações essenciais a respeito dos alimentos. Assim, o diabético (com o apoio da sua família) poderia exercitar ,ao longo da partida, a realização de escolhas corretas para a sua saúde.

Apresentamos o protótipo para a equipe da Unidade Básica de Saúde, que aprovou a ideia inicial. Depois, convidamos os diabéticos para testar o jogo e nos ajudar no refinamento das regras da partida.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

O jogo Super Saudável permite a participação de duas a quatro pessoas. A cada rodada, os participantes recebem um conjunto de cartas (28 ou 14 cartas) e devem agrupá-las de tal maneira que só seja possível visualizar uma delas. Então, os participantes devem comparar a composição nutricional dos alimentos apresentados na primeira carta de seu conjunto (energia, carboidratos, proteína, gordura, sódio e fibras) e fazer a escolha mais saudável (ou seja, livrar-se das cartas vermelhas e ficar com cartas verdes e amarelas).

A atividade foi bastante positiva, pois percebemos que o jogo teria sucesso entre as pessoas que eram alfabetizadas, mas não serviria para os não alfabetizados. Igualmente percebemos que alguns ajustes precisavam ser feitos nas cartas, com vistas a melhorar a experiência de uso. Testamos as cartas em um contexto social de classe média em que o jogo foi considerado uma opção interessante. Fomos alertadas pelos participantes do teste para a inclusão de vários alimentos ao conjunto de cartas e, dentre eles, o único essencial para o contexto socioeconômico dos diabéticos era o ovo de galinha. Apresentamos os protótipos para quatro médicos[70] que aprovaram o jogo. No entanto, deixamos de lado essa versão, e partimos para o desenvolvimento de um jogo que servisse para as pessoas não alfabetizadas.

Pela dificuldade de transmitir informações nutricionais às pessoas que não sabiam ler, optamos por simplificar o jogo e ensinar aos diabéticos os alimentos que eles poderiam comer e em quais quantidades. Optamos por retomar a opção do jogo de Canastra. Compreendemos que era preciso criar uma forma de pontuação mais simples do que calorias, para serem feitas as somas, já que, mesmo não sabendo ler, os diabéticos sabiam, conforme se diz em linguagem corrente, "fazer contas na ponta do lápis".

Partimos para pesquisas sobre dietas alimentares, entre as quais encontramos o trabalho da equipe do Dr. Alfredo Halpern[71], que propunha uma dieta simples, fácil de ser controlada pelos diabéticos, fundamentada em pontos, não em calorias (Costa et al., 2005). Por analogia ao sistema de pontuação do jogo de Canastra, acreditamos ser esse um caminho interessante para desenvolver

[70] Um clínico geral, dois membros da direção da Sociedade Gaúcha de Diabetes, e um membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Diabetes.

[71] Médico pertencente ao Departamento de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da USP.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

nossa interface. A partir desta decisão, adaptamos a estrutura inicial das cartas, substituindo a informação nutricional por quantidades e pontos.

Nesse momento, deparamo-nos com a questão de como apresentar a quantidade de pontos em cada carta, pois a quantia de pontos devia ser relacionada à quantia do alimento. Como optamos por informar as pessoas sobre as quantidades que elas poderiam comer, não poderíamos mais usar a padronização das medidas do jogo anterior.

Para resolver tal questão, voltamos a conversar com a nutricionista, que nos indicou o manual da contagem de carboidratos como um bom parâmetro para estabelecer as quantidades de alimento em cada carta (as medidas padrão). Por conseguinte, calculamos o valor em pontos de cada um dos alimentos, a partir das quantidades apresentadas nesse manual. Para tal cálculo, buscamos as informações sobre os alimentos preparados na tabela TACO (Tabela Brasileira de Composição de Alimentos) desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação – NEPA da Unicamp (Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos, 2006).

Assim, o jogo de canastra alimentar consiste em um conjunto de 57 cartas, divididas em sete grupos alimentares, acrescidas de um coringa que é o exercício físico. Cada carta (Figura 30) apresenta o nome do alimento, uma fotografia, uma quantidade e a atribuição de pontos.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Figura 30: Protótipo 2 do super saudável

Ao final do desenvolvimento desta interface, apresentamos o conjunto de cartas para os profissionais da Unidade Básica de Saúde, para que eles nos ajudassem na construção do jogo. Testamos esse protótipo, inicialmente, com a equipe de saúde, e depois testamos com uma diabética e sua filha.

Em relação às regras, definimos que um jogador deveria embaralhar as cartas e distribuí-las aos participantes. Cada pessoa deveria receber 17 cartas. A pessoa à direita daquela que distribuiu as cartas, deveria pegar (“comprar”) uma carta do monte (constituído pelas cartas que sobraram após a distribuição). Caso a carta não lhe fosse útil, ela poderia colocá-la sobre a mesa e pegar outra carta em seguida. Ao descartar outra carta que não lhe servia, formava-se a lixeira, refugo ou cartas da mesa. Após o descarte, o jogo seguiria em sentido anti-horário até

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

que alguém baixasse todas suas trincas e canastra e finalizasse o jogo, ou quando terminassem as cartas a serem “compradas”.

Os jogadores deviam organizar suas trincas e canastras de acordo com as refeições do dia: café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Seu objetivo era ter em mãos três cartas de diferentes grupos alimentares (uma trinca) para cada uma das refeições: café da manhã, lanche da tarde e jantar. Já para a refeição do almoço, era necessário escolher sete cartas de diferentes grupos alimentares, podendo repetir um deles.

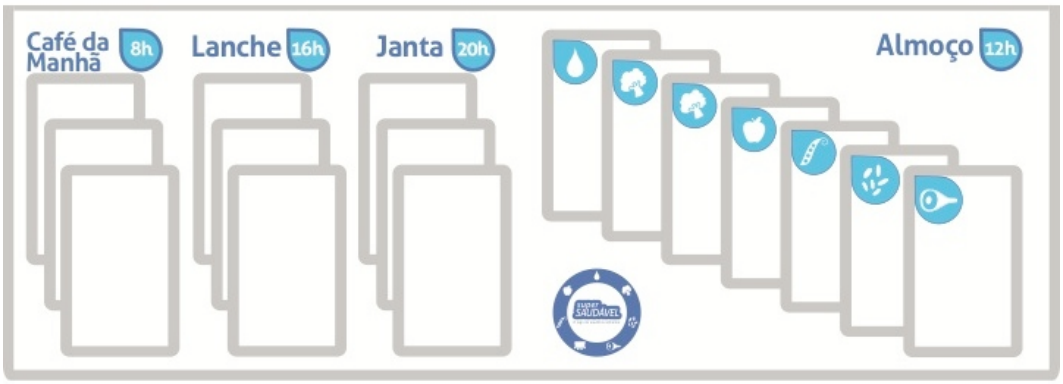


Figura 31: Exemplo de forma de distribuição das cartas na partida.

Nesse jogo, quando um jogador completar as 3 trincas e a canastra, ele finaliza seu jogo. Depois disso, deve somar os pontos de suas cartas e comparar com a quantidade de pontos adequadas para o seu perfil (que considera a faixa de idade, IMC e nível de atividade física). Ele só ganha a partida se a quantidade de pontos das suas cartas for menor ou igual aos pontos indicados para o seu perfil. Caso seus pontos sejam superiores ao indicado (criamos um manual com a pontuação correspondentes para cada um desses diferentes perfis), a partida continua.

Prototipamos o jogo, e, pela experiência de uso do jogo, identificamos que este só faria sentido, se as pessoas informassem a verdadeira quantidade dos alimentos que estão acostumadas a ingerir, pois, se elas considerassem apenas as quantidades padronizadas das cartas, o jogo não conseguiria demonstrar a elas se a sua alimentação era adequada ou não.

Assim, determinamos que os jogadores deveriam multiplicar pontos das cartas, pela verdadeira quantidade que eles estão acostumados a ingerir nas refeições. Por exemplo: a carta de arroz branco informa que 2 colheres de sopa

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

deste alimento correspondem a 14 pontos. Se a pessoa estivesse acostumada a comer 6 colheres de sopa deste alimento, seus pontos correspondentes seriam 42.

Percebemos que esse cálculo poderia ser complexo e decidimos testar se o nível de conhecimento de matemática dos participantes era suficiente para fazer esse tipo de cálculo.

Figura 32: Final da partida - regras para contagem dos pontos

A reação de todos foi bastante positiva. Eles compreenderam rapidamente as informações das cartas e as regras do jogo. A diabética e sua filha relataram que o jogo era útil e expressaram que gostariam de tê-lo em casa. Testamos novamente

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

o jogo durante o protótipo da experiência do serviço, que será relatado no subcapítulo 4.4.4.

4.4.2.2.

Interface para estímulo à mudança de hábitos alimentares: bolsa diabetes

Outro ponto crucial de ser abordado era o acesso aos alimentos. Durante o projeto, identificamos que os diabéticos, devido aos poucos recursos que dispunham (dinheiro e informação), compravam alimentos ricos em gorduras e carboidratos para obter substância. Faziam uso de óleo de soja e banha para, como declararam, *"dar gosto forte"* nos alimentos preparados; também preferiam consumir as carnes gordas. Frutas e verduras só eram adquiridas quando sobrava dinheiro e não havia espaço em suas casas para plantá-las. Cereais integrais não faziam parte do seu quotidiano. Também percebemos que não seria suficiente fornecer as informações sobre os alimentos adequados, pois eles não teriam condições de adquiri-los. Em alguns casos, os produtos mais adequados para dieta (por exemplo, óleo de canola e massa integral) chegam a custar pelo menos três vezes mais do que o produto que eles estão acostumados a adquirir.

Entendemos que, no caso dos diabéticos, os alimentos são tão importantes quanto os medicamentos, pois aqueles são os principais responsáveis pelo controle dos níveis glicêmicos. Mesmo que um diabético esteja seguindo a terapia medicamentosa, se ele não seguir uma dieta adequada, os níveis glicêmicos permanecem alterados, podendo causar danos à saúde. Por essa razão, criamos a interface chamada bolsa do diabético, inspirada nas atuais políticas sociais do governo brasileiro. A diferença é que, no caso da bolsa do diabético, são distribuídos os alimentos e não recursos financeiros, pois essa ação possibilita garantir que os diabéticos tenham acesso ao alimento correto. Partimos dos treze gêneros alimentícios indicados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE para a cesta básica nacional[72] (carne, leite, feijão, arroz, farinha, batata, tomate, pão, café, banana, açúcar, óleo e manteiga) e fomos discutir a adequação dos produtos e as quantidades necessárias para a dieta alimentar do diabético com a nutricionista.

[72] Disponível em http://www.dieese.org.br/rel/rac/cesta.xml#.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Tendo em vista as questões ligadas à distribuição, eliminamos os produtos perecíveis da bolsa. Incluímos produtos que os diabéticos estavam acostumados a ingerir, em uma versão adequada à dieta alimentar do diabético, como, por exemplo, sucos e gelatinas *diet*, para estimular a mudança de hábitos de consumo de refrigerantes e doces. Imaginamos que os diabéticos teriam condições de comprar os alimentos perecíveis, por conta da redução de despesas proporcionada pela bolsa. Assim, a bolsa diabetes continha (ver Quadro 19):

Produto	**quantidade**
Leite desnatado	12 litros
Arroz integral	1 quilo
Feijão	2 quilos
Massa integral	1 quilo
Farinha integral	1 quilo
Aveia em flocos	500 mg
Óleo de canola	1 litro
Adoçante	500 ml
Molho de tomate sem açúcar	2 quilos
Suco em pó *diet*	10 envelopes
Gelatina *diet*	4 envelopes

Quadro 19: Produtos bolsa de alimentos para os diabéticos.

Nesse momento, percebemos que a bolsa de alimentos poderia ser um importante instrumento para motivar os diabéticos a continuarem o tratamento. Assim, definimos regras para determinar a continuidade do recebimento da bolsa. O diabético deveria assinar um termo de aceite (Apêndice I) para participar do novo serviço, onde constariam todos os seus direitos e deveres. Para que ele recebesse o incentivo, deveria participar das ações relacionadas à: visualização da sua condição de saúde, motivação, exercitação e medicação, durante o período de trinta dias que antecedia a data de entrega da bolsa. Nas regras, ficava claro que ele receberia a bolsa por um período determinado de tempo (seis meses) e os resultados dos seus exames seriam avaliados. Caso não houvesse nenhuma mudança nesse resultados, a qual indicasse um bom gerenciamento do controle da diabetes, ele deixaria de ganhar a bolsa.

4.4.2.3.

Interface para monitorar as condições de saúde: caderneta do diabético

Fizemos uma pesquisa sobre os meios usados, na área da saúde, para registrar informações sobre a vida das pessoas. Identificamos que um dispositivo comum, utilizado no Brasil, para informar e acompanhar a vida dos diabéticos é o

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

registro das informações sobre o seu estado de saúde em um prontuário (analógico ou digital). Percebemos, no entanto, que essas informações eram destinadas apenas aos profissionais da saúde e não aos diabéticos, pois ficavam armazenadas nas unidades de saúde, onde os usuários não tinham acesso a elas. Entretanto, identificamos uma perspectiva de mudança: a tendência de prontuários eletrônicos com acesso pela internet. Nos Estados Unidos e na Inglaterra, há um movimento nessa direção: os registros realizados nos prontuários podem ser acessados pelos diabéticos on-line. No entanto, percebemos um ponto fraco nesse sistema: a linguagem utilizada nos registros continua sendo voltada para público profissional. O seu benefício, comparado ao sistema tradicional, seria a disponibilização das informações do diabético para equipes multiprofissionais, espalhadas por diferentes pontos de contato do serviço de saúde.

Outro dispositivo é o uso de cadernetas, como a caderneta da criança e do adolescente (para o acompanhamento do desenvolvimento da criança) e a caderneta de saúde da pessoa idosa (para acompanhar aspectos que possam interferir em seu bem- estar). A diferença desses artefatos, em relação aos prontuários, é que eles são projetados em uma linguagem acessível aos públicos a que se destinam e contêm não apenas informações sobre as condições de saúde, mas também instruções pertinentes sobre cuidados com a saúde.

Com fundamento nesse conhecimento, pensamos que uma caderneta poderia ser um instrumento apropriado para o suporte ao autocuidado da diabetes, uma vez que utiliza uma linguagem adequada aos leigos. Essa ferramenta seria o elemento estruturante do serviço, uma vez que conteria os registros dos exames de prevenção e, ainda, tornaria a condição de saúde visível ao diabético. Ela também poderia ser utilizada para registrar as ações ligadas à motivação, à movimentação, à medicação e à alimentação. Em suma, tal caderneta deveria ser um espaço de diálogo entre os profissionais de saúde de diferentes especialidades e os diabéticos. Por meio dela, seria possível criar uma relação visual entre diabético e sua condição, fazendo com que este compreenda que ela está sobre seus cuidados. Fundamentalmente, a caderneta não fica na Unidade Básica de Saúde, e sim com o diabético, o tempo todo. Ele é o responsável por levar a caderneta a cada profissional que consultar dentro da rede do Sistema Único de Saúde.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Iniciamos o processo de (co)criação, discutindo e organizando as informações que precisavam estar inseridas na caderneta[73]. Elas deveriam explicar a o que era a diabetes e, ainda, tornar condição de saúde visível aos diabéticos. Além disso, os dados deveriam ser úteis para a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde, para que eles se sentissem estimulados a preencher a caderneta. Como resultado dessa etapa, identificamos os seguintes itens:

- Dados pessoais, hábitos de vida, família e amigos;
- Informações sobre a diabetes: o que é? o que ele causa? por que eu tenho? o que devo fazer? quem pode me ajudar?;
- Informações sobre os resultados de exames;
- Informações sobre terapia medicamentosa receitada ao diabético;
- Informações sobre: pé diabético, dores no corpo, problemas de visão;
- Informações sobre as consultas médicas realizadas (tanto na Vila Gaúcha, quanto em outras instituições da rede SUS);
- Informações sobre alimentação: tabela do Índice de Massa Corporal (IMC), receita, dicas e agenda.

Em seguida, discutimos a aparência visual da caderneta. Optamos por usar uma linguagem informal, com gráficos e ilustrações como forma de traduzir os sintomas relacionados à condição de saúde do seu dono. Disso, a equipe de design partiu para o desenvolvimento do primeiro *mock up*[74] da caderneta, estabelecendo definições quanto a tipografia, ao espaçamento e às margens.

Ao finalizar o *mock up,* nos reunimos com a equipe de saúde para apresentar a ideia inicial da caderneta. A intenção do uso dessa técnica de visualização de ideias foi a de possibilitar que os participantes inserissem seus pontos de vista na solução proposta. Não queríamos que parecesse um produto pronto, por isso, apresentamos a caderneta impressa em preto e branco. Pedimos aos componentes

[73] O Trabalho de Conclusão de Curso da graduanda Luisa Diebold descreve o processo de construção da caderneta e as decisões ligadas ao design de informação e design gráfico. Diebold, Luisa. Inovação Social pelo Design: um processo de conscientização do paciente no cuidado do diabetes. **Trabalho de Conclusão de Curso**. São Leopoldo: Unisinos, 2011. Aqui, ilustramos a caderneta apenas como uma possível solução, cujos efeitos no processo de entrega do serviço precisavam ser avaliados.

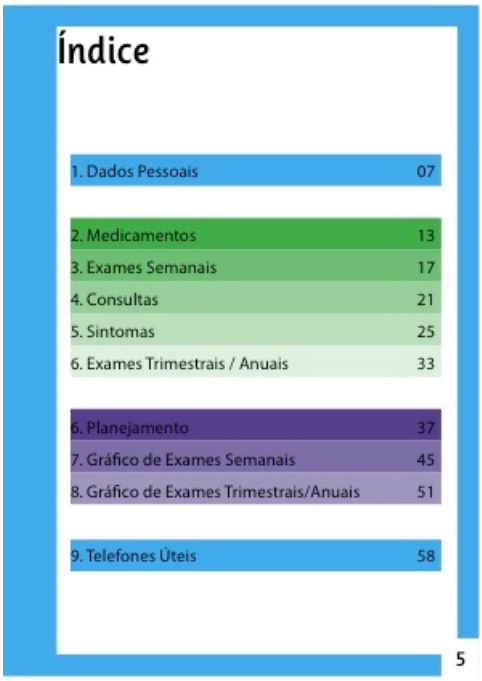
[74] *Mock up* é o primeiro esboço de uma ideia, desenvolvido em três dimensões, o qual não apresenta, ainda, definições estéticas e formais da solução. Neste caso, foi um estímulo para a (co)criação que teve o propósito de apresentar aos atores envolvidos uma ideia inicial para ser desenvolvida pelo grupo.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

da equipe mencionada que avaliassem a ideia (se era útil, ou não) e nos ajudassem a desenvolvê-la. A equipe avaliou a caderneta como útil e nos ajudou a organizar as informações, bem como a incluir pontos que estavam faltando.

Após o *feedback* da equipe de saúde em relação ao *mock up*, desenvolvemos um primeiro protótipo para testar com os diabéticos. Para tanto, precisávamos criar uma jornada do serviço, que contemplasse o uso da caderneta. O item a seguir apresentará o protótipo do novo serviço. Cabe reforçar que, ao longo do protótipo do serviço, realizamos seis iterações no design da caderneta, até chegarmos à versão final, que se mostrou útil, usável e desejável. A Figura 33 faz um comparativo entre o *mock up* e o protótipo final. À esquerda, são apresentadas as páginas do *mock up* e, à direita, as páginas do protótipo. Quando o espaço estiver em branco, é porque a página não existia em uma das versões.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA



Índice

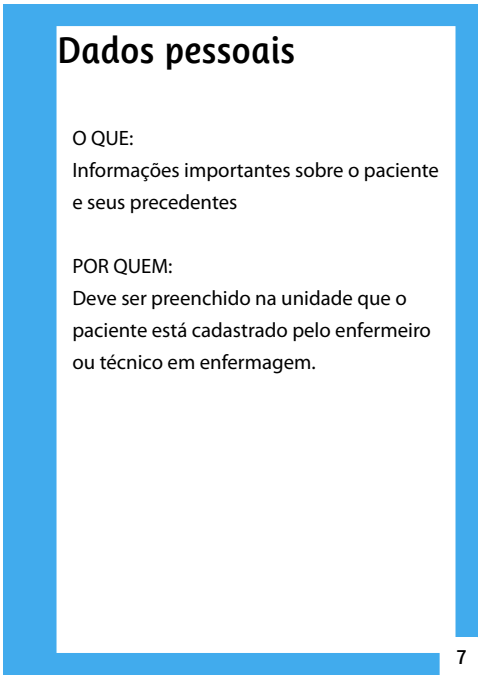
1. Dados Pessoais 07

2. Medicamentos 13
3. Exames Semanais 17
4. Consultas 21
5. Sintomas 25
6. Exames Trimestrais / Anuais 33

6. Planejamento 37
7. Gráfico de Exames Semanais 45
8. Gráfico de Exames Trimestrais/Anuais 51

9. Telefones Úteis 58

5



Dados pessoais

O QUE:
Informações importantes sobre o paciente e seus precedentes

POR QUEM:
Deve ser preenchido na unidade que o paciente está cadastrado pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem.

7

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Muito Prazer,

Meu nome é: _____
Mas sou mais conhecido como: _____
_____
Cartão do SUS: _____
Documento de identidade: _____
Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
Nasci na data: _____/_____/_____
Moro: _____
N.º:_____ Complemento: _____
Bairro: _____
Ponto de referência: _____
CEP: _____ Cidade: _____Estado:_____
Telefone: _____ Celular: _____
Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo
( ) separado ( ) outro
Minha escolaridade: ( ) analfabeto ( ) até 4 anos
( ) 4 a 8 anos ( ) 8 anos ou mais
Sou aposentado: ( ) sim ( ) não
Minha ocupacão antes de aposentar:_____
_____
Minha ocupação atual: _____
Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Muito prazer,

Meu nome é: _____
Ficha UBS: _____
Cartão do SUS: _____
Documento de identidade: _____
_____
Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
Nasci na data: _____/_____/_____
Moro: _____
N.º:_____ Complemento: _____
Bairro: _____
Ponto de referência: _____
CEP: _____ Cidade: _____Estado:_____
Telefone: _____
Celular: _____
Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo
( ) separado ( ) outro
Minha escolaridade: ( ) analfabeto ( ) até 4 anos
( ) 4 a 8 anos ( ) 8 anos ou mais
Sou aposentado: ( ) sim ( ) não
Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

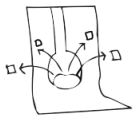
8

O que é diabetes

1.

A comida é mastigada e levada direto para o estômago, já triturada formando uma pasta.

2.



Os nutrientes da comida são absorvidos pelo estômago e levado para o sangue.

3.

A insulina tenta reduzir o tamanho destes nutrientes para que eles caibam nos tubos que levam os nutrientes as células do corpo.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Medicamentos

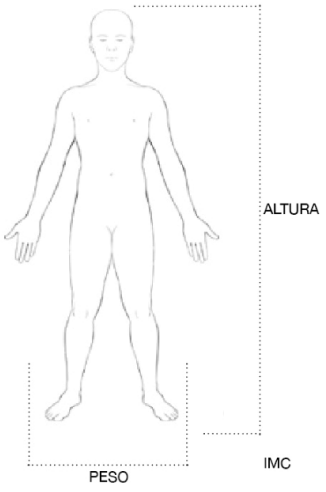
Medicamentos

Cadastro: __/__/__

Nome	Dose	Quantidade

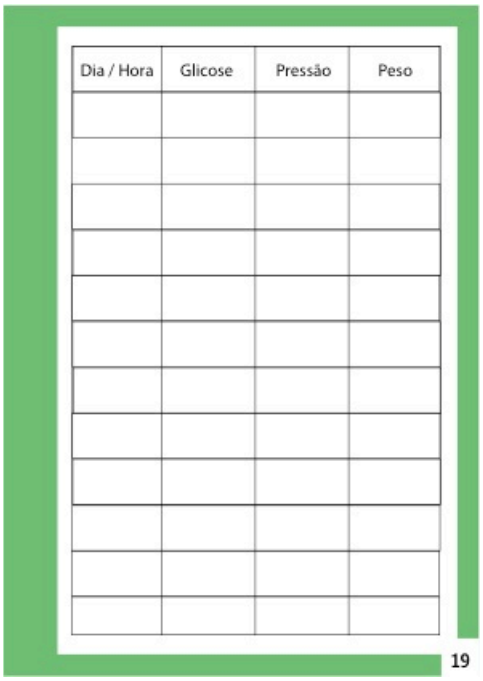
14

Diabetes e eu



PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Dia	Peso	Altura	IMC



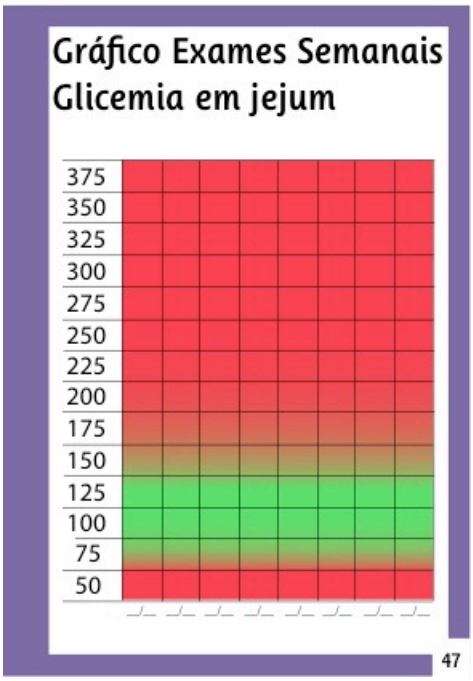
Dia / Hora	Glicose	Pressão	Peso

19

Gráfico de exames

Glicemia - 1x por dia

__/__ __/__ __/__ __/__ __/__



47

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

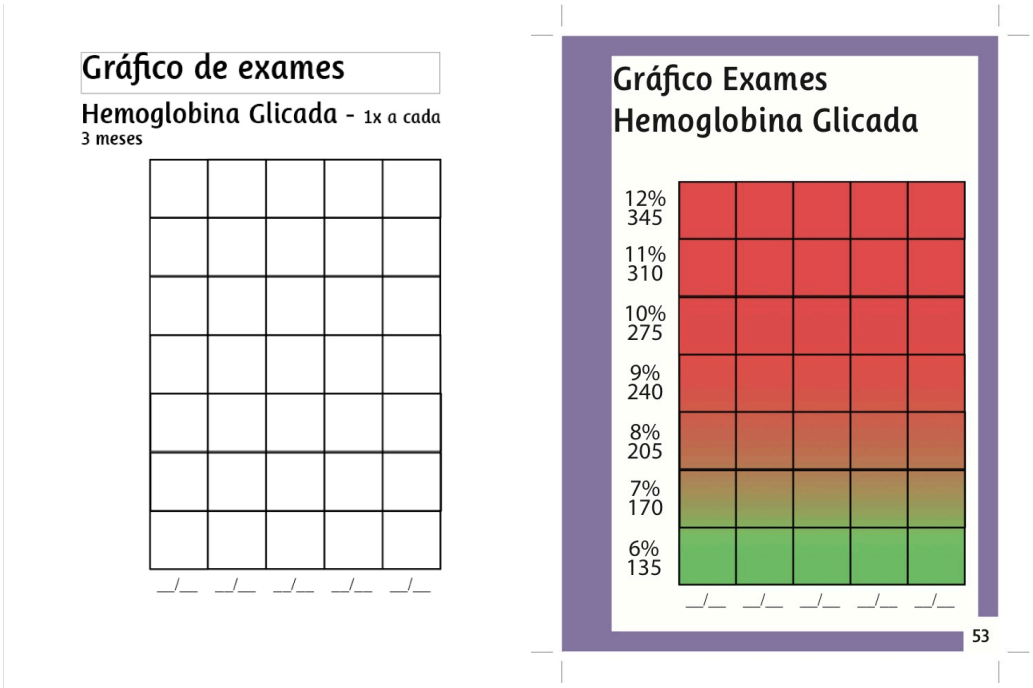


Figura 33: Comparativo entre do *mock up (esquerda)* e o protótipo final da caderneta (direita).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

4.4.3.

Resultado da fase de desenvolvimento: um protótipo da experiência do usuário na jornada do serviço

Para avaliar a adequação da plataforma do novo serviço ao autogerenciamento da condição de diabetes, discutimos com a equipe de saúde como poderíamos organizar os diferentes encontros entre os atores do serviço (paciente e equipe de saúde) ao longo de uma jornada. Para isso, retomamos as definições propostas na descrição do conceito de serviço, o mapa da oferta e o mapa do sistema.

A proposta inicial para o local de funcionamento do novo serviço era em um espaço externo à Unidade Básica de Saúde. No entanto, a equipe de saúde achou importante testarmos se a proposta do serviço Vida poderia funcionar dentro da Unidade Básica de Saúde. Assim, optamos por criar uma jornada do serviço dentro dos fluxos de atendimento da Unidade Básica de Saúde. A seguir, descreveremos o projeto do protótipo da experiência e a experimentação desse protótipo.

4.4.3.1.

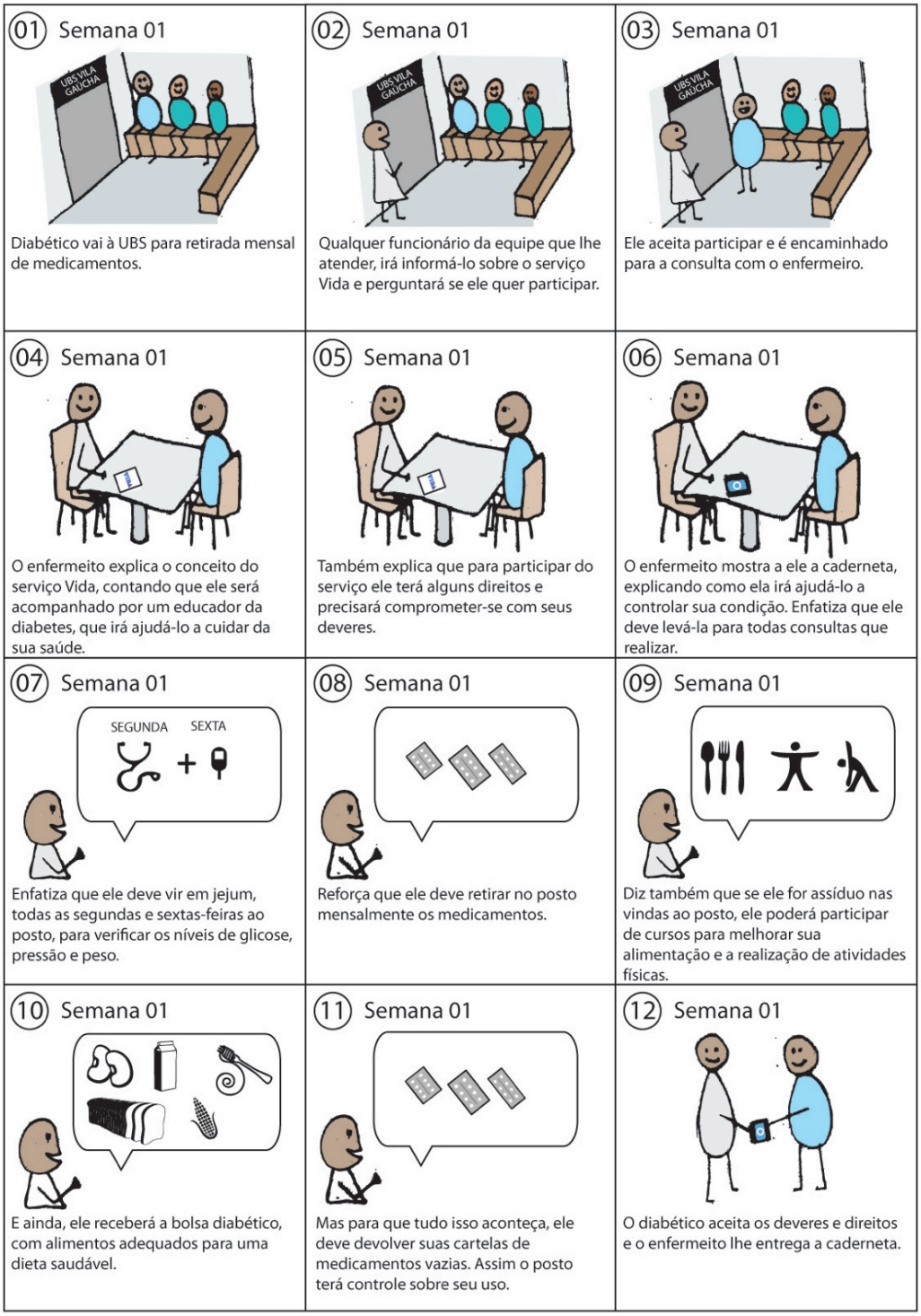
Projeto do protótipo da experiência

A partir do mapa do sistema e da oferta apresentados anteriormente, foi possível desenhar uma possível jornada do usuário do serviço Vida. Para ilustrar cada um dos encontros do serviço que compõem a jornada, usamos a técnica de *storyboard.* Este ilustra o espaço físico onde o serviço ocorre, os atores presentes no encontro do serviço, as ações desempenhadas pelos atores e as interfaces necessárias para que a interação ocorra. Apresentamos um *storyboard* para a equipe da Unidade Básica de Saúde e para a gerente de responsabilidade social do Hospital Mãe de Deus, como suporte para a discussão sobre a utilidade e usabilidade dos encontros pensados para o novo serviço. O resultado da discussão sobre a jornada do usuário está apresentado na Figura 34.

Decidimos conversar com um especialista da área de diabetes, reconhecido internacionalmente por seu trabalho, não apenas como médico, mas como gestor na área da saúde. Ele foi responsável pela criação do Instituto da Criança com Diabetes, uma entidade privada, sem fins lucrativos, que presta atendimento a crianças, a adolescentes e a jovens adultos, portadores de diabetes tipo I. Apresentamos a ele o conceito do serviço e os protótipos das interfaces que projetamos. Ele elogiou a proposta e nos incentivou a prototipá-la: *"Muito bonito, bem feito e adequado"*. Ele disse também que, após a avaliação dos resultados, poderíamos voltar a conversar para implantar o projeto em um hospital público da cidade. Por fim, afirmou que tem curiosidade em saber se com um número maior de pacientes a proposta é viável.

Após essa validação da jornada do usuário, partimos para a experimentação do uso dessa nova maneira de prestar serviços de atenção básica para os diabéticos da Vila Gaúcha. Convidamos o grupo de diabéticos para participar do protótipo da experiência do serviço. Seis pessoas aceitaram a fazer parte do protótipo. O outro diabético já conseguia controlar a sua condição e serviu de exemplo para o grupo. Nessa atividade, tínhamos a intenção de identificar possíveis falhas e ajustar o projeto da jornada a partir da vivência do protótipo.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA



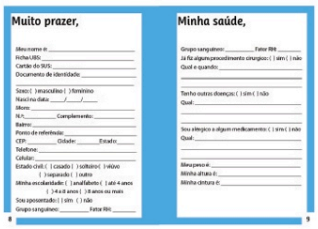
PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

13 Semana 01

O enfermeiro preenche as páginas 8, 9, 14 e 15 com as informações cadastrais do diabético e os medicamentos que ele utiliza.

14 Semana 01

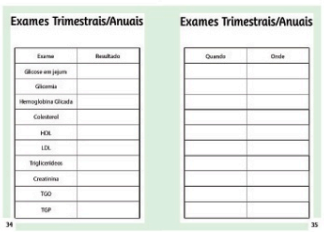


15 Semana 01

16 Semana 01

O enfermeiro busca no prontuário do diabético os dados históricos sobre exames de rotina e preenche as páginas 34 e 35.

17 Semana 01



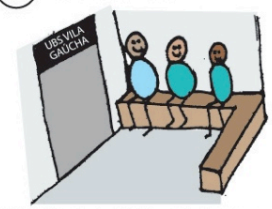
18 Semana 01

O enfermeiro entrega as cartelas dos medicamentos e pede para que ele guarde as cartelas vazias e entregue para o educador da diabetes no dia do encontro.

19 Semana 01

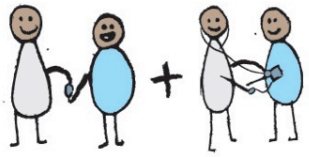
O enfermeiro marca uma consulta com o educador para dali a 15 dias, avisando que a consulta irá durar 1 hora. Entrega ao paciente um papel como lembrete para consulta.

20 Semana 02



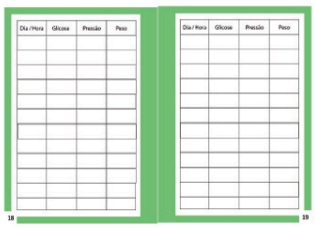
Diabético vai a UBS realizar os exames semanais. Ao chegar, retira uma ficha de atendimento e aguarda o atendimento da técnica de enfermagem.

21 Semana 02



A técnica realiza os exames e registra os resultados nas páginas 18 e 19 da caderneta.

22 Semana 02



23 Semana 03

Primeiro encontro com educador...

Como combinado, o diabético encontra com o educador na UBS, no horário estabelecido, com a caderneta.

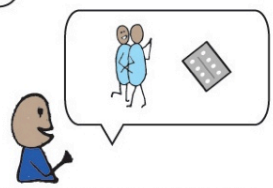
24 Semana 03

O Educador explica que esse serviço é para ele e por isso, dará sempre atenção as suas dificuldades em mudar seu estilo de vida. E lhe diz que irá ajudá-lo a superá-las para que ele consiga controlar sua condição

25 Semana 03

O educador explica a importância do paciente: retirar os medicamentos e a bolsa de alimentos; realizar os exames semanais; levar a caderneta para que todos os médicos que consultar preencham-na.

26 Semana 03



O educador lembra a ele que deve devolver as cartelas vazias para receber a bolsa diabetes. E também que é importante ele participar dos cursos de aperfeiçoamento.

27 Semana 03

Ele conversa com o diabético sobre a importância dos encontros que eles irão marcar, de visitar os médicos quando sente que não está bem e de fazer os exames semanais, pois sua saúde irá melhorar.

28 Semana 03

O educador lê para o diabético o termo de compromisso com o serviço Vida e pede para ele assinar as duas vias.

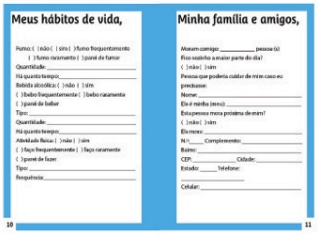
29 Semana 03

Diabético assina um termo que confirma o cumprimento dos seus deveres, dizendo que, caso ele não o faça perderá os direitos. O educador fica com uma via.

30 Semana 03

Em conjunto com o diabético, preenche os dados das páginas 10 e 11.

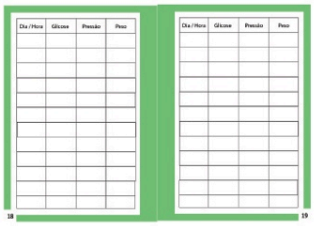
31 Semana 03



32 Semana 03

O educador analisa os exames diários feitos nos últimos dias, a partir das páginas 18 e 19, preenchidas pela equipe de saúde.

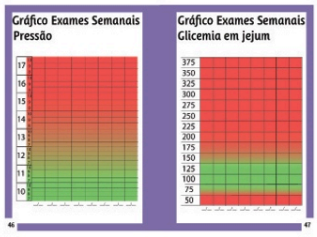
33 Semana 03



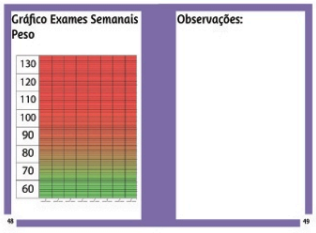
34 Semana 03

O educador preenche os gráficos da páginas 46, 47 e 48, mostrando ao diabético sua evolução. Sempre tentando entender suas dificuldades e adaptar o plano ao diabético, promovendo melhora em sua vida.

35 Semana 03

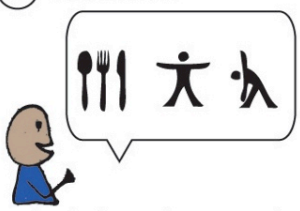


36 Semana 03



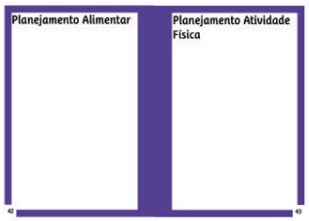
PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

37 Semana 03

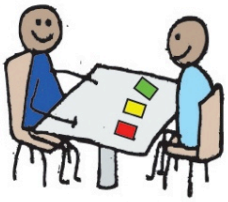


O educador faz um planejamento de atividades físicas e um planejamento alimentar adequado ao diabético e registra na caderneta nas páginas 42 e 43.

38 Semana 03



39 Semana 03



O educador apresenta o jogo Super Saudável e mostra como o jogo poderá ajudá-lo a controlar a alimentação. Entrega o baralho para o diabético usar com a família.

40 Semana 03

O Diabético entrega as cartelas vazias de medicamento e o educador confere as quantidades.

41 Semana 03

O educador entrega a primeira bolsa diabetes e lhe explica os benefícios de cada um dos alimentos contidos na bolsa.

42 Semana 03

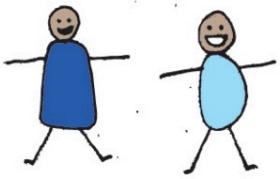
Educador marca um novo encontro com o diabético para dali a uma semana para conversarem sobre as atividades físicas.

43 Semana 04

Segundo encontro com educador...

O diabético encontra com o educador no centro comunitário ou na associação de moradores.

44 Semana 04



O educador ensina o diabético a realizar alongamentos de maneira adequada e outros exercícios para fazer em casa.

45 Semana 06

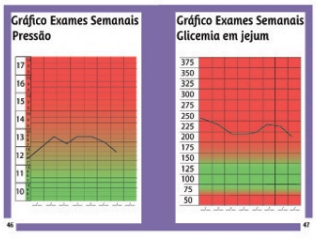
Terceiro encontro com educador...

2 semanas após a adoção do novo estilo de vida, o diabético encontra o educador para mostrar o resultado dos exames semanais

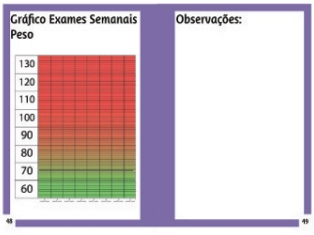
46 Semana 06

Novamente, educador preenche os gráficos da páginas 46, 47 e 48, mostrando ao diabético sua evolução. Sempre tentando entender suas dificuldades e adaptar o plano ao diabético, promovendo melhora em sua vida.

47 Semana 06



48 Semana 06



PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

49 Semana 06

O educador marca um novo encontro com o diabético para dali a 15 dias.

50 Semana 08

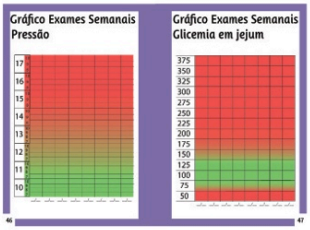
Quarto encontro com educador...

Diabético leva para o educador os resultados dos seus exames semanais de glicose, pressão e peso.

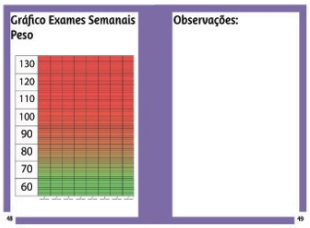
51 Semana 08

Novamente, educador preenche os gráficos da páginas 46, 47 e 48, mostrando ao diabético sua evolução. Sempre tentando entender suas dificuldades e adaptar o plano ao diabético, promovendo melhora em sua vida.

52 Semana 08



53 Semana 08



54 Semana 08

Diabético entrega as cartelas vazias de medicamento e o educador confere as quantidades.

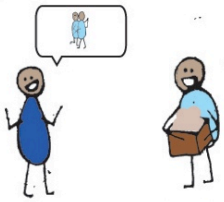
55 Semana 08

O Educador entrega a segunda bolsa diabetes.

56 Semana 08

O educador motiva o diabético a continuar o planejamento dado por ele, sempre com uma atitude poitiva.

57 Semana 08



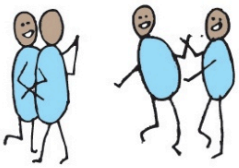
O educador oferece curso do mês ao diabético avisando o dia, hora e local a ele.

58 Semana 09

Encontro cursos de aperfeiçoamento...

O ministrante do curso recebe o diabético no local definido (Associação de Moradores).

59 Semana 09



Diabético vai no curso e se diverte.

60 Semana 09

O ministrante do curso carimba a caderneta na página 58, mostrando que o paciente foi ao curso.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

61 Semana 10

Depois de dois meses o diabético marca consulta com médico e leva a caderneta do diabético.

62 Semana 10

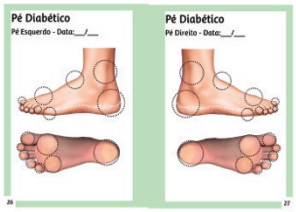
Consulta com médico da UBS...

Médico e diabético conversam sobre como foi este período e quais foram suas dificuldade.

63 Semana 11

O médico preenche capítulo de sintomas nas páginas 26, 27, 28, 30 e 31 comparando com histórico do prontuário do diabético.

64 Semana 11



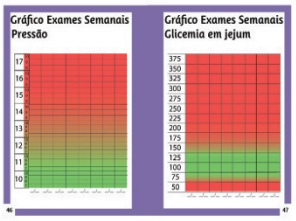
65 Semana 11

66 Semana 11

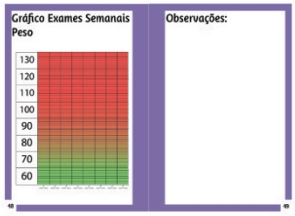
67 Semana 11

O médico olha o gráfico de exames semanais produzido pelo educador e dá indicações sobre como mantê-lo / melhorá-lo.

68 Semana 11



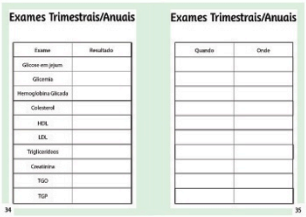
69 Semana 11



70 Semana 11

Médico confere os resultados dos últimos exames trimestrais nas páginas 34 e 35 solicitados ao diabético e entrega uma requisição para realizar novos exames.

71 Semana 11



72 Semana 11

O diabetico marca uma consulta com o cirurgião vascular. Desta vez, ele levará sua caderneta.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

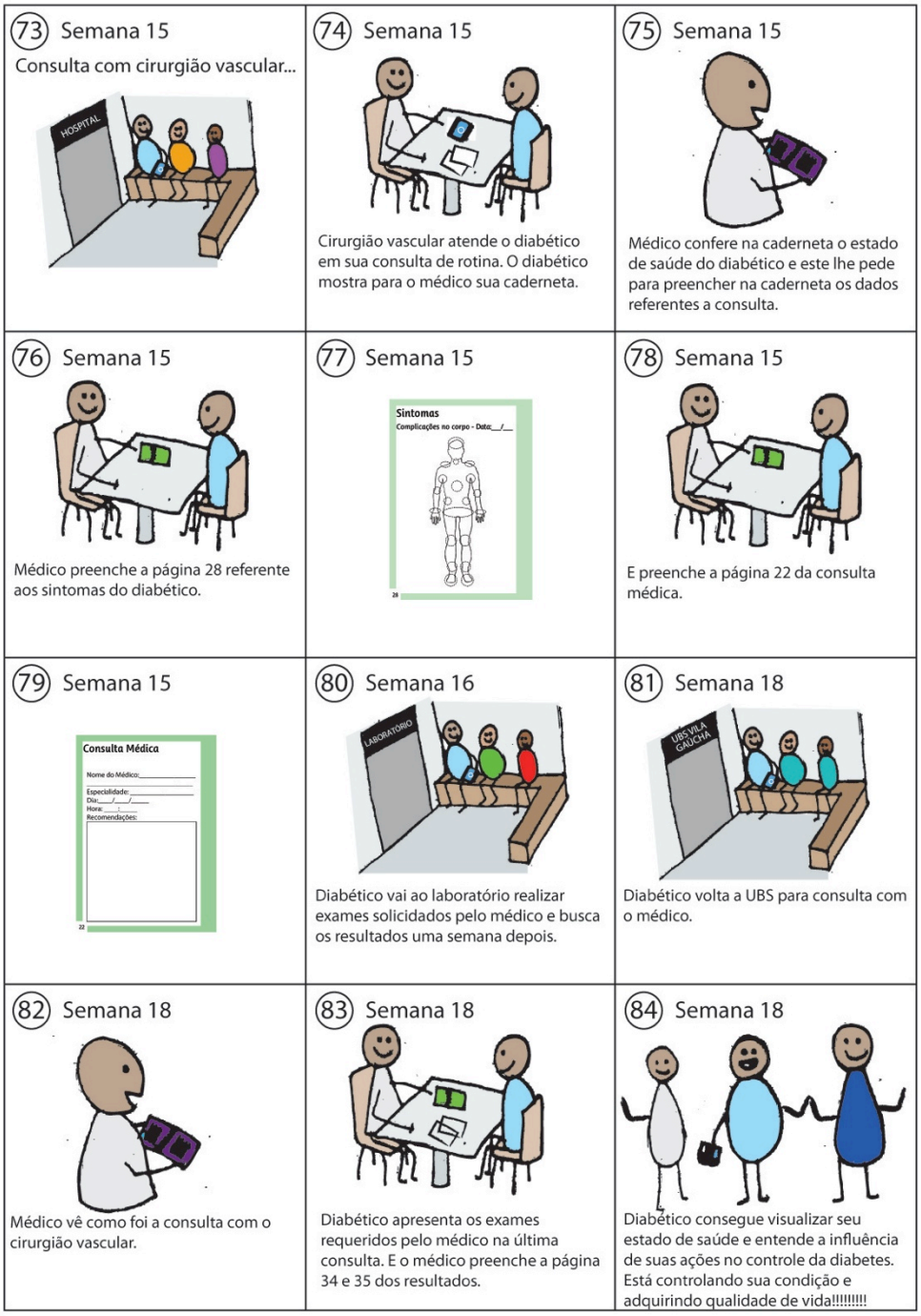


Figura 34 - *Storyboard* da jornada do serviço.

4.4.3.2.

Experimentação do protótipo

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Iniciamos a experimentação do protótipo a partir do momento em que o enfermeiro explicava para o paciente as características do novo serviço, pois o grupo de diabéticos já havia sido contatado para integrar o grupo de (co)criação do serviço. Planejamos que a equipe da unidade básica de saúde seria responsável pela execução do protótipo e que a equipe de design observaria esses encontros. Por sugestão da equipe, o enfermeiro representaria dois papéis no protótipo: enfermeiro e educador da diabetes, e que tanto as técnicas de enfermagem quanto o médico representariam seu próprio papel no protótipo. Revisamos, em conjunto, o *storyboard* e fixamos cartazes com essa jornada do paciente na parede da sala do coordenador, para que toda a equipe tivesse acesso àquela.. Organizamos a agenda do posto para iniciar a execução do protótipo, a fim de que o enfermeiro tivesse horários livres para atender os diabéticos.

No entanto, em vista da necessidade constante de o enfermeiro realizar atendimentos de urgência aos pacientes do posto, percebemos que seria difícil para ele representar o papel do educador da diabetes, e, ainda, que seria complicado esse serviço funcionar dentro da Unidade Básica de Saúde. Optamos por participar da execução do protótipo, assumindo os papéis do educador da diabetes, para avaliar como seria o funcionamento do serviço fora do posto. No entanto, não informamos para a equipe de saúde que representaríamos esses papéis, pois queríamos observar se a questão do atendimento de urgência era eventual ou era uma verdadeira barreira para a implantação do serviço dentro da Unidade Básica de Saúde. Este era um ponto relevante, pois realizamos o protótipo a partir do final do mês de janeiro, durante o mês de fevereiro, até o início de março, período em que o número de funcionários estava reduzido pelo período de férias dos funcionários e estagiários. Continuamos como observadoras participantes da execução do protótipo.

Diferentemente do proposto para o encontro de apresentação do serviço (que devia ser realizado pelo enfermeiro), fizemos uma reunião com o grupo de diabéticos, e nos apresentamos como educadoras da diabetes que os auxiliariam a mudar o estilo de vida para permanecerem saudáveis. Explicamos o conceito do serviço Vida, bem como os direitos que o diabético teria, caso optasse por ser incluído no novo serviço, assim como esclarecemos os deveres que deveria cumprir. Seguimos a proposta da jornada e fizemos a leitura do termo de compromisso do novo serviço. Os diabéticos disseram que gostaram do serviço e

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

que participariam, pois responderam: *"É para nos ajudar"*. De acordo com o proposto na jornada, preenchemos as informações na caderneta. Na época do protótipo, identificamos que todos já haviam retirado os medicamentos mensais, por isso, pedimos apenas que eles guardassem as cartelas vazias e entregassem para o educador da diabetes, no horário individualmente agendado dali a quinze dias. Entregamos um lembrete, em papel, com o dia e horário da consulta individual, e reforçamos que eles deveriam frequentar o posto semanalmente para a realização de exames.

Aqui, avaliamos que essa troca de atores para a apresentação do serviço foi um fato contingencial. O enfermeiro é quem deve ser a pessoa a apresentar o serviço de saúde, pois ele já conhece os pacientes e já estabeleceu uma relação de confiança com eles para propor o novo serviço. No nosso caso, essa relação de confiança já havia sido estabelecida na etapa de descoberta. Essa confiança é fundamental para que o paciente acredite que o novo serviço pode, realmente, ajudá-lo. Outro aspecto favorável a essa decisão é a possibilidade de acesso ao prontuário dos pacientes para o preenchimento dos dados na caderneta, que ficam guardados na Unidade Básica de Saúde. Outro detalhe de relevo é o processo de distribuição dos medicamentos, que precisa ser realizado dentro da Unidade Básica de Saúde, por questões de segurança e controle.

O novo ator para o serviço "o educador da diabetes" foi criado, para que fosse possível alcançar os princípios do serviço propostos pelo novo serviço, responsável por traduzir a linguagem médica para uma fala coloquial, compreensível aos diabéticos. Imaginamos que ele deveria ser um profissional externo à Unidade Básica de Saúde, dissociado da ideia de atendimentos de doenças e vinculado à ideia de cuidados com a saúde. Por esse motivo, ele não teria acesso fácil aos prontuários e não seria o ator adequado para esse primeiro encontro.

A partir disso, conforme previsto na jornada, os diabéticos passaram a frequentar, em jejum, a Unidade Básica de Saúde da Vila Gaúcha, nas segundas e nas sextas-feiras, para medir seus níveis de glicose no sangue (glicemia capilar), pressão arterial e peso. Conforme inicialmente previsto na jornada, os diabéticos não tinham prioridade no atendimento e precisavam retirar uma ficha de atendimento de enfermagem e aguardar a sua vez.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Nesse momento, observamos que esta atividade de monitoramento impactou na dinâmica de atendimento do posto. Os diabéticos, por estarem em jejum, precisavam ser atendidos assim que chegassem, pois não era indicado que ficassem muito tempo de estômago vazio. A longa espera os deixava incomodados e alguns deles desistiam de aguardar, voltando a suas casas para se alimentar. Perdíamos, dessa maneira, a realização do exame.

Solicitamos ao coordenador do posto que os diabéticos tivessem prioridade no atendimento, visto que o procedimento de medir a glicose, a pressão e o peso era muito rápido, e que, por esse procedimento, garantiríamos a motivação para que eles continuassem no serviço.

A partir desse ajuste na jornada do usuário durante o protótipo, quando os pacientes chegavam ao posto, eram identificados pelo segurança como sendo "do grupo de diabéticos". Este lhes pedia para aguardar pelo profissional exclusivamente designado ao atendimento do grupo.

No entanto, devido à grande demanda de atendimentos dos outros usuários e do espaço físico do posto, nem sempre foi possível deixar um único profissional responsável por esse procedimento. Entretanto, como toda a equipe conhecia a jornada, cada vez que chegava um diabético, o profissional que estivesse liberado o atendia. Mesmo assim, muitas vezes os diabéticos precisavam aguardar cerca de 20 minutos para realizarem os exames. Com essa mudança, poucos diabéticos desistiam de aguardar. Eles acabaram se acostumando com a rotina de visitar duas vezes por semana o posto para a realização dos exames, o que oportunizou à equipe de saúde incorporar o novo serviço em seus processos.

Para o primeiro encontro da jornada, previsto com o educador da diabetes, queríamos que o enfermeiro desempenhasse tal função, pois precisávamos de suas impressões quanto às interfaces propostas para o serviço. Conversando com ele, percebemos que, em razão de seus compromissos, ele não conseguiria realizar todas as atividades previstas para o primeiro encontro, quais sejam: explicar o serviço Vida, ler o termo de compromisso e ficar com uma via assinada, preencher os gráficos junto com o diabético e explicar o efeito da diabetes em seu organismo, realizar um planejamento de atividades físicas e um planejamento alimentar, apresentar o jogo Super Saudável e entregar a bolsa diabetes. Cientes disso, propusemos outra alteração na jornada: primeiro, teríamos um encontro individual com o educador da diabetes para explicar os efeitos da diabetes no

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

organismo, antes da proposição de uma mudança de estilo de vida; e, segundo, um encontro coletivo com o educador da diabetes para propor a mudança do estilo de vida, realizando os planejamentos de atividade física e alimentar, e outro encontro coletivo exclusivamente para entregar a bolsa de alimentos.

Após esse novo ajuste, o enfermeiro agendou consultas individuais para atender os diabéticos como educador, dentro da Unidade Básica de Saúde.

No dia do primeiro encontro com o educador, os diabéticos chegaram à Unidade Básica de Saúde, no horário marcado, sendo já direcionados para o atendimento. Durante a consulta, o educador conversou com os pacientes sobre a importância de controlar seus níveis de glicose, para o bom gerenciamento da sua condição e para a conservação do seu estado de saúde. Explicou que o excesso de açúcar no sangue poderia causar danos à sua saúde como problemas de circulação e problemas de visão, e lhe mostrou, na caderneta, as páginas que os médicos iriam preencher para relatar sintomas relacionados a tais problemas. Depois disso, consultou os dados referentes aos exames semanais realizados pelos diabéticos e preencheu os gráficos, conforme previsto na jornada. Mostrou aos pacientes, por meio dos gráficos, que seus níveis de glicose estavam na faixa vermelha do gráfico, explicando que eles não estavam conseguindo controlá-los somente com os medicamentos. Ao final, o educador marcou um novo encontro com os diabéticos para planejar uma mudança nos seus estilos de vida.

Mais uma vez, surgiram situações que impediram o enfermeiro de realizar todas as consultas individuais. Ele pediu auxilio para uma estagiária de enfermagem e para o médico da Unidade no desempenho desse papel. Para tanto, o enfermeiro mostrou as mudanças que havíamos feito na jornada inicialmente prevista e explicou a função que cada um devia exercer.. Conseguimos capturar a impressão de diferentes pessoas quanto ao papel do educador da diabetes e a usabilidade da caderneta. Todos relataram que a conversa dos diabéticos com o educador da diabetes, para fazê-los visualizar seu estado de saúde, foi revelador: aquelas pessoas atendidas entendiam que não estavam conseguindo controlar a sua glicose. Destacaram que poderíamos escrever algumas instruções na caderneta visando facilitar o manuseio desta pelos profissionais, melhorando, assim, sua usabilidade.

Na próxima etapa da jornada do paciente, o segundo e o terceiro encontros coletivos com o educador da diabetes, voltamos a cumprir esse papel. No segundo

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

encontro, realizamos o planejamento alimentar e, no terceiro, entregamos a bolsa diabetes.

No segundo encontro com o educador da diabetes, o planejamento alimentar de cada um dos diabéticos foi realizado a partir da dieta de pontos, já descrita anteriormente. Informamos a cada diabético a quantidade de pontos que ele poderia consumir e anotamos em um papel. Nesse momento, essas pessoas começaram a nos perguntar por que a quantidade de pontos era diferente para cada um. Explicamos-lhes que a dieta é fundamentada na realização de atividades físicas, na necessidade de redução do índice de massa corporal, na diferença de metabolismo dos homens e das mulheres e entre as diferentes faixas de idade. Uma atitude surpreendente de uma pessoa do grupo foi dizer que iria começar a caminhar para poder *"comer mais pontos"*. Para auxiliar na mudança da dieta alimentar, usamos o jogo Super Saudável, conforme previsto no *storyboard*, mas também optamos por fazer um campeonato de Canastra com todo o grupo.

Como educadoras, definimos que usaríamos a técnica da dramatização para estimular os participantes durante a partida. Por exemplo, quando um jogador descartava uma carta vermelha, lhe era dito: "Fulano, a vida está lhe oferecendo batatas fritas! Você vai pegar as batatas fritas ou vai pegar outra carta do baralho?" A intenção era demonstrar que, no dia a dia, deveriam saber recusar alimentos inadequados para a sua dieta.

Ao final da partida, explicamos aos participantes como deveriam contar seus pontos, e comparamos com os pontos que lhes foram entregues. Depois disso, explicamos que trocas eles poderiam fazer em suas refeições, para se adequarem ao número de pontos indicado, possibilitando que, assim, aprimorassem suas escolhas.

Os diabéticos demonstraram interesse em levar o jogo para casa, no entanto, por questões orçamentárias, não tivemos recursos para disponibilizar um baralho de cartas para cada paciente[75]. Por isso, optamos por entregar as cartas do jogo em cartazes tamanho A3, de forma que eles pudessem fixar em suas geladeiras e controlar seus pontos. Sabíamos que assim perderíamos a proposta da integração com a família, então fizemos um rodízio entre os pacientes, do único protótipo do baralho de cartas que possuíam.

[75] O custo do protótipo rápido, em gráfica expressa, é alto. Esse custo cai vertiginosamente quando impresso em gráfica *off set* em grandes quantidades.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Como resultado, os diabéticos nos relataram que conseguiram mudar a dieta e passaram a cuidar dos pontos e dos tipos de alimentos. Além disso, eles conseguiram memorizar os alimentos que não eram adequados para a sua dieta.

Nesse mesmo encontro, estipulamos que cada paciente deveria seguir seu ritmo de caminhadas, e que necessitariam fazer caminhadas de 30 minutos, pelo menos três vezes por semana. Nesse momento, um dos pacientes (seu Ronaldo) nos explicou que não conseguiria caminhar por 30 minutos, pois suas pernas doíam. Diante dessa situação, pedimos para que ele fizesse um teste para nós: que contasse no relógio quantos minutos ele conseguia caminhar sem sentir dor. Ele demonstrou uma grande surpresa com a nossa abordagem e disse que nunca ninguém tinha perguntado isso para ele. Respondemos que nossa intenção era ajudá-lo a caminhar sem dor, por mais tempo, lembrando que existiam alguns alongamentos que ele poderia fazer.

No terceiro encontro como educadoras da diabetes, conferimos as cadernetas, recebemos as cartelas vazias e iniciamos a explicação sobre os benefícios de cada um dos alimentos. Seguindo os princípios do serviço, usamos um jeito coloquial de falar, de forma que o conteúdo fosse facilmente compreendido pelo grupo de diabéticos. A proposta do serviço é deixar os atores atuarem livremente no desempenho dos seus papéis, nada é planejado e nenhum roteiro é entregue, pois acreditamos que relações humanas não podem ser projetadas.

Nossa forma de explicar os benefícios dos alimentos foi pautada por um tom de apresentação de alternativas e não de imposições. Nesse dia, os temas abordados foram:

- a existência de sal nos alimentos *in natura* e a quantidade máxima de sal indicada para ingestão diária. Explicamos que, por exemplo, o caldo em cubos já tem sal na sua composição, e que deveriam contar essa quantidade como parte do consumo máximo 2,4 gramas de sal por dia. Ainda ilustramos, com dois sachês de 1 grama de sal, o que essa quantidade representa.
- como preparar os alimentos, reduzindo a quantidade de sal e gordura. Explicamos a possibilidade de substituição da banha ou óleo de soja pelo óleo de canola, que é mais indicado pelos cardiologistas. Sugerimos aos pacientes que o processo de troca

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

fosse gradual. Por exemplo, que reduzissem, aos poucos, a quantidade de sal que estavam acostumados a ingerir, até que se habituassem com o sabor dos alimentos.

- como distribuir os diferentes alimentos ao longo da cinco refeições do dia; Nesse momento, alguns diabéticos manifestaram que não tinham fome pela manhã, ao tomar café, e que se alimentavam apenas duas vezes por dia. Também sugerimos que, se dividissem as refeições ao longo do dia e comessem menos no jantar, teriam fome para se alimentar no café da manhã.
- a ordenação da ingestão dos alimentos durante as refeições. Por exemplo, explicamos que, se começassem a refeição do almoço pelo arroz e carnes (alimentos de que gostavam muito), não poderiam não ter apetite para comer a salada. Entretanto, se começassem pelos legumes, saciariam a fome e poderiam comer menos o arroz e a carne (alimentos que contêm mais calorias).
- a importância da ingestão dos cereais integrais na dieta (como a farinha, o arroz e seus derivados - massa e pão), pois a absorção da glicose pelo organismo, com a ingestão desses alimentos é mais lenta e dá a sensação de maior saciedade.

Ao final, lembramos aos participantes que o próximo encontro com o educador teria como tema as atividades físicas. Optamos por organizar um encontro coletivo, ao invés do encontro individual inicialmente proposto e marcamos um grupo de caminhada. Combinamos com os diabéticos o dia da semana em que ele aconteceria: a quinta-feira da semana seguinte, às 10 horas.

Voltamos à jornada proposta para o encontro previsto com o educador, que tinha o propósito de ensinar os diabéticos a realizarem, de maneira adequada, as atividades físicas. Para esse encontro, o médico do posto dispôs-se a representar o papel do educador da diabetes. No dia marcado para a caminhada, começou a chover e os diabéticos não apareceram para a atividade. Fomos buscá-los em casa, propondo a eles que realizaríamos apenas a atividade dentro do Centro Comunitário, visando ensinar-lhes alguns exercícios de alongamento. Com base nisso, o educador físico orientou a prática de alongamentos e conversou com o grupo sobre os cuidados que deveriam ter durante a caminhada.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Durante a realização do protótipo, percebemos também que o processo da busca ativa[76] seria importante para o novo serviço. Mesmo que avisássemos os pacientes com antecedência dos encontros e entregássemos um lembrete por escrito informando o dia e horário da atividade, alguns deles esqueciam. Passamos, a partir disso, a telefonar para as pessoas antes dos encontros marcados com o educador da diabetes e notamos que essa ação era efetiva, já que todos vinham para o encontro. Testamos usar, como lembretes para o encontro, o mesmo suporte (um cartão de consultas) que eles estavam acostumados a utilizar no agendamento das consultas; percebemos, com isso, que o retorno foi positivo.

Não tivemos condições de prototipar alguns pontos da jornada, como a realização de exames em laboratórios conveniados na prefeitura e a realização de consultas em médicos especialistas. Todavia, pudemos observar um dos diabéticos em uma consulta de avaliação pós-cirurgia com um cirurgião vascular. Pedimos que ele levasse a caderneta e solicitasse ao médico que preenchesse as informações da consulta. Não pudemos entrar na consulta, mas obtivemos o relato cheio de orgulho do seu Ronaldo, que disse: *"Eles admiraram muito, né! A doutora disse: eu nunca tinha visto essa carteira. Ela disse: é uma dessa aqui que nóis queria cria"*.

Depois da consulta, entramos em contato com a médica especialista e marcamos uma entrevista para que pudéssemos compreender as suas impressões sobre o serviço que estávamos propondo, a partir de sua experiência com o atendimento ao diabético e a manipulação da caderneta. Apresentaremos esta e as outras avaliações do serviço proposto no subcapítulo 4.5.

Ao final da experimentação do protótipo e da reflexão sobre seu funcionamento, definimos que alguns ajustes que foram propostos para a jornada do usuário seriam mantidos.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

[76] Termo usado na área da saúde para referir-se aos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde para contatar os pacientes que precisam de serviços de atenção de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde que seguem a estratégia Saúde da Família, a busca ativa é realizada por um profissional chamado Agente Comunitário de Saúde.

4.5.

Avaliação da proposta do serviço

Após finalizarmos o protótipo, realizamos entrevistas com todos os envolvidos na tarefa, para que fosse possível avaliar os efeitos provocados pela experimentação do protótipo projeto do serviço Vida, no gerenciamento da condição da diabetes. Era necessário avaliar se o novo serviço tinha conseguido alcançar objetivo que se propôs alcançar: a mudança de um paciente passivo para um agente ativo no cuidado com a diabetes. Para alcançar esse objetivo, o novo serviço propôs uma série de novas atividades, ações e interfaces, representado pelo mapa da oferta e mapa do sistema apresentados anteriormente (Figura 27 e Figura 28).

Em relação ao conceito do serviço, identificamos que a nova proposta foi bem avaliada por médicos que não colaboraram para a ideação do serviço, mas participaram da experimentação deste. Uma médica especialista que atendeu um dos diabéticos do grupo em um hospital da rede SUS avaliou que é importante ter um serviço como este, que preze pela prevenção das complicações da diabetes. Ela nos relatou que já trabalha há algum tempo no SUS, na área de cirurgia vascular, e que seus pacientes, na sua maioria, são diabéticos. A médica compartilhou conosco sua percepção de que:

"os pacientes realmente não compreendem o que é a doença e que muitos morrem aos poucos por conta de complicações da diabetes, especialmente devido ao pé diabético. Devido a essa complicação, ficam internados durante meses e sofrem muito".

A médica elogiou a proposta do novo serviço pois acredita que todos os problemas da diabetes *"poderiam ser evitados se o próprio paciente se cuidasse"*. E mais, diz que esse novo serviço, voltado à mudança de atitude dos pacientes para o cuidado com a sua saúde, não beneficiaria apenas o paciente, mas também o governo, graças à redução dos custos resultantes das internações decorrentes das complicações do mau gerenciamento da diabetes. A médica ressalta: *"É um custo altíssimo para o governo fazer estas cirurgias, deixar o paciente internado e cuidar dos curativos e da hora de trabalho para os profissionais"*.

A mudança do significado do serviço, de uma lógica centrada no tratamento da doença, para uma lógica centrada na educação para a saúde também foi percebida pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde, o qual participou da

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

ideação do serviço*: "Agora é uma lógica de mudança de vida, não de doença. Agora existe uma relação ativa diferente entre o profissional da saúde e o paciente".*

Ainda vale ressaltar a forma pela qual apresentamos o novo serviço. Esta fez com que ele fosse percebido pela equipe de saúde, como:

"um instrumento complexo, facilmente aplicável ao paciente, e não como uma série de ações e conversas desconexas; ele faz as atividades e ele enxerga na carteirinha que elas funcionam, então toda essa lógica, eu enxergo como um instrumento. (enfermeiro)

Para um funcionário da equipe de saúde, esse instrumento:

"gerou um resultado, a gente enxergou uma mudança de vida nos pacientes...parece que agora eles levam para casa o cuidado com a saúde, que antes ficava só na conversa do posto. Agora, eu tenho uma impressão de continuidade do tratamento"

Dessa experiência, a avaliação dos efeitos gerados pela experimentação do novo serviço será apresentada a partir das seguintes mudanças em relação: às atitudes; ao controle dos níveis de glicose; à alimentação; à realização de atividades físicas e à compreensão da condição de saúde do indivíduo.

4.5.1.

Mudança de atitude

Desde a atividade do *workshop*, o discurso da equipe de saúde era o de que os pacientes não aderiam às atividades propostas e só procuravam a Unidade Básica de Saúde quando tinham algum tipo de problema. Em muitos casos, só quando não conseguiam resolver os problemas por si mesmos, como ilustra o depoimento a seguir:

"eu tinha uma frieirinha no pé, mas era arisco a médico, então tentei fumegar em casa pra ver se sarava. Só quanto tava ruim mesmo é que eu fui pro postinho" (diabético – Ronaldo).

Identificamos como mudança de atitude todas as ações ligadas (1) à busca dos diabéticos pelos serviços de saúde que estávamos propondo, (2) à participação daqueles nas atividades propostas e (3) à mudança de percepção de sua condição.

Desses pressupostos, podemos afirmar que os resultados alcançados pelo protótipo do novo serviço foram bastante satisfatórios, pois os diabéticos compareceram a todas as atividades propostas, participando ativamente da busca por melhoria na sua qualidade de vida. Como resultado, os diabéticos relatam que

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

seguiram tudo que aprenderam com o novo serviço, que os *"ensinou a viver melhor"*. É possível afirmar que eles conseguiram mudar a sua atitude perante a condição de diabético de pacientes passivos, que apenas tomavam os medicamentos prescritos, para agentes responsáveis pelo cuidado com a sua saúde. Isso é exemplificado pelo depoimento de uma diabética: "*Agora eu tô cuidando mais, controlando as coisas. Antes eu não cuidava nada. Vocês me ajudaram a mudar"*.

Essa percepção é compartilhada pela equipe de saúde que relata haver tido uma surpresa bastante positiva com o protótipo do novo serviço. Foi-lhes possível perceber uma mudança atitudinal do diabético frente ao tratamento. As pessoas dessa equipe afirmam que mudou a aderência dos diabéticos às ações do posto:

"Mudou a aderência dos pacientes. O que vocês fizeram foi trazer algo bom. Agora, o paciente ele ter uma atitude ativa frente ao seu cuidado e não simplesmente uma atitude passiva, somente quando é atendido pela equipe, ou quando toma medicamentos." (enfermeiro)

"depois que a gente descobre que eles têm diabetes eles somem. E vocês resgataram eles pro posto de novo. Vocês conseguiram resgatar o Cesar que só vinha pro posto quando tinha asma. Mas para a diabete ele não ligava. Vocês botaram ele na linha... Antes os pacientes só vinham medir a glicose quando achavam que tava ruim. Agora eles tão vindo direitinho toda a semana". (técnica de enfermagem)

"o Cesar só vinha ao posto por conta da asma, agora ele vem para o posto com frequência e traz a carteirinha nas consultas...agora os pacientes trazem a carteirinha e cobram da gente, para a gente preencher" (médico).

A recorrência dos atendimentos dos pacientes, proporcionados pelo novo serviço, lhes concedeu mais confiança para tentar mudar atitudes, buscando manter sua condição de saúde. O fato de terem conseguido realizar pequenas mudanças nos hábitos, motivados pelo novo serviço, levou essas pessoas atendidas no serviço de saúde a uma percepção de melhoria não apenas de suas condições físicas, mas também emocionais. A equipe de saúde aponta que *"os pacientes estão alegres e felizes; são eles os responsáveis pelo tratamento agora"*. Os relatos dos diabéticos ilustram este ponto:

"Eu tô mesmo me sentindo melhor. Mês passado, mês retrasado eu vinha lá de casa e tinha que parar um pouquinho, um minuto, antes de chegar no postinho. Agora eu venho direto lá de casa e só paro aqui pertinho" (diabético -Ronaldo)

"[o novo serviço] me ajudou bastante, da minha alimentação, da minha vida, da minha depressão. Todo mundo me acha mais alegre. (diabético - Lúcia)"

"A gente anda mais feliz. Porque a gente sabe que vai lá no postinho fala com

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

qualquer um de vocês e tratam bem a gente [...] é uma tranquilidade pra gente que tem esse problema ajuda muito...porque o estresse e o incomodo perturba bastante."(diabético -Ronaldo)

Outra mudança trazida pelo novo serviço, identificada pela equipe de saúde, foi a relação entre a equipe e os diabéticos. Essa equipe acredita que, graças ao novo serviço, dão mais atenção aos diabéticos:

"Eu, o enfermeiro e o técnico temos uma nova visão da diabetes agora. Mudou o olhar da equipe para os diabéticos" (médico)

"O serviço trouxe uma nova relação de confiança com o paciente sem ter um olhar clínico. O olhar clínico é importante mas, muitas vezes, atrapalha a visão social do indivíduo" (enfermeiro)

Essa nova relação de confiança, trazida pelo novo serviço, não apenas mudou a atitude perante a diabetes, mas também provocou uma mudança na autoestima dos diabéticos, como retratam os relatos abaixo:

"O seu Ronaldo chegava sempre de mau-humor, era de falar pouco. Hoje seu Ronaldo é uma arara dentro do posto! Antes ele andava com as calças dobradas, agora está sempre arrumado. No dia que vocês entregaram a caderneta ele veio de sapato! A autoestima do homem foi lá pra cima. É outra pessoa." (técnica de enfermagem)

"Eu noto o alto astral da Simone depois que começou a participar do novo serviço, de ela se arrumar, se pintar, não tinha isso antes" (técnica de enfermagem)

"os pacientes que estão no grupo sentiram-se importantes. Eles estão felizes com isso. Bah! que diferença [...] o fato das pessoas terem se sentido importantes fez elas quererem mudar" (médico)

4.5.2.

Autogerenciamento da condição

Durante o processo de ideação do serviço, identificamos que os diabéticos precisavam aprender a controlar os seus níveis glicêmicos para manter suas condições de saúde. Assim, definimos como indicador, para avaliar se eles estavam conseguindo gerenciar sua condição de saúde, as mudanças em seus níveis de glicose no sangue. Essas mudanças deveriam decorrer de alterações nos hábitos alimentares, de atividades físicas e do uso regular da medicação.

A equipe de saúde observou que o novo serviço provocou a redução da glicose dos pacientes: *A glicose caiu, a carteirinha mostrou isso pelo gráfico" (equipe de saúde)*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Essa percepção é confirmada pela observação dos gráficos dos níveis de glicose registados nas cadernetas. Pelos gráficos, identificamos que, de maneira geral, todos os diabéticos conseguiram baixar os níveis de glicose. E mais, os diabéticos começaram a cuidar da sua condição e conseguiram enxergar os resultados desses cuidados nos níveis de glicose e de pressão arterial:- *Eu to me sentindo melhor, a minha diabetes baixou. (diabético)*

A partir de tais indicativos, passamos a analisar os efeitos que o novo serviço provocou nos hábitos alimentares e na realização de atividades físicas.

4.5.3.

Reeducação alimentar

Constatamos que as atividades que realizamos para motivar os diabéticos do Posto a mudar seus hábitos alimentares alcançaram bons resultados. Os diabéticos relataram que aprenderam, durante a dinâmica do jogo Super Saudável, *"a comer menos nas refeições e a se alimentar mais vezes ao dia"*. Em adição a essa mudança, internalizaram a informação do controle da ingestão de alimentos ao longo do dia, pela dieta dos pontos. Ensinamos aos diabéticos que eles não deveriam passar a quantidade de pontos indicadas para si e sugerimos que registrassem os pontos referentes aos alimentos que consumiam ao longo do dia para ter um maior controle. Um deles, mesmo não sabendo escrever, pediu a ajuda da esposa e esforçou-se para fazer esse registo.

Seus relatos demonstram que eles aprenderam a escolher melhor os alimentos que consomem, por causa da dinâmica utilizada para a apresentação do jogo.

- Eu não sabia nada, aprendi tudo com vocês. O jogo me ajudou muito…as cartas ensinam muito bem...Quando joguei com vocês, ali eu aprendi. Eu aprendi. Agora, eu não tomo refri, não como doce, eu como limitado agora. Antes, eu comia quatro ou cinco maçãs por dia, agora eu como, às vezes, uma, às vezes, duas...Às vezes, eu enchia um pratão de arroz, agora eu como um pouquinho... Eu gostava de encher o prato de carne, às vezes nem que sobrasse um pouco, agora eu já como um pedaço ou dois. (diabético - Ronaldo)

- As cartas ajudaram muito. O jogo ajudou bastante. Vale a pena ter em casa. Vocês me ajudaram a parar de tomar o refrigerante, vocês me disseram que ia fazer mal e não ia ajudar a baixar a diabetes. (diabética - Lúcia)

Em relação à bolsa de alimentos, os diabéticos falaram que foi um bom incentivo *"porque ajuda no dinheiro e também porque é alimentação que me faz*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

bem". Eles aprenderam a preparar e a comer alimentos diferentes do que aqueles a que estavam acostumados:

"A bolsa ajudou muito. Se eu tivesse dinheiro na mão eu só ia comer doce, refri... a gente compra essas coisas! Eu comprava os outros alimentos. ...agora, até copo de leite eu passei a tomar... Até lá na mãe eu disse que eu não posso, e não vou tomar o refri! Fiz como vocês disseram e nem do zero eu tô tomando, porque, se eu tomar do zero, eu não vou gostar aí vou querer do outro, então eu já não tomo nenhum" (diabética -Lúcia)

"Antes, eu só almoçava e jantava. Agora já consegui fazer o que vocês me ensinaram e comecei a tomar o copo de leite com a banana no café da manhã. Eu não gostava de leite e até gostei...também aprendi que tem que preparar o alimento com menos azeite, menos sal. Tudo a gente pode aprender. Ninguém nasceu sabendo. É só ter boa vontade. Isso eu aprendi também." (diabético – Ronaldo)".

"Mas a forma que vocês explicaram é que foi o melhor. Se eu só recebesse os alimentos, eu ia usar do mesmo jeito dos outros, ai não ia adiantar (diabético – Ronaldo)".

Na avaliação da equipe de saúde, a bolsa de alimentos estimulou os diabéticos a experimentar novos tipos de alimentos que eles desconheciam: *"... está enxergando e vendo que aquilo não é um bicho, que não é amargo, que não é ruim, então o fato de ele experimentar isso, já é positivo".* Ou*:"A bolsa de alimento ajudou os pacientes a conhecerem o alimento integral ou light que antes ele não comprava"*

Em relação à abordagem utilizada para explicar as informações sobre as mudanças de comportamento, os participantes destacam que o jeito de falar e a atenção que lhes foi dada ajudou-os a internalizar as informações e a acreditarem que a mudança lhes faria bem. Isso se verifica em:

"aquela paciência de explicar para nós, tudo certinho, né!" (diabético – Ronaldo)

"a linguagem que vocês usaram para falar com os pacientes fez com que eles internalizassem as informações" (enfermeiro)

4.5.4.

Incorporação de exercícios físicos ao quotidiano

Em relação aos exercícios físicos, o educador da diabete fez um planejamento de caminhadas semanais, incentivando os diabéticos a caminhar três vezes por semana. Também indicou alongamentos adequados para a realização

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

das atividades. Pelos relatos dos diabéticos, pudemos perceber que eles estão se esforçando para ter uma vida mais ativa, começando, aos poucos, as caminhadas.

"... agora eu tô conseguindo caminhar todas as manhãs, já sinto ânimo para caminhada. (Simone)"

"Mês passado, mês retrasado eu vinha lá de casa e tinha que parar um pouquinho, um minuto, antes de chegar no postinho. Agora já consigo caminhar 10 minutos sem doer a perna. (Ronaldo)"

"eu to caminhando, tô indo a pé até lá no centro pagar conta... vou bem devagarzinho"(Maria)

4.5.5.

Compreensão da condição de saúde

Ao idealizar o novo serviço, consideramos que uma ferramenta importante para o autogerenciamento da diabetes era a compreensão dos efeitos dos cuidados com a saúde no organismo do diabético. É possível afirmar que a caderneta do diabético alcançou os objetivos que se propunha a atingir, tornando a condição de saúde visível para os diabéticos. Os depoimentos abaixo ilustram essa afirmação:

"Todos sabiam que tinham que mudar a alimentação, tomar o remédio, mas agora eles enxergam isso" (enfermeiro).

"A gente consegue ver o peso, a diabete [sic], eu tô vendo na carteirinha" (diabético–Cesar).

"Aquela caderneta é boa porque ali mostra tudo como a gente tá, como é que a gente não tá, se tá ruim... se tá bem" (diabético –Ronaldo).

Muitas vezes, as pessoas chegam para ser atendidas em diferentes estabelecimentos de saúde sem saber dar informações precisas sobre seu estado de saúde e os medicamentos que utilizam. Destaca-se que a caderneta também cumpre um importante papel na interlocução entre os diferentes profissionais da rede SUS.

"Eu achei a caderneta bem melhor que o cartãozinho, porque, se eu for consultar em outro médico, eu posso apresentar ela, né. E daÍ eles podem colocar ai o que eu preciso fazer, como é que eu tenho que fazer. Por isso que eu achei que ficou boa a caderneta" (diabético – Ronaldo).

"Essa caderneta pro médico foi um santo remédio. O seu Ronaldo, que foi consultar no hospital, disse que elogiaram a caderneta. Pô, tá tudo ali. aí tu vai num médico e ele te pergunta qual remédio que tu toma e tu pode mostrar na caderneta" (técnica de enfermagem)

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

"A caderneta ajuda não só o posto a conhecer o paciente, mas também o hospital vai conhecer o paciente"(médico)

Pode-se afirmar que os gráficos da caderneta, feitos pelo educador da diabetes, fizeram com que os diabéticos conseguissem compreender os efeitos nos níveis de glicose resultantes das mudanças do seu comportamento em relação aos hábitos alimentares e atividades físicas. A fala transcrita demonstra isso:

"O paciente enxergou a sua saúde nos instrumentos gráficos da caderneta (médico)"

"A parte mais bárbara da carteirinha, além de ter um resumo da história do paciente... a parte mais maravilhosa foi a parte dos gráficos, porque ali visualmente identifica. Até porque muitos pacientes não têm habilidade grande de leitura, ou são semialfabetizados. Tem dificuldade visual, por causa muitas vezes da diabetes" (enfermeiro)

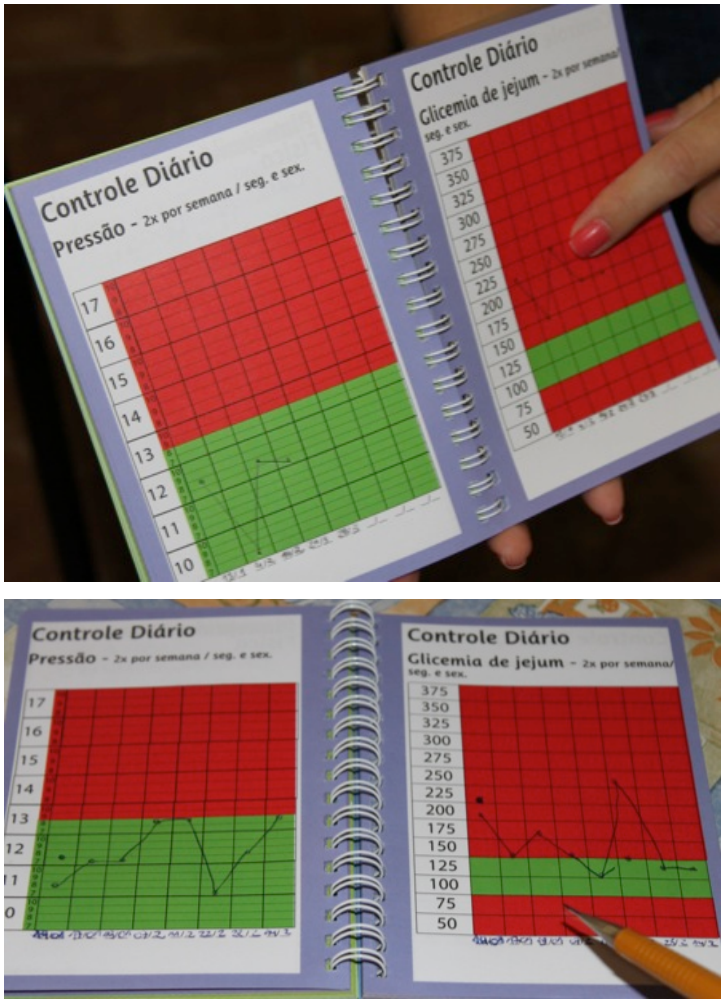


Figura 35: Gráficos de níveis de pressão e glicose dos diabéticos.

Por fim, para a médica especialista, *"é fundamental ter um dispositivo que leve o histórico do paciente a qualquer lugar."* Ela aponta que, no hospital, o

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

tempo de atendimento acaba sendo muito curto, em vista da grande demanda. Os profissionais acabam *"gastando o pouco tempo da consulta tentando conhecer o histórico do paciente e o que já aconteceu com a sua saúde"*. Com a caderneta, *"pode-se otimizar o trabalho e sobretudo, direcionar o atendimento para as recomendações corretas"*. Ela explica que, muitas vezes, os pacientes não sabem explicar sua condição e a apresentação dos sintomas na caderneta *"torna mais rápido de compreender o que aconteceu no pé diabético e como ele está"*.

4.5.6.

Atividades ligadas à motivação

Durante as atividades de apresentação das interfaces do serviço, o educador da diabetes sempre motivava os pacientes a mudar seu comportamento, usando seu próprio exemplo para mostrar que, embora fosse difícil mudar, era possível. Com uma atitude sempre positiva, estimulava os diabéticos a realizarem pequenas mudanças nos seus hábitos, e, uma vez que conseguissem, partiriam para mudanças maiores. Pode-se dizer que essa abordagem alcançou resultados positivos com esse grupo de diabéticos, cujos componentes, de acordo com a equipe de saúde *"... encontraram uma motivação para cuidarem de si"*. As seguintes falas anotadas dos participantes ilustram esse efeito:

"Vocês me incentivaram a querer perder peso para poder fazer a cirurgia de mama" (diabética – Lúcia)

"Outro dia que passei pelo vendedor de amendoim, fiz que nem conhecia...lembrei de vocês. Não posso comer!" (diabética – Maria)

4.5.7.

"Efeitos colaterais" do novo serviço

Durante o processo de criação do novo serviço, pudemos identificar alguns efeitos que não esperávamos inicialmente: nossa inserção nas atividades do posto provocou uma disseminação das informações sobre *"essa tal de diabetes"* e vários pacientes procuraram o posto pedindo para fazer o exame e diagnosticá-la. Na fala da equipe de saúde: *"nós estamos diagnosticando mais. O HGT não era feito com frequência; agora é"*. Além disso, outros diabéticos que não estavam participando do protótipo nos procuravam pedindo para fazer parte do grupo. Explicávamos a eles que não podíamos inseri-los na metade do estudo, mas que,

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

assim que tivéssemos os resultados dessa etapa e implantássemos o serviço, eles seriam contatados.

Por conta do grande fluxo de atendimentos de urgência e da nossa compreensão de que as pessoas estão acostumadas a procurar o posto de atendimento quando estão doentes, ao final da avaliação dos efeitos do protótipo, percebemos, em conjunto com a equipe de saúde, que o serviço VIDA precisa funcionar em um local diferente do espaço de atendimento de urgências. Como um funcionário da equipe de saúde aponta, *"temos capacidade de trabalhar a prevenção, mas no dia a dia, a gente acaba atendendo urgência... a gente acaba sendo muito obreiro."* Acreditamos que as pessoas devem dissociar o cuidado com a diabetes da procura urgente por cuidados médicos, quando os problemas se agravam.

Outro aspecto importante para o funcionamento do serviço é o estabelecimento de horários específicos de atendimento que possibilitem aos trabalhadores ter o acompanhamento do educador da diabetes. Esse *insight* foi resultante da constatação de que um dos diabéticos, ao conseguir um trabalho temporário, deixou de ir ao posto realizar os exames semanais, pois, quando saía de casa para o trabalho, o posto estava fechado.

Em soma a essas constatações, percebemos que, se o serviço fosse externo a uma Unidade Básica de Saúde, ele poderia atender os diabéticos de uma região maior. Igualmente, identificamos que o funcionamento do serviço depende fortemente da forma pela qual o educador da diabetes trabalha com os pacientes. Vários pacientes destacaram que *"o jeito de vocês"* é que me motivou a querer mudar.

> *"O que eu mais gostei do trabalho de vocês foi o tratamento que eu tive, uma atenção, de tratar como um ser humano. Tem lugares que tu não é tratado como ser humano, como se tu tivesse culpa sabe que tu tem essa doença. Aí tu te sente meio discriminada." (diabética – Simone)*

> *"O jeito de vocês trabalharem, do jeito de vocês falarem, vocês explicarem tudo direitinho...aquela paciência de explicar para nós, tudo certinho, né!" (diabético – Ronaldo)*

Comparamos as premissas do serviço com o "jeito" relatado pelos pacientes e constatamos que os seguintes princípios do serviço, vivenciados pelo educador da diabetes, influenciaram a mudança de atitudes:

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

4: Ensinar exige o reconhecimento das crenças e dos conhecimentos que as pessoas já possuem, para, então, articular novos saberes. Para tal, é necessário saber se colocar **no lugar do outro** e usar uma linguagem compreensível para ele.

#5: A forma como o conhecimento é transmitido é tão importante quanto o conteúdo. Para a reeducação do estilo de vida, é preciso ter **paciência para explicar as mudanças e dar atenção às idiossincrasias** que podem estar impedido as pessoas a mudarem suas atitudes;

Em vista disso, para que o serviço funcione, ele precisa contar com um profissional dedicado exclusivamente à atenção dos pacientes diabéticos, que mostre aos pacientes, por meio do seu exemplo pessoal, como lidar com as dificuldades de ter uma vida ativa e saudável. Esse profissional deve estar em constante atualização de conhecimentos sobre as melhores práticas para os cuidados dos diabéticos. Além disso, deve ter tempo para realizar uma busca ativa dos diabéticos, dando suporte ao autogerenciamento da condição.

4.6.

Reflexões sobre a contribuição do método de design de serviços para a inovação social dos serviços de atenção básica à saúde voltado aos diabéticos

"I hear and I forget; I see and I remember; I do and I understand" .
Xun Zi

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

Para esse fim, identificamos como um problema de projeto as doenças crônicas, pois seu tratamento requer, primordialmente, uma mudança de estilo de

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

vida, mais que uma terapia medicamentosa. Dessa forma, é possível explorar a contribuição do design de serviços para resolver uma necessidade social – doença crônica – de maneira mais eficaz e sustentável que as atuais formas oferecidas pelo Estado. Caso a solução proposta fosse capaz de promover mudanças sociais duradouras, seria possível discutir a contribuição do design de serviços para a inovação social.

Para comprovar isso, precisávamos caracterizar o que poderia ser considerado uma inovação dentro do contexto de serviços públicos. Consideramos o entendimento de Koch e Hauknes (2005) de inovação como uma mudança de comportamento para o agente social em questão, que implementa uma nova forma de ação capaz de gerar resultados. Desta perspectiva, avaliamos que a proposta do novo serviço trouxe inovação social para o sistema de saúde, pois, embora as interfaces propostas para dar suporte à arquitetura do novo serviço possam existir dentro do contexto de serviços de saúde (jogos educativos, bolsa fome zero e cadernetas de acompanhamento de saúde), o conceito que fundamenta o uso dessas interfaces é novo. Vale dizer que o novo serviço provocou uma mudança nos agentes sociais, uma vez que alcançou bons resultados justamente ao dar suporte à manutenção da saúde e à mudança dos hábitos de vida dos diabéticos, afastando-os do paradigma de tratamento de doenças.

Pela avaliação dos resultados alcançados pela experimentação do protótipo, a proposta do novo serviço demonstrou ser uma solução mais efetiva, quando comparada aos atuais serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde. Os serviços existentes – centrados na terapia medicamentosa e no discurso do profissional da saúde sobre a necessidade de mudar o comportamento – não conseguiam ajudar os diabéticos a controlar seus níveis glicêmicos. A fala de um dos participantes sintetiza essa visão: *"O que eu estou querendo dizer é que, hoje, o tratamento, na prática, exclui a ação ativa do paciente dentro da sua casa, porque hoje eu simplesmente dou um sermão para o paciente dizendo que ele tem que mudar, mas eu simplesmente dou a informação.* De acordo com os profissionais do posto de saúde, o novo serviço trouxe um outro olhar sobre as doenças crônicas, pressupondo um novo fluxo de atendimento. Nesse fluxo, o diabético deixou de procurar o posto apenas para casos de doença e passou a frequentá-lo para monitorar a sua saúde.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Então, se o serviço proposto pode ser considerado uma inovação social, qual foi a contribuição da competência de design para tal resultado?

Os achados da pesquisa de campo apontam que três níveis da disciplina de design podem ter contribuído para esse resultado: o pensar do designer, o fazer do designer e o produto de design. Essa contribuição será descrita a partir de cada uma das etapas do processo de desenvolvimento de novos serviços, quais sejam: descoberta, definição, desenvolvimento e avaliação.

No que diz respeito à competência do design, na fase da descoberta, foi possível observar, ao longo do desenvolvimento do novo serviço, que uma das ferramentas de síntese das informações de pesquisa, a ecologia dos serviços, que serve para visualizar os atores, *stakeholders*, envolvidos na entrega do serviço, bem como suas práticas e seus relacionamentos, são uma poderosa ferramenta de análise usada pelos designers de serviço para entender o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Com essa ferramenta, foi possível identificar que o sistema oferece, por exemplo, grupos de apoio aos diabéticos, no entanto, eles não sentem motivados a usá-los.

A partir disso, foi possível questionar as pressuposições fundamentais que organizam o serviço de saúde, como Junginger e Sangiorgi (2009) propuseram. Assim, questionamos o fato de o serviço ter o centro na prática médica, e modelamos um cenário de projeto a partir da experiência dos usuários dos serviços. Como consequência, fundamentamos o design do novo serviço centrado na saúde, fundado na comunidade e por ela (co)produzido.

Os resultados da experimentação deste novo serviço indicaram que os diabéticos entenderam seu papel no gerenciamento da sua condição de saúde, como agentes responsáveis pelo seu cuidado: *"Tudo depende da gente, né! Depende de tu querer te ajudar. Eu determinei isso aí, que tudo na minha vida depende de mim"*. Constatamos que eles passaram a controlar seus níveis de glicose, reduzindo o risco de complicações decorrentes do mau gerenciamento da diabetes. Por isso, podemos classificar o resultado do novo serviço como uma inovação social, pois foi desenvolvido por meio de novas colaborações sociais, gerando uma mudança de comportamento duradoura que poderá beneficiar o sistema público de saúde como um todo.

Para alcançar tal resultado, foi crucial entender o ponto de vista dos diabéticos que usavam esses serviços e da equipe de saúde que os prestava. No

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

caso da abordagem projetual utilizada, os designers interpretaram os significados associados ao serviço, a partir de uma pesquisa de observação participante. A convivência com os diabéticos lhes permitiu observar suas dificuldades e explorar possíveis formas de superá-las.

Na etapa de definição projetual, foi possível identificar que uma das contribuições da metodologia de design para o serviço de saúde é a configuração do cenário de projeto. Foi nessa etapa que definimos que o agente protagonista para o sucesso do controle da condição de diabetes era o indivíduo que vivenciava essa condição. Por isso, foi necessário dar-lhe poder para agir sobre ela. Propusemos interfaces para o novo serviço com o objetivo de empoderar os diabéticos para que eles pudessem controlar o seu estado de saúde. Entendemos que, para atingir esse propósito, os efeitos da diabetes no organismo precisavam ser visíveis para as pessoas e os meios para controlá-lo, acessíveis a elas.

Nesta etapa, constatamos que a característica ligada ao pensar dos designers, que torna distinta essa forma de desenvolvimento de novos serviços, é a exploração do problema de projeto de diferentes ângulos, gerando múltiplas opções para resolvê-lo. Aqui, foi possível discutir tanto com a equipe, quanto com os diabéticos, sobre a contribuição das diversas ideias geradas para uma melhor solução do problema apresentado. Produzimos *mock ups* dessas ideias para testá-las com as pessoas envolvidas no seu uso, descartamos aquelas que não se adequavam aos usuários, desenvolvemos aquelas que tinham potencial para solucionar o problema proposto.

> "O que eu achei bacana é que vocês não vieram simplesmente trazer uma caixinha colorida pra gente usar. Vocês usaram junto com a gente, nós criamos junto com vocês essa caixinha, essa (co)criação desse produto trouxe resultados" (coordenador da UBS Vila Gaúcha).

Tal característica da competência do design, possibilita que a *"conversa reflexiva com a situação",* proposta por Shön (1991), envolva mais pessoas que apenas o designer e o design que ele propõe, e que se institua um diálogo criativo entre os principais atores envolvidos na entrega do serviço. A conversa reflexiva com a situação é uma abordagem para reflexão crítica sobre o pensamento que nos levou a uma determinada ação, possibilitando que elas sejam reestruturadas antes de serem finalizadas. Como resultado dessa discussão colaborativa com a

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

situação, a solução (co)criada é mais facilmente aceita e incorporada ao quotidiano.

No caso do projeto do novo serviço aqui apresentado, cada um dos princípios do serviço foi resultante da contínua reflexão sobre as bases que fundamentavam as ações, as quais, de acordo com a nossa observação, estavam funcionando para a solução do problema. Por exemplo, no início, os diabéticos relatavam que o serviço estava funcionando por causa do nosso, de acordo com as palavras deles, "jeito de explicar". Disso, entendemos que a maneira pela qual a informação é transmitida é tão importante quanto o conteúdo. Como resultado, formulamos os princípios "paciência e atenção aos detalhes são aspectos fundamentais para a reeducação do estilo de vida" e "a melhor maneira que um profissional pode educar é pelo próprio exemplo".

Ao longo do projeto, identificamos que todas as ações ligadas ao registro do estado de saúde do diabético eram direcionadas para os profissionais e não para o diabético. Na maioria dos casos, ela era compartimentada por nível de complexidade (atenção básica, atendimento clínico especializado, atendimento hospitalar). Identificamos a importância de o diabético ser percebido como um ser integral, pelo sistema de saúde, e pesquisamos uma série de prontuários eletrônicos como referência para o projeto. No entanto, percebemos que não faria sentido centralizar a informação sobre a condição de saúde do diabético nas mãos dos profissionais de saúde, uma vez que esse deveria ser o principal agentes para o controle da sua saúde. Desse processo de reflexão na ação, foi gerado o princípio: "ambos, o diabético e o sistema de saúde precisam ter uma visão integral da condição de saúde da pessoa".

Nessa etapa, também identificamos a importância da linguagem visual para sintetizar as informações de pesquisas em formas rapidamente compreensíveis e acessíveis para todos os atores envolvidos na (co)criação. No caso do serviço proposto, após termos identificado a experiência dos usuários do serviço, usamos a técnica de construção de personas, a fim de que os diferentes participantes pudessem visualizar as informações que obtivemos e, ainda, pudessem colocar-se no lugar dos diabéticos.

Na etapa de desenvolvimento, no que concerne à competência do design, também identificamos a importância do uso da linguagem visual como forma de expressão do raciocínio. Esse benefício pode ser observado no processo de

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

tradução das imagens mentais de possíveis ideias, em imagens reais passíveis de serem avaliadas e lapidadas. Na medida em que as ideias são traduzidas em imagens, ilustrações, esquemas, elas se tornam tangíveis e sensíveis. Este processo possibilita que outros atores as avaliem e aprimorem-nas. No caso do serviço proposto, quando surgiu a ideia de um jogo de cartas para a reeducação alimentar, a equipe de saúde demonstrou-se pouco confiante em relação à eficácia dessa atividade. Mesmo assim, optamos por desenvolver a ideia e prototipá-la, para que a equipe experimentasse a sua adequação. Quando a equipe de saúde deparou-se com os protótipos, percebeu o potencial da ideia e nos auxiliou na (co)criação. Assim, corroboramos que esses dispositivos auxiliam a criação colaborativa.

Além disso, usamos os protótipos para jogar com diferentes pessoas: enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, crianças e adultos da população em geral e diabéticos da Vila Gaúcha. Por meio desse estímulo sensível (as pessoas não apenas visualizavam o jogo, mas interagiam com ele), foi possível evoluir a ideia do jogo para uma interface de reeducação alimentar. Conseguimos, por meio dele, (co)criar as regras e ajustar o formado das cartas

No que diz respeito ao fazer do design, é possível afirmar que o método baseado na experiência dos usuários contribuiu para a inovação social em dois aspectos: em primeiro lugar, possibilitou uma compreensão, compartilhada entre todos os atores, das dificuldades que as pessoas têm para usar um serviço, bem como da utilidade dos serviços que são ofertados para as pessoas; em segundo lugar, tal método possibilitou que diferentes *stakeholders* contribuissem ativamente para o (co)design da solução. Acreditamos que, nesse tipo de projeto, que envolve uma mudança de atitude das pessoas, é fundamental envolver aqueles que vivenciam os problemas na geração de soluções, pois sua experiência sobre o que funciona e o que não funciona pode trazer estímulos importantes para o processo de projeto. Nessa perspectiva de análise, o designer deve assumir o papel de (co)criador desde o princípio do processo de desenvolvimento do serviço.

No que concerne à avaliação dos resultados do processo de design, podemos dizer que a contribuição da disciplina de design para o desenvolvimento de novos serviços é a configuração do significado do serviço, tornando-o útil, usável e desejável, por meio da construção da retórica do serviço. Ao configurar o significado do serviço desta perspectiva, o designer cria um argumento persuasivo

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

que influenciará as decisões do usuário do serviço, como um possível modo de conduzir a sua vida. Esse argumento ganhará vida toda vez que o usuário interagir com as interfaces do serviço. A partir da proposição de Buchanan (2001a), podemos inferir que, ao projetar um serviço útil, usável e desejável o designer configura o *logos* – ligado à proposição de valor do serviço; o *pathos* – ligado à postura do profissional, à simpatia, à empatia; e o *ethos* – ligado aos valores, princípios e ao significado do serviço.

A configuração do sentido do serviço como um argumento retórico articula, para as pessoas que com ele interagem, os aspectos ligados ao valor comercial, social, cultural, político e simbólico, bem como os aspectos ligados ao significado do serviço. Como consequência, os participantes passam a perceber a oferta do serviço como um produto de saúde capaz de persuadir o diabético a agir de uma forma mais favorável em relação aos cuidados com a sua higidez. Os relatos a seguir sustentam esse argumento.

> "E eu acho que o fato do paciente receber um produto de saúde, uma máscara bonita, isso dá vontade no paciente fazer aquilo que a gente gostaria que ele fizesse, que é a mudança de atitude frente ao tratamento". (enfermeiro)

> - O projeto de vocês trouxe um significado diferente para a gente e para o paciente. O significado de que eu tenho algo em mãos que funciona. Antes todos sabiam que tinham que mudar a alimentação, tomar o remédio, mas agora eles enxergam isso e sabem que é importante se cuidar para não alterar os meus exames. (coordenadora da UBS)

Outro conceito vinculado ao significado e à retórica do serviço é a estética. Para que o argumento seja persuasivo, sua aparência deve provocar sentimentos positivos nos usuários e estimular a sua vontade de utilizá-lo. Para que isso ocorra, o designer deve interpretar a linguagem estética que o grupo está acostumado para criar uma identificação com a nova proposta. Ao criarmos a linguagem das interfaces do serviço, prezamos pela simplicidade e por um tom coloquial, para estimular o diabético a participar de um diálogo. Além disso, usamos ilustrações para que mesmo aqueles pouco alfabetizados pudessem interagir com elas. Em muitos momentos, a equipe de saúde relatava que a beleza do material que produzíamos fazia com que os diabéticos se sentissem valorizados e quisessem participar das atividades. Esses achados vão ao encontro dos ensinamentos de Frascara (1997; p. 42) "a estética é uma das funções do design".

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

Essa contribui para fazer com que uma mensagem seja atraente para uma certa audiência, para selecionar a audiência e para intensificar a recepção da mensagem.

Também podemos apontar outra importante contribuição da disciplina de design para os resultados alcançados: protótipo da experiência de uso. Por mais que tivéssemos construído em conjunto a proposta do novo serviço, discutido sobre ela, e visto as interfaces do novo serviço, ela só foi plenamente compreendida pelo protótipo da experiência de uso que realizamos com os seis diabéticos. Ao constatar os efeitos provocados pelo novo serviço, mesmo que por um curto período de tempo, tanto os diabéticos quanto a equipe de saúde demonstraram uma maior motivação para continuar realizando as atividades. Na experimentação do protótipo, projetamos apenas o ritmo dos encontros do serviço (duas vezes por semana) e indicamos quais atores precisavam interagir com os diabéticos (educador da diabetes, médico, enfermeiro). Usamos a ferramenta do *storyboard* como uma forma de ilustrar uma possível jornada do usuário, de maneira a tornar a lógica de interação entre as pessoas e as interfaces do serviço compreensível a todos. Diferente de outras abordagens, não projetamos a interação entre as pessoas. Acreditamos que as pessoas deveriam seguir os princípios do serviço e interagir da forma que julgassem adequada. Como resultado, percebemos que os princípios do novo serviço foram incorporados pelos profissionais da saúde: tornaram-se mais atenciosos com os diabéticos, como ilustra o depoimento abaixo:

> "Eu senti a diferença no atendimento do posto, mudou bastante. A diferença da equipe... Sei lá, agora eles estão te esperando. Tu chega ali e desde o guardinha, todos sabem que tu é do grupo de diabéticos. Eles te tratam de uma maneira especial" (diabética – Simone).

Também observamos que eles se tornaram mais reflexivos sobre o exemplo pessoal que estavam dando aos diabéticos. Em diferentes momentos, a equipe de saúde passou a conversar sobre os hábitos alimentares daqueles e até chegaram a nos pedir um baralho do jogo Super Saudável para que eles também se reeducassem.

Por seu turno, os diabéticos revelaram-se mais alegres e mudaram a forma como se relacionavam com os profissionais de saúde. Antes, só respondiam ao que lhes era perguntado; depois, conversavam sobre suas conquistas no cuidado com a saúde. Eles se identificavam como o "grupo dos diabéticos" e começaram a

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

divulgar os benefícios do novo serviço para os outros diabéticos que não faziam parte do projeto. A partir disso, os outros diabéticos começaram a aparecer no posto, pedindo para serem incluídos no novo serviço: *"Vocês convidaram nós naquele dia que nós viemos e eu gostei, é pro nosso bem. Contei para a dona Orlandina, que precisa também desse serviço e ela também quer vir."*

Assim, a atividade de experimentação do protótipo serviu não apenas para avaliar o funcionamento da proposta, mas também para disseminar a ideia do novo serviço para os diabéticos que, inicialmente, não se interessaram por participar. Acreditamos que o protótipo é uma ferramenta que também pode servir como gatilho para implantar o serviço em outras unidades básicas de saúde, por ser capaz de envolver os diferentes atores na experimentação da proposta disseminando os benefícios para as pessoas no seu entorno.

Além disso, como relatado anteriormente, o protótipo também ajudou na divulgação do assunto diabetes entre a população da Vila Gaúcha. Pessoas que não eram diagnosticadas com diabetes passaram a procurar o posto para saber informações sobre essa condição.

Além do mais, a experiência de design de serviços da Vila Gaúcha nos permitiu identificar os diferentes papéis que um designer de serviços pode desempenhar ao longo do processo de desenvolvimento de novos serviços. Na fase de descoberta, ele exerce o papel de pesquisador, indo a campo para captar as experiências de todos os *stakeholders* envolvidos com a entrega do serviço. Como pesquisador, ele reúne o conhecimento das ciências sociais com o pensar do design e cria instrumentos de pesquisas capazes de capturar a experiência das pessoas (como, por exemplo, os kits de autodocumentação). O fato de o designer envolver-se neste trabalho de campo, lhe possibilita a geração de *insights* importantes para etapa de definição. Ao organizar o *workshop* de (co)criação, o designer atua como um intérprete, traduzindo a cultura dos serviços de saúde para as pessoas comuns e também, a cultura dos diabéticos para os profissionais de saúde, integrando essas diferentes perspectivas na configuração da solução. Ele precisa organizar as atividades de forma a fazer com que os profissionais de saúde deixem de lado seu modelo mental (centrado em células, moléculas e doenças) e consigam enxergar as pessoas e suas dificuldades. Durante a atividade de (co)criação, o papel do designer transformou-se no de um facilitador, que estimula os diferentes participantes a gerarem o maior número de ideias possíveis, sem

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA

julgamentos prévios quanto a sua exequibilidade. A fim de gerar ideias sobre como o novo serviço poderia ser, o pensamento dos participantes precisa livrar-se das amarras de como o serviço poderia existir no atual sistema. Para o alcance disso, usamos algumas técnicas de raciocínio criativo (*brainstorming*, pensamento por analogia, questionamento: "e se?") como forma de estimular os participantes a libertarem seu pensamento. Por conseguinte, eles conseguiram expressar verbalmente uma série de ideias para estruturar um novo serviço de atenção ao diabético. Foi apenas a partir da reflexão proporcionada pela análise do *workshop* que o designer atuou como comunicador do serviço, usando a linguagem visual como forma de organizar as ideias criadas/produzidas, de apresentá-las para que diferentes *stakeholders* pudessem avaliá-las, e, a partir das suas considerações, produzir novas ideias. Aqui, as ideias do novo serviço foram apresentadas para três profissionais[77] da saúde que não participaram do *workshop*, mas que conheciam o sistema de atenção básica à saúde. Pedimos a eles que considerassem os pontos fortes e os fracos da proposta apresentada a fim de que fosse possível aprimorá-la.

A partir disso, compreendemos que um serviço útil para o gerenciamento da diabetes deveria integrar múltiplos atores de uma rede constelação de valor (atendimento da atenção básica, clínico especializado, laboratorial, hospitalar, além da família do diabético). Nisso amparada, a equipe de design assumiu um papel de estrategista, envolvendo-se diretamente no design de uma plataforma para organizar o processo de entrega do serviço (ou seja, uma sequência de ações inter-relacionadas), fundada na experiência do usuário. O resultado disso foi a configuração da proposta do serviço VIDA, percebido pela equipe de saúde como *"um produto de saúde a ser oferecido à população e não um conjunto de ações isoladas*".

[77] Apresentamos a lógica do serviço para a gerente de responsabilidade social do hospital, para um médico pertencente à direção da Sociedade Brasileira de Diabetes, que atuava em um Hospital credenciado pelo SUS, e a um coordenador de um centro de saúde escola.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812137/CA