

Renata Hinnig

**GESTÃO DE DESIGN E DESIGN DE SERVIÇOS:
DIAGNÓSTICO DO SETOR DE INTERNAÇÃO
(EMERGÊNCIA) DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Design da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial a obtenção do Grau de Mestre em Design

Orientadora: Profa. Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, Dra.

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Hinnig, Renata
Gestão de Design e Design de Serviços :
Diagnóstico do Setor de Internação (Emergência) de um
Hospital Psiquiátrico / Renata Hinnig ;
orientador, Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, 2018.
203 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão,
Programa de Pós-Graduação em Design, Florianópolis,
2018.

Inclui referências.

1. Design. 2. Gestão de Design. 3. Design de
Serviços. 4. Hospital Psiquiátrico. 5. Emergência
Psiquiátrica. I. Merino, Giselle Schmidt Alves Díaz.
II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Design. III. Título.

Renata Hinnig

**GESTÃO DE DESIGN E DESIGN DE SERVIÇOS:
DIAGNÓSTICO DO SETOR DE INTERNAÇÃO
(EMERGÊNCIA) DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Design”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Design.

Florianópolis, 9 de março de 2018.

Prof. Luiz Fernando Figueiredo, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, Dra
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Luiz Fernando Figueiredo, Dr.
Universidade Federal
de Santa Catarina

Prof. Ricardo Triska, Dr.
Universidade Federal
de Santa Catarina

Prof. Maria Lucia Leite Ribeiro Okimoto, Dra.
Universidade Federal do Paraná
(Membro externo)

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade. Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade Federal de Santa Catarina pelos ensinamentos e reflexões nessa jornada. Em especial, aos professores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção: Prof. Leila Amaral Gontijo, por contribuir para o início dessa jornada me fazendo refletir sobre o papel do designer no design de serviços e Prof. Fernando Antônio Forcellini, por ampliar meus horizontes sobre o tema dos serviços, trazendo reflexões de outra área de atuação para o universo do design.

Aos apoiadores dessa pesquisa: CAPES, Rede de Pesquisa e Desenvolvimento em Tecnologia Assistiva – RPDTA, CNPq e FAPEU.

Aos membros da banca, Prof. Maria Lucia Leite Ribeiro Okimoto, Prof. Luiz Fernando Gonçalves Figueiredo e Prof. Ricardo Triska pelas contribuições para o aprimoramento dessa pesquisa.

À minha orientadora, Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, pelos ensinamentos, que não foram somente técnicos, mas também pela sua empatia e olhar ao outro, se mostrando sempre presente e disposta a ajudar. Sua orientação e entusiasmo foram fundamentais para manter meu foco na pesquisa, muito obrigada!

Ao prof. Eugênio Andrés Díaz Merino, pela oportunidade de participar das atividades do Núcleo de Gestão de Design e Laboratório de Design e Usabilidade – NGD/LDU, e por ter plantado esse interesse e curiosidade sobre o tema da Gestão de Design que me acompanha desde a minha graduação em Design pela UFSC, em 2005.

Ao Núcleo de Gestão de Design e Laboratório de Design e Usabilidade – NGD/LDU – pela oportunidade de realizar uma pesquisa prática, em um ambiente tão interessante e desafiador como um Hospital Psiquiátrico. Com certeza, esses elementos contribuíram não somente para meu crescimento acadêmico e profissional, mas também para meu crescimento pessoal.

Aos colegas do NGD/LDU, em especial: Adriano Wagner, Aline Girardi Gobbi, Arina Blum, Bruno Maia Guimarães, Diego Luiz de Mattos, Giancarlo Philippi, Franciele Forcelini, Giselle Mari Speck, Giuliano Mannrich, Graziela Guzi de Moraes, Lincoln da Silva, Lucas José Garcia, Marcelo Pereira Demilis, Marina Cuneo Aguiar, Marcos Roberto dos Reis, Rosimeri Franck Pichler, Thiago Varnier. Que foram uma fonte de conhecimento, inspiração e principalmente verdadeiros

amigos, sempre dispostos a ajudar e contribuir para minha pesquisa, assim como para proporcionar momentos de descontração, tão necessários nessa jornada. Agradecimento especial à Marina Cuneo Aguiar pelo auxílio na revisão dessa dissertação e por estar sempre presente e disposta a me ajudar, assim como pelas discussões e reflexões desde o início do mestrado.

À Prof. Mônica Stein pela oportunidade de realizar o estágio docência em sua disciplina, pelos ensinamentos, assim como pelo entusiasmo e abertura, permitindo incluir novos conteúdos na disciplina e pelas conversas e reflexões que me permitiram não só praticar a docência, mas refletir sobre a jornada dos alunos ao longo de uma disciplina.

Ao Dr. Paulo Marcio Souza e Enfermeira Vera Lucia Deomario pela oportunidade de realizar a pesquisa no IPq/SC. Em especial, a Enfermeira Berenice Borinelli, por todo apoio, paciência e ajuda para a realização dessa pesquisa. A toda equipe da diretoria e do setor de internação (emergência) do IPq/SC, que me acolheram de forma calorosa, sempre dispostos a me auxiliar no que fosse necessário, meus sinceros agradecimentos por toda contribuição para essa pesquisa.

À amiga Maria Augusta Orofino, que me apresentou ao tema design de serviços e me fez enxergar novos caminhos para minha atuação enquanto designer.

Aos amigos e parceiros Claudia Grandi e Vini de Casto, pela ajuda e parceria. Pelas reflexões, que tanto me auxiliaram nessa caminhada e pelas novas oportunidades que surgem a partir daqui.

Ao meu namorado, Luis Felipe Echeverria, por todo apoio, compreensão e carinho ao longo dessa jornada. Por estar sempre presente e pelo seu entusiasmo com meu crescimento acadêmico e profissional, muito obrigada.

Aos meus pais, Maria Conceição Hinnig e Renato Luiz Hinnig, pelo apoio, carinho e por todos os ensinamentos que me foram passados ao longo da minha vida, tão necessários para chegar até esse momento.

Na verdade, toda descoberta científica é inspirada por uma busca similar e pelo encontro de ideias que antes nunca se juntaram. O mesmo vale para a arte de fazer a vida significativa e bela, o que envolve a descoberta de conexões entre o que parece não ter conexões, unindo pessoas e lugares, desejos e memórias, através de detalhes cujas implicações passaram despercebidas.

(Theodore Zeldin, 2008)

RESUMO

Acredita-se que o design, por sua abordagem criativa na solução de problemas, com foco nas necessidades dos usuários, e a gestão de design, que faz com que o design possa ser aplicado de maneira mais eficiente e eficaz nas organizações, podem ajudar de maneira significativa na melhoria dos serviços de saúde. Na área da saúde, pode-se apontar para a necessidade de melhorias nos serviços prestados aos pacientes e na qualidade das condições de trabalho para enfermeiros e médicos. Mediante o cenário apresentado, essa pesquisa tem como objetivo diagnosticar o serviço do setor de internação (emergência) do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPq/SC – por meio da gestão de design, utilizando ferramentas do design de serviços. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, com objetivos exploratórios. Os procedimentos técnicos foram divididos em duas fases: Fase 1 – Fundamentação Teórica e Fase 2 – Pesquisa Aplicada (Estudo de Caso). Na Fase 1 foi realizada uma pesquisa bibliográfica dos temas: gestão de design, design de serviços, hospitais psiquiátricos, gestão de design em serviços de saúde. Na Fase 2 foi realizado um estudo de caso no setor de internação (emergência) do IPq/SC, onde foi utilizada a metodologia Guia de Orientação para o Desenvolvimento de Projetos – GODP. Foram realizadas 4 Etapas iniciais do GODP: Oportunidades (-1), Prospecção (0), Levantamento de dados (1) e Organização e análise (2). Ao final, as informações coletadas foram organizadas em diagramas visuais. Foi elaborado um *blueprint* do serviço, onde foram apontados alguns pontos críticos na jornada de pacientes e familiares, bem como nas rotinas dos trabalhadores. A partir dos pontos críticos mapeados foram propostas sugestões de melhorias, classificadas como curto, médio e longo prazo. Como resultados da pesquisa, entende-se que foi possível diagnosticar o serviço de internação (emergência) do IPq/SC por meio da utilização de ferramentas de design de serviços. Essas ferramentas contribuíram para que o diagnóstico fosse feito de maneira visual, bem como evidenciaram a perspectiva dos usuários ao utilizar o serviço. Acredita-se que essa pesquisa pode contribuir para a melhoria dos serviços do setor de internação (emergência) do IPq/SC, bem como para outras emergências psiquiátricas.

Palavras-chave: Gestão de Design. Design de Serviços. Hospital Psiquiátrico. Emergência Psiquiátrica. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Design, for its creative approach to problem-solving focused on user needs, and design management, which makes the design to be applied more efficiently and effectively in organizations, could help to improve healthcare services. In healthcare, one can point to the need for improvements in the services provided to patients and in the quality of work conditions for nurses and physicians. Based on the presented context, this research sought to diagnose the service of the Psychiatric Emergency of the Institute of Psychiatry of Santa Catarina State (IPq/SC) through design management applying service design tools. For that end, it was conducted a qualitative applied research with exploratory objectives. The technical procedures were divided in two phases: Phase 1 - Theoretical Framework; and Phase 2 - Applied Research (Case Study). In Phase 1, a bibliographic research was carried out on the themes: design management, service design, psychiatric hospitals and design management in health services. In Phase 2, a case study was carried out in the Psychiatric Emergency Sector of the IPq/SC, where the Project Development Guidance (GODP) methodology was applied. Four of the initial stages of GODP were carried out: Opportunities (-1), Prospecting (0), Data collection (1) and Organization and analysis (2). At the end, the information collected was organized into visual diagrams. A service blueprint was elaborated where pointed out some critical points in the journey of patients and family members and in the routines of the workers of the sector. A table was prepared containing suggestions for improvements of the critical points previously mapped in the blueprint with short, medium and long-term actions. This research delivers the diagnose of the service of the Psychiatric Emergency Sector of the IPq/SC by using service design tools. The use of these tools has helped to evidence the user's perspective as well as permitted to show the collected information in a more visual way. This research may contribute to the improvement of the service of the Psychiatric Emergency Sector of the IPq/SC and also of other Psychiatric Emergency Sectors.

Keywords: Design Management. Service Design. Psychiatric Emergency. Psychiatric Hospital. Healthcare.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Investimentos na área de saúde mental	25
Figura 2: Síntese da busca sistemática dos termos <i>Strategic Design</i> ou <i>Design Management e Hospital</i>	30
Figura 3: Divisão por capítulos nessa dissertação	37
Figura 4: Design para a experiência	43
Figura 5: Linha do tempo da Gestão de Design.....	47
Figura 6: Variáveis externas e internas de uma organização consideradas no diagnóstico de gestão de design	57
Figura 7: Visão geral do modelo de design de serviços.....	59
Figura 8: Questionamentos importantes para mudança de cultura organizacional em projetos de design de serviços	64
Figura 9: Sistema de Saúde Mental	69
Figura 10: Atividades e recursos humanos dos hospitais psiquiátricos	71
Figura 11: Linha do tempo da pesquisa.....	84
Figura 12: Fases da pesquisa	85
Figura 13: Metodologia GODP e descrição das 8 Etapas.....	87
Figura 14: Resumo das atividades realizadas na Etapa -1 – Oportunidades do GODP	88
Figura 15: Resumo das atividades realizadas na Etapa 0 – Prospecção do GODP	89
Figura 16: Resumo das atividades realizadas na Etapa 1 – Levantamento de Dados do GODP.....	91
Figura 17: Resumo das atividades realizadas na Etapa 2 – Ideação do GODP.....	93
Figura 18: Foto aérea do IPq/SC	97
Figura 19: Mapa do IPq/SC.....	99
Figura 20: Legenda do Mapa do IPq/SC	100
Figura 21: Etapa -1 – Oportunidades em destaque no GODP	103
Figura 22: Blocos de Referência do GODP considerados nessa pesquisa.....	104
Figura 23: Etapa Oportunidades – Informações coletadas.....	105
Figura 24: Fatos marcantes da história do IPq/SC.....	106
Figura 25: Organograma Direção Geral – IPq/SC.....	109
Figura 26: Organograma Gerência Técnica – IPq/SC	110
Figura 27: Organograma da Gerência de Administração – IPq/SC	111
Figura 28: Organograma da Gerência de Enfermagem – IPq/SC.....	112
Figura 29: Mapa Mental – Contexto do IPq/SC	113
Figura 30: Missão, Visão e Valores.....	114
Figura 31: Serviços oferecidos pelo IPq/SC	115
Figura 32: Mapa de <i>stakeholders</i> do IPq/SC	117
Figura 33: Mapeamento da jornada do paciente na UIP	118
Figura 34: Etapa 0 – Prospecção em destaque no GODP	119
Figura 35: Apresentação da proposta da pesquisa para a Gerente de Enfermagem e a enfermeira responsável pelo setor de internação (emergência).....	119

Figura 36: Etapa 1 – Levantamento de dados em destaque no GODP	120
Figura 37: Reunião com enfermeira de uma unidade de internação para construção de personas e mapa de jornada dos usuários	121
Figura 38: Ficha de persona – Alberto – Esquizofrenia	122
Figura 39: Ficha de persona – Antônio – Dependência Química	123
Figura 40: Ficha de persona – Alexandre – Bipolar	124
Figura 41: Jornada do usuário – Alberto – Esquizofrenia	125
Figura 42: Jornada do usuário – Antônio – Dependência Química	126
Figura 43: Jornada do usuário – Alexandre – Bipolar	127
Figura 44: Etapa 2 – Organização e Análise em destaque no GODP	132
Figura 45: Mapa de <i>stakeholders</i> do setor de internação (emergência).....	133
Figura 46: Perfis de pacientes atendidos pelo setor de internação (emergência).....	134
Figura 47: Perfis de familiares de pacientes atendidos pelo setor de internação (emergência).....	135
Figura 48: Planta física do setor de internação (emergência).....	137
Figura 49: Acesso ao setor de internação (emergência) do IPq/SC a partir da Rodovia SC-281.....	138
Figura 50: Conferência do <i>blueprint</i> com a enfermeira responsável.....	139
Figura 51: <i>Blueprint</i> do serviço – Chegada na recepção e recepção.	141
Figura 52: <i>Blueprint</i> do serviço – Atendimento médico e Posto de enfermagem	142
Figura 53: <i>Blueprint</i> do serviço – Sala de Observação, Não interna, Interna..	143
Figura 54: <i>Blueprint</i> do serviço – Paciente vai para a unidade, Atendimento família.....	144
Figura 55: Processos de suporte e observações gerais do serviço por área	146
Figura 56: Fundamentação Teórica – gestão de design.....	191
Figura 57: Fundamentação Teórica – design de serviços.....	194
Figura 58: Fundamentação teórica – hospitais psiquiátricos	196
Figura 59: Fundamentação Teórica – gestão de design em serviços de saúde	198
Figura 60: Busca em teses e dissertações – IPq/SC.....	199

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese da classificação da pesquisa	34
Quadro 2: Desenvolvimento histórico da gestão de design	48
Quadro 3: Três níveis da gestão de design	51
Quadro 4: Resumo da literatura das atividades de gestão de design em relação aos três níveis.....	53
Quadro 5: Fases de Projeto e Ferramentas de Design que podem ser utilizadas	78
Quadro 6: Resumo dos principais aspectos que definem um <i>blueprint</i> de serviços.....	95
Quadro 7: Movimento de pacientes que passaram pela triagem médica	102
Quadro 8: Sugestões de melhorias para os pontos críticos apontados	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCS – Centro de Convivência Santana
CID – *Council of Industrial Design*
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DEAP – Departamento de Administração Prisional
DFC – *Design Futures Council*
DMI – *Design Management Institute*
EBD – *Experience Based Design*
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GODP – Guia de Orientação para o Desenvolvimento de Projetos
HCS – Hospital Colônia Santana
IPq/SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
LBS – *London Business School*
MS – Ministério da Saúde
NGD/LDU – Núcleo de Gestão de Design e Laboratório de Usabilidade
NHS – *National Health System*
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar
PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Psiquiátrico
POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RPDTA – Rede de Pesquisa e Desenvolvimento em Tecnologia Assistiva
RSA – *Royal Society of Arts*
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SDN – *Service Design Network*
SES – Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UCM – Unidade de Clínica Médica
UDQ – Unidade de Dependentes Químicos
UGP – Unidade de Gestão Participativa
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 CONTEXTO DA PESQUISA E PROBLEMA.....	23
1.2 OBJETIVOS.....	27
1.2.1 Objetivo Geral	27
1.2.2 Objetivos Específicos.....	27
1.3 JUSTIFICATIVA.....	27
1.4 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA.....	32
1.5 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	34
1.6 ADERÊNCIA AO PROGRAMA.....	34
1.7 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	35
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	39
2.1 GESTÃO DE DESIGN	39
2.1.1 Design	41
2.1.2 Histórico da gestão de design e sua evolução.....	44
2.1.3 Níveis de atuação da gestão de design.....	50
2.1.4 Diagnóstico de design	54
2.2 DESIGN DE SERVIÇOS.....	58
2.2.1 Design de serviços na área da saúde e hospitais.....	61
2.3 HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.....	66
2.3.1 Histórico e atual situação dos hospitais psiquiátricos.....	67
2.3.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e os hospitais psiquiátricos	68
2.4 GESTÃO DE DESIGN EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	74
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	83
3.1 FASE 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	86

3.2 FASE 2 – PESQUISA APLICADA: ESTUDO DE CASO	86
3.2.1 Etapa -1: Oportunidades	88
3.2.2 Etapa 0: Prospecção.....	89
3.2.3 Etapa 1: Levantamento de dados.....	90
3.2.4 Etapa 2: Organização e Análise	93
4 PESQUISA APLICADA: ESTUDO DE CASO	97
4.1 IPQ/SC	97
4.2 SETOR DE INTERNAÇÃO (EMERGÊNCIA)	101
4.3 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA APLICADA – ETAPAS DO GODP	102
4.3.1 Etapa -1: Oportunidades	102
4.3.1.1 Contexto	105
4.3.1.1.1 <i>Histórico do IPq/SC</i>	105
4.3.1.1.2 <i>Organograma do Ipq/SC</i>	109
4.3.1.1.3 <i>Setores do Hospital</i>	112
4.3.1.1.4 <i>O Contexto dos hospitais psiquiátricos no Brasil e em Santa Catarina</i>	112
4.3.1.2 Produto	114
4.3.1.2.1 <i>Missão, Visão e Valores</i>	114
4.3.1.2.2 <i>Serviços ofertados pelo IPq/SC</i>	114
4.3.1.3 Usuários.....	116
4.3.1.3.1 <i>Mapa de stakeholders</i>	116
4.3.1.3.2 <i>Mapeamento inicial da jornada do paciente no IPq/SC</i>	117
4.3.2 Etapa 0: Prospecção.....	118
4.3.3 Etapa 1: Levantamento de dados.....	120
4.3.4 Etapa 2: Organização e Análise	131
5 DISCUSSÃO	155
5.1 NÍVEIS DE GESTÃO DE DESIGN	155
5.2 IMPORTÂNCIA DA COMPREENSÃO DO CONTEXTO DE ATUAÇÃO	156

5.3 REFLEXÕES SOBRE ALGUMAS DAS FERRAMENTAS UTILIZADAS	157
5.4 IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PARA A GESTÃO DE DESIGN	162
5.5 GESTÃO DE DESIGN E DESIGN DE SERVIÇOS	163
6 CONCLUSÃO.....	165
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE A – Artigos publicados em revistas e congressos ao longo do Mestrado	189
APÊNDICE B – Revisão de Literatura – Gestão de Design.....	190
APÊNDICE C – Revisão de Literatura: Design de Serviços.....	193
APÊNDICE D – Revisão de Literatura: Hospitais Psiquiátricos.....	195
APÊNDICE E – Revisão de Literatura: Gestão de Design em Serviços de Saúde.....	197
APÊNDICE F – Pesquisa Bibliográfica – IPq/SC.....	199
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para trabalhadores.	200
APÊNDICE H – Questionário para Diretor do Hospital.....	202
APÊNDICE I – Questionário para trabalhadores do setor de internação (emergência).....	212
APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiares de pacientes internados.....	215
APÊNDICE L – Questionário para Familiares de Pacientes Internados.....	217
APÊNDICE M – Declaração de Autorização da Instituição.....	222

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO DA PESQUISA E PROBLEMA

Design e saúde podem parecer áreas muito distantes entre si. No entanto, ambas possuem um objetivo comum: fazer o “melhor” para o usuário (BATE; ROBERT, 2006).

Existem diversos projetos que trabalham com o design ligado à área da saúde, pode-se citar como exemplos: *Design for Care*, *Helix Centre*, *Sedes-research* e *Center for Innovation – Mayo Clinic*. O Programa *Design for Care* lançado pelo *Design Council*¹, na Inglaterra, tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados em saúde por meio do design, propondo novas soluções em sistemas, processos, produtos e serviços. O programa busca por soluções que aumentem o bem-estar das pessoas e ajudem a reduzir internações desnecessárias nos hospitais, assim como pretende criar um sistema de saúde mais personalizado, conectado e que busque a prevenção das doenças. (DESIGN COUNCIL, 2017a). O *Helix Centre*, localizado dentro de um dos maiores hospitais públicos de Londres – *St Mary’s Hospital*, conta com a colaboração do *Imperial College London* e do *Royal College of Art* e tem como objetivo desenvolver soluções para problemas na área da saúde, utilizando diversos métodos de design para entender rapidamente os problemas, prever oportunidades e prototipar soluções (HELIX CENTRE, 2017). O Centro de Pesquisas em Design *Sedes-research*, localizado na *TH Köln – University of Applied Sciences*, na cidade de Colonia, na Alemanha, vem desde 2006 desenvolvendo projetos de design para diversas áreas, incluindo a área da saúde (SEDES RESEARCH, 2017). O *Center for Innovation – Mayo Clinic*, localizado em uma das unidades da *Mayo Clinic*, em Rochester, no estado de Minnesota, nos Estados Unidos, funciona como uma grande incubadora para geração de ideias inovadoras por meio das metodologias de design, tendo como foco as necessidades dos usuários dos serviços de saúde (MAYO CLINIC, 2017).

Além dos projetos citados acima, empresas de design como Frog (FROG, 2017), IDEO (IDEO, 2017), Jump (JUMP, 2017), entre outras, possuem em seu portfólio casos de design aplicados à área da saúde.

Teal e French (2016, p. 1106) apontam “*there is a growing recognition of the role of design in shaping future products, systems and*

¹ O *Design Council* é uma instituição britânica que visa promover a aplicação do Design em empresas e instituições como ferramenta estratégica (DESIGN COUNCIL, 2017b).

*services in the health and social care context*². Em uma pesquisa efetuada em 2016 pelo *Service Design Network* – SDN, foi questionado quais as áreas em que foram desenvolvidos um maior número de projetos de design, considerando o serviço público, a área da saúde despontou com o maior número de projetos (SERVICE DESIGN NETWORK, 2016).

No Brasil, os estudos no campo do design para os serviços de saúde podem ser considerados recentes. Como exemplo, pode-se citar a pesquisa de Freire (2011, 2016). A autora, baseada nas pesquisas desenvolvidas no Reino Unido para o *National Health System* – NHS, demonstrou que os métodos de projeto do design de serviços contribuíram “[...] para uma redefinição dos processos de serviços, a partir da compreensão das perspectivas daqueles que utilizavam o sistema: pacientes, familiares, acompanhantes e profissionais da saúde” (FREIRE, 2016, p. 2)

Segundo Mager (2009) a aproximação do design com a área da saúde deve-se ao fato de que atualmente a ciência médica já se encontra bem avançada ao oferecer soluções científicas e tecnológicas, que proporcionaram um aumento em qualidade de vida e oferecem a cura para grande parte das doenças diagnosticadas. O grande desafio que a medicina vem enfrentando é melhorar a qualidade do atendimento, do serviço prestado ao paciente (ANDALEEB, 2001), bem como a melhoria da qualidade das condições de trabalho para enfermeiros e médicos (BATE; ROBERT, 2007).

Na área da saúde, no contexto brasileiro, destaca-se a carência existente nos investimentos em saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Somado a isso, tem-se as mudanças que essa área vem enfrentando em virtude do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

A Organização Pan Americana da Saúde – OPAS (USA, 2014) aponta que apesar dos distúrbios mentais e transtornos relacionados à substância psicoativas serem os principais contribuintes para a morbidade, incapacidade e morte prematura, estes ainda recebem pouca atenção e recursos dos governos, e que mesmo quando recebem recursos, esses são utilizados ineficientemente.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (USA, 2014), destaca que os investimentos na área de saúde mental representam apenas 2% dos recursos investidos em saúde e que esses recursos estão distribuídos de maneira desigual, atendendo apenas uma pequena parcela da população mundial. No Brasil, cerca de 2,3% do orçamento federal da saúde é

² Tradução: “Há um crescente reconhecimento do papel do design no desenvolvimento de futuros produtos, sistemas e serviços no contexto da saúde e da assistência social.”

destinado à saúde mental (BARROS; SALLES, 2011), enquanto que a OMS recomenda um percentual de 5% (GARCIA; OLIVEIRA, 2017). Esse investimento pode ser considerado baixo, comparado ao número de pessoas que necessitam de tratamento em saúde mental no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofre de transtorno mental severo e persistente, 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessita de algum atendimento em Saúde Mental. (MORAIS; FEFFERMANN, 2008, p. 1)

A Figura 1 traz um resumo do panorama mundial e brasileiro apresentado acima.

Figura 1: Investimentos na área de saúde mental



Fonte: a autora, com base em USA (2014); Barros e Salles (2011); Morais e Feffermann (2008)

Apesar do número elevado de pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental, essa área não possui grande prestígio nas políticas públicas brasileiras, recebendo poucos investimentos do governo e gerando pouca visibilidade no cenário de produção de serviços. Por consequência, considerando a alta demanda por atendimento e os baixos investimentos no setor, os profissionais que atuam nessa área, muitas vezes, sofrem com a sobrecarga de trabalho. (PITTA, 2011; QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Em outra direção, tem-se o processo de reorganização e redefinição da saúde mental, em função do Movimento da Reforma Psiquiátrica (BORILLE, 2008). Esse movimento vem ocorrendo mundialmente e prega uma mudança de paradigma do tratamento das doenças mentais, incentivando a realização do tratamento sem que o paciente precise ficar internado por longos períodos. Também incentiva a participação da família, levando em consideração os desejos e necessidades do paciente, valorizando o respeito à cidadania, entendendo que o processo de saúde e doença mental está relacionado com a qualidade de vida (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Desta maneira, projeta-se um período propício e fértil para mudanças na área de saúde mental relacionadas ao aspecto físico, organização dos serviços, transformação das relações e reorientação no modelo de assistência (BORILLE, 2008, p. 13-14).

Conforme já citado, existem diversas iniciativas que têm se utilizando do design na área da saúde. O design vem ampliando seu foco de atuação para o desenvolvimento não só de produtos tangíveis, mas para a utilização de suas metodologias para melhorar a experiência dos usuários como um todo (COOPER; JUNGINGER; LOCKWOOD, 2009), incluindo aqui também o projeto de serviços, sistemas, ambientes e, mais recentemente, organizações (BUCHANAN, 2015). Somado a isso, Best (2015) destaca a necessidade de o design ser gerenciado, para que possa contribuir com suas ferramentas e métodos para os objetivos estratégicos da organização.

Mediante o cenário apresentado propõe-se o seguinte problema de pesquisa: **como a gestão de design pode contribuir para melhoria dos serviços prestados pelo setor de internação (emergência) de um Hospital Psiquiátrico.**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Diagnosticar o serviço do setor de internação (emergência) do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPq/SC – por meio da gestão de design, utilizando ferramentas do design de serviços.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o contexto geral do IPq/SC.
- Levantar informações sobre o setor de internação (emergência) do IPq/SC.
- Estabelecer a relação entre gestão de design e design de serviços.
- Identificar as fragilidades do serviço prestado pelo setor de internação (emergência) do IPq/SC por meio da construção de um *blueprint* de serviço.

1.3 JUSTIFICATIVA

A motivação para realizar essa pesquisa originou-se do desejo da mestranda em estudar questões relativas ao design de serviços, a partir do olhar da gestão de design. O interesse pelo tema originou-se quando a mestranda realizou, em 2010-2011, uma especialização em Gestão de Design, na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, que teve como trabalho final um artigo, publicado na revista Estudos em Design (HINNIG; FIALHO, 2013), onde foi realizado um estudo de caso de design de serviços aplicado ao serviço público. A partir desse desejo, e sabendo de alguns dos trabalhos realizados pelo Núcleo de Gestão de Design e Laboratório de Usabilidade – NGD/LDU-UFSC³, a mestranda procurou o laboratório para saber se havia interesse em desenvolver estudos nessa temática. O NGD/LDU, nesse período já havia iniciado alguns trabalhos de pesquisa e extensão unindo design, engenharia e saúde no IPq/SC.

No segundo semestre do ano de 2014, o NGD/LDU iniciou os contatos com o IPq/SC para verificar a oportunidade de desenvolver projetos de pesquisa e extensão com foco no design (gestão de design,

³ Desde 2000, o NGD/LDU atua com foco na investigação, aplicação e disseminação do design e da ergonomia como ferramentas estratégicas para as organizações, considerando a competitividade, a diferenciação e a sustentabilidade aplicada a projetos, produtos e serviços com ênfase no Design Universal – Inclusivo (NGD/LDU, 2017).

design gráfico, design de produtos, design de serviços) e engenharia (ergonomia de produtos e processos) na área da saúde. Em visitas realizadas ao hospital, bem como reuniões com a administração foram identificadas duas linhas de atuação para projetos de design e engenharia, as quais o NGD/LDU possuía capacidade técnica para execução: saúde de pacientes/usuários e saúde dos trabalhadores (MERINO et al., 2016).

Foi então proposto que o trabalho dessa dissertação fosse realizado no IPq/SC, unindo o desejo de trabalhar na área de design de serviços e gestão de design, com a área da saúde, mais especificamente em um Hospital Psiquiátrico.

Essa pesquisa foi amparada pelo Edital CAPES – RPDTA, onde a mestrandia é bolsista e faz parte do projeto “Design e Saúde: da saúde do paciente às questões da saúde do trabalhador”, e possui aprovação do Comitê de Ética da UFSC (nº: 1.257.716).

A sustentação científica para a pesquisa encontra-se no levantamento realizado na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD⁴ e em 3 bases de dados relevantes para a área.

Na BDTD, foi feita a busca pelos termos em português: “gestão de design” e hospital; “design estratégico” e hospital. Foi obtido apenas um resultado: uma dissertação intitulada Inovação no Hospital Mãe de Deus: um projeto de design estratégico para fidelização do corpo clínico (PAES, 2012⁵). Essa dissertação, procurou utilizar o conceito de *Open Innovation* aplicado ao contexto hospitalar, e, portanto, não condiz com a mesma abordagem da pesquisa proposta.

Na busca efetuada nas bases de dados, foram consultadas: *Web of Science*⁶, *Scopus*⁷ e *Medline Complete*⁸, onde pesquisou-se os termos: (((“*design management*”) OR (“*strategic design*”)) AND (*hospital*\$))), considerando artigos nos idiomas inglês e espanhol. Foram encontrados:

⁴ Disponível em: <bdtd.ibict.br>. Acesso em 8/Dez./2016.

⁵ PAES, Marcelo. **Inovação no Hospital Mãe de Deus**: um projeto de design estratégico para fidelização do corpo clínico. 2012. 195 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Design, Programa de Pós-graduação em Design Estratégico, Unisinos, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3271>>. Acesso em: 8 dez. 2016.

⁶ Disponível em: <webofknowledge.com>. Acesso em 17 Nov. 2016.

⁷ Disponível em: <scopus.com>. Acesso em 17 Nov. 2016.

⁸ Disponível em: <health.ebsco.com>. Acesso em 17 Nov. 2016.

Web of Science: 5 artigos

Scopus: 13 artigos

Medline Complete: 19 artigos

Total: 37 artigos

Total sem duplicados: 29 artigos

Eliminou-se os artigos duplicados, chegando-se ao total de **29** artigos. Desses 29 artigos, um deles foi eliminado pois não foi encontrado o resumo, nem o artigo completo para leitura. Foi feita, então, a leitura do título e resumo, onde foram eliminados **13** artigos, que não possuíam relação com gestão ou hospital, sendo que desses:

Não foi encontrado resumo: 1 artigo

Não tinham relação com hospitais: 2 artigos

Relacionados a tratamentos médicos: 10 artigos

Restaram **16** artigos para leitura completa. Destes, somente **2** possuíam alguma relação com o tema design, sendo que **14** artigos foram descartados, pelos seguintes motivos:

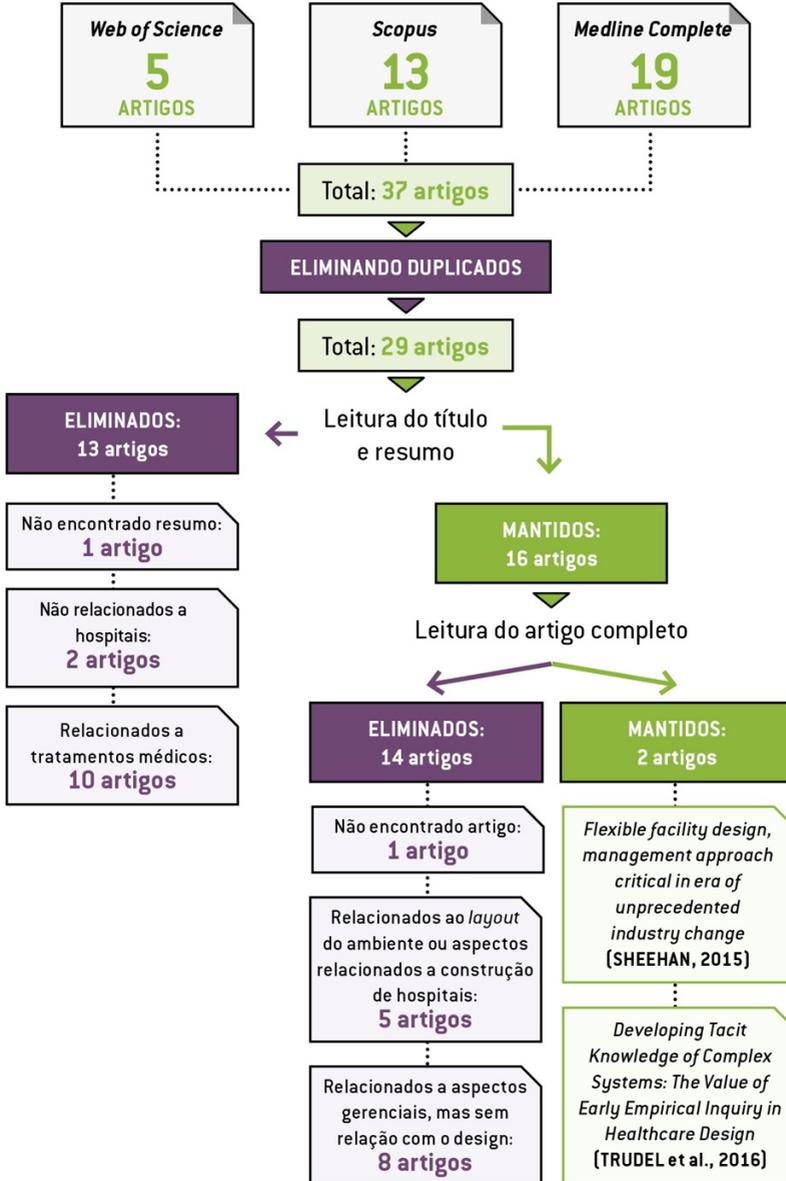
Artigo não disponível pelo Portal Capes: 1 artigo

Relacionados ao layout do ambiente ou aspectos relacionados a construção de hospitais: 5 artigos

Relacionados a aspectos gerenciais, mas sem relação com o design: 8 artigos

Na Figura 2, é possível visualizar um resumo da busca sistemática feita nas bases de dados.

Figura 2: Síntese da busca sistemática dos termos *Strategic Design* ou *Design Management e Hospital*



Fonte: a autora (2018)

Na Figura 2, destacados em verde, encontram-se os 2 artigos que possuíam alguma relação com o tema design.

No artigo: “*Flexible facility design, management approach critical in era of unprecedented industry change*”, Sheehan (2015) aponta que as organizações ligadas à área da saúde necessitam repensar se estão oferecendo serviços apropriados e estratégicos aos consumidores. A autora aponta para possíveis soluções nos serviços de saúde, como a flexibilização dos espaços em hospitais, fazendo com que possam atender mais de uma necessidade, dependendo da demanda. Por fim, enfatiza o valor do *design thinking* para os prestadores de serviço, destacando-se como uma ferramenta para desenvolver soluções criativas, pensando nos desafios que essa indústria terá que enfrentar futuramente.

Já o artigo “*Developing Tacit Knowledge of Complex Systems: The Value of Early Empirical Inquiry in Healthcare Design*” (TRUDEL et al., 2016) trata da prevenção e controle de infecções. Nesse artigo, os autores procuram demonstrar que apesar das informações sobre o tema encontrarem-se disponíveis, gerenciar o controle das infecções na área da saúde permanece um desafio, e que muitas vezes, o conhecimento explícito disponível, não é transformado em conhecimento tácito e, portanto, não é aplicado pelos profissionais em suas práticas diárias. Ainda, uma perspectiva focada nos fatores humanos ajudaria os designers a obterem um entendimento de como ocorrem na prática os processos de trabalho, considerando a tecnologia, bem como fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e organizacionais, o que ajudaria a projetar soluções de acordo com a realidade do problema.

Pode-se apontar que as duas pesquisas acima citadas relacionam a área do design à área da saúde e reconhecem as contribuições que o design pode oferecer para a melhoria dos serviços de saúde. No entanto, destaca-se que essas pesquisas não se relacionam à área da saúde mental, nem tampouco se relacionam aos hospitais psiquiátricos, que são o foco da proposta da presente pesquisa.

Quanto à relevância e importância social dessa pesquisa, pode-se citar que a insatisfação com os serviços de saúde brasileiros é bastante alta, como revelou uma pesquisa do Instituto Datafolha (LABOISSIÈRE, 2014), realizada em 2014, onde 93% da população considerou os serviços de saúde, tanto públicos como privados, como regulares, ruins ou péssimos. Assim, pode-se presumir que contribuições nessa área são urgentes e necessárias.

A pesquisa encontra respaldo das políticas públicas praticadas pelo Ministério da Saúde, quando foca na experiência dos pacientes e funcionários da saúde, e que vai ao encontro ao Programa Nacional de

Humanização do Atendimento Hospitalar – PNHAH, lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde, e que em 2003 transformou-se em política pública: a Política Nacional de Humanização – PNH. Como base em pesquisas, foi constatado que um dos fatores que os pacientes mais valorizam quando necessitam de serviços de saúde é a capacidade dos profissionais de saúde para compreender suas demandas e expectativas (BRASIL, 2001a). As tecnologias e dispositivos organizacionais não funcionam sozinhos e assim “[...] sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento” (BRASIL, 2001a, p. 5).

1.4 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA

Quanto à classificação da pesquisa, pode ser considerada de **natureza aplicada**, pois seu objetivo é gerar conhecimento para aplicação prática em busca da solução de problemas (SILVA, MENEZES; 2005; MARKONI, LAKATOS, 2007).

Quanto aos seus objetivos é **exploratória**, pois busca

[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2010, p 41).

Segundo Gil (2007), a pesquisa exploratória é adequada quando o tema escolhido ainda é pouco explorado, tornando-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Trata-se de uma **pesquisa qualitativa**, pois considera o ambiente natural como fonte direta para coleta de dados (SILVA; MENEZES, 2005). Nesse tipo de pesquisa, os dados são analisados indutivamente, sem o uso de técnicas de estatísticas (SILVA; MENEZES, 2005). Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2004, p.149) “ao contrário do que ocorre na pesquisa quantitativa, as investigações qualitativas por sua diversidade e flexibilidade, não admitem regras precisas, aplicáveis a uma ampla gama de casos”. Nesse tipo de estudo, há a preocupação em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano (MARKONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa qualitativa deve ser planejada com um mínimo de estruturação prévia (MARKONI; LAKATOS, 2007). No entanto, deve-se atentar para que não sejam estipuladas regras rígidas, direcionando o pesquisador a desconsiderar aspectos importantes que não se encaixariam no quadro teórico adotado à priori (MARKONI, LAKATOS, 2007). No entanto, Markoni e Lakatos (2007) apontam que é necessário um embasamento teórico geral e um planejamento cuidadoso para que o investigador não se perca no contexto.

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa encontra-se dividida em 2 fases:

Fase 1: Fundamentação Teórica

Fase 2: Pesquisa Aplicada (Estudo de Caso).

Para a elaboração da Fundamentação Teórica – Fase 1, foi realizada uma **pesquisa bibliográfica** por meio de uma revisão de literatura. Como aponta Sampieri, Collado e Lucio (2013), na pesquisa qualitativa a revisão de literatura é importante para entender a história, origem e o alcance do problema de pesquisa, justificar a importância do estudo e conhecer quais métodos foram aplicados com êxito ou não para estudar o problema de pesquisa proposto.

Na Fase 2 – Pesquisa Aplicada – foi realizado um **estudo de caso**, por entender-se que seria o procedimento mais adequado para responder à pergunta de pesquisa proposta. De acordo com Silva e Menezes (2005, p.21), o estudo de caso “envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento”.

O estudo de caso ajuda a explicar variáveis causais de determinados fenômenos em situações complexas, onde os limites não estão claramente definidos ou onde torna-se importante considerar o contexto onde se está inserido (GIL, 2007; YIN, 2001). Esse tipo de estudo permite preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real (YIN, 2001).

O Quadro 1 traz uma síntese da classificação da pesquisa, de acordo com os autores apontados acima.

Quadro 1: Síntese da classificação da pesquisa

NATUREZA	Aplicada	
OBJETIVOS	Exploratória	
ABORDAGEM	Qualitativa	
PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	FASE 1 Fundamentação teórica	FASE 2 Pesquisa aplicada
	Pesquisa Bibliográfica	Estudo de caso

Fonte: a autora (2018)

1.5 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa delimita-se geograficamente ao setor de internação (emergência) do IPq/SC. Localizado no município de São José o IPq/SC oferece atendimento especializado a pacientes com graves transtornos psíquicos e dependentes químicos (VIEIRA, 2009). O setor de internação (emergência) funciona 24 horas, 7 dias por semana, e atende pacientes com doenças mentais ou dependência química em crise aguda.

Temporalmente, a Fase 1 – Fundamentação teórica – foi efetuada no ano de 2016. A Fase 2 – Pesquisa aplicada –, que compreendeu um estudo de caso realizado no setor de internação (emergência) do IPq/SC, iniciou no ano de 2017 e foi concluída no início de 2018.

Em relação aos temas de pesquisa, situa-se tendo como temas centrais: gestão de design, design de serviços, hospitais psiquiátricos, gestão de design em serviços de saúde.

1.6 ADERÊNCIA AO PROGRAMA

A pesquisa pertence à linha de pesquisa Gestão Estratégica do Design, que é definida por:

Nesta linha são estudados sistemas de informação, artefatos e documentos gráficos analógicos e digitais no intuito de promover a eficácia do processo corporativo de comunicação visual. São investigados aspectos sintáticos, semânticos e pragmáticos referentes às interfaces gráficas e aos seus leitores/usuários (e.g. compreensão, emoção,

persuasão, motivação, interatividade). Através da utilização e desenvolvimento de abordagens teóricas e metodológicas, busca resultados mercadológicos satisfatórios na elaboração, interação/uso e avaliação de sistemas de informação, artefatos e documentos gráficos. Como princípio filosófico, **procura desenvolver estratégias de comunicação (visuais inclusive, mas não exclusivamente) que permitam compactar um conceito e difundir conhecimento visando sempre uma transformação social** (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESIGN, 2018, grifo nosso).

Tendo como temática a gestão de design, essa pesquisa pretende compreender as estratégias de comunicação (visuais inclusive, mas não exclusivamente), por meio do design e que colaboram para uma transformação social, por meio da melhoria dos serviços de saúde do IPq/SC, beneficiando não somente os pacientes, mas também os trabalhadores dessa instituição.

1.7 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A estrutura dessa dissertação está dividida em 6 capítulos:

Capítulo 1 – Introdução: compreende o contexto da pesquisa e problema, objetivo geral, objetivos específicos, justificativa, caracterização geral da pesquisa, delimitação da pesquisa, aderência ao programa e estrutura da dissertação.

Capítulo 2 – Fundamentação Teórica: aborda os temas – gestão de design, design de serviços, hospitais psiquiátricos, gestão de design em serviços de saúde.

Capítulo 3 – Procedimentos Metodológicos: procedimentos adotados para o desenvolvimento da dissertação.

Capítulo 4 – Pesquisa Aplicada (Estudo de Caso): compreende a descrição detalhada dos resultados da pesquisa. Primeiramente são apresentados o IPq/SC e depois o setor de internação (emergência).

Capítulo 5 – Discussão: discussão sobre os resultados da pesquisa.

Capítulo 6 – Conclusão: apresentadas as principais conclusões da pesquisa, limitações e possibilidades de estudos futuros.

Referências: referências utilizadas na dissertação.

Apêndices: contêm a descrição das revisões de literatura detalhadas, formulários de entrevista, TCLE de trabalhadores e familiares e a autorização da instituição para realização da pesquisa.

A Figura 3 traz um resumo da divisão dos capítulos dessa dissertação.

Figura 3: Divisão por capítulos nessa dissertação



Fonte: a autora (2018)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir, serão apresentados os seguintes temas, que fazem parte da fundamentação teórica dessa pesquisa: gestão de design; design de serviços; hospitais psiquiátricos; gestão de design em serviços de saúde.

2.1 GESTÃO DE DESIGN

A gestão de design originou-se de dois campos de pesquisa distintos: Design e Administração, cada um com lógica, perspectiva, agenda e paradigmas próprios (JERRARD; HANDS, 2008). Unindo esses dois campos de conhecimento foi possível iniciar um diálogo sobre o valor do design para os negócios (JUNGINGER, 2005).

A gestão trata das pessoas e dos processos envolvidos no gerenciamento, organização, controle e administração de uma empresa (BEST, 2012), dentro de um paradigma mais funcionalista (JOHANSSON; WOODILLA, 2008). Enquanto que o design, pode ser visto como um processo de resolução de problemas centrado nas pessoas (BEST, 2012), dentro de um paradigma mais humanista (JOHANSSON; WOODILLA, 2008).

A gestão de design pode, portanto, ser vista como a convergência de conhecimentos e práticas baseados na gestão e no design, de forma a desafiar perspectivas e estratégias tradicionais, paradigmas e suposições profundamente enraizados em ambos os campos (ERICHCSEN; CHRISTENSEN, 2013). A junção desses dois campos permitiu, inicialmente, que os designers assumissem responsabilidades de gerentes de projeto, bem como incluiu o design nas fases iniciais de concepção dos produtos, por meio de equipes multidisciplinares (JUNGINGER, 2005).

É importante reconhecer que a gestão de design não se limita à gestão do processo de design (NORMAN, JERRARD, 2015; BEST, 2015). Preocupando-se também com a relação global entre design e negócios, designers e não designers (NORMAN, JERRARD, 2015). Assim, a gestão de design, considera tanto o ponto de vista da empresa, quanto as necessidades dos usuários, unindo esses dois objetivos e considerando que o design precisa ser concebido levando-se em conta que faz parte de uma ampla gama de atividades dentro das organizações (WEISS, 2002). Ainda, considerando que o design interage com diversas disciplinas profissionais, a gestão de design busca gerenciar as relações existentes entre os diversos profissionais envolvidos nos projetos (NORMAN, JERRARD, 2015; BEST, 2012; HOLLINS, HOLLINS,

1991). É importante conhecer e compreender as relações existentes entre os diversos *stakeholders*⁹ envolvidos em uma organização, pois a forma como as pessoas interagem, contribuem e se envolvem, os papéis e motivações de cada profissional constituem fator chave para os processos e práticas do trabalho colaborativo (BEST, 2012).

Gerenciar a atividade de design para que tenha um impacto positivo e atue holisticamente em relação a todos esses contextos internos e externos, disciplinas e funções, relações e conexões é um dos principais desafios enfrentados por quem aprende e trabalha no contexto atual do design, das empresas e das indústrias criativas (BEST, 2012, p. 8)

Best (2015) coloca que não existe uma definição universal aceita do termo gestão de design, como também não existem conceitos universais para os termos design e gestão. Sun, Williams e Evans (2011) apontam que a gestão de design pode ser considerada uma área relativamente nova, se comparado tanto à gestão, como à prática do design.

Gestão de design é o gerenciamento bem-sucedido de pessoas, projetos, processos e procedimentos que estão por trás da criação dos produtos, serviços, ambientes e experiências que fazem parte de nossa vida diária (BEST, 2012, p. 8).

Para Mozota (2003), a gestão de design busca familiarizar os gestores aos conceitos do design e os designers aos conceitos da gestão, além de desenvolver métodos para integrar o design ao meio corporativo. A gestão de design preocupa-se com o lugar que o design ocupa nas organizações e busca treinar executivos para utilizar o design efetivamente, assim como identificar disciplinas específicas do design que são relevantes para a resolução de questões chave relacionadas ao gerenciamento (MOZOTA, 2003).

⁹ Os *stakeholders* de uma organização podem ser definidos como qualquer grupo ou indivíduo que afeta ou pode ser afetado pela realização dos objetivos dessa empresa (FREEMAN, 2010).

Segundo o *Design Management Institute* – DMI¹⁰ (DESIGN MANAGEMENT INSTITUTE, 2017) a gestão de design engloba os processos em andamento, as decisões de negócios e as estratégias que permitem as empresas inovar e criar produtos, serviços, comunicações, ambientes e marcas que melhoram a qualidade de vida, bem como proporcionam o sucesso organizacional. É a arte e a ciência que capacita e permite aumentar a colaboração e sinergia entre “design” e “negócio”, para melhorar a eficácia do design (DESIGN MANAGEMENT INSTITUTE, 2017).

Entendendo a gestão de design como uma maneira de integrar o design ao mundo dos negócios, torna-se válido colocar algumas das definições existentes do que é design e quais os campos de atuação dos designers. Essa definição faz-se necessária quando se percebe que novas percepções do design vêm surgindo e modificando o significado da gestão de design (BEST, 2015). Após apresentar os diferentes conceitos de design, em seguida será exposto um breve histórico da gestão de design, com o objetivo de evidenciar a evolução dessa área. Por fim, serão apontadas os diferentes níveis de atuação da gestão de design e uma breve explanação sobre a fase inicial da gestão de design: o diagnóstico de design.

2.1.1 Design

Historicamente, o design preocupou-se com aspectos do olhar e sentir de símbolos bidimensionais – design gráfico, assim como objetos tridimensionais – design industrial (JUNGINGER, 2005).

No entanto, a partir da metade do século XX, começam a surgir outras formas de design. Uma delas, o design de interfaces, que possui como foco a interação entres seres humanos e máquinas criadas por eles, com uma ênfase crescente em computadores. Essa forma de design se desenvolveu rapidamente para além da tela do computador para resolver problemas de design por meio de uma variedade de interações humanas com os ambientes, incluindo aqui o design de serviços. (BUCHANAN, 2015).

Assim, os designers passaram a preocupar-se não somente com objetos e gráficos, mas com o design de sistemas, ambientes e, mais

¹⁰ Fundado em 1975, o DMI é uma organização internacional que busca conectar o design aos negócios, à cultura, aos clientes, em um mundo em constante mudança. O DMI reúne educadores, pesquisadores, designers e líderes de todas as disciplinas de design, de todas as indústrias e de todo o mundo para facilitar a mudança organizacional e a inovação orientada pelo design (DESIGN MANAGEMENT INSTITUTE, 2017).

recentemente, organizações. Se o design de interação se concentrou em ações, atividades e serviços, a nova forma de design de sistema se concentrou nos maiores conjuntos que os seres humanos criam, e como podem se integrar a sistemas materiais complexos (BUCHANAN, 2015).

Frascara (2002) aponta que essa nova forma de pensar o design, requer uma melhor compreensão das pessoas, da sociedade e do ecossistema, e a aplicação de uma prática interdisciplinar. O design, enquanto disciplina, evoluiu nas últimas décadas, transformando-se de uma ferramenta de estilo, para um veículo de transformação social e cultural (GARDIEN; GILSING, 2013).

Num sentido mais profundo, o verdadeiro valor do design é a capacidade de concentrar a atenção nas organizações e em todas as pessoas servidas por elas (BUCHANAN, 2015). Por meio de pesquisas com o usuário e de uma série de outras técnicas o design busca olhar cuidadosamente a experiência dos seres humanos em nossas comunidades (BUCHANAN, 2015), em um processo que considera a empatia (NEW; KIMBELL, 2013), para projetar produtos, sistemas e ambientes que gerem experiências positivas e que satisfaçam as necessidades dos usuários.

O design é uma atividade centrada nas pessoas, um processo de resolução de problemas (BEST, 2015), não se limitando ao projeto de objetos ou adição de estética (MARTINS, MERINO, 2011; BONSIPEPE, 2012). A preocupação em projetar levando-se em conta o usuário, a partir de um enfoque integrador (BONSIPEPE, 2011), faz com que o design seja um campo híbrido, que opera entre corpo e informação, entre artefato, usuário e sistema (CARDOSO, 2012).

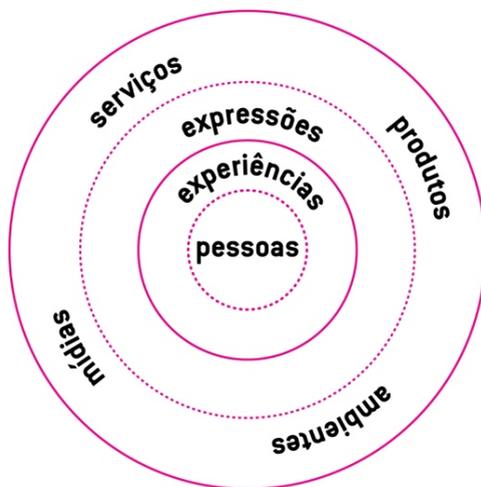
Martins e Merino (2011) citam que o design deve atuar de forma concreta no desenvolvimento de projetos considerando a complexidade dos mesmos. Para isso, o pensamento sistêmico, considerando as interconexões e relações entre os diversos atores envolvidos em um projeto de design, contribui para que o design seja capaz de atuar na resolução de problemas considerando toda a sua complexidade (CARDOSO, 2012).

O *World Design Organization* (2016) coloca que o Design Industrial é um processo estratégico de resolução de problemas que impulsiona a inovação e gera uma melhor qualidade de vida por meio do projeto de produtos, sistemas, serviços e experiências inovadores. Ainda, a palavra design contém no seu sentido dois significados diferentes, descrevendo tanto o processo de fazer coisas, quanto os produtos gerados nesse processo (BEST, 2015). O Design não pode ser considerado somente como uma função técnica, descrevendo o que os designers

fazem, mas um meio de pensar que coloca os consumidores no centro dos processos decisórios (KAWAR; AFTAB, 2016). É uma profissão transdisciplinar que aproveita a criatividade para resolver problemas e co-criar soluções com a intenção de tornar um produto, sistema, serviço, experiência ou um negócio melhor, reformulando problemas como oportunidades e fornecendo valor e vantagem competitiva nas esferas econômicas, sociais e ambientais (WORLD DESIGN ORGANIZATION, 2016).

Best (2015) aponta que atualmente o foco do design está em melhorar serviços e experiências para os consumidores, assim como criar estratégias mais eficientes e que gerem menos resíduos tanto no setor privado, como no setor público. Quando se coloca que o design visa melhorar experiências, é importante apontar que não se pode controlar as experiências subjetivas das pessoas, mas sim influenciar essa experiência por meio de diferentes aspectos como som, cheiro, textura, entre outros aspectos estéticos e sensoriais, presentes no projeto de produtos, ambientes, serviços e diferentes mídias (SURI, 2003). Na Figura 4, pode-se visualizar um modelo conceitual contendo alguns dos diferentes aspectos que podem influenciar as experiências. Nessa figura, as pessoas são colocadas no centro, em seguida aparecem as experiências, que são envolvidas pelas expressões, presentes no projeto de produtos, serviços, mídias e ambientes.

Figura 4: Design para a experiência



Fonte: SURI (2003, p. 40, tradução nossa)

Assim, o design busca projetar objetos, materiais gráficos, serviços, ambientes, sistemas, que resultam em experiências, tendo como foco as necessidades dos usuários. Utiliza-se de técnicas que visam obter empatia com o usuário para melhorar a compreensão dessas necessidades. Procura entender os problemas e buscar soluções criativas, considerando os diferentes atores envolvidos no sistema para propor soluções que gerem valor social, econômico e ambiental.

O significado da palavra design vem se modificando com o passar dos anos, revelando a natureza ampla e as diferentes funções do design na indústria e na sociedade (COOPER; PRESS, 1995), fazendo com isso que os conceitos de gestão dessa atividade também se modifiquem (BEST, 2015; SUN; WILLIAMS; EVANS, 2011). A seguir será apresentado um breve histórico da gestão de design, como forma de demonstrar a evolução que a área vem sofrendo ao longo dos anos.

2.1.2 Histórico da gestão de design e sua evolução

As origens da gestão de design estão associadas a países da Europa e Estados Unidos, e ligadas ao contexto da Revolução Industrial (BEST, 2015). Nessa época, o termo se referia ao gerenciamento das relações entre as agências de design e seus clientes (MOZOTA, 2003). Diferentes pesquisadores e profissionais procuraram ao longo dos anos definir o que é bom sobre o design ou que seria um bom design, porque o design é importante e como e porque o design deve ser gerenciado (BEST, 2015). No entanto, a ideia de que o design deve ser gerenciado ainda encontra resistência, ao mesmo tempo em que novas maneiras de perceber o design vem surgindo, e modificando o significado da gestão de design (BEST, 2015).

O termo “*Design Management*” como conceito e descrição de uma atividade foi utilizado pela primeira vez em 1965, durante o lançamento do *Presidential Prize for Design Management*, pela *Royal Society of Arts* – RSA, na Inglaterra (COOPER, JUNGINGER, 2013; BEST, 2015).

No ano seguinte, Michael Farr publicou o livro *Design Management*. Nessa publicação, Farr argumenta que a gestão de design deve ser uma atividade executada de forma consciente na indústria (COOPER; JUNGINGER, 2013). O autor expõe as razões para que as indústrias se utilizem do design para desenvolver seus produtos, além de enumerar as atividades do gestor de design e relatar alguns estudos de caso de gestão de design (COOPER; JUNGINGER, 2013). Cooper e Junginger (2013) apontam que as colocações de Farr ainda possuem relevância na área de gestão de design atualmente.

Em 1972, o *Council of Industrial Design* – CID, fundado em 1944 para promover o design, como forma de melhorar a qualidade dos produtos ingleses, foi renomeado Design Council (BEST, 2015).

Nesse mesmo ano, Victor Papanek publicou o livro *Design for the Real World* (Design para o Mundo Real) (BEST, 2015), onde proclamou que os designers saíssem de seus escritórios e passassem a projetar soluções para o mundo real (CARDOSO, 2012). Nesse livro, o autor faz uma crítica ao design industrial, quando coloca que os designers ao projetarem, devem pensar no impacto que irão gerar na sociedade e no meio ambiente, ao invés de somente privilegiar a indústria (BEST, 2015).

Em 1975, o DMI foi fundado em Boston – Estados Unidos. O DMI busca unir executivos de design corporativo, promovendo um fórum de discussão, com o objetivo de aumentar a consciência do design como parte essencial da estratégia de negócios (BEST, 2015). O DMI, por meio da promoção de conferências acadêmicas e profissionais, bem como estimulando publicações como a revista *Design Management Review*, vem, desde sua fundação, estimulando a ampliação do conhecimento e divulgação da gestão de design.

Nas décadas de 1970 e 1980, foram iniciadas algumas pesquisas acadêmicas em gestão de design, podendo considerar como fatos relevantes: a admissão de Peter Gorb, em 1976, como professor de design na *London Business School* – LBS (BEST, 2015); e no mesmo ano, o início de um programa formal de pesquisa em gestão de design, coordenado por Alan Topalian, com o objetivo de promover um espaço de discussão entre executivos e designers (BEST, 2015). Em 1983, Colin Clipson, diretor do Laboratório de Pesquisas em Arquitetura e Planejamento da Universidade de Michigan, iniciou o projeto *Research into the Competitive Edge: The Role of Design in the American Corporation*. Esse projeto, pode ser considerado como um dos mais influentes mundialmente, na busca da sensibilização as empresas sobre a importância da gestão de design. O conhecimento produzido por meio desse projeto estimulou o debate nas décadas de 1980 e 1990 sobre o que é a gestão de design (COOPER, JUNGINGER, 2013; BEST, 2015).

Na década de 1990, pode-se citar como fatos relevantes a publicação do livro *Design Management: a Handbook of Issues and Methods*, editado por Mark Oakley. Nesse livro, pode-se perceber claramente textos que destacam o valor do design para os gestores, bem como o valor que o gerenciamento possui para o design. Este primeiro manual de gestão de design revelou um grupo de pesquisadores ativos sobre o tema, responsáveis pelo crescimento de uma disciplina madura e que ajudaram a formar a base para uma série de publicações sobre gestão

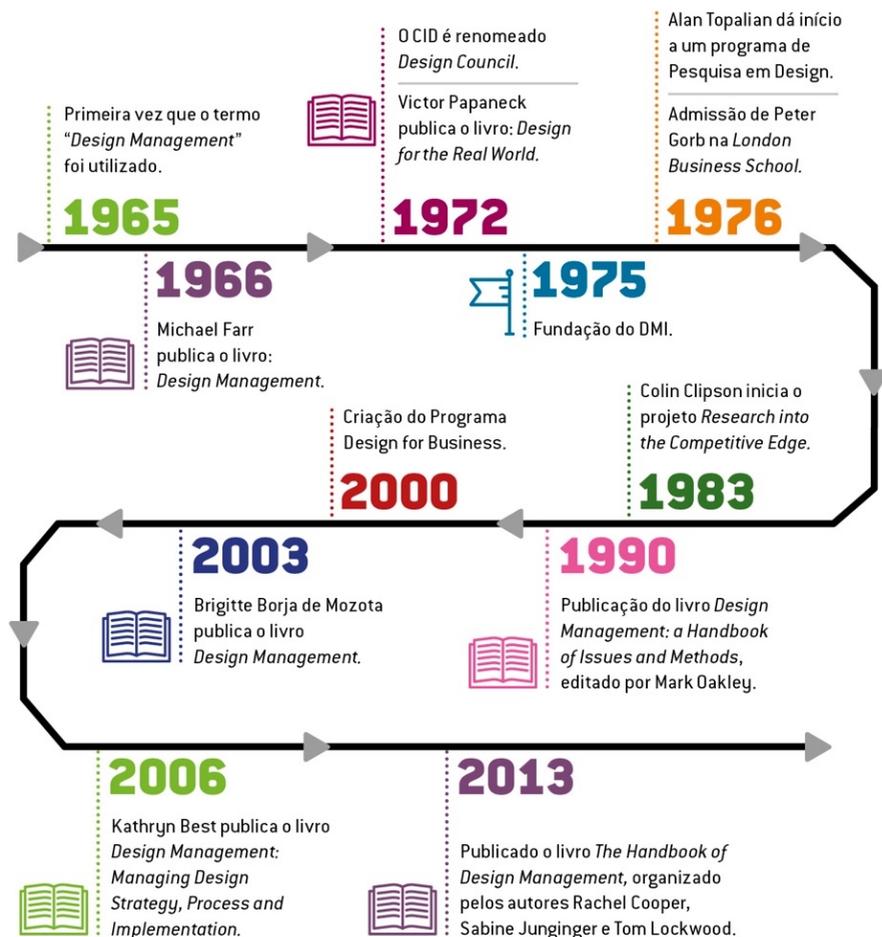
de design e outros tópicos relacionados (COOPER, JUNGINGER, 2013; BEST, 2015). Também são criadas duas instituições que buscam promover a gestão de design: o *Design Futures Council* – DFC, nos Estados Unidos e a rede *Design for the World*, em Barcelona (BEST, 2015).

A partir dos anos 2000, pode-se destacar a criação do programa *Design for Business* pelo *Design Council* e a publicação do livro *Design Management*, da autora Brigitte Borja de Mozota (BEST, 2015). Em 2005, a Universidade de Oxford – *Saïd Business School* cria o *Design Leadership Fellowship* (BEST, 2015) e o Instituto de Design da Universidade de Stanford funda a D-school, com o objetivo de avançar os estudos em inovação multidisciplinar (BEST, 2015). Também nesse ano, é fundada a *RED Unit*, pelo *Design Council*, que pretende desafiar o pensamento atual dos problemas sociais e econômicos explorando novas soluções por meio de práticas inovadoras de design (BEST, 2015). Em 2006, a autora Kathryn Best publica o livro *Design Management: Managing Design Strategy, Process and Implementation* (BEST, 2015).

Em 2013, é publicado o livro *The Handbook of Design Management*, organizado pelos autores Rachel Cooper, Sabine Junginger e Tom Lockwood (BEST, 2015), que traz em seus conteúdos uma visão mais atual da gestão de design, considerando a sua atuação no design do projeto não só de objetos tangíveis, mas considerando o projeto de toda a experiência do usuário, incluindo aqui elementos intangíveis que devem ser considerados.

Na Figura 5 pode ser visualizado um resumo do histórico (linha do tempo) apresentado anteriormente.

Figura 5: Linha do tempo da Gestão de Design



Fonte: a autora, com base em Best (2015); Cooper, Junginger (2013)

É visível que o design vem extrapolando seus domínios para projetar além de objetos tangíveis, o que faz com que a gestão de design precise modificar-se para um novo modelo (CAI; LI, 2016; COOPER, JUNGINGER, LOCKWOOD, 2010). Mozota (2008) coloca que o design vem experimentando uma mudança de paradigma, passando de uma profissão baseada em atividades, para uma profissão baseada em conhecimento. A experiência e o conhecimento tradicionais de design não

são mais adequados para novas formas de projetar como o design de serviços ou o design organizacional (CAI; LI, 2016).

Nesse contexto, os designers precisam utilizar novos métodos e ferramentas, muitas vezes importados de outras áreas de conhecimento com o objetivo de melhorar as suas práticas (MOZOTA, 2008), assim como necessitam interagir com profissionais de outras áreas (CAI; LI, 2016). No entanto, Mozota (2008) destaca que existem conhecimentos específicos e próprios do campo do design, como a habilidade de interpretar as observações coletadas junto aos usuários durante as fases iniciais de projeto e transformá-las em ideias, cenários futuros, conceitos, processos, novos produtos e serviços.

Mozota e Kim (2009) trazem um resumo do histórico de desenvolvimento da gestão de design, que pode ser visualizado no Quadro 2.

Quadro 2: Desenvolvimento histórico da gestão de design

Período	Principal perspectiva	Papel do design	Foco da Gestão de Design	Cases
1940s a 1950s	Design como função	Qualidade do produto	Nenhum	AEG, Olivetti
1960s a 1970s	Design como estilo	Comunicação de qualidade	Gestão de projeto	Alessi, Braun
1980s a 1990s	Design como processo	Inovação	NPD (<i>New product Development</i>), Gestão inovadora	Philips, Sony
1990s a 2000s	Design como liderança	Estratégia criativa	Marca	Apple
2000s até o momento	<i>Design thinking</i>	Novo modelo de negócios	Organização criativa	IDEO

Fonte: MOZOTA; KIM (2009, p. 68, tradução nossa)

No Quadro 2, pode-se observar que a partir do ano 2000, a gestão de design passa a ter como foco as organizações criativas, desenvolvendo novos modelos de negócios sob a perspectiva do *design thinking*.

The future of design management should become increasingly research based, and go beyond day-to-day design practices. The territory of design science would be easier to describe and to enlarge

if explored from other perspectives than that of the output of the design process – the object or artefact – and that of a designer’s capabilities. Design thinking can therefore be applied to building design science and for imagining the potential of this science in all other sciences and client/user contextual activities. (MOZOTA, 2008, p. 37)¹¹

Ainda, é válido citar o estudo feito pelos autores Erichsen e Christenden (2013), que a partir de uma revisão de literatura nos principais jornais da área, identificaram quatro mudanças referentes ao desenvolvimento da gestão de design:

- 1) O design, que antes possuía disciplinas de design específicas, passa a constituir-se com um foco mais genérico e integrador.
- 2) A gestão de design começa a delinear-se como uma disciplina com conceitos e questões de pesquisa próprias.
- 3) A criação de valor para as organizações por meio da gestão de design passa a ser não somente o gerenciamento de processos de design, mas a adição de valor por meio do *design thinking* para a criação de novos modelos de negócios.
- 4) A gestão de design reflete uma perspectiva mais sistêmica, capaz de gerar valor nas organizações tanto internamente, como externamente.

Deve-se considerar que o modo como é aplicada a gestão de design varia de acordo com diferentes culturas, sociedade e economias, fazendo com que as teorias desenvolvidas em diferentes países devam ser interpretadas e aplicadas diferentemente dependendo do contexto (SUN; WILLIAMS; EVANS, 2011).

Outro fator a ser considerado, refere-se à maneira como o design deve ser introduzido nas organizações. Para Best (2015) e Mozota (2003) é importante que isso seja feito de maneira gradual e responsável. Pode-se começar por um projeto e, aos poucos, ir aumentando a participação do design na empresa (MARTINS; MERINO, 2011).

¹¹ Tradução: “O futuro da gestão de design deve tornar-se cada vez mais baseado em pesquisas, indo além das práticas de design do dia-a-dia. O território da ciência do design seria mais facilmente descrito e poderia ser ampliado se fosse explorado a partir de outras perspectivas que vão além do resultado do processo de design – o objeto ou artefato –, mas que consideram as capacidades do designer. O *design thinking* pode, portanto, ser aplicado para a construção da ciência do design, assim como pode ser utilizado em outras ciências e atividades baseadas na relação cliente/usuário.”

Com relação às possibilidades de introdução do design nas organizações, Sun, Williams e Evans (2011) colocam que a divisão composta por três níveis (estratégico, tático e operacional) tem ganhado popularidade entre diferentes pesquisadores, considerando diferentes realidades (COOPER, PRESS, 1995; FRANCIS, 2002¹²; TOPALIAN, 1980¹³; BESSANT, BRUCE, 2002¹⁴; MOZOTA, 2003). A seguir, será apresentada essa divisão composta por três níveis de atuação da gestão de design.

2.1.3 Níveis de atuação da gestão de design

O design é uma função, um recurso e uma forma de pensar dentro das organizações e que pode estar inserido nas empresas de acordo com diferentes níveis (BEST, 2015). Mozota (2003) aponta que existem três níveis de gestão de design (Quadro 3) e que correspondem a três níveis de decisão para o gestor de design: estratégico, tático e operacional. Esses níveis também coincidem com os três níveis de criação de valor por meio do design (MOZOTA, 2003).

¹² FRANCIS, David. Strategy and Design. In: BESSANT, John; BRUCE, Margaret. **Design in Business: Strategic Innovation Through Design**. London e New York: Financial Times/prentice Hall, 2002.

¹³ TOPALIAN, Alan. **The Management of Design Projects**. London: Associated Business Press, 1980.

¹⁴ BESSANT, John; BRUCE, Margaret. **Design in Business: Strategic Innovation Through Design**. London e New York: Financial Times Management, 2002.

Quadro 3: Três níveis da gestão de design

<p>VISÃO de Design</p> <p>O Valor de Transformação do Design</p> <p>O design é a competência principal que muda a cadeia de valor do setor e a visão da indústria.</p> <p>GESTÃO DE DESIGN ESTRATÉGICA</p>
<p>FUNÇÃO de Design</p> <p>O Valor de Coordenação do Design</p> <p>O design é uma competência de gestão que muda as atividades de suporte na cadeia de valor.</p> <p>GESTÃO DE DESIGN TÁTICA</p>
<p>AÇÃO de Design</p> <p>O Valor de Diferenciação do Design</p> <p>O Design é uma competência econômica que muda as atividades primárias na cadeia de valor.</p> <p>GESTÃO DE DESIGN OPERACIONAL</p>

Fonte: Mozota (2003, p. 259, tradução nossa)

Com base no Quadro 3, pode-se perceber que a Ação de Design corresponde ao nível operacional. Nesse estágio, o design se manifesta em produtos, serviços e experiências, na implementação de projetos e processos que o consumidor pode “tocar” (BEST, 2015). O impacto do design pode ser observado na oferta de produtos e serviços da empresa (MOZOTA, 2003). No nível operacional, a principal atividade consiste em administrar projetos individuais de design (COOPER; PRESS, 1995). Na Função de Design, o design impacta a organização nos métodos de coordenação (MOZOTA, 2003). Nesse nível, que também é denominado tático, o design se integra em todas as funções da organização (COOPER; PRESS, 1995), permeando equipes, processos e sistemas da empresa

(BEST, 2015). Já na Visão de Design, o design impacta o ambiente onde a organização está inserida (MOZOTA, 2003). Esse nível, é considerado estratégico e representa o nível mais alto em que o design pode inserir-se nas organizações, sendo responsável por embutir nas empresas uma visão de design de longo prazo (COOPER; PRESS, 1995), fazendo parte da política e missão da organização (BEST, 2015).

Miller e Moultrie (2013), a partir da análise de diversos autores (BEST, 2015; MOZOTA, 2003; BESSANT, BRUCE, 2002¹⁵; BRUCE, COOPER, 1997¹⁶; COOPER ET AL., 2003¹⁷; COOPER, PRESS, 1995; MONTAÑA, GUZMÁN E MOLL, 2007¹⁸; OLINS, 1985¹⁹; TOPALIAN, 1986²⁰; TOPALIAN, 1994²¹; VAZQUEZ E BRUCE, 2002²²; JUN, 2008²³; CHIVA E ALEGRE, 2007²⁴) formularam um Quadro (Quadro 4) com as atividades realizadas pela gestão de design em relação aos 3 níveis de atuação da gestão de design – Operacional, Tático e Estratégico.

¹⁵ BESSANT, John; BRUCE, Margaret. **Design in Business: Strategic Innovation Through Design**. London e New York: Financial Times Management, 2002.

¹⁶ BRUCE, Margaret; COOPER, Rachel. **Marketing and Design Management**. Londres: Thompson Business Press, 1997

¹⁷ COOPER, Rachel et al. Managing design in the extended enterprise. **Building Research & Information**, [S.I], v. 31, n. 5, p.367-378, jan. 2003. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/0961321032000107555>.

¹⁸ MONTAÑA, Jordi; GUZMÁN, Francisco; MOLL, Isa. Branding and design management: a brand design management model. **Journal of Marketing Management**, [S.I], v. 23, n. 9-10, p.829-840, nov. 2007. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1362/026725707x250340>.

¹⁹ OLINS, Wally. The Mysteries of Design Management Revealed. **Journal Of The Royal Society Of Arts**, [s.i.], v. 133, n. 5342, p.103-114, jan. 1985.

²⁰ TOPALIAN, Alan. The documentation of corporate approaches to design management to share experience and improve performance. **Engineering Management International**, [S.I], v. 4, n. 1, p.51-60, out. 1986. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0167-5419\(86\)90007-4](http://dx.doi.org/10.1016/0167-5419(86)90007-4).

²¹ TOPALIAN, Alan. **The Alto Design Management Workbook**. London: Alto, 1994.

²² VAZQUEZ, Delia; BRUCE, Margaret. Exploring the retail design management process within a UK food retailer. **The International Review Of Retail, Distribution And Consumer Research**, [S.I], v. 12, n. 4, p.437-448, jan. 2002. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09593960210151199>.

²³ JUN, Cai. An Evaluation of the Positional Forces Affecting Design Strategy. **Design Management Journal**, [S.I], v. 3, n. 1, p.23-29, fev. 2008. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1948-7177.2008.tb00003.x>.

²⁴ CHIVA, Ricardo; ALEGRE, Joaquín. Linking design management skills and design function organization: An empirical study of Spanish and Italian ceramic tile producers. **Technovation**, [S.I], v. 27, n. 10, p.616-627, out. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.technovation.2007.05.015>.

Quadro 4: Resumo da literatura das atividades de gestão de design em relação aos três níveis

Atividade	Estratégia	Política	Planejamento	Estrutura	Finanças	Recursos humanos	Comunicação	Projetos/ programas	Avaliação
Nível Estratégico	Definir e incorporar uma "visão" coerente do design na estratégia corporativa, relativa aos produtos, à comunicação e ao ambiente.	Auditoria e aprovação de políticas e métricas de design corporativo. Incluindo padrões de qualidade, aspectos legais e ambientais.	Programar projetos, fazer auditorias e definir objetivos e requisitos para otimizar o uso dos recursos de design.	Representar o design no nível sénior, estabelecer a hierarquia do projeto e selecionar o designers para o nível sénior.	Certificar-se de que o design possui recursos disponíveis. Aprovar os critérios de desempenho, incluindo quais as métricas para medir o desempenho do design.	Posicionar o design e desenvolver um ambiente de apoio.	Comunicar a visão do design. Assegurar uma comunicação coerente dos valores da marca.	Rever/ determinar futuras prioridades com base em objetivos corporativos.	Avaliar o desempenho em relação a metas estratégicas com auditorias. Rever a eficiência organizacional na utilização do design.
Nível Tático	Fazer auditoria de design para informar a estratégia. Coordenar e integrar a estratégia em todas as funções do negócio.	Desenvolver uma política coordenada de design corporativo.	Planejar e controlar. Estabelecer requisitos de orçamento e de recursos.	Especificar e recrutar gerente de design experiente. Formular a equipe de projeto. Estabelecer regras e responsabilidades.	Desenvolver e negociar orçamentos para garantir o financiamento de design adequado.	Otimizar a conscientização da importância do design para facilitar a integração e co-criação eficaz.	Assegurar que o conhecimento do projeto seja disseminado internamente e externamente para os stakeholders.	Desenvolver o briefing de design, coordenar o envolvimento entre os diversos departamentos e funções, particularmente entre o marketing e produção.	Gerar diretrizes e avaliar regularmente os resultados do projeto, para que haja aprendizagem.
Nível Operacional	Contribuir para a estratégia de design pesquisando tendências e mercados atuais. Definir design para produto, marca e comunicáveis.	Informar políticas e desenvolver procedimentos de documentação e controle.	Programar, gerenciar e rever projetos.	Criar protocolos e selecionar designers, equipes e consultores.	Estimar e gerenciar recursos de projeto.	Integrar o design entre as funções de design, além de programas de treinamento.	Controlar a documentação e as diretrizes de comunicação, além dos stakeholders.	Instigar pesquisas e desenvolver o briefing. Custear e monitorar as atividades.	Rever especificações de design, para que o design final corresponda ao briefing.

Fonte: Miller; Moultrie (2013, p. 163, tradução nossa)

No entanto, Sun, Williams e Evans (2011) fazem algumas ressaltavas quanto a utilização dessa divisão em 3 níveis, quando apontam que a mesma pode limitar o escopo do design às fronteiras organizacionais, argumentando que o gestor de design precisa, muitas vezes, lidar com diferentes fatores externos à organização, como clientes, mercados, fornecedores e inovações. Best (2015) aponta que muitas vezes, a gestão de design necessita transcender regras e se adaptar a diferentes situações.

Para entender o contexto em que o design está ou será inserido, compreendendo os fatores internos e externos à organização, identificando e comunicando os caminhos pelos quais o design pode contribuir para a empresa (MOZOTA, 2003) é necessário que a primeira atividade de gestão de design seja um diagnóstico de design (GIMENO, 2000; CENTRO PORTUGUÊS DE DESIGN, 1997; ODA, 2010). No próximo tópico serão apresentadas as visões de diferentes autores sobre essa temática.

2.1.4 Diagnóstico de design

A gestão de design não se resume somente a atribuir rotinas administrativas, gerenciar recursos humanos e financeiros ou outras tarefas administrativas. O gestor de design deve ser capaz de compreender o contexto onde a organização está inserida, bem como os fatores internos e externos que podem influenciar a atividade de design, para que possam ser visualizadas oportunidades de atuação do design de acordo com os objetivos estratégicos da empresa.

As oportunidades de design podem estar relacionadas tanto às questões internas à organização – nome e marca da empresa, objetivos estratégicos, estratégia no nível operacional –, quanto às questões externas a organização – mudanças nas políticas locais, nacionais ou internacionais, mudanças econômicas, mudanças culturais, diferentes tendências, tecnologias, mudanças na legislação. Além disso, oportunidades valiosas e ricas para o design podem vir da observação dos consumidores – o jeito como se comportam ou como utilizam um produto –, ou até mesmo a partir do envolvimento dos consumidores no desenvolvimento de produtos ou serviços. (BEST, 2015).

Para Martins e Merino (2011), um dos papéis da gestão de design é identificar e comunicar as formas pelas quais o design pode contribuir para o valor estratégico da empresa. Identificar como e onde o design pode contribuir nas organizações começa com o entendimento da

empresa, dos negócios em que ela opera e dos seus consumidores (BEST, 2015). Essa identificação é primordial para transformar problemas de design – ou oportunidades de design – em soluções de design (BEST, 2015).

O diagnóstico permite que seja realizada uma “[...] análise da situação, frente à problemática que originou a demanda, utilizando-se de ferramentas e técnicas de levantamento de informações” (MERINO; MERINO; FIGUEIREDO, 2007, p. 35).

Para Oda (2010), o diagnóstico de design pode ser considerado como uma etapa pré-projetual, pois seria realizado antes do *briefing*. A autora ainda coloca que o diagnóstico deve contemplar variáveis humanas, econômicas, sociais, culturais, tecnológicas, produtivas, estéticas, simbólicas, comunicacionais e mercadológicas, dentre outras, relacionadas aos ambientes internos e externos da organização. Para Martins e Merino (2011), considerar essas variáveis possibilita que o designer amplie seu foco de atuação, passando de um profissional focado em problemas, para um profissional que projeta soluções inteligentes.

Merino, Merino e Figueiredo (2007, p. 35) apontam que o diagnóstico “[...] é fundamental para (re) conhecer as variáveis, os atores diretos e indiretos, suas capacidades e limitações, suas expectativas e projeções, dentre outros fatores”.

Best (2015) considera três passos para conduzir um diagnóstico de design:

- **Etapa 1:** Nessa etapa, é importante que o designer possa obter um panorama geral da organização, considerando qual o seu tamanho, escala e como ela opera. Identificar a natureza, o papel e a função da empresa, bem como rever sua missão e filosofia corporativa. Também é importante observar a estrutura da empresa, assim como os mercados onde ela atua, ou poderá atuar.
- **Etapa 2:** Busca compreender como a organização é percebida internamente e externamente. Geralmente são feitas entrevistas com o diretor da empresa, e quando existentes, o diretor de design e gerente de design, bem como outros trabalhadores que forem considerados relevantes. Também devem ser realizadas entrevistas com consumidores atuais, bem como potenciais consumidores.
- **Etapa 3:** A última etapa apontada pela autora consiste em um diagnóstico visual de itens que podem ser relevantes quanto ao uso do design pela organização. Isso inclui a identidade visual da

empresa, seu nome e estilo da marca, materiais impressos, embalagens, anúncios e mídias digitais, uniformes. Também devem ser observados os ambientes internos e fachada, bem como os serviços prestados ao consumidor e o comportamento dos trabalhadores.

Ao final do diagnóstico de design, os resultados são compilados, analisados e avaliados, para que possam ser feitas recomendações de algumas ações a serem efetuadas (BEST, 2015). O diagnóstico de design permite identificar como e onde a empresa utiliza o design, assim como pode apontar como isso pode ser melhorado por meio de recomendações específicas (BUCOLO; MATTHEWS, 2011). Ao final, é redigido um relatório contendo o propósito do diagnóstico, o processo que foi efetuado, os resultados encontrados e recomendações estratégicas de curto, médio e longo prazo (BEST, 2015).

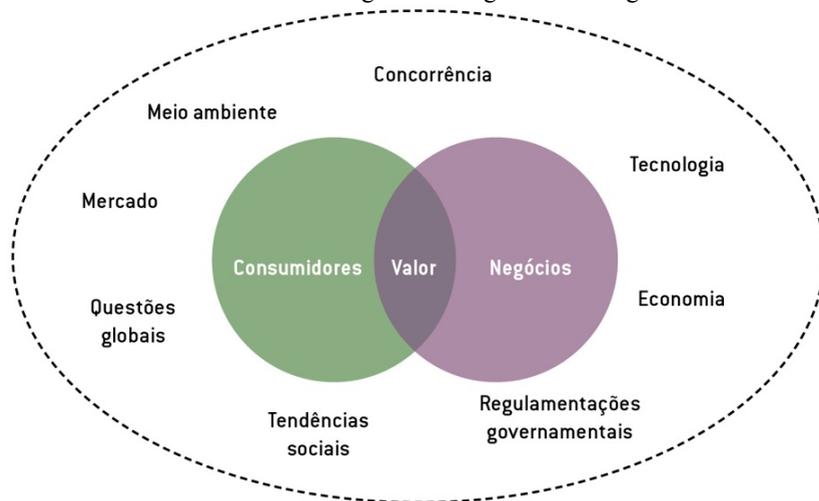
Dalbeto e Gonçalves (2011) destacam que o diagnóstico é importante para que a gestão de design possa ser aplicada de acordo com o contexto e realidade de cada organização.

[...] a Gestão se insere nas organizações baseando-se no posicionamento adotado por cada uma, e não como um instrumento pré-determinado e facilmente implantável, pois é único a cada instituição, tomando como base o perfil diagnosticado para a realização dos planejamentos das metas e mudanças a serem realizadas, objetivando melhorias na estrutura interna e resultados positivos no posicionamento externo (DALBERTO; GONÇALVES, 2011, p. 42).

A gestão de design deve considerar o contexto onde a organização está inserida, bem como as necessidades da empresa e dos consumidores. O diagnóstico ajuda na identificação dessas variáveis. Na Figura 6 é possível visualizar alguns dos fatores que devem ser considerados no diagnóstico. Best (2015) aponta: “*Managing design in a way that takes into account the bigger picture can provide valuable competitive advantage to the client organization*”²⁵.

²⁵ Tradução: Gerenciar o design de uma forma que leva em conta uma visão do todo pode fornecer uma vantagem competitiva valiosa para a organização.

Figura 6: Variáveis externas e internas de uma organização consideradas no diagnóstico de gestão de design



Fonte: Best (2015, Location 700, tradução nossa)

Também é importante salientar que o diagnóstico é realizado muitas vezes por consultores externos à organização. Como benefícios da consultoria externa pode-se citar: liberdade para propor ações sem a pressão interna que poderia ocorrer no caso de o diagnóstico ser realizado pela própria empresa; o olhar renovado de uma consultoria externa pode ajudar a olhar os problemas sob uma nova perspectiva, bem como propor novas soluções. No entanto, é sempre importante que o diagnóstico, mesmo quando realizado por uma consultoria externa, possa envolver membros da organização na sua elaboração. As pessoas estarão mais propensas a entender a estratégia de design formulada no diagnóstico, se também se sentirem parte do processo de elaboração do mesmo. (BEST, 2015).

O diagnóstico de design fornece ao gestor de design um panorama do estado atual em que se encontra a organização, tanto internamente, como em relação ao ambiente externo. Também é importante, para obter conhecimento sobre os consumidores atuais e potenciais da empresa, bem como entender como a empresa entende e aplica o design nos níveis operacional, tático e estratégico. Esse entendimento, é necessário para desenvolver projetos de design de maneira estratégica e que possam gerar um impacto positivo na organização.

2.2 DESIGN DE SERVIÇOS

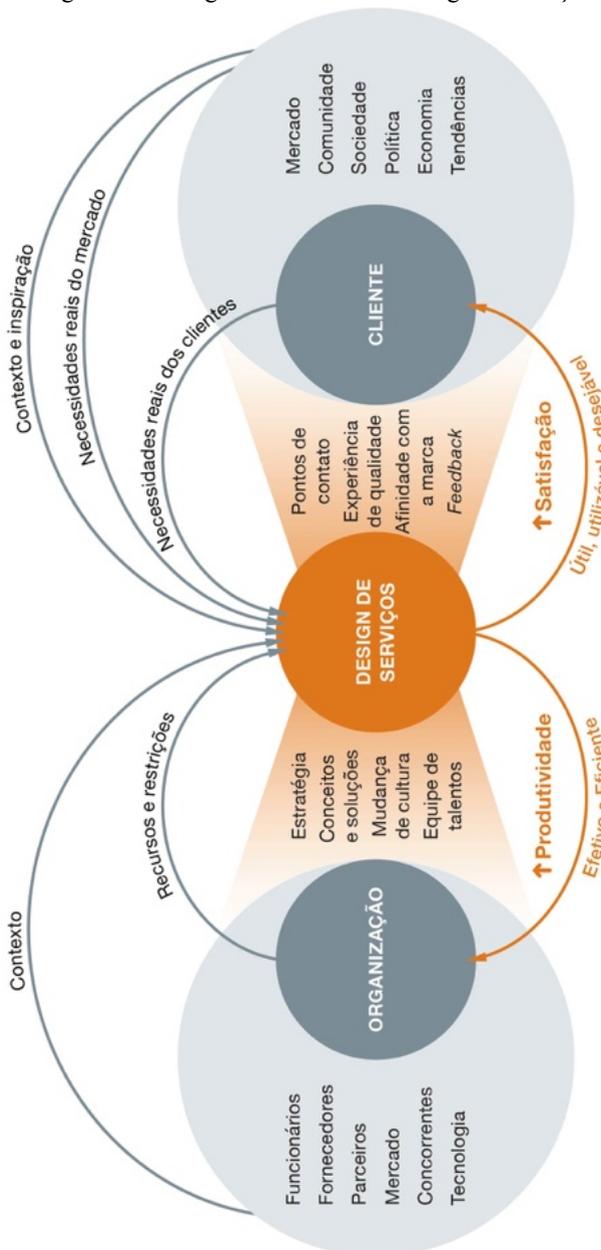
O *Design Council* (2015) aponta que o design de serviços procura fazer serviços utilizáveis, fáceis e desejáveis. Para isso, planeja e organiza pessoas, infraestrutura, comunicações e recursos de um serviço para melhorar a qualidade e as interações entre consumidores e empresas (SERVICE DESIGN NETWORK, 2015).

O objetivo das metodologias de design de serviços é que a funcionalidade e a forma dos serviços possam ser projetados de acordo com as necessidades dos usuários (MAGER, 2008). Procura assegurar que as interfaces dos serviços sejam úteis, utilizáveis e desejáveis pela perspectiva dos usuários, e eficientes, efetivas e distintas do ponto de vista do provedor de serviços (MAGER, 2008). Nesse processo, aplica abordagens de design exploratória, geradora e avaliativa (MAGER, 2008). Para Mager (2008), a reestruturação de serviços já existentes é um desafio tão grande quanto o desenvolvimento de novos serviços.

Holmlid e Evenson (2008) colocam que o design de serviços aplica sistematicamente os métodos de design para o projeto de serviços, e assim como a indústria e a engenharia dependem do design industrial, a indústria de serviços precisa desenvolver, integrar e utilizar o design como uma ferramenta-chave.

Moritz (2005) propôs um modelo que ajudar a entender o papel do design de serviços como mediador entre organizações e clientes (Figura 7). Nessa figura, os conceitos em laranja representam o design de serviços e os benefícios que ele pode gerar para organizações e clientes. Já os conceitos em cinza representam organizações e clientes, considerando seus recursos, suas limitações e o contexto no qual estão inseridos.

Figura 7: Visão geral do modelo de design de serviços



Fonte: Adaptado de Moritz (2005, p. 152-153, tradução nossa)

Stickdorn (2014) estabeleceu cinco princípios-base que norteiam o modo de pensar necessário para o design de serviços, que foram complementados com as diferentes visões de outros autores:

1. **Centrado no usuário:** busca entender quem é o usuário do serviço e quais são as suas necessidades (STICKDORN, 2014). Para melhorar ou criar novos serviços, os designers de serviço investem grande parte do tempo e recursos do projeto com o intuito de entender o serviço sob o ponto de vista do usuário (KIMBELL, 2011).
2. **Cocriativo**²⁶: procura incluir as pessoas envolvidas com o serviço, sejam elas trabalhadores ou até mesmo usuários na criação ou melhoria do serviço. É importante que nesse processo haja um ambiente favorável para geração e avaliação de ideias dentro de grupos heterogêneos, como grupos compostos de funcionários, gerentes e usuários (STICKDORN, 2014). Assim, tanto funcionários e gerentes das empresas quanto usuários podem contribuir no processo de criação ou melhoria de um serviço. Muitas vezes, essa contribuição acontece por meio de *workshops*²⁷. Nesse sentido, os designers procuram fazer com que informações complexas expostas tanto por funcionários como por gerentes e usuários sejam apresentadas de maneira visual com o intuito de transformá-las em uma linguagem acessível a diferentes públicos (KIMBELL, 2011). A compreensão e visualização das informações por diferentes públicos é parte importante do design do serviço, que se utiliza de ferramentas para isso, como, por exemplo, a jornada do usuário (VIS, 2017).
3. **Sequencial:** visualiza os serviços como uma sequência de ações inter-relacionadas que acontecem durante determinado período de tempo (KIMBELL, 2011; STICKDORN, 2014).
4. **Evidente:** revelar os bastidores do serviço ajuda o usuário a perceber e a entender o que está por trás do serviço, valorizando determinados pontos que poderiam passar despercebidos quando

²⁶ O autor (STICKDORN, 2014) utiliza o termo cocriação para descrever processos onde funcionários, gerentes e usuários ajudam nos processos de criação dos serviços, que acontecem nas fases de projeto do mesmo.

²⁷ Curso de curta duração que envolve estudo e trabalho prático, no qual os participantes partilham experiências (MICHAELIS, 2015).

não são evidentes (STICKDORN, 2014). Outra forma de evidenciar os serviços é por meio dos pontos de contato (KIMBELL, 2011). Para Secomandi (2015), esses pontos de contato são também chamados de interfaces de serviço e compreendem não somente elementos físicos, mas também as experiências que acontecem nos contatos humanos – interfaces humanas – durante a entrega dos serviços. Essa experiência, que acontece por meio de interações humanas, não pode ser “projetada” como os aspectos materiais, no entanto, deve ser considerada no design de serviços, fazendo com que os designers confrontem novos desafios e oportunidades em suas próprias abordagens projetivas.

5. **Holístico:** considera o contexto no qual o serviço ocorre por meio de uma visão holística e sistêmica (STICKDORN, 2014). Para um projeto de design de serviços, devem ser analisados o ambiente onde o serviço acontece, os artefatos físicos utilizados ao longo do serviço, assim como as interações pessoais que acontecem ao longo da jornada do usuário.

O design de serviços busca primeiramente conhecer as necessidades dos usuários. A partir dessa investigação, procura projetar serviços que atendam essas necessidades e que também sejam viáveis e lucrativos para as organizações. Caracterizado como um processo que procura envolver os diversos *stakeholders* na criação ou melhoria dos serviços, o designer é responsável por criar essas oportunidades de colaboração, que geralmente são feitas por meio de *workshops*, onde o designer atua como mediador de processos que visam promover o envolvimento de funcionários e usuários na criação para melhoria ou geração de novos serviços. Por meio de uma visão holística de todo o processo dos serviços, o designer atua conscientemente pensando e projetando quais e como devem ser os pontos de contato que acontecem ao longo do tempo e que tornam o serviço tangível aos usuários.

A seguir, será apresentado um panorama de projetos e ferramentas de design de serviços na área da saúde, e, depois, mais especificamente, em hospitais.

2.2.1 Design de serviços na área da saúde e hospitais

Com a crescente complexidade dos problemas enfrentados pelas organizações de saúde, faz-se necessário obter uma abordagem diferente para resolução de problemas e tomada de decisão. O design de serviços

tem se mostrado uma abordagem capaz de lidar com problemas complexos, catalisando mudanças organizacionais e culturais nesse setor (SERVICE DESIGN NETWORK, 2017; VIS, 2017; LIN et al., 2011). O design em sua essência busca entender as necessidades dos usuários para projetar produtos e serviços de acordo com essas necessidades. No entanto, com relação aos serviços, muitas vezes, algumas mudanças necessárias para que sejam atendidas determinadas necessidades dos usuários dependem de comportamentos e ações dos trabalhadores, exigindo mudanças de comportamento e cultura organizacionais (LIN et al., 2011; BJÖRGVINSSON, 2008).

Em um relatório onde diversos profissionais relataram como estão aplicando o design de serviços no setor da saúde, ficou evidente que o maior impacto dos projetos de design de serviços se referia às mudanças em processos e estruturas da organização, assim como a cultura da mesma, que passou a pensar em valores que priorizassem os usuários (SERVICE DESIGN NETWORK, 2017).

Com relação a processos e mudanças organizacionais, Ding (2015) coloca que a sinergia entre o design do serviço e o gerenciamento de processos tem sido repetidamente defendida na literatura. O autor (DING, 2015) complementa que a interação entre o design de serviços e o gerenciamento de processos ajuda a melhorar ainda mais a qualidade do serviço ofertado.

Um exemplo de mudança em processos, que acabou culminando em uma mudança de cultura organizacional, pode ser visualizado em um projeto da *Mayo Clinic Center for Innovation* chamado *Optimized Care Team*²⁸. O objetivo do projeto era transformar o modelo de atenção primária à saúde centrado na doença de uma pessoa para um modelo que considerasse a saúde geral da comunidade. Um dos aspectos principais desse projeto era testar alternativas, e assim, a cada semana designers de serviço ajudavam as equipes a testar novas maneiras de trabalhar e refletir sobre o que funcionou e o que não funcionou, e o porquê disso. Os designers, nesse caso, atuaram como facilitadores em um processo de design participativo que, de forma iterativa, ajudou a promover transformações na organização por meio de mudanças na maneira de pensar de seus trabalhadores (JUNGINGER; SANGIORGI, 2009). Essas reflexões levaram os trabalhadores a pensar sobre o seu trabalho constantemente, estabelecendo novas relações entre eles e levando a equipe a pensar sobre essas relações (SERVICE DESIGN NETWORK, 2017).

²⁸ Tradução: Equipe de Cuidados Otimizada.

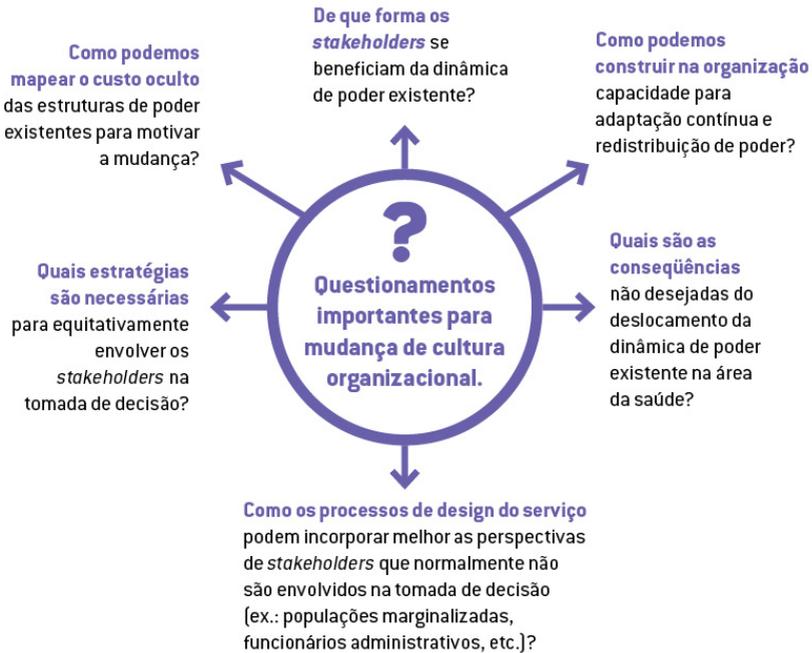
Uma das maneiras de conseguir apoio e colaboração dos trabalhadores para os projetos de design de serviços é por meio da organização de *workshops*. Para Vis (2017), esses *workshops* são uma forma de estimular as ideias de maneira coletiva. A autora (VIS, 2017) coloca que para que esses *workshops* tenham sucesso é necessário considerar com cuidado quem irá participar, bem como entender os papéis hierárquicos desses participantes, pois principalmente na área da saúde, esses papéis podem inibir uma colaboração mais efetiva.

Com relação à participação de pacientes no desenvolvimento de serviços, Souza (2016) coloca que os pacientes manifestam interesse em ajudar a dar forma aos serviços que recebem e desempenham um papel importante e ativo para impulsionar a mudança nos serviços de saúde. Nesse desenvolvimento conjunto, unindo pacientes e prestadores de serviço, o trabalho em equipe é importante, e o respeito mútuo é fundamental.

O Relatório do *Service Design Impact Report: Health Care*²⁹ (SERVICE DESIGN NETWORK, 2017) traz mais alguns exemplos de projetos na área da saúde, que envolveram mudanças na cultura da organização, e coloca que nesses exemplos é possível perceber que o design de serviços pode contribuir para mudança de estruturas de poder dentro das instituições, e assim, contribuir para promover essas mudanças na cultura organizacional. Para que o design de serviços possa funcionar e efetivamente promover mudanças nessas estruturas de poder, é importante que sejam feitos alguns questionamentos, que foram organizados pela pesquisadora em uma síntese visual (Figura 8).

²⁹ Tradução: Relatório de Impacto em Design de Serviços: Área da Saúde.

Figura 8: Questionamentos importantes para mudança de cultura organizacional em projetos de design de serviços



Fonte: a autora, com base em SERVICE DESIGN NETWORK (2017).

Esses questionamentos são importantes para garantir que as soluções propostas nos projetos possam efetivamente ser aplicadas. Como já citado, entendendo que um dos pontos de contato dos serviços é a interação entre trabalhadores e usuários, e que na área da saúde isso é ainda mais evidente, é necessário identificar e compreender as estruturas de poder vigentes na organização (SERVICE DESIGN NETWORK, 2017).

O estudo de caso *Nurse Knowledge Exchange*³⁰ (NKE e NKEplus), Lin et al. (2011) fornece informações práticas sobre como alavancar métodos de projeto de forma multidisciplinar, integrando métodos de gerenciamento de mudanças para implementar com sucesso projetos de design de serviços. Nesse estudo de caso, a melhor maneira de motivar a equipe para implementação do projeto foi por meio da criação de uma base sólida de propósito compartilhado com a equipe de linha de frente.

³⁰ Tradução: Troca de Conhecimento entre Enfermeiras.

As pessoas necessitam perceber e acreditar que existem situações que podem ser melhoradas, assim como entender o seu papel para que essas melhorias aconteçam. Foi observado que os trabalhadores de linha de frente estão tão acostumados aos problemas na sua rotina diária que não conseguem perceber o está acontecendo no seu dia-a-dia. A equipe deve estar ativamente envolvida na compreensão do porquê se pretende inovar e melhorar o serviço, para que o projeto e a mudança possam acontecer e se sustentar a longo prazo. (LIN et al., 2011)

Em alguns casos, a abordagem de design de serviços tem sido utilizada no desenvolvimento de produtos que fornecem serviços. Esse é o caso do desenvolvimento de um Sistema para ser utilizado pelos pacientes no leito hospitalar – *The Smart Bedside Station*³¹. Para o desenvolvimento desse Sistema, foram utilizadas ferramentas como jornada do usuário, mapa de *stakeholders*, *shadowing* e entrevistas, que ajudaram a entender o dia-a-dia de enfermeiros e médicos, assim como pacientes. (YOO et al., 2015)

Outro exemplo ligado à área da saúde, que utilizou a abordagem do design de serviços para conhecer melhor as necessidades dos usuários e contexto do serviço foi o projeto *Better Outcomes in Labor Difficulty*³², que buscou melhorar a qualidade dos cuidados durante o parto, fortalecendo a ligação entre a comunidade e as instalações de saúde na Nigéria e em Uganda. No seu desenvolvimento, foram criados 3 materiais: *Pregnant Purse*³³ – material impresso de leitura fácil, contendo informações iniciais sobre a gravidez, para estimular a leitura e a curiosidade; *The Birth Board*³⁴ – comunicação visual para ser utilizados por médicos e enfermeiros como ferramenta de apoio explicando os estágios da gravidez e do parto; *Family Pass*³⁵ – que seriam como crachás que a grávida e o acompanhante podem utilizar na sua chegada para o parto, contendo informações de identificação, estágio do trabalho de parto e as suas preferências para o parto. No desenvolvimento desses materiais, foram utilizadas ferramentas de design de serviços para identificar facilitadores e barreiras para cuidados de qualidade, assim como para o desenvolvimento de soluções (SALGADO et al., 2017).

Uma ferramenta que é oriunda da administração, mas que vem sendo utilizada cada vez mais em projetos ligados a área da saúde é o *blueprint* de serviços. O *blueprint* de serviços é uma ferramenta

³¹ Tradução: Estação Inteligente de Cabeceira.

³² Tradução: Melhores Resultados para a Dificuldade de Trabalho.

³³ Tradução: Bolsa da Grávida.

³⁴ Tradução: Quadro de Nascimento do Bebê.

³⁵ Tradução: Passe Familiar.

operacional que descreve o serviço em detalhe, ajudando a visualizar os processos da organização sob a perspectiva do usuário. Trata-se de um fluxograma de processos, enfatizando o que é e o que não é visível para o cliente. (KUMAR, STEINEBACH, 2008).

Na pesquisa de Kumar e Steinebach (2008), foi gerado um *blueprint* ideal para diminuir os riscos de erro médico em cirurgias. Inicialmente, foi mapeado como o processo ocorre, gerando um *blueprint* que pode ser examinado, analisado e assim, puderam ser propostas melhorias, que foram colocadas em um novo *blueprint*.

Na pesquisa de Chen e Cheng (2012), foi traçado um *blueprint* do serviço prestado por um hospital a partir de entrevistas com pacientes e trabalhadores do hospital. O *blueprint* de serviço favorece a visualização do processo de serviço e assim facilita que possam ser propostas melhorias nesse processo (CHEN; CHENG, 2012). Após a criação de um modelo de serviço, é fácil determinar a sequência e a interação desses processos (CHEN; CHENG, 2012).

O estudo de Kumar e McKewa (2011) utilizou ferramentas de design de serviços, como o *blueprint* de serviço, para examinar o papel que os enfermeiros nos Estados Unidos possuem ao oferecer cuidados de saúde aprimorados durante e após a internação de pacientes. Assim como no estudo de Kumar e Steinebach (2008), foi traçado inicialmente um *blueprint* para entender o serviço, e após análise foi feito um novo *blueprint* contendo as melhorias propostas.

Pelos exemplos explanados acima, pode-se afirmar que a área da saúde vem reconhecendo o design de serviço, sua aplicação e seu uso. O design de serviços possibilita integrar fatores tangíveis e intangíveis do serviço, considerando a experiência de uso como um todo, para entregar bens e serviços que sejam fáceis de utilizar, úteis e valiosos para o cliente (YOO et al., 2015). O design de serviços considera o negócio e seu cliente, descobre as necessidades dos clientes e o potencial comercial e sugere uma série de processos e métodos para alcançar uma solução (YOO et al., 2015).

2.3 HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Para melhor contextualizar os Hospitais Psiquiátricos torna-se necessário apresentar um panorama histórico de como surgiram essas instituições e de como estão situadas atualmente na Política de Saúde Mental Brasileira. Assim, será primeiro apresentado um panorama histórico mundial, seguido pelos desdobramentos que essa instituição

ocupa hoje no Brasil decorrentes da Reforma Psiquiátrica. Em seguida, será apresentado o que é um Hospital Psiquiátrico e algumas características dos trabalhadores dessa instituição.

2.3.1 Histórico e atual situação dos hospitais psiquiátricos

A loucura recebeu diferentes tratamentos e conotações ao longo da história. Desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, destinados somente a retirar as pessoas do convívio social (SILVEIRA; BRAGA, 2005). No entanto, foi no século XVII, de acordo com Foucault (1979), que ocorreu “a grande internação”, com a construção de diversas casas de internação na Europa. Essas casas, constituíam um espaço de acolhimento, correção e reclusão e recebiam não só os loucos, mas também libertinos, mágicos e ladrões (MACIEL, 2012). Foi nesse momento “[...] em que a loucura foi percebida no horizonte da pobreza e da incapacidade para o trabalho, identificando-se como um problema social” (MACIEL, 2012, p. 74).

As internações nesse período não eram baseadas em critérios médicos, mas na incapacidade dos internos de contribuir para a produção, circulação e acúmulo de riquezas (MACIEL, 2012). Maciel (2012) complementa, quando coloca que, nesse período, acreditava-se que o doente mental deveria ser isolado da família e da sociedade, sob o argumento de que isso seria necessário para a sua própria proteção e da sociedade.

Foi somente a partir do século XVIII que a loucura começou a ser percebida como objeto do saber médico, e que, portanto, seria passível de cura. A partir desse período, os hospitais, locais antes destinados somente ao isolamento de doentes, passaram a ser vistos como locais de “cura” das doenças. (FOUCAULT, 1979). No entanto, nesse período, os loucos ainda eram percebidos como perigosos e inconvenientes, pois não obedeciam às normas sociais, e assim, não poderiam saber a cerca de si próprios, nem da sua doença, fazendo com que o tratamento fosse inteiramente delegado à um especialista (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo vigente de tratamento das doenças mentais começou a ser criticado, assim como o conceito de medicina em geral, que se limitava somente a uma racionalidade terapêutica curativa (MACIEL, 2012). Nesse período, foram desenvolvidas novas abordagens teóricas e técnicas na área da psiquiatria, e que marcaram o surgimento de algumas iniciativas críticas ao modelo hospitalocêntrico, e que iriam culminar futuramente no Movimento da Reforma Psiquiátrica (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Também nesse mesmo período, a partir da criação da OMS, em 1948, surge um novo conceito de saúde, que abrange não somente a cura das doenças, mas considera a saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016). Com relação à saúde mental, pode-se considerar que emergem desse conceito três ideias centrais: a de que a saúde mental é parte integral da saúde em geral, que a saúde mental é mais do que a ausência de doenças mentais, e que a saúde mental está intimamente conectada a saúde física e ao comportamento (HERRMAN; SAXENA; MOODIE, 2005).

Assim, a concepção de prevenção da psiquiatria higienista, cede espaço para o ideal da promoção da saúde mental. “Neste projeto, a psiquiatria não visa simplesmente à terapêutica e à prevenção das doenças mentais, mas constrói um novo objeto: a saúde mental.” (AMARANTE, 1998). Esse ideal vai de encontro ao movimento da Reforma Psiquiátrica, que segundo Amarante (1998), é considerado um processo composto pela crítica e pela prática, que busca o questionamento e a construção de propostas para a transformação do modelo clássico para uma mudança do paradigma da psiquiatria.

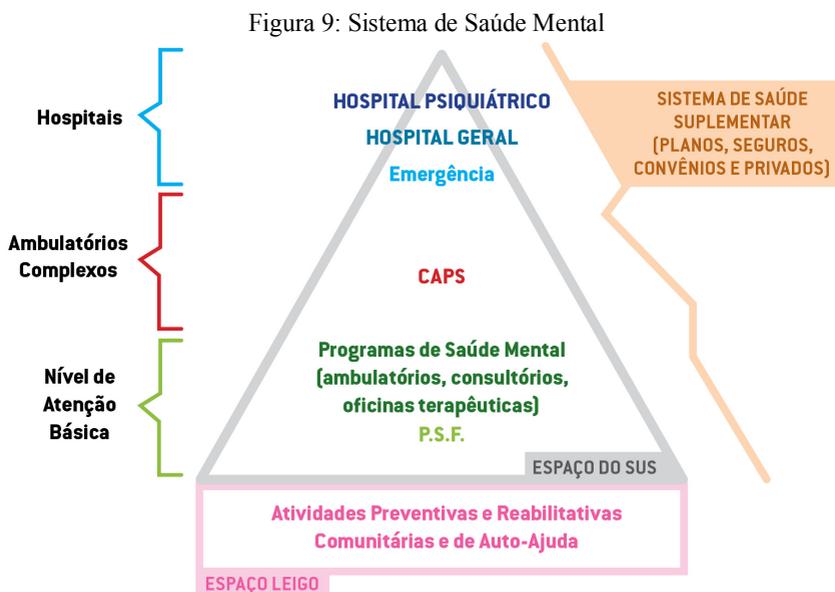
2.3.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e os hospitais psiquiátricos

No Brasil, o movimento pela reestruturação da psiquiatria, surgiu a partir da década de 1960 e culminou na Reforma Psiquiátrica, nos fins da década de 1970 (AMARANTE, 1998). Consolidada a partir da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001b), a Reforma Psiquiátrica busca questionar as internações por longos períodos e a prática médica, humanizando a assistência psiquiátrica, com ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação dos pacientes (MACIEL, 2012).

A Reforma Psiquiátrica prevê uma maior participação dos pacientes e das famílias durante o tratamento em oposição a cultura de internação por longos períodos e propõem uma mudança nos serviços oferecidos ao tratamento de transtornos mentais, com a criação de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico (HIRDES, 2009). Nesse processo, surge a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que conta com diversas estruturas para o atendimento em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; Unidades Básicas de Saúde – UBS; equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF, consultórios na rua, residências terapêuticas, dentre outros (BRASIL, 2011).

Uma forma de representar as diferentes estruturas que constituem

essa rede para atendimento em saúde mental pode ser visualizada na Figura 9. Nessa Figura, a base da pirâmide comporta um maior número de usuários, com serviços de base, enquanto que o vértice comporta as instituições de referência no tratamento psiquiátrico. O fluxo ideal dos pacientes seria pela base da pirâmide, em direção ao ápice, caso necessário, por indicação médica (SERRANO et al., 2004).



Fonte: Serrano et al. (2004, p. 8)

Observa-se que nessa pirâmide, a rede hospitalar para tratamento em saúde mental pelo SUS³⁶ é constituída por (SERRANO et al., 2004):

- **Hospitais Dia:** Recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, oferecendo cuidados intensivos por equipe multiprofissional. Visa substituir a internação integral.
- **Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital-Geral:** Funcionam 24 horas e contam com o apoio de leitos de internações para até 72 horas.

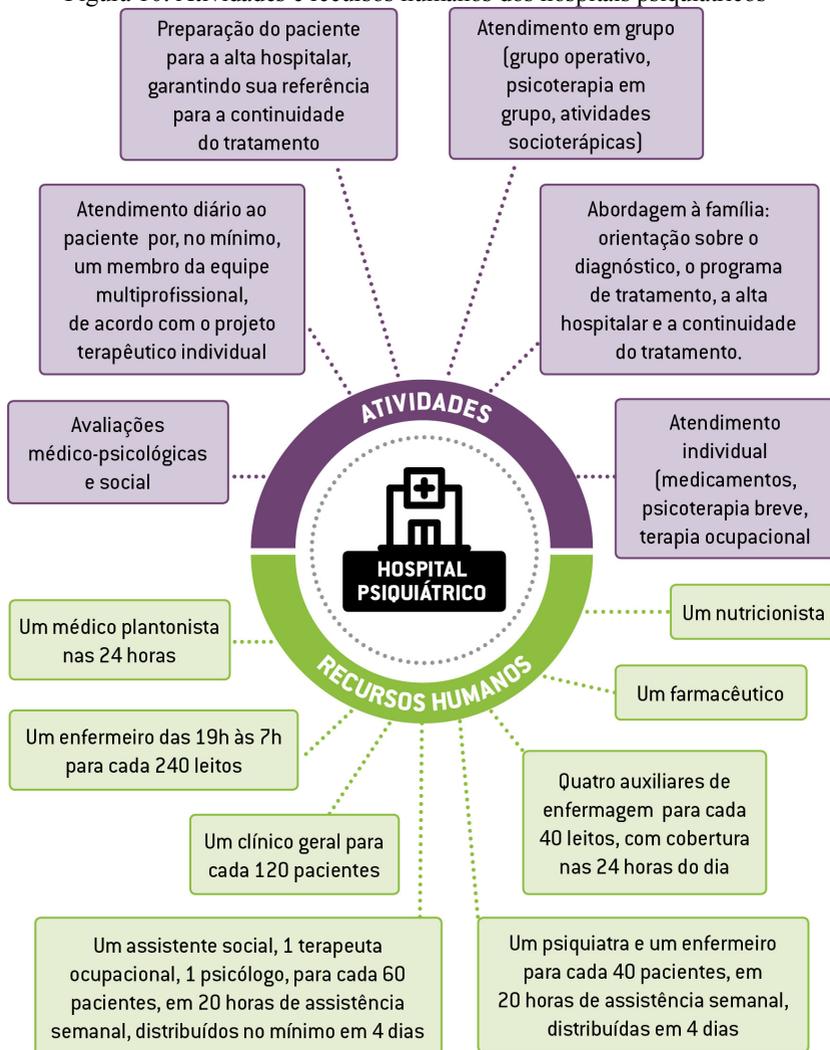
³⁶ “As referências para a organização da rede hospitalar voltada à assistência psiquiátrica pelo SUS são a Portaria MS nº 224 de 23/01/1992 e a Portaria GM nº 251 de 31/01/2002.” (SERRANO et al., 2004, p. 16).

- **Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral:** Devem ser utilizados nos casos em que a internação é necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra hospitalares e de urgência.
- **Hospital Especializado em Psiquiatria:** Representam o topo do sistema na área da saúde mental. A instituição hospitalar deve possuir um projeto terapêutico – conjunto de objetivos e ações, estabelecido e executado por uma equipe multiprofissional – voltado a recuperação dos pacientes.

Ainda com relação aos hospitais psiquiátricos, a Organização Mundial de Saúde os define como instalações hospitalares especializadas, que oferecem serviços de internação e serviços residenciais de longa permanência para pessoas com transtornos mentais. Normalmente, estas instalações são independentes, embora possam ser conectadas a outros serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Em muitos países, continuam a ser o principal tipo de instituição responsável pelos cuidados de saúde mental. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A Portaria n.º 251/GM de 31/01/2002, que regulamenta os hospitais psiquiátricos coloca que “Entende-se como Hospital Psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação” (BRASIL, 2002). Essa mesma portaria, estabelece as atividades e recursos humanos que devem estar contemplados nos hospitais psiquiátricos (SERRANO et al., 2004), e que podem ser visualizados na Figura 10.

Figura 10: Atividades e recursos humanos dos hospitais psiquiátricos



Fonte: a autora, com base em Brasil (2002, p. 3-5)

No Brasil, em virtude do Movimento da Reforma Psiquiátrica, os hospitais psiquiátricos, antes tidos como único local onde seria possível proceder o tratamento dos doentes mentais, vem sofrendo com cortes de verbas e diminuição dos leitos disponíveis (DUARTE; GARCIA, 2013; CANABRAVA et al., 2010). Como parte da política de

desinstitucionalização, defende-se que os leitos em hospitais psiquiátricos sejam substituídos pelo tratamento que envolve a RAPS, além da criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais (BRANDÃO, 2014).

A estratégia do tratamento de saúde mental, considerando a participação ativa da família do paciente, bem como a internação de curta permanência segue uma tendência mundial para tratamento dos doentes mentais. No entanto, cabe ressaltar que no Brasil, grande parte dos governos, ainda não conseguiu implantar a RAPS, fazendo com que os hospitais psiquiátricos, estejam sobrecarregados de pacientes e ao mesmo tempo desprovidos de verba para seu funcionamento (DUARTE, GARCIA, 2013; CANABRAVA et al., 2010).

Na região metropolitana de Florianópolis, onde encontra-se o Hospital objeto de estudo dessa pesquisa – IPq/SC, a realidade encontrada corrobora com os pontos apontados acima, pois não foram implantados até o momento leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, assim como estratégias de desinstitucionalização e CAPS III – estruturas que formam a RAPS (MOURA, 2015).

Assim, podemos levantar como hipótese que muitas pessoas que necessitam de um acolhimento em situação de crise acabam por utilizar a internação no Hospital Psiquiátrico, por não haver outro dispositivo disponível (MOURA, 2015, p. 36).

Também se salienta que a diminuição dos leitos hospitalares, promoveu uma demanda maior de pacientes que hoje procuram as emergências psiquiátricas. Isso ocorre em decorrência da ausência e desarticulação de serviços de apoio à saúde mental nas comunidades, o que aumentou o número de pacientes com recaídas, por vezes repetitivas, e que acabam por recorrer às emergências psiquiátricas (KAWAKAMI; PRATES; TENG, 2016).

É importante apontar que os hospitais psiquiátricos que operam atualmente pelo SUS, passam por programas constantes de avaliação da qualidade do serviço prestado, como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2004). Jorge e França (2001) apontam que muitos hospitais psiquiátricos passaram por um processo de reformulação e contam com estrutura para oferecer serviços adequados para o tratamento das doenças mentais.

Como exemplo, pode-se citar o IPq/SC, considerado como Hospital de referência no Estado de Santa Catarina (HELDWEIN, 2005), que após um processo de reformulação passou a oferecer um serviço mais moderno e adequado (HELDWEIN, 2005; KOERICH, 2008), dentro de uma perspectiva multidisciplinar, proporcionando atendimento psiquiátrico, psicológico, clínico e social, não dissociando o paciente da família, quando existente, nem de sua comunidade de origem (OLIVEIRA, 1999).

Também se destaca que existem atualmente em alguns hospitais psiquiátricos, como no IPq/SC, pacientes, portadores de transtornos mentais crônicos, remanescentes do tratamento que era ofertado em saúde mental, baseado na internação por longos períodos. Esses pacientes asilados, por consequência da longa permanência nessas instituições, acabaram perdendo o vínculo familiar. No caso do IPq/SC, os pacientes em situação asilar encontram-se hoje em uma área distinta, que funciona anexa ao IPq/SC: O Centro de Convivência Santana – CCS (KOERICH, 2008).

Apesar da Política de Saúde Mental prever uma alternativa para os pacientes asilados, instituindo o Serviço Residencial Terapêutico – SRT, muitas vezes, como demonstrado na pesquisa de Bezerra (2010), esses pacientes não se sentem confiantes para sair da instituição, assim como as famílias não manifestam o desejo de acolhê-los.

Com relação aos profissionais que atuam em hospitais psiquiátricos, Carvalho e Felli (2006) colocam que, no senso comum, acredita-se que estes profissionais estão mais propensos ao risco de sofrimento psíquico que os que trabalham em outras áreas médicas. Dias (2013) aponta que os profissionais que trabalham em hospitais psiquiátricos sofrem com tensão e ansiedade, pela falta de recursos materiais e humanos, riscos ocupacionais, falta de treinamento no desenvolvimento do trabalho e baixa remuneração salarial.

Essas tensões, a que estão expostos esses profissionais, afetam sua atuação e motivação no trabalho, bem como repercutem em suas vidas privadas, podendo desencadear agressividade, insônia, depressão e demais doenças mentais (VIANEY, BRASILEIRO, 2003; ROSA, CARLOTTO, 2005).

Quanto a equipe de enfermagem, destaca-se o estresse e repercussão na saúde mental dos mesmos, em função da necessidade do trabalho em turnos, incluindo feriados e fins de semana, comprometendo o lazer e descanso desses profissionais (PASCHOA, ZANEI, WHITAKER, 2007; SECCO et al, 2010). Também, em função dos baixos salários, muitas vezes esses profissionais optam por empregos duplos e

longas jornadas de trabalho, potencializando os fatores que por si só já causariam danos a integridade física e psíquica dos mesmos (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Assim, muitas vezes, o hospital, que possui a missão de salvar vidas e recuperar a saúde e o bem-estar das pessoas, acaba por favorecer o adoecimento dos profissionais que nele atuam. Fato que é muitas vezes ignorado pela gestão dessas instituições que não disponibilizam mecanismos para a prevenção e manutenção da saúde dos trabalhadores. Muitas vezes são feitos investimentos em estrutura física e estética para agradar os usuários, ignorando que a qualidade no atendimento depende em grande parte dos profissionais que atuam nos hospitais. Melhores condições e organização de trabalho, com o devido suporte dos supervisores, benefícios e políticas organizacionais que contemplem a qualidade de vida dos trabalhadores na área da saúde fazem-se necessárias para preservar a saúde dos profissionais que atuam na rede hospitalar. (VIANEY, BRASILEIRO, 2003; ROSA, CARLOTTO, 2005).

Por fim, destaca-se que é necessário considerar o contexto no qual os hospitais psiquiátricos estão inseridos, tanto nas questões referentes aos trabalhadores dessas instituições, quanto as políticas de saúde mental, que afetam diretamente o funcionamento desses hospitais. Compreende-se a importância do fortalecimento da RAPS, em concordância com as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica. No entanto, também deve ser ressaltado que os hospitais psiquiátricos que prestam atendimento adequado aos seus pacientes, são importantes dentro da rede de cuidados de saúde mental, pela existência de situações clínicas que exigem um acompanhamento especializado contínuo e onde o paciente deve permanecer internado pois pode representar risco para si mesmo ou para outras pessoas (JORGE; FRANÇA, 2001).

2.4 GESTÃO DE DESIGN EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Nessa pesquisa, buscou-se compreender como a gestão de design pode contribuir para a melhoria dos serviços em um Hospital Psiquiátrico. Como apontado na justificativa, não foram encontrados artigos científicos diretamente relacionando gestão de design e hospitais. Sendo assim, optou-se por estudar como a gestão de design vem contribuindo para melhorar serviços de saúde em geral, entendendo que, apesar das peculiaridades presentes nos serviços de saúde mental hospitalares, esses

podem se beneficiar dos estudos já existentes com foco em outros serviços da área da saúde.

A gestão de design busca fazer com que o design seja utilizado de maneira estratégica e aproveitando todo seu potencial pelas organizações. Pode-se entender que o design, quando bem utilizado pode ajudar a desenvolver serviços de saúde complexos com qualidade (BUCKLE et al., 2006). A complexidade desses serviços é apontada por Jones (2013), quando destaca que na área da saúde existem interesses divergentes de pacientes, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.), governos, entre outros, e que qualquer intervenção feita nessa área deve considerar as diversas perspectivas dos diferentes atores envolvidos nesse processo (JONES, 2013). Outra característica peculiar dos serviços de saúde refere-se ao cuidado ao implantar mudanças, que devem ter embasamento científico, já que falhas podem significar a diferença entre a vida e a morte de pacientes (JONES, 2013).

Dussault (1992) afirma que para melhorar o nível de saúde é necessário produzir serviços de saúde mais eficientes, o que na sua visão não seria conquistado com mais recursos financeiros e sim, por meio de uma melhor gestão desses serviços, compreendendo as peculiaridades dos serviços de saúde.

Buckle et al (2006) e Kumar (2009) apontam que um dos problemas presentes na área da saúde, refere-se à falta de estudos relacionados ao mapeamento dos sistemas, e coloca que essa lacuna na compreensão de como os sistemas de saúde funcionam, dificulta que estes possam ser melhor projetados. Um produto, serviço, ou mídia sempre pertencem a um sistema global, com muitas peças interligadas (KUMAR, 2009). Ao projetar, por exemplo, um medidor de pressão arterial ou uma cadeira de rodas, o foco principal para sua melhoria é tradicionalmente em relação ao desempenho do produto, o que levaria somente a inovações incrementais (KUMAR, 2009). Para chegar a inovações verdadeiramente poderosas, é necessário entender o sistema de saúde global, compreendendo as relações do produto com o paciente, o médico, o hospital, a residência do paciente, a farmácia, o fabricante do produto, o varejista do produto, a companhia de seguros, a empresa farmacêutica, o governo e outros (KUMAR, 2009).

O entendimento da situação atual de uma organização, e por consequência de como os sistemas envolvidos nela atuam, pode ser conceituado como a etapa de diagnóstico, e que é apontado por Best (2015) e Martins e Merino (2011) como o primeiro passo no processo de gestão de design. O diagnóstico é importante para que possam ser conhecidos o contexto onde a organização está inserida, os fatores

internos e externos que podem influenciar a atividade de design, os *stakeholders* envolvidos no desenvolvimento das soluções de design, bem como as relações que existem dentro e fora da organização.

Em uma pesquisa realizada pelos autores Buckle et al (2006), com o objetivo de obter um melhor entendimento do sistema de saúde, nesse caso, relacionado à administração de medicamentos, foram realizadas uma série de *mapping workshops* (*workshops* para mapeamento) envolvendo alguns dos atores que faziam parte desse sistema. Segundo os autores, o mapeamento do processo, envolvendo alguns *stakeholders* desse sistema, foi uma estratégia eficaz para obter uma base de conhecimento que ajudou no projeto de embalagens de medicamentos.

Outro estudo, relacionado ao ambiente hospitalar e que aponta para a relevância da fase de diagnóstico para que se tenha conhecimento das necessidades e expectativas dos usuários, foi conduzido por Foque e Lammineur (1995). Nesse estudo, foram relatados os primeiros passos envolvidos na reformulação do layout de um Hospital especializado no tratamento de crianças e jovens com dificuldades motoras e neurológicas. Os autores (FOQUE; LAMMINEUR, 1995) destacam a importância de entender as necessidades dos diversos clientes envolvidos no projeto do Hospital – pacientes, médicos, enfermeiros, familiares, etc. –, e apontam que nem sempre essas necessidades são convergentes. Também colocam que a participação dos diversos clientes durante o projeto foi essencial, e que por meio da utilização de ferramentas visuais para transmitir dados e ideias de projeto foi possível estabelecer um diálogo produtivo entre os diversos clientes envolvidos, e que, apesar de possuírem formações distintas, puderam se comunicar e contribuir para o projeto.

Ainda, com relação ao diagnóstico de uma organização, Junginger (2014) coloca que é importante considerar que qualquer empresa já possui algumas práticas de design embutidas na cultura organizacional, mesmo que muitas vezes, essas práticas não estejam formalizadas. As empresas, públicas ou privadas, precisam entregar algum tipo de produto ou serviço para sobreviver e esses produtos ou serviços já existentes foram projetados de alguma forma. A autora (JUNGINGER, 2014) argumenta que o designer, ao inserir-se nas organizações, necessita conhecer esses processos já existentes, para que qualquer mudança ou intervenção proposta tenha mais chances de sucesso.

Torna-se necessário, portanto, entender primeiramente como as organizações operam, para que possam ser propostas mudanças nesse sistema. Destaca-se aqui que os cuidados na saúde mental se diferem do atendimento médico geral, bem como possuem contextos históricos e institucionais próprios (BRINER; MANSER, 2013). O tratamento

oferecido na saúde mental, inclui muitas vezes a participação de uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos, além de técnicos de enfermagem, médicos, entre outros. Também é importante destacar, outras diferenças, como quanto ao tempo de internação, que é geralmente maior nos hospitais psiquiátricos, bem como o tipo de tratamento, que não inclui intervenções cirúrgicas.

Em um estudo conduzido pelos autores Jun, Morrison e Clarkson (2014), na Inglaterra, foram analisadas as práticas utilizadas em onze projetos de desenvolvimento de serviços em saúde mental. Após o entendimento de como esses serviços eram desenvolvidos, os autores apontaram algumas práticas de design que podem ser adotadas para aumentar as chances de o serviço ser implementado de acordo com cada fase do projeto (Exploração, Geração, Avaliação). Um resumo das fases do projeto e das práticas de design que podem ser adotadas pode ser visualizado no Quadro 5:

Quadro 5: Fases de Projeto e Ferramentas de Design que podem ser utilizadas

FASE DE PROJETO	O QUE É	COMO É FEITO NOS PROJETOS ESTUDADOS	EXEMPLOS DE PRÁTICAS DE DESIGN PODEM SER ADOTADAS
Exploração	Consiste em explorar o problema antes de gerar a solução conceitual. Procura-se entender o problema, assim como quanto as soluções presentes conseguem resolver o problema.	As soluções e muitas vezes devem seguir diretrizes presentes em políticas públicas. Geralmente são soluções muito gerais e que não são capazes de lidar com problemas específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Personas</i> • <i>Mapa de stakeholders</i> <p>Essas duas práticas ajudam a obter representações mais concretas da situação, o que é essencial para a discussão de alternativas, principalmente entre grupos com diferentes perspectivas sobre o problema, como pacientes e gerentes da área da saúde.</p>
Geração	Gerar o maior número de alternativas possíveis.	Essa fase praticamente não existe atualmente. É gerada somente uma alternativa, que já começa a ser detalhada.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fresh eyes</i> (olhos fescos) • <i>Breaking the rules</i> (quebrando as regras) • <i>Random words</i> (palavras aleatórias) • <i>Mental benchmarks</i> (<i>benchmark mental</i>) <p>Essas técnicas podem ajudar para que haja a participação dos diversos <i>stakeholders</i> envolvidos no serviço na geração de alternativas de projeto. No entanto, para que essas técnicas sejam implementadas, é necessário que haja uma cultura que incentive a inovação.</p>
Avaliação	Avaliar as ideias geradas e decidir qual a mais apropriada de acordo com os objetivos e restrições do projeto.	Quatro tipos de avaliação são efetuadas: opinião dos funcionários, projeto piloto, melhoria rápida e consulta pública.	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de prototipagem utilizados no design de serviços <p>O uso de abordagens alternativas de avaliação oferecem oportunidades para que possam ser experimentadas novas ideias e soluções, e que a partir disso, possam emergir novas questões que ajudem no entendimento do problema.</p>

Fonte: a autora, com base em Jun, Morrison e Clarkson (2014, p.7-8)

No Quadro 5, pode-se perceber que existe uma lacuna entre as práticas utilizadas no desenvolvimento de serviços pelas organizações de saúde – referentes às organizações estudadas por Jun, Morrison e Clarkson (2014) – e às práticas de design. Isso pode ser percebido em exemplos como na fase de exploração – entender o problema –, onde as

soluções geralmente devem seguir diretrizes presentes em políticas públicas, e que se fossem utilizadas práticas de design, como personas e mapa de *stakeholders*, as soluções projetadas poderiam considerar a realidade local, a partir do entendimento das particularidades de cada situação e do mapeamento dos atores envolvidos; outros exemplos, referentes às fases de projeto geração e avaliação podem ser visualizados no quadro 5. A utilização das práticas de design é apontada pelos autores (JUN, MORRISON E CLARKSON, 2014) como uma alternativa para que o desenvolvimento dos projetos seja feito de maneira mais colaborativa, entendendo as necessidades dos usuários envolvidos, bem como procurando gerar mais de uma solução, para que possam ser propostos serviços mais inovadores e que atendam às expectativas dos usuários.

Fruto de pesquisas desenvolvidas em conjunto com médicos e pacientes do *British National Health System* – NHS – e um escritório de design, os autores Bate e Robert (2007) trabalham com o conceito de *Experience Based Design* – EBD (Design Baseado na Experiência do Usuário). Para os autores (BATE; ROBERT, 2007) é importante compreender as experiências dos usuários, pois elas afetam as atitudes, comportamentos, sentimentos, sensações, opiniões, memórias, ações e reações.

Para a compreensão dessas experiências, Bate e Robert (2007) sugerem que sejam adotadas técnicas oriundas da Antropologia, como observação-participante, *storytelling*, entrevistas etnográficas, fotografias e análise de narrativas.

Segundo Freire (2016), é importante analisar como as experiências dos usuários dos serviços são moldadas, compreendendo como a interface entre o serviço e o usuário acontece. Essa interação, ocorre por meio dos pontos de contato que os usuários estabelecem ao longo do serviço (BATE; ROBERT, 2007). Para Bate e Robert (2007) deve-se identificar esses pontos de contato, que podem ser mapeados por meio de ferramentas como a jornada do usuário, e que, diferentemente da lógica centrada no projeto dos processos, permite identificar onde precisam ser estabelecidas conexões emocionais e sensoriais com o usuário, além de mapear como acontece o trabalho dos funcionários que possuem contato direto com os usuários. É necessário conhecer como acontecem as interações entre usuários e máquinas, usuários e funcionários, assim como fatores como a usabilidade, a atratividade e os sentimentos provocados por essas interações (BATE; ROBERT, 2007).

Outro fator a ser destacado ao utilizar o modelo EBD, é que no caso dos serviços de saúde, esse método pressupõe que [...] “o

desenvolvimento do projeto de serviços de saúde é coprojetado pelos usuários, pelos fornecedores de serviços e que esses são guiados pela equipe de design” (FREIRE, 2016, p. 6.). Nessa perspectiva, o designer passa a atuar nesse processo como um mediador dos processos de criação. (FREIRE, 2011).

O papel do designer é usar sua *expertise* em design de informação, linguagem visual e sensibilidade estética para reduzir a complexidade dos dados coletados, criando mapas visuais para auxiliar os participantes – que possuem diferentes níveis de informação e conhecimento sobre o serviço – a construir um significado comum. Por fim, todas as sessões de codesign dependem fundamentalmente dos protótipos rápidos projetados pelos designers, que traduzem os significados identificados pelo grupo em uma resposta visível (ou sensível) a todos os envolvidos. (FREIRE, 2016, p. 9)

Outra particularidade do EBD, é que diferente de outras abordagens projetuais, esse modelo sugere que os usuários participem ativamente de todas as etapas do processo de design, desde o diagnóstico, criação, prototipação, implementação e avaliação. No entanto, cabe ressaltar que trazer os usuários para que participem ativamente do processo, não significa que é possível transformar os pacientes e a equipe de saúde em designers, mas que é necessário que esses estejam presentes em todas as discussões de projeto, para que os designers possam traduzir os conhecimentos e experiências dos consumidores e trabalhadores da saúde em futuras respostas de design. (FREIRE, 2016).

Considerar projetos com equipes interdisciplinares e incorporar os usuários nas fases de desenvolvimento de projetos pode ajudar a gerar inovações na área da saúde e bem-estar (TEAL; FRENCH, 2016). O papel facilitador, visualizador, comunicador, pesquisador e cocriador do designer é essencial para que os participantes dos processos de codesign possam sentir empatia pelos pacientes (no caso de projetos na área da saúde), assim como conhecer exemplos de outras realidades, para que possam contribuir no projeto dos serviços (FREIRE, 2016).

Há um crescente reconhecimento do papel do design no desenvolvimento de produtos, sistemas e serviços no contexto de saúde e assistência social (TEAL; FRENCH, 2016). Segundo Margolin (2007, p. 4) “*designers are certainly among those whose positive contributions are*

*essential to the building of a more humane world*³⁷, pois por meio de seus projetos conseguem projetar interfaces capazes de atender às necessidades das pessoas, melhorando a sua interação com produtos, serviços, ambientes e sistemas (ROSA; ROMANO; BATTISTEL, 2014).

A preocupação com as experiências de clientes e sua participação no desenvolvimento de serviços adquirem cada vez mais importância na área da saúde (PARK, 2015). Somado a isso, o reconhecimento das necessidades e anseios dos diversos atores envolvidos no sistema de saúde e a possibilidade de envolver tanto os usuários como os fornecedores no desenvolvimento de projetos, fazem com que o designer atue juntamente a uma equipe multidisciplinar para desenvolver soluções que possam gerar satisfação para pacientes e trabalhadores da área da saúde.

³⁷ Tradução: “Designers estão com certeza entre aqueles cujas contribuições positivas são essenciais para construir um mundo mais humano.”

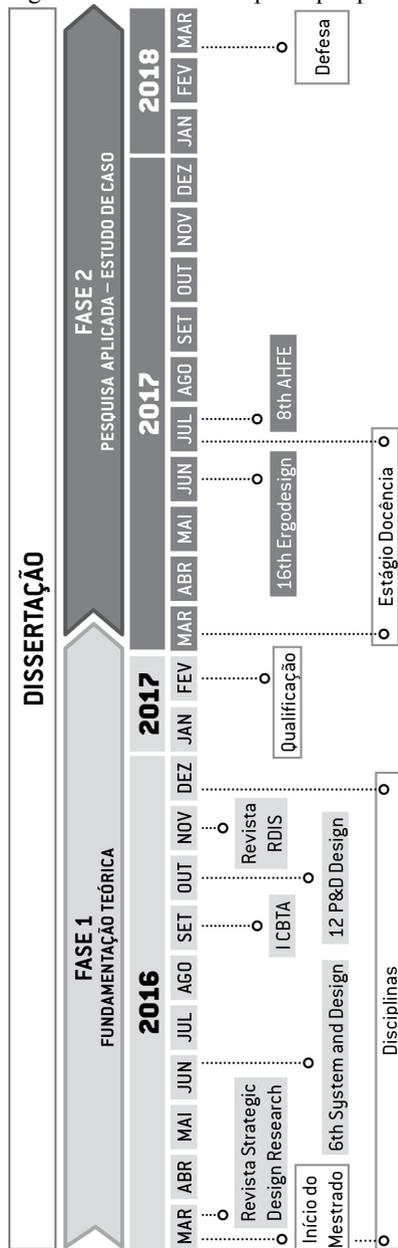
3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Este capítulo compreende os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento dessa dissertação.

Na Figura 11 é possível visualizar uma linha do tempo contendo um resumo das fases da pesquisa e as atividades realizadas durante o Mestrado em Design.

Essa linha do tempo contempla 2 fases, totalizando 2 anos. A Fase 1, intitulada Fundamentação Teórica, iniciou em março de 2016 e compreendeu a realização das disciplinas e elaboração da fundamentação teórica. A qualificação aconteceu em fevereiro de 2017. A Fase 2, intitulada como Pesquisa Aplicada – Estudo de Caso, iniciou em março de 2017, finalizando com a defesa da dissertação, em março de 2018. No período de março a julho de 2017 foi realizado o estágio docência. Os artigos publicados em revistas e congressos ao longo do Mestrado, como forma de disseminar o conhecimento gerado, também podem ser visualizados nessa linha do tempo. Mais detalhes dessas publicações podem ser encontrados no Apêndice A.

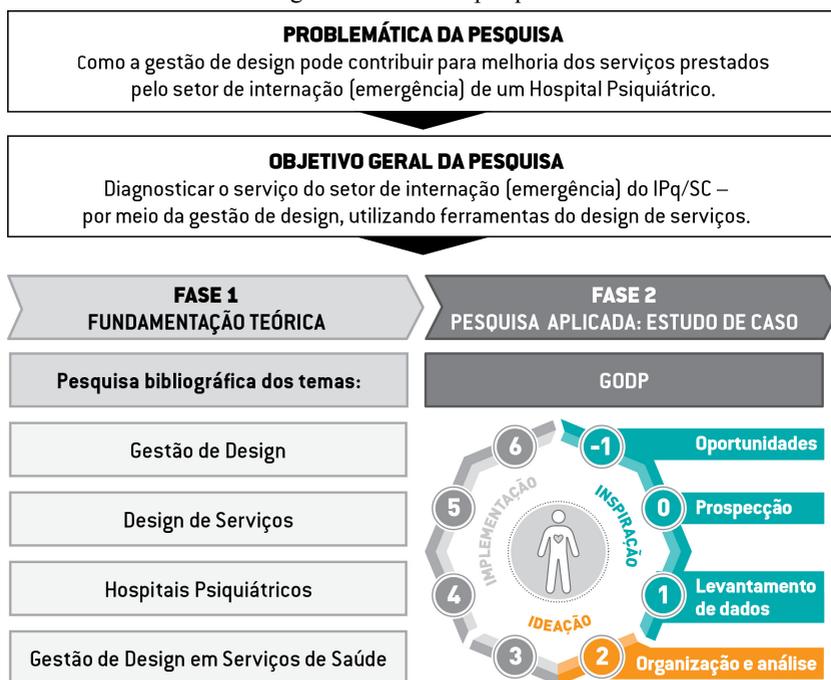
Figura 11: Linha do tempo da pesquisa



Fonte: a autora (2018)

A problemática, o objetivo e a caracterização geral da pesquisa, seguidas pelas Fases 1 e 2 e as respectivas ações realizadas em cada fase podem ser visualizadas na Figura 12. Na Fase 1, que compreendeu a Fundamentação Teórica, foi realizada uma pesquisa bibliográfica dos temas: Gestão de Design, Design de Serviços, Hospitais Psiquiátricos e Gestão de Design em Serviços de Saúde. Na Fase 2, que compreendeu a pesquisa aplicada, foi realizado um Estudo de Caso no setor de internação (emergência) do IPq/SC, onde foi utilizada a metodologia Guia de Orientação para o Desenvolvimento de Projetos (GODP) (MERINO, 2016), que buscou organizar e oferecer uma sequência de ações para a pesquisa. Nessa pesquisa, foram realizadas 4 Etapas iniciais do GODP (Oportunidades, Prospecção, Levantamento de dados e Organização e análise), que se encontram em destaque na Figura 12.

Figura 12: Fases da pesquisa



Fonte: a autora (2018)

Cabe ressaltar que essa pesquisa faz parte do projeto “Design e Saúde: da saúde do paciente às questões da saúde do trabalhador”, que

vem sendo desenvolvido pelo NGD/LDU, e possui aprovação do Comitê de Ética da UFSC (nº: 1.257.716). Os participantes da pesquisa: trabalhadores e familiares de pacientes internados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética (Apêndices G e J).

A seguir serão detalhados os procedimentos metodológicos para cada uma das fases da pesquisa.

3.1 FASE 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O objetivo da Fase 1 foi construir a fundamentação teórica para a pesquisa, contextualizando os principais temas abordados posteriormente na pesquisa aplicada.

Os temas pesquisados foram: Gestão de Design, Design de Serviços, Hospitais Psiquiátricos e Gestão de Design em Serviços de Saúde. As fontes pesquisadas foram: livros, dissertações, teses, periódicos e anais de eventos científicos.

Mais detalhes sobre como foram realizadas as revisões de literatura para cada um dos temas abordados nessa dissertação encontram-se nos Anexo B (Gestão de Design), Anexo C (Design de Serviços), Anexo D (Hospitais Psiquiátricos) e Anexo E (Gestão de Design em Serviços de Saúde).

Destaca-se que foi também realizada uma busca sistemática relacionando Gestão de Design, Design Estratégico e Hospitais. Os resultados dessa busca encontram-se detalhados no capítulo introdutório dessa pesquisa.

3.2 FASE 2 – PESQUISA APLICADA: ESTUDO DE CASO

A Fase 2 da pesquisa – Aplicada – compreendeu um estudo de caso realizado no setor de internação (emergência) do IPq/SC.

Optou-se por realizar um estudo de caso para responder à pergunta de pesquisa dessa dissertação, pois o mesmo busca explorar temas e questões onde as relações podem ser ambíguas e incertas, e procura atribuir relações causais e não apenas descrever uma situação (GRAY, 2012). É ideal quando se faz uma pergunta do tipo “como” ou “por que”, ou quando o pesquisador não tem qualquer controle sobre o evento que deseja estudar (GRAY, 2012; YIN, 2001).

Nessa fase, optou-se por seguir a metodologia Guia de Orientação para o Desenvolvimento de Projetos – GODP, para organizar e guiar a escolha das ferramentas mais adequadas para a realização dessa pesquisa.

Essa metodologia, desenvolvida a partir de literaturas de design, busca organizar e oferecer uma sequência de ações para que o design seja concebido de forma consciente (MERINO, 2016). Trata-se de uma metodologia centrada no ser humano, e por isso, o mesmo encontra-se no centro de sua representação gráfica (Figura 13).

O GODP está estruturado em 3 Momentos (Inspiração, Ideação e Implementação), divididos em 8 Etapas, que vão desde a identificação de oportunidades, levantamento de informações, processo criativo e validação, conforme pode ser visualizado na Figura 13. Destaca-se que essa metodologia contempla flexibilidade e adaptabilidade, e assim, pode sofrer ajustes, de acordo com a necessidade de cada projeto. No entanto, a essência dos 3 Momentos principais, que encontra sustentação na proposta do Design *Thinking*, mantém-se. (MERINO, 2016).

Figura 13: Metodologia GODP e descrição das 8 Etapas



Fonte: Merino (2016)

Como já citado anteriormente, nessa pesquisa, foram contemplados os Momentos: Inspiração e Ideação, compreendendo 4 Etapas (Oportunidades, Prospecção, Levantamento de dados, Organização e análise).

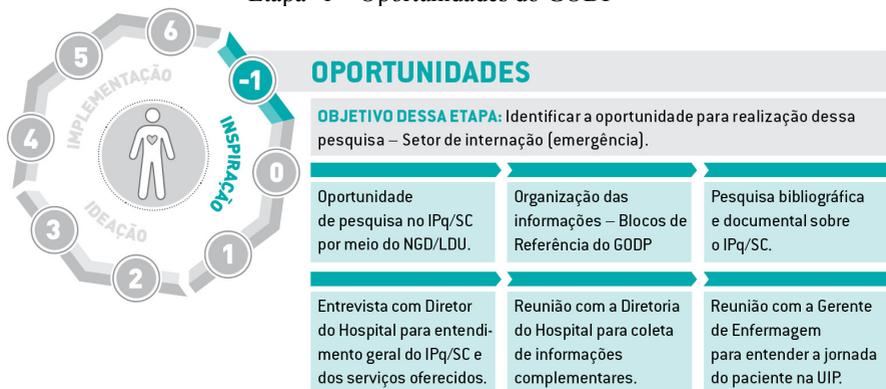
A seguir, serão apresentados detalhadamente os procedimentos adotados em cada uma das Etapas do GODP contempladas nessa pesquisa.

3.2.1 Etapa -1: Oportunidades

Nessa Etapa, são verificadas as oportunidades de mercado/setores, considerando um panorama local, nacional e mundial, além de identificadas demandas e possibilidades. O GODP prevê essa Etapa e a enumera como -1, pois muitas vezes ela não se encontra presente em outras metodologias, que a consideram como uma Etapa anterior ao início formal do projeto. (MERINO, 2016).

Seguindo a proposição do GODP, foram estruturados alguns passos para que fosse identificada a oportunidade para a realização dessa pesquisa em um determinado setor do Hospital. Um resumo desses passos pode ser visualizado na Figura 14.

Figura 14: Resumo das atividades realizadas na Etapa -1 – Oportunidades do GODP



Fonte: a autora (2018)

Deve-se considerar que a oportunidade inicial para que a pesquisa fosse realizada aconteceu por meio da participação da mestrandia nas atividades do Núcleo de Gestão de Design e Laboratório de Design e Usabilidade (NGD/LDU), que já vem realizando pesquisas no IPq/SC desde 2014. A partir disso, foram realizadas: pesquisa bibliográfica e documental sobre o IPq/SC; entrevista com o Diretor do Hospital para o entendimento geral da instituição e dos serviços oferecidos (questionário encontra-se no Apêndice H); reunião com a Diretoria do Hospital para coleta de informações complementares; além de uma reunião com a Gerente de Enfermagem para um entendimento inicial da jornada do paciente na Unidade de Internação Psiquiátrica – UIP.

Para dividir e organizar as informações que necessitavam ser coletadas, foram utilizados os Blocos de Referência previstos no GODP. Esses Blocos de Referência foram criados para organizar o grande volume de informações gerado nessa fase inicial do projeto. Os Blocos de Referência são: usuário (quem são/serão os usuários?), produto (qual é o produto?), e contexto (onde está inserido o produto?). (MERINO, 2016).

Após a entrevista com o Diretor do Hospital e reunião com a diretoria foi elaborado um mapa mental para estruturar as informações coletadas de acordo com os Blocos de Referência. Os mapas mentais são diagramas que permitem que a informação seja organizada visualmente em um mesmo espaço, possibilitando uma visão geral do assunto, facilitando assim a compreensão e assimilação (BUZAN, 2005).

Ao final dessa Etapa, além de obter um entendimento geral do IPq/SC, também foi possível definir o setor do IPq/SC onde seria realizada a pesquisa: setor de internação (emergência).

3.2.2 Etapa 0: Prospecção

Na Etapa de prospecção do GODP é definida a demanda/problemática central que norteará o projeto. Nessa Etapa, estão previstas visitas preliminares à campo e definida a viabilidade legal e técnica para o projeto. (MERINO, 2016).

Um resumo das atividades realizadas nessa Etapa pode ser visualizado na Figura 15.

Figura 15: Resumo das atividades realizadas na Etapa 0 – Prospecção do GODP



Fonte: a autora (2018)

Essa Etapa iniciou com a apresentação para o Diretor do Hospital da intenção de realizar a pesquisa no setor de internação (emergência), intenção essa que também foi validada com a enfermeira responsável pelo setor. Tanto o Diretor do Hospital como a enfermeira responsável se mostraram favoráveis à pesquisa. Foi então realizada uma visita preliminar no setor de internação (emergência), onde pôde ser verificada a realidade do setor para que fosse definida a demanda central da pesquisa: diagnosticar o serviço de internação (emergência) do IPq/SC. Após essa definição, foram estabelecidas as etapas de trabalho e elaborado um cronograma detalhado de atividades, que pudesse ser cumprido de acordo com a realidade do setor.

3.2.3 Etapa 1: Levantamento de dados

Definido o setor e a demanda central da pesquisa, partiu-se para a Etapa de levantamento de dados.

Essa Etapa prevê a coleta de dados em diferentes fontes, considerando visitas a campo, levantamento de material bibliográfico, além de identificar normas e procedimentos da organização (MERINO, 2016).

Para que a pesquisadora pudesse obter um panorama geral do serviço oferecido no setor de internação (emergência), foram previstas coletas de dados por meio de reuniões para construção conjunta de personas e jornadas, observação de assembleia de pacientes e familiares, visita guiada, observação do fluxo do serviço de internação (emergência), além de entrevistas com trabalhadores do setor e familiares. Um resumo das atividades realizadas nessa Etapa pode ser visualizado na Figura 16.

Figura 16: Resumo das atividades realizadas na Etapa 1 – Levantamento de Dados do GODP



Fonte: a autora (2018)

Para a construção de personas e mapas de jornada do usuário foi realizada reunião com uma enfermeira responsável por uma das unidades masculinas do IPq/SC. Essa coleta aconteceu por meio da criação de 3 personas e seus respectivos mapas de jornada. Personas são perfis fictícios que representam um grupo de pessoas que utiliza um determinado serviço (STICKDORN, SCHEINEDER, 2014). Já os mapas de jornada do usuário detalham as interações com o serviço e as emoções que acompanham essas interações ao longo do tempo de modo acessível e estruturado (STICKDORN, SCHEINEDER, 2014; MARTIN, HANINGTON, 2012). O mapa deve ser uma representação honesta da experiência, contendo momentos de indecisão, confusão, assim como prazer e frustração (MARTIN, HANINGTON, 2012). As jornadas criadas nessa Etapa se referiam à utilização do serviço como um todo, prevendo momentos antes da procura pelo serviço, procura pelo setor de internação (emergência), internação, alta e pós-serviço. Destaca-se que tanto as personas como as jornadas geradas foram conferidas posteriormente com a enfermeira que auxiliou na sua construção.

Também foram realizadas observações nas Assembleias de Pacientes e Reuniões de Família.

O passo seguinte foi conhecer o setor de internação (emergência) onde a pesquisa foi realizada. Inicialmente, foi feita uma visita guiada, onde a enfermeira responsável pôde mostrar as instalações bem como apresentar a pesquisadora aos demais trabalhadores do setor.

Após a visita guiada, foram feitas algumas observações com foco no fluxo do serviço. Foram feitas observações na recepção, bem como dentro do setor.

A partir das observações feitas no setor, foram realizadas 9 entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do setor (questionário encontra-se no Apêndice I), sendo:

- 3 Médicos
- 1 Enfermeiro
- 1 Técnico de enfermagem
- 2 Seguranças
- 2 Assistentes Sociais

Além disso, foi entrevistado 1 profissional do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), pois esse setor interage diretamente com o setor de internação (emergência), atuando no primeiro contato do paciente – preenchimento da ficha e também em atividades relacionadas à parte burocrática da internação (ficha do paciente, prontuário e cadastro no sistema).

O objetivo das entrevistas foi coletar quais atividades cada um dos profissionais realizava, bem como qual percepção os profissionais tinham da jornada do paciente e quais momentos do serviço poderiam ser considerados críticos para pacientes e familiares.

Foram realizadas também 6 entrevistas com familiares de pacientes (questionário encontra-se no Apêndice L). No entanto, essas entrevistas foram feitas numa Etapa seguinte, para que o questionário pudesse ser estruturado após a construção do *blueprint* (essa ferramenta foi utilizada na Etapa 2 – Organização e Análise e será detalhada a seguir), onde foram apontados alguns momentos críticos na jornada. O questionário dos familiares foi construído com o objetivo de entender as suas percepções sobre o serviço de internação (emergência), contemplando questionamentos sobre alguns dos pontos críticos apontados no *blueprint* que estavam diretamente relacionadas às interações do serviço com os familiares dos pacientes. Foram entrevistados somente familiares que estavam presentes no momento da internação. Os familiares foram selecionados segundo a sua disponibilidade para realizar a entrevista, durante o momento da visita aos pacientes no IPq/SC.

3.2.4 Etapa 2: Organização e Análise

Nessa Etapa, os dados coletados são organizados e analisados para que possam ser definidas as estratégias de projeto. São aplicadas técnicas e ferramentas para a organização desses dados, facilitando seu entendimento e análise (MERINO, 2016). Freire (2016) aponta que o designer pode utilizar seus conhecimentos em design de informação, linguagem visual e sensibilidade estética para que os dados coletados possam ser apresentados por meio de mapas visuais, facilitando o entendimento das informações entre diferentes profissionais envolvidos no projeto (FREIRE, 2016).

Um resumo das atividades realizadas nessa Etapa pode ser visualizado na Figura 17.

Figura 17: Resumo das atividades realizadas na Etapa 2 – Ideação do GODP



Fonte: a autora (2018)

A partir dos dados coletados na Etapa anterior, foram gerados nessa Etapa: mapa de *stakeholders*, planta física do setor de internação (emergência), perfil dos usuários do serviço, mapa do setor de internação, *blueprint* do serviço de emergência; e diagrama com serviços de suporte; tabela com sugestões de melhorias.

O mapa de stakeholders traz uma representação visual dos diversos públicos envolvidos em um determinado serviço, ajudando a analisar e mapear as atividades entre esses grupos (STICKDORN, SCHNEIDER, 2014).

O perfil dos usuários do serviço foi levantado a partir das entrevistas com os trabalhadores do setor. Considerou-se como usuários tanto pacientes, como familiares. Foram identificados 11 perfis de pacientes e 8 perfis de familiares, de acordo com as características que exigiam diferentes tipos de abordagens por parte dos profissionais entrevistados. Foram considerados usuários tanto pacientes, como familiares.

A planta física do setor foi construída a partir das observações e da visita guiada. Nessa planta, foram localizadas as estruturas onde ocorre o fluxo do serviço (recepção, consultórios, posto de enfermagem e sala de observação) e estruturas de apoio (SAME, arquivo, salas de conforto) além da inclusão de fotos que ajudam a entender as estruturas físicas que compõem o serviço.

O *blueprint* de serviço é uma “espécie de Raio-X do serviço como um todo” (STICKDORN, SCHEINER, 2014, p. 206). Os *blueprints* auxiliam na visualização dos processos que a organização faz para que o serviço aconteça sob o ponto de vista do usuário, que navega pelo serviço. Esse método traz à tona como um serviço existe no tempo e no espaço por meio das interações com os usuários e setores e funcionários da organização (KIMBELL, 2014), distribuídos em várias camadas de informação (KALBACH, 2017). Normalmente possuem uma linha de visibilidade, que representa a divisão entre os processos que ocorrem na linha de frente, e que podem ser visualizados pelos usuários, e os processos de retaguarda (STICKDORN, SCHEINER, 2014). Segundo Kalbach existem 5 componentes básicos de um *blueprint* de serviços:

- **Evidência Física:** pontos de contato com os quais os clientes interagem, incluindo dispositivos físicos, *softwares* e interações pessoais.
- **Ações do cliente:** o que o cliente faz para interagir com o serviço.
- **Pontos de contato da linha de frente:** ações que a organização executa e que são visíveis para o cliente.
- **Ações de apoio:** processos internos que a organização executa e que não são visíveis para o cliente, mas que impactam diretamente na experiência do cliente.
- **Processos de suporte:** processos internos que impactam diretamente na experiência do cliente, incluindo as interações entre a organização e parceiros, ou fornecedores terceirizados. (KALBACH, 2017)

Os *blueprints* podem ser utilizados para analisar um serviço já existente ou para imaginar como pode funcionar um serviço que ainda não existe. Por meio da criação de *blueprints* podem ser identificadas lacunas e problemas na proposição dos serviços. (KIMBELL, 2014). O Quadro 6 mostra algumas características do *blueprint* de serviços.

Quadro 6: Resumo dos principais aspectos que definem um *blueprint* de serviços

Ponto de vista	Pessoa como recipiente do serviço. Geralmente, centrado em um único ator, mas também pode incluir vários atores ao examinar a ecologia de um serviço.
Estrutura	Cronológica.
Escopo	Os exemplos normalmente mostram um encontro de serviço separado, mas também incluem visões gerais de um ecossistema.
Foco	Foca nos processos de provisão do serviço em um encontro de serviço com ênfase na ação de apoio e pontos de contato. As extensões do <i>blueprint</i> de serviço adicionam informações emotivas.
Usos	Diagnóstico, melhoria e gerenciamento dos sistemas de serviço existentes. Bom para analisar momentos específicos das interações do serviço, de até um minuto em alguns casos.
Pontos fortes	Uma estrutura simples e predefinida com foco de atenção. São necessárias uma pesquisa e investigação relativamente leves. Adequado para a cocriação com equipes e <i>stakeholders</i> . Fácil para as outras pessoas entenderem a partir do mesmo ponto.
Pontos fracos	Faltam muitas dicas contextuais e ambientais de uma experiência (por exemplo, “ambiente barulhento” ou “comida muito saborosa”). A metáfora de um <i>blueprint</i> é um termo errôneo: eles são mais como fluxogramas do que um <i>blueprint</i> arquitetural.

Fonte: Kalbach (2017, p. 239)

No *blueprint* construído nessa dissertação, optou-se por mapear ações de pacientes e familiares, considerando que esses dois usuários navegam ativamente pelo serviço. Também foram incluídas informações sobre o estado emocional de paciente e familiares. Essa inclusão, como apontado por Kalbach (2017), já foi realizada por outros autores – Susan Spraragen e Carrie Chan, além de Andy Polaine – como uma forma de expansão ao *blueprint* tradicional, sanando uma das fontes de críticas comuns a essa ferramenta: a ausência do estado emocional do usuário.

O *blueprint* gerado nessa pesquisa baseou-se nas informações coletadas nas observações e durante as entrevistas com os trabalhadores do setor e foi conferido posteriormente pela enfermeira responsável pelo setor.

Também foi gerado um diagrama de processos de suporte, onde foram colocados os processos que são realizados por cada um dos setores e que não se referem a nenhum momento específico das ações dos pacientes e familiares, mas que são necessários para que o serviço aconteça.

Após realizada a organização dos dados coletados, foram definidas algumas estratégias de projeto. Para isso, foram propostas sugestões de melhorias para os pontos críticos apontados no *blueprint*. Essas sugestões foram conferidas e discutidas junto a enfermeira responsável pelo setor.

A partir dos pontos críticos mapeados previamente foi elaborada uma tabela contendo sugestões de melhorias, que foram classificadas em ações de curto, médio e longo prazo.

No próximo capítulo, serão detalhados os resultados obtidos em cada uma das 4 Etapas do GODP.

4 PESQUISA APLICADA: ESTUDO DE CASO

A seguir, serão apresentados os resultados da pesquisa aplicada por meio de um estudo de caso. Inicialmente, será apresentada uma breve contextualização do IPq/SC, bem como do setor de internação (emergência), seguidos da descrição das 4 Etapas do GODP que foram realizadas para o diagnóstico do setor de internação (emergência) do IPq/SC.

4.1 IPQ/SC

O IPq/SC é uma instituição pública, subordinada à Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina – SES (OLIVEIRA, 1999). Localizada no município de São José, oferece atendimento especializado a pacientes preferencialmente de baixa renda com graves transtornos psíquicos e dependentes químicos (VIEIRA, 2009). Na Figura 18 é possível visualizar uma foto aérea da instituição.

Figura 18: Foto aérea do IPq/SC



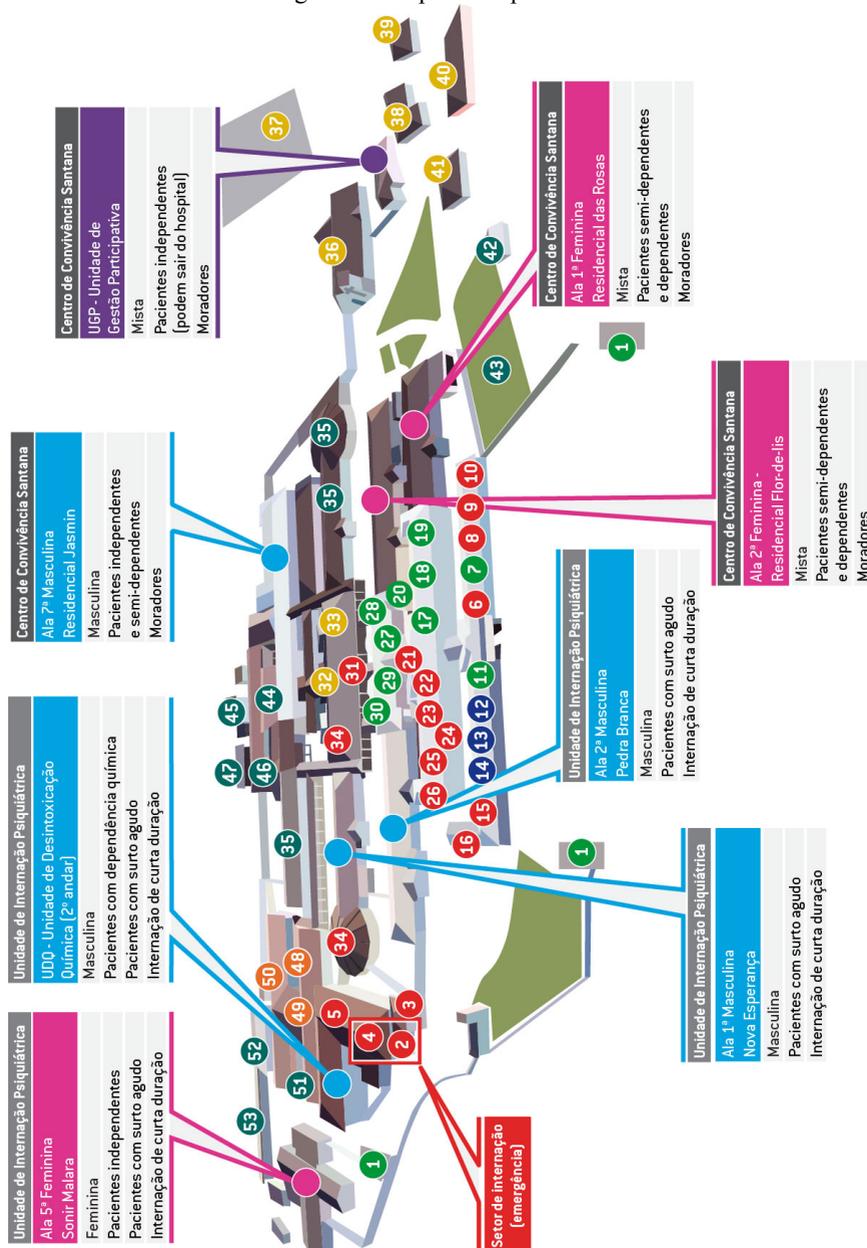
Fonte: O antigo... (2014)

O IPq/SC possui duas áreas de atendimento: o Centro de Convivência Santana – CCS e as Unidades de Internações Psiquiátricas – UIPs. O CCS abriga os pacientes asilares, moradores institucionalizados

que pela longa permanência na instituição perderam seus laços familiares e, portanto, não possuem condições de viver com suas famílias. As UIPs destinam-se ao atendimento dos casos agudos, com internação de curta permanência (HELDWEIN, 2005; KOERICH, 2008).

O IPq/SC possui atualmente 8 alas, distribuídas de acordo com as características dos pacientes, e divididas por sexo (feminino, masculino e mistas). As Figuras 19 e 20 trazem um panorama geral do IPq/SC e como estão distribuídas as Alas da CCS e das UIPs, além das estruturas que compõem o Hospital.

Figura 19: Mapa do IPq/SC



Fonte: Acervo NGD/LDU (2016)

Figura 20: Legenda do Mapa do IPq/SC

1	Guarita da segurança	28	CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes)
2	Recepção da Urgência	29	Sala de Reunião C. Técnico
3	SAME	30	Sala de Reunião
4	Atendimento de Emergência (Consultórios – Psiquiatria, Enfermagem, Serviço Social, Unidades de Leitos de Observação Clínica)	31	Fisioterapia
5	Unidade de Clínica Médica / Pequenas Cirurgias / Ambulatório de Imagem	32	Educação Física
6	GTH (Grupo de Trabalho Humanizado)	33	Sala de Atividades – Centro de Convivência Santana
7	Gerência Enfermagem	35	Desativado
8	Humaniza SUS	36	Desativado
9	Coordenação Centro de Convivência	37	Garagem / Setor de Transportes
10	Sala de aula	38	Cozinha terapêutica
11	Recepção / sala de telefonia	39	Brexó da ACAPE (Associação catarinense de Apoio a Psiquiatria)
12	Laboratório	40	Pensão protegida
13	CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)	41	Casa Mortuária
14	Raio X	42	Jardinagem
15	Psicologia	43	Horta
16	Obras da Farmácia	44	Costura
17	Direção	45	Caldeira
18	Sala de Gerência Técnica	46	Rouparia / Higienização
19	Jurídico	47	Lixeira / Higienização
20	Administrativo (2º andar)	48	Refeitório
21	Farmácia (2º andar)	49	Cozinha Industrial
22	Centro Médico	50	Nutrição
23	Recursos Humanos	51	Almoxarifado
24	Serviço Social	52	Carpintaria
25	Odontologia	53	Setor de Manutenção e Conservação
26	Auditório (2º andar)		 Institucional
27	CEDOPE Centro de Documentação e Pesquisa		 Exames
			 Atendimento / Tratamento
			 Convivência
			 Serviços
			 Alimentação e Nutrição

Fonte: Acervo NGD/LDU (2016)

O IPq/SC possui atualmente 146 pacientes internados no CCS e 160 leitos disponíveis nas UIPs. A taxa média de ocupação das UIPs em 2017 foi superior a 100%, o que reflete a realidade do Hospital, que opera em grande parte do ano com superlotação. É considerado um Hospital referência em Psiquiatria no Estado de Santa Catarina (HELDWEIN, 2005). Sua filosofia de atendimento, entende o cliente como uma unidade psicossocial e atua dentro de uma perspectiva multidisciplinar, oferecendo atendimento psiquiátrico, psicológico, clínico e social, procurando sempre que possível manter o contato com a família do paciente e com a sua comunidade de origem (OLIVEIRA, 1999).

4.2 SETOR DE INTERNAÇÃO (EMERGÊNCIA)

O setor de internação (emergência) do IPq/SC pode ser considerado como a porta de entrada de pacientes no Hospital. Na Figura 19, encontra-se em destaque e sinalizado com o número 4, sendo a recepção sinalizada com o número 2.

Entre as atribuições do setor de internação (emergência) do IPq/SC, destaca-se:

- Atendimento aos pacientes em crise aguda com alteração comportamental, podendo ser pacientes que já estão sendo atendidos no sistema de saúde mental ou pacientes em primeira crise.
- Diagnóstico de transtornos psiquiátricos, além de problemas psicológicos e sociais.
- Definição pela internação do paciente na instituição ou encaminhamento para os serviços adequados.

A principal função do setor é a avaliação dos pacientes, para que possa ser feito o direcionamento para as soluções adequadas disponíveis. O setor funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, sendo a única emergência psiquiátrica do estado que opera nessa configuração. Inicialmente, as pessoas que procuram a emergência são atendidas por um médico psiquiatra, que pode recomendar a internação do paciente ou o encaminhamento para outras instituições, nos casos em que não é necessária a internação.

Trabalham nesse setor diversos profissionais, incluindo: seguranças, técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos psiquiatras. Outro setor do Hospital, que não faz parte da emergência, mas que está diretamente relacionado ao serviço prestado é o SAME, que é responsável pelo primeiro contato de pacientes e familiares na recepção, quando é preenchida a ficha do paciente. O SAME ainda exerce outras funções relacionadas diretamente ao setor de internação (emergência) e que serão relatadas em detalhes a seguir.

Em 2016, o setor de internação prestou atendimento a 6.974 pessoas, sendo 4.298 do sexo masculino, e 2.676 do sexo feminino. Desse total, 44,85% das pessoas que passaram pelo setor foram internados, totalizando 3.128 internações. O Quadro 7 traz com mais detalhes esses dados.

Quadro 7: Movimento de pacientes que passaram pela triagem médica

	Masculino	Feminino	Total	Percentual
Internação/Reinternação	2.219	909	3.128	44,85
Não internação	2.079	1.767	3.846	55,15
Total	4.298	2.676	6.974	100

Fonte: Arquivo SAME IPq/SC (2017)

4.3 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA APLICADA – ETAPAS DO GODP

Nesse tópico serão descritas as atividades realizadas em cada uma das 4 Etapas do GODP que foram realizadas para o desenvolvimento dessa pesquisa.

4.3.1 Etapa -1: Oportunidades

Essa Etapa compreendeu a coleta de dados, que resultou na identificação da oportunidade para a realização dessa pesquisa: o setor de internação (emergência) do IPq/SC. Na Figura 21 é possível identificar em destaque essa Etapa e seu objetivo na metodologia GODP.

Figura 21: Etapa -1 – Oportunidades em destaque no GODP



OPORTUNIDADES

Identificar a oportunidade para realização dessa pesquisa –
Setor de internação (emergência).

Fonte: a autora (2018)

O NGD/LDU já vem realizando desde 2014, pesquisas aplicadas no IPq/SC visando melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pela instituição. Inicialmente, esses trabalhos se concentraram principalmente no Centro de Convivência Santana – CCS, que abriga os pacientes asilados moradores, com o desenvolvimento de produtos de tecnologia assistiva que beneficiaram tanto os pacientes como os trabalhadores dessa unidade. Também, iniciou-se em 2014, um trabalho junto a farmácia hospitalar, que nesse caso abrange tanto o CCS como a Unidade de Internação Psiquiátrica – UIP.

O desenvolvimento dessas pesquisas aplicadas no IPq-SC vem sendo viabilizado por meio de dois projetos de pesquisa:

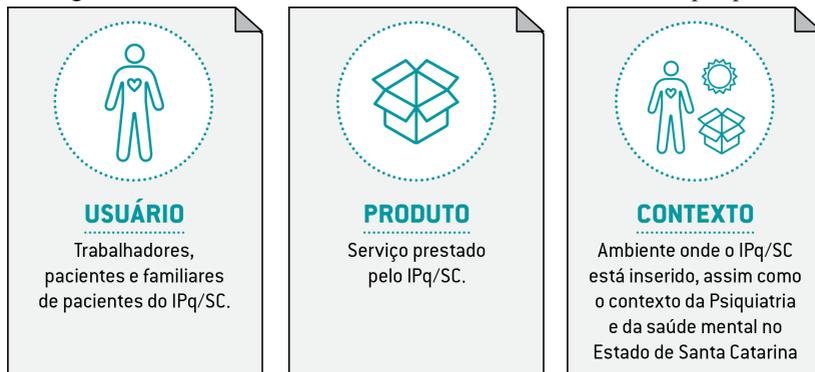
- **Psiquiatria em análise: da saúde do paciente às questões da saúde do trabalhador** (Edital PROEXT/MEC/SEsu 2014).
- **Design e Saúde: contribuições do desenho industrial na reabilitação de pacientes e trabalhadores inseridos em ambientes psiquiátricos** (Edital Chamada Universal MCTI/CNPq nº 14/2014).

Esses trabalhos anteriores, contribuíram para que fosse estabelecido um relacionamento com a Instituição, e assim, foi possível propor e realizar essa pesquisa.

Como já citado, o início da pesquisa seguiu os passos indicados pela metodologia GODP (MERINO, 2016), a partir da identificação dos 3 Blocos de Referência: usuário, produto e contexto. Nessa pesquisa, foram considerados como usuários: trabalhadores, pacientes e familiares de pacientes do IPq/SC; como produto: o serviço prestado pelo IPq/SC; e

como contexto: o ambiente onde o IPq/SC está inserido, assim como o contexto da Psiquiatria e da saúde mental no Estado de Santa Catarina (Figura 22).

Figura 22: Blocos de Referência do GODP considerados nessa pesquisa



Fonte: a autora, com base em Merino (2016)

Após a identificação dos Blocos de Referência, foram especificadas as informações que deveriam ser coletadas e como as mesmas seriam coletadas. A Figura 23, traz um resumo das informações coletadas nessa Etapa, divididas pelos Blocos de Referência, juntamente com as sínteses visuais geradas a partir da coleta dessas informações, resumindo assim, os dados coletados nessa Etapa inicial.

Figura 23: Etapa Oportunidades – Informações coletadas

ETAPA -1 : OPORTUNIDADES			
	OBJETIVOS	COMO FAZER	SÍNTESE VISUAL
CONTEXTO	Histórico do IPq/SC	Pesquisa bibliográfica e entrevista com o Diretor do Hospital	Linha do tempo
	Como está estruturada a instituição – Organograma	Pesquisa documental e entrevista com o Diretor do Hospital	Organograma do IPq/SC
	Setores do Hospital e localização no mapa	Pesquisa documental	Mapa do IPq/SC
	O contexto dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil e em Santa Catarina	Pesquisa bibliográfica, entrevista com Diretor do Hospital e reunião com a Diretoria	Mapa mental
PRODUTO	Missão Visão e Valores	Pesquisa documental	Diagrama
	Quais os serviços ofertados	Entrevista com Diretor do Hospital e Reunião com a Diretoria	Diagrama de serviços do IPq/SC
USUÁRIOS	Quem são os <i>stakeholders</i> do IPq/SC	Entrevista com Diretor do Hospital	Mapa de <i>stakeholders</i>
	Mapeamento inicial da Jornada do paciente na UIP	Reunião com Gerente de Enfermagem	Mapeamento inicial da jornada

Fonte: a autora (2018)

A seguir, serão apresentadas as informações coletadas em cada um dos blocos de informação, seguidas das sínteses visuais geradas nessa Etapa.

4.3.1.1 Contexto

Para o bloco de informação referente ao contexto, foram reunidas informações sobre o histórico do IPq/SC, organograma, setores do Hospital e contexto dos hospitais psiquiátricos no Brasil e em Santa Catarina.

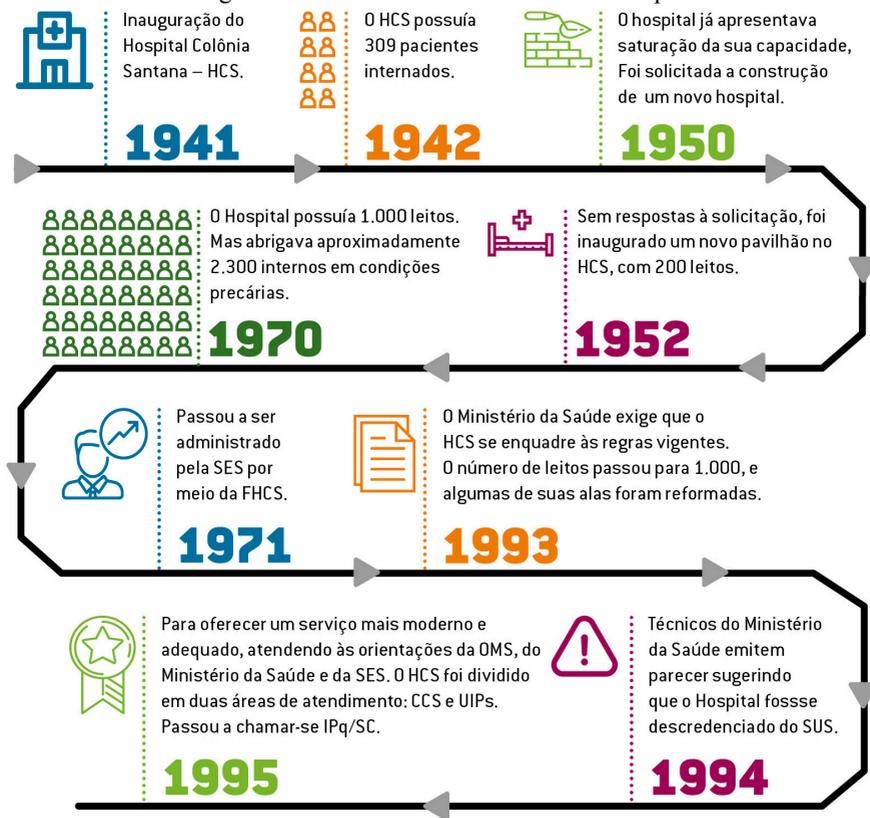
4.3.1.1.1 Histórico do IPq/SC

Por meio de uma pesquisa bibliográfica (detalhada no Apêndice F) foi realizado um levantamento de teses e dissertações que possuíam como foco estudos realizados no IPq/SC, onde puderam ser coletadas

informações sobre o histórico da instituição. Essas informações foram complementadas em entrevista com o Diretor do Hospital.

A Figura 24 resume os fatos marcantes da história do IPq/SC, que serão relatados em detalhes a seguir.

Figura 24: Fatos marcantes da história do IPq/SC



Fonte: a autora, com base em Fontoura (1997); Santos (1992); Teixeira (1993); Melo (2004); Heldwein (2005); Varella (2006); Koerich (2008); Borges (2013)

Em 10 de novembro de 1941, o presidente Getúlio Vargas inaugura o Hospital Colônia Santana – HCS, na localidade de Salto do Maroim, município de São José (HELDWEIN, 2005).

Inicialmente, o HCS pertencia ao Estado e era administrado pelas irmãs da Divina Providência (KOERICH, 2008). A implantação do HCS se desenrolou junto a vinda dos primeiros médicos psiquiatras ao Estado

de Santa Catarina, e assim sua trajetória histórica “[...] confunde-se com a própria história da Psiquiatria no Estado de Santa Catarina” (TEIXEIRA, 1993, p. 20). No entanto, o HCS passou a funcionar somente no ano seguinte, recebendo pacientes provenientes de Brusque e Joinville, que haviam desativado suas instalações para o tratamento de doentes mentais (VARELLA, 2006). No decorrer da década de 1940 e início da década de 1950, o HCS era considerado uma referência nacional no tratamento de saúde mental, sendo considerado uma instituição modelo (FONTOURA, 1997).

No final de 1942, o HCS possuía 309 pacientes internados (FONTOURA, 1997). No entanto, a partir de 1950, o Hospital já apresentava saturação da sua capacidade, e assim, oficialmente foi solicitado um novo Hospital para o atendimento de doentes mentais, pretendendo-se que o HCS atendesse somente os casos crônicos (SANTOS, 1992).

Em 1952, sem respostas quanto a construção de um novo hospital, foi então inaugurado um novo pavilhão no HCS, com capacidade aproximada para 200 leitos (SANTOS, 1992).

Destaca-se que entre 1951 e 1954 foram atendidos no HCS aproximadamente 4.350 pessoas (SANTOS, 1992). A partir de 1952, o tratamento psiquiátrico nessa instituição passou a representar o segundo lugar nos gastos do Estado (SANTOS, 1992).

Desde sua abertura, o HCS acabou recebendo pacientes que não apresentavam somente transtornos psiquiátricos, somado a isso, o Hospital nesse período, possuía característica asilar, pois muitos pacientes não possuíam perspectiva de alta e uma vez internados permaneciam no Hospital até sua morte (ALEXANDRE, 1973a). Assim, no início da década de 1970, o Hospital possuía 1.000 leitos de internação psiquiátrica – 600 masculinos e 400 femininos (HELDWEIN, 2005). No entanto, abrigava aproximadamente 2.300 internos em condições precárias devido a superlotação (HELDWEIN, 2005; MELO, 2004; BORGES, 2013). Além disso, nesse período, muros altos cercavam todo o Hospital, para que fossem evitadas as fugas dos pacientes, que se amontoavam em galpões e celas, sem mínimas condições de higiene (ALEXANDRE, 1973a).

Em 1971, o HCS passou a ser administrado pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, por meio da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHCS) (KOERICH, 2008). Nesse período, o psiquiatra Julio Gonçalves assumiu a direção da instituição e iniciou uma série de mudanças, sendo a primeira delas, a diminuição do número de pacientes. Para isso, foi feito um mapeamento dos internos que poderiam retornar

às suas casas, já que com o surgimento das primeiras medicações psiquiátricas – neurolépticos –, a partir de 1951 (TEIXEIRA, 1993), muitos pacientes internados apresentavam plenas condições de retornar ao convívio familiar (ALEXANDRE, 1973a). Outra medida, foi a contratação de pessoal especializado e a mudança de filosofia em relação ao paciente e ao tratamento que esse deveria receber, passando-se a considerar o doente como uma pessoa em sua totalidade e com necessidade de reintegrar-se ao seu grupo familiar (ALEXANDRE, 1973a). Também, em função dessa nova filosofia de tratamento, foram derrubados os muros que cercavam a instituição, partindo-se do princípio que o doente mental, muitas vezes, se tornava agressivo em função do tratamento agressivo que recebia. (ALEXANDRE, 1973a).

Assim, em 1973, o HCS possuía 1.200 leitos disponíveis, abrigando 1.160 pacientes e aproximadamente 700 funcionários – 7 médicos plantonistas, 12 psiquiatras, 14 acadêmicos e dezenas de atendentes (RABINOVICI, 1973). O número de funcionários, no entanto, ainda estava longe de ser ideal, sendo que cada enfermeira tinha que cuidar de 300 pacientes, número bem acima do considerado ideal pela OMS, que recomendava que a responsabilidade de cada enfermeira não deveria ser superior a 46 pacientes (ALEXANDRE, 1973b).

Em função de diversos avanços na área de saúde mental, estimulados em grande parte pela Reforma Psiquiátrica, a partir de 1993, o Ministério da Saúde exigiu que o HCS se enquadrasse às normas vigentes no país, como a Portaria nº 1.884. Num processo de reestruturação, o número de leitos passou para 1.000, e algumas alas foram reformadas (HELDWEIN, 2005).

No entanto, ainda permaneciam algumas condições consideradas precárias, e em 1994, os técnicos do Ministério da Saúde, após visita feita no HCS, emitiram um parecer sugerindo que o Hospital fosse descredenciado do SUS (KOERICH, 2008).

Em 1995, para oferecer um serviço mais moderno e adequado, seguindo a tendência mundial de Políticas de Atenção em Saúde Mental e atendendo às orientações da OMS, do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, o HCS foi dividido em duas áreas de atendimento: o Centro de Convivência Santana – CCS e as Unidades de Internações Psiquiátricas – UIPs, passando então a receber a sua denominação atual – IPq/SC. Nessa nova configuração, vigente atualmente, o CCS abriga os pacientes asilares, moradores institucionalizados que permaneceram longos anos no antigo HCS e as UIPs destinam-se ao atendimento dos casos agudos, de curta permanência. (HELDWEIN, 2005; KOERICH, 2008).

O IPq/SC possui atualmente 9 alas, divididas de acordo com as características dos pacientes, e também divididas por sexo (feminino, masculino e mistas). O CCS abriga 4 alas (Unidade de Gestão Participativa – UGP, Residencial das Rosas, Residencial Flor-de-lis e Residencial Jasmin), enquanto as UIPs contam com 4 alas (Unidade de Dependentes Químicos – UDQ, Sonir Malara, Pedra Branca e Nova Esperança).

4.3.1.1.2 Organograma do Ipq/SC

O Organograma da Instituição foi obtido por meio de pesquisa documental.

A Figura 25 traz o Organograma Geral do IPq/SC. Ligados à Direção Geral encontram-se algumas comissões, como a CCIH, Humaniza SUS/Ouvidoria e Centro de Estudos, que contempla a residência médica e multiprofissional, além de dois assistentes. Ainda, ligados à Direção Geral, existem 3 gerências – Técnica, Administração e Enfermagem –, que possuem suas próprias subdivisões, que serão apresentadas na sequência.

Figura 25: Organograma Direção Geral – IPq/SC

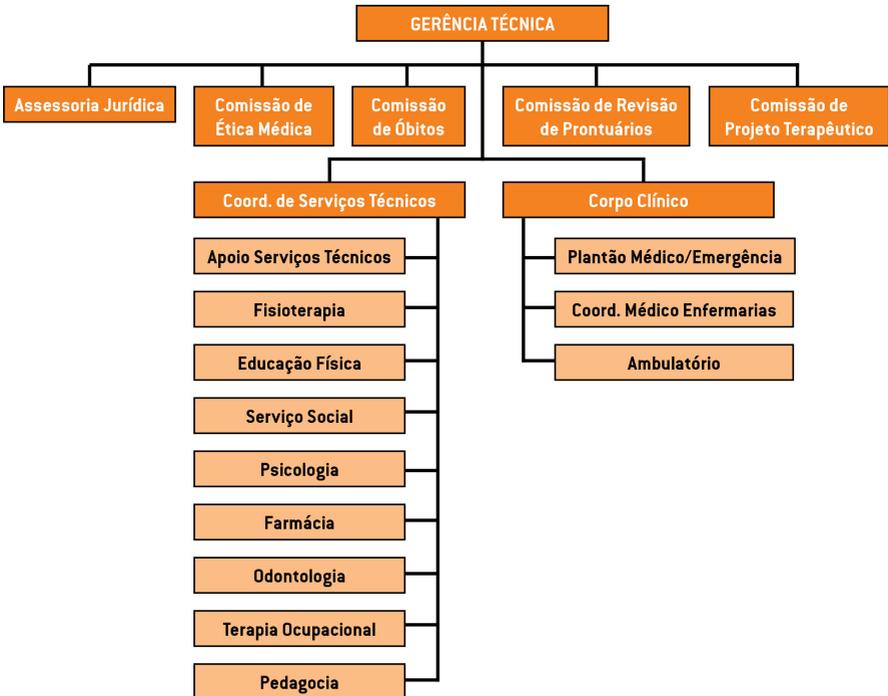


Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos pela Direção do Hospital

A Figura 26 traz as subdivisões do Organograma da Gerência Técnica. Nesse organograma, fica evidente que o IPq/SC oferece um tratamento terapêutico que engloba diferentes especialidades como: psicologia, fisioterapia, educação física, terapia ocupacional, serviço social, pedagogia, além de oferecer serviços complementares como odontologia. O Corpo Clínico encontra-se subdividido em Plantão Médico/Emergência, Coordenação Médico Enfermarias e Ambulatório, caracterizando que cada uma dessas subdivisões possui suas peculiaridades. Geralmente, os médicos que atendem no setor de

internação (emergência) não são os mesmos que atendem os pacientes nas unidades de internação. A atuação dos médicos psiquiatras na parte Ambulatorial está vinculada à Residência Médica em Psiquiatria e funciona no Hospital Universitário – HU.

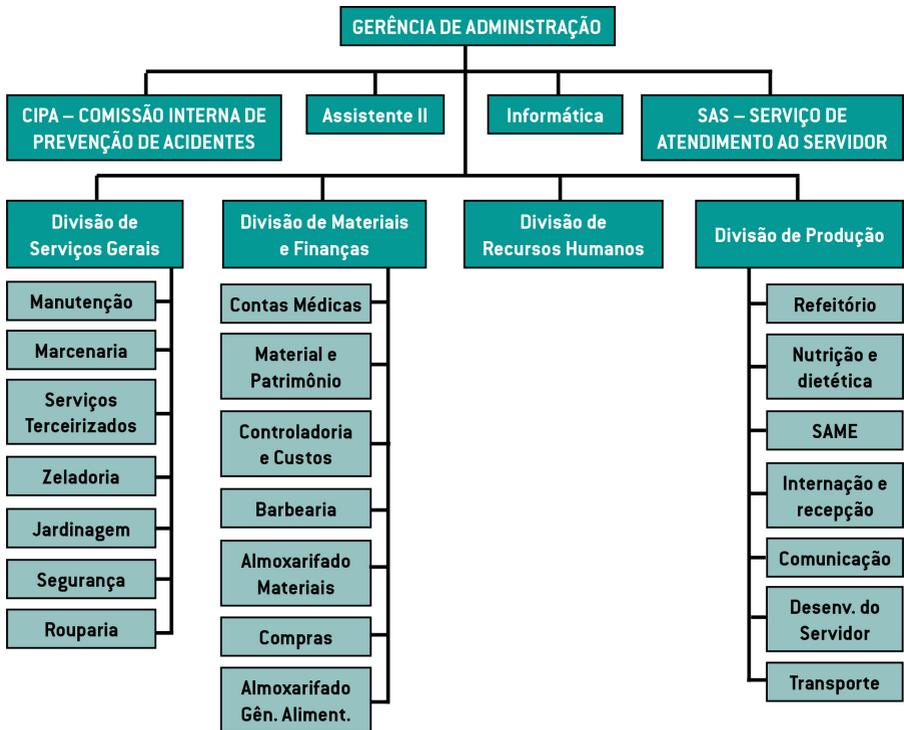
Figura 26: Organograma Gerência Técnica – IPq/SC



Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos pela Direção do Hospital

A Figura 27 traz em detalhes o Organograma da Gerência de Administração, que engloba a CIPA, informática, o SAS, além de um assistente. Existem 4 divisões subordinadas a essa gerência: Serviços Gerais, Materiais e Finanças, Recursos Humanos e Produção.

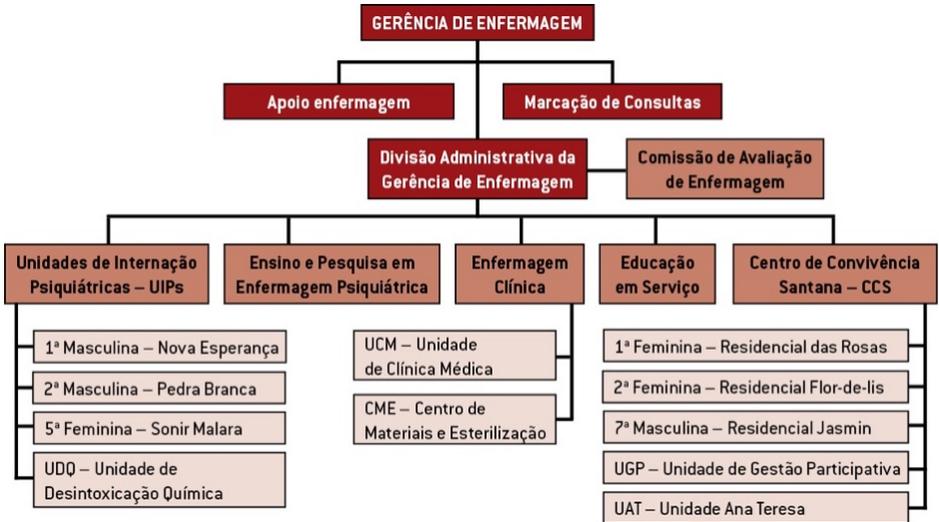
Figura 27: Organograma da Gerência de Administração – IPq/SC



Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos pela Direção do Hospital

Por fim, na Figura 28 é possível visualizar o Organograma da Gerência de Enfermagem. Cada uma das alas do CCS e das UIPs possui uma enfermeira responsável. Ainda, há enfermeiras na Unidade de Clínica Médica – UCM, e no Centro de Materiais e Esterilização – CME. O setor de internação (emergência) também possui uma enfermeira responsável, mas que não está listado nesse organograma.

Figura 28: Organograma da Gerência de Enfermagem – IPq/SC



Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos pela Direção do Hospital

A visualização do organograma do IPq/SC auxiliou para que a pesquisadora pudesse compreender os diversos setores e divisões existentes no Hospital, fornecendo um panorama geral da instituição.

4.3.1.1.3 Setores do Hospital

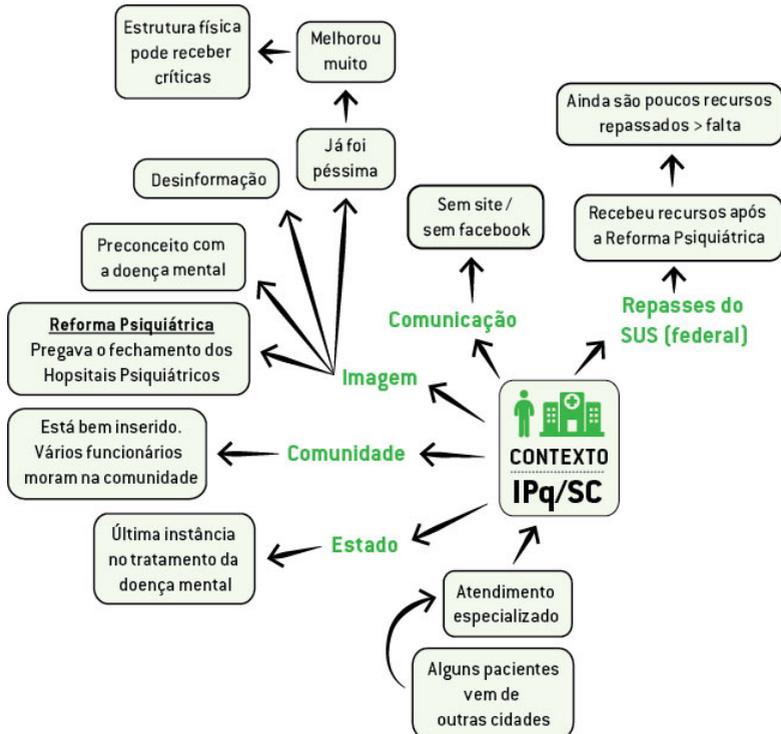
Complementando as informações obtidas por meio do organograma da instituição, foi utilizado um mapa do IPq/SC, onde foram localizadas as alas e setores administrativos e técnicos. Esse mapa, já havia sido construído pelo NGD/LDU e foi incluído no capítulo que apresenta o IPq/SC (Figuras 20 e 21, páginas 99 e 100). Para essa pesquisa, esse mapa foi validado por meio de uma visita guiada pelo Hospital, onde foram realizados alguns ajustes, como a localização no mapa do setor de internação (emergência).

4.3.1.1.4 O Contexto dos hospitais psiquiátricos no Brasil e em Santa Catarina

As pesquisas bibliográficas que auxiliaram nessa Etapa, foram incluídas na fundamentação teórica dessa pesquisa. No entanto, algumas informações referentes ao contexto do IPq/SC foram coletadas durante

entrevista com o Diretor do Hospital. Foi construído um mapa mental contendo essas informações e que pode ser visualizado na Figura 29.

Figura 29: Mapa Mental – Contexto do IPq/SC



Fonte: a autora (2018), com base em entrevista com o Diretor do Hospital e reunião com Diretoria do Hospital

Destaca-se entre as informações que foram apontadas, algumas fragilidades e oportunidades de melhorias no serviço do IPq/SC relacionadas principalmente ao preconceito em relação à doença psiquiátrica e à instituição.

Foi relatado pelo Diretor do Hospital um desejo de mudança em relação à marca do IPq/SC, que na visão de alguns funcionários da instituição, não comunica o que o Hospital é hoje. Outro fato que pode ser apontado refere-se à falta de comunicação do Hospital nos meios *on-line*, já que o mesmo não possui site e não se comunica por mídias sociais.

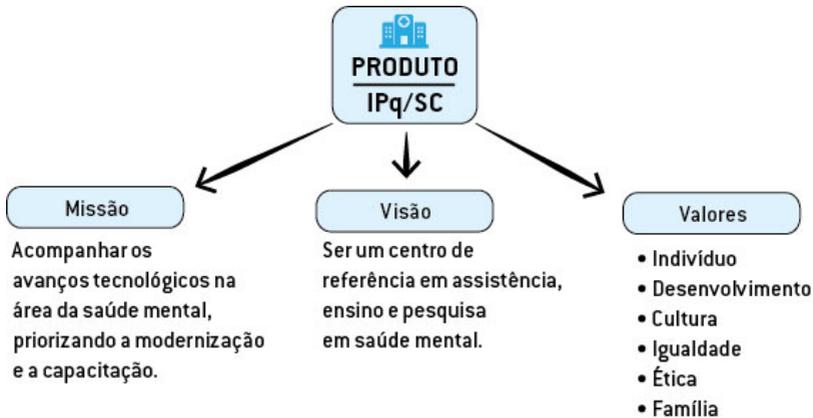
4.3.1.2 Produto

Para o bloco de informação referente ao produto, foram reunidas informações sobre missão, visão e valores do IPq/SC, além dos serviços ofertados.

4.3.1.2.1 Missão, Visão e Valores

O IPq/SC possui missão, visão e valores. Essas informações foram reunidas e podem ser visualizadas na Figura 30.

Figura 30: Missão, Visão e Valores



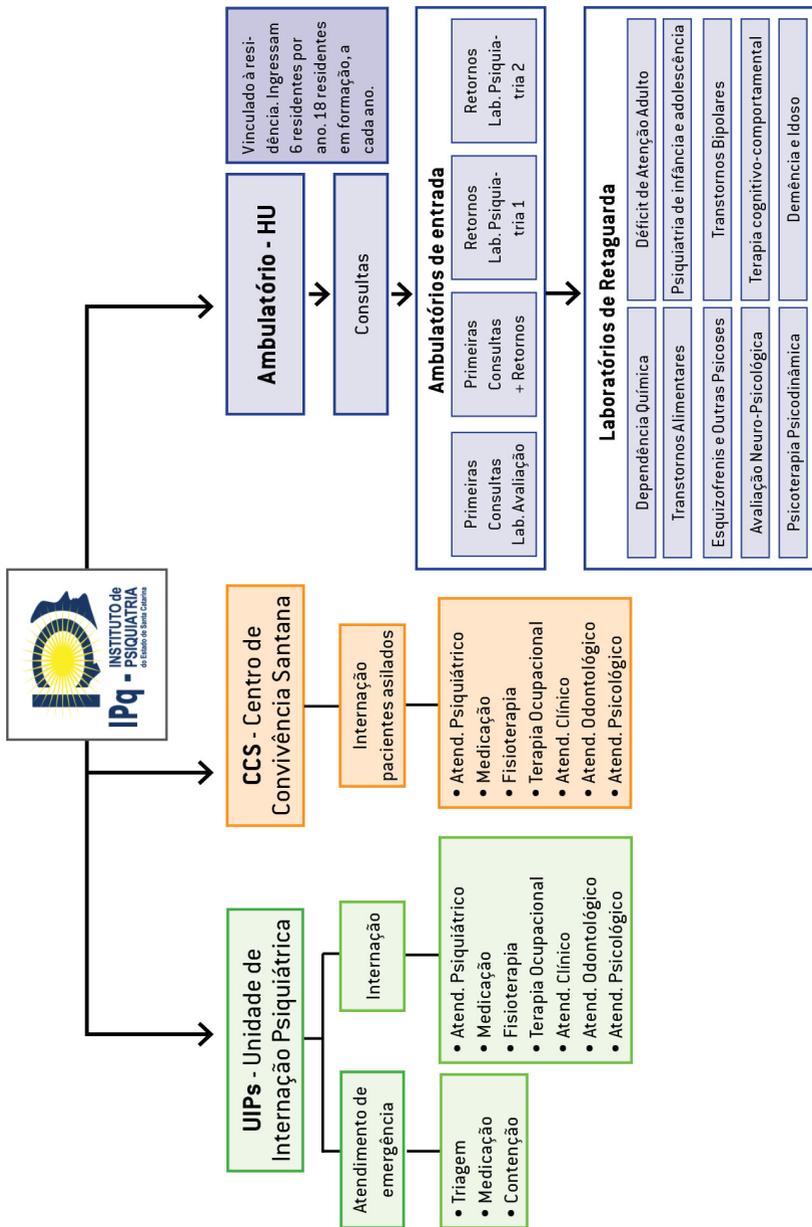
Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos pela Direção do Hospital

Destaca-se na visão do IPq/SC o papel que essa instituição possui em relação a ensino e pesquisa em saúde mental, já que a instituição possui programa de residência médica em psiquiatria, e também recebe inúmeros estagiários de diversas áreas, podendo ser considerado como um disseminador de conhecimento em psiquiatria para o estado.

4.3.1.2.2 Serviços ofertados pelo IPq/SC

Por meio de entrevista com o Diretor do Hospital e reunião com a diretoria, pode-se mapear os serviços oferecidos pelo Hospital. A Figura 31 apresenta as informações coletadas por meio de um diagrama.

Figura 31: Serviços oferecidos pelo IPq/SC



Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos pela Direção do Hospital

Destaca-se nesse mapeamento, que a instituição possui atendimento ambulatorial em psiquiatria, mas esse serviço é realizado em outro local – Hospital Universitário – HU. Outro fato a ser apontado, refere-se ao atendimento de emergência, que está diretamente vinculado as UIPs, já que o CCS conta apenas com pacientes que já estavam internados na instituição por longos períodos, e assim, não recebe mais pacientes novos em suas unidades.

4.3.1.3 Usuários

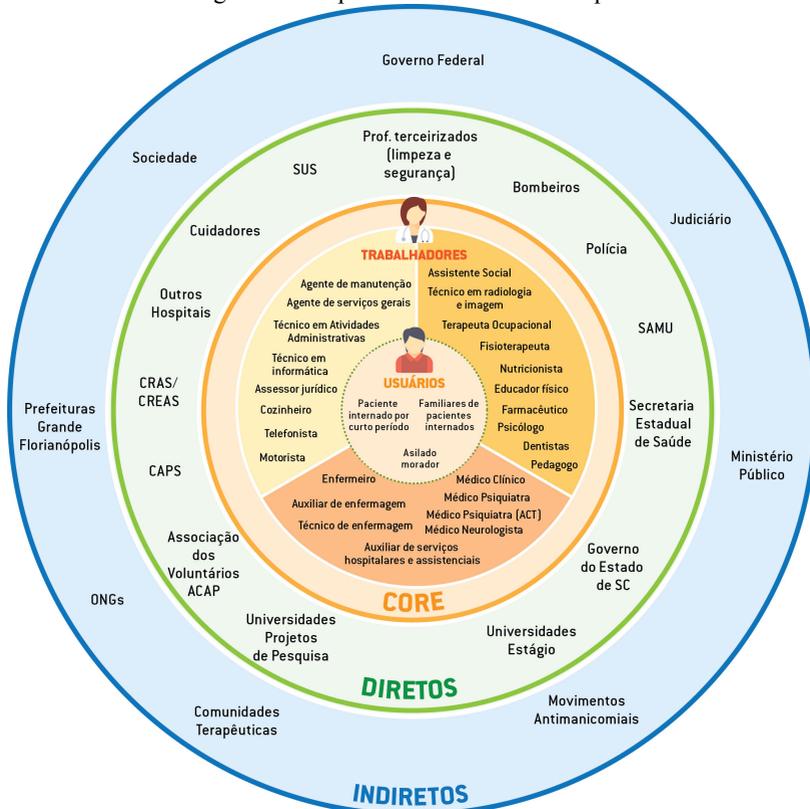
Para o bloco de informação referente ao usuário, foram reunidas informações sobre os *stakeholders* e o mapeamento inicial da jornada do usuário.

4.3.1.3.1 Mapa de stakeholders

O mapa de *stakeholders* foi elaborado a partir de informações reunidas na entrevista com o Diretor do Hospital.

No centro do mapa (Figura 32), denominado *core*³⁸, estão os usuários do serviço – pacientes de curta internação e asilados moradores – além dos familiares de pacientes de curta internação. Optou-se por incluir os familiares como usuários do serviço, por entender-se que os familiares são parte importante e ativa do tratamento, interagindo diretamente com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros trabalhadores da instituição, durante o tratamento do paciente no IPq/SC. Pacientes e familiares foram incluídos no centro desse mapa, pois entende-se que os serviços prestados pelo Hospital existem em função desses usuários. Os usuários se encontram rodeados pelos trabalhadores da instituição, que possuem diferentes especialidades – como fisioterapia, terapia ocupacional, educação física, entre outros. Também se pode observar que existem várias instituições que possuem relação direta com o hospital, como SAMU, bombeiros e universidades. Além disso, existem atores que influenciam indiretamente o IPq/SC, entre eles estão o Governo Federal, Judiciário, Ministério Público, Prefeitura da Grande Florianópolis, Movimentos Antimanicomiais, ONGs, Comunidades Terapêuticas e a Sociedade.

³⁸ Utilizou-se o termo *core* para denominar o centro do mapa de *stakeholders*. A tradução desse termo em inglês seria centro, núcleo.

Figura 32: Mapa de *stakeholders* do IPq/SC

Fonte: a autora (2018), com base em entrevista com o Diretor do Hospital

O mapa de *stakeholders* ajudou a perceber os diversos atores que impactam ou são impactados pelo IPq/SC. Somando-se todos esses atores, chegou-se a um total de 51, incluindo o *core* (trabalhadores e usuários do serviço), assim como atores diretos e indiretos.

4.3.1.3.2 Mapeamento inicial da jornada do paciente no IPq/SC

Para que a pesquisadora pudesse obter uma visão geral do caminho percorrido pelo usuário ao longo do serviço, foi feito, em conjunto com a Gerente de Enfermagem do Hospital, um mapeamento inicial da jornada do paciente em tratamento na UIP (Figura 33).

Figura 33: Mapeamento da jornada do paciente na UIP



Fonte: a autora (2018).

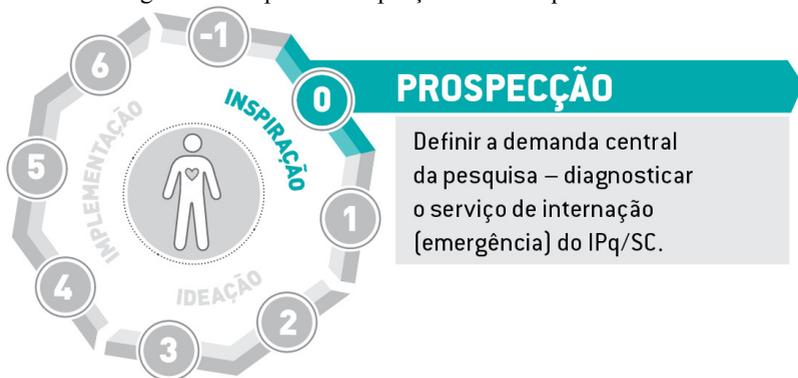
A partir desse mapeamento inicial da jornada do paciente, foi identificado que o setor de internação (emergência) apresentava diversas fragilidades e oportunidades para que fosse realizada a pesquisa dessa dissertação.

Destaca-se a importância das coletas realizadas nessa Etapa inicial, onde ao final foi possível não somente identificar a área onde seria realizada a pesquisa, mas também obter um panorama geral do serviço prestado pelo IPq/SC, além de um conhecimento mais amplo sobre o funcionamento e o contexto onde o IPq/SC está inserido.

4.3.2 Etapa 0: Prospecção

Após a identificação do setor onde seria realizada a pesquisa, foi definida a demanda central da pesquisa, que consistiu no diagnóstico do serviço de internação (emergência) do IPq/SC. Na Figura 34 é possível identificar em destaque essa Etapa e seu objetivo na metodologia GODP.

Figura 34: Etapa 0 – Prospecção em destaque no GODP



Fonte: a autora (2018)

Foram então, definidas as etapas de trabalho e um cronograma de atividades. A proposta e o cronograma foram validados com o Diretor do Hospital e apresentados também para a Gerente de Enfermagem e para a enfermeira responsável pelo setor de internação (emergência) (Figura 35).

Figura 35: Apresentação da proposta da pesquisa para a Gerente de Enfermagem e a enfermeira responsável pelo setor de internação (emergência).



Fonte: a autora (2018)

Inicialmente, o cronograma previa a realização de workshops com os funcionários da emergência. No entanto, ao iniciar o trabalho, verificou-se que não seria possível realizar uma atividade que demandasse de 2 a 3 horas dos profissionais envolvidos, em virtude da

dinâmica do trabalho no setor. O setor de internação (emergência) funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. E assim, as equipes trabalham em 3 turnos, sendo que dependendo do profissional, fazem diferentes escalas. O trabalho acontece em contato direto com o paciente e assim, não havia a possibilidade de reunir todos os profissionais do setor em um mesmo horário, durante pelo menos 2 horas, para realização de workshops. Diante dessa realidade, para que pudesse ser feito um mapeamento do serviço no setor de internação (emergência) optou-se por realizar observações e entrevistas com alguns profissionais, selecionados de acordo com a sua disponibilidade. Também foram previstos no cronograma, a realização de entrevistas com os familiares dos pacientes, para que fossem coletadas suas impressões sobre o serviço.

Destaca-se nessa Etapa, a importância de que pesquisador tenha um entendimento da dinâmica do serviço que se pretende analisar para que possa selecionar e programar as técnicas mais adequadas de acordo com o contexto onde a pesquisa será realizada.

4.3.3 Etapa 1: Levantamento de dados

Como já detalhado na metodologia, o objetivo dessa Etapa foi levantar dados que pudessem auxiliar no diagnóstico do setor de internação (emergência). Na Figura 36 é possível identificar em destaque essa Etapa e seu objetivo na metodologia GODP.

Figura 36: Etapa 1 – Levantamento de dados em destaque no GODP



Fonte: a autora (2018)

Inicialmente, foram construídas, em conjunto com a enfermeira responsável por uma das unidades masculinas, 3 diferentes personas

(Figura 37). Essas personas, foram baseadas em alguns perfis de pacientes mais recorrentes nas unidades de internação masculinas. Por tratar-se de um entendimento geral do serviço, optou-se por traçar somente 3 perfis de usuários, todos masculinos, em função da ala que a enfermeira atuava – masculina.

Figura 37: Reunião com enfermeira de uma unidade de internação para construção de personas e mapa de jornada dos usuários



Fonte: a autora (2018)

Para a construção dessas personas, foi feita uma ficha com campos para serem preenchidos. Esses campos, foram criados pela pesquisadora, com base nas leituras e nas pesquisas feitas previamente e preenchidos pela enfermeira responsável por uma das alas masculinas do IPq/SC. Foram geradas 3 personas referentes aos perfis de pacientes com diferentes patologias: Esquizofrenia (Figura 38), Dependência Química (Figura 39) e Transtorno Bipolar (Figura 40).

Figura 38: Ficha de persona – Alberto – Esquizofrenia

Persona 1: Alberto



Profissão: estudante.
Ingressou recentemente na universidade.

Tipo de doença: Esquizofrenia. Paranóide

Quantas vezes foi internado? É sua primeira internação. Por isso é mais complicado.

Histórico: Comportamento acelerado, violento. Uso da maconha, que funciona como um gatilho para desencadear a doença. Delírio, mania de perseguição. Pensa que colocaram um chip na sua cabeça.

Nome: Alberto

Idade: 18 anos

Renda (se possui) ou renda da família:
Família de baixa renda

Gravidade: Doença grave

Relação com a família: A família está “apavorada” por ser a primeira internação. Nunca o viram agir dessa maneira. A família, primeiro, não aceita que seja esquizofrenia. Desconhece que Alberto utilizou maconha. Após a internação, a mãe fica muito ansiosa e liga constantemente para saber como está o filho.

Outros: A esquizofrenia é uma doença que não tem cura. Quanto mais surtos o paciente apresenta, mais lesionado fica seu cérebro.

Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos por enfermeira de uma das unidades do IPq/SC

Figura 39: Ficha de persona – Antônio – Dependência Química

Persona 2: Antônio



Nome: Antônio

Idade: 20 anos

Renda (se possui) ou renda da família:

Baixa renda. Família tem uma boa condição financeira. Mas cansou de ajudá-lo.

Profissão: sem profissão. Desempregado. faz bicos como servente de obra.

Tipo de doença: Dependência química.

Gravidade: Doença grave.

Quantas vezes foi internado? Pelo menos 5 vezes.

Relação com a família: Prejudicada.

Histórico: Já foi internado diversas vezes. A família já está cansada e não tem mais esperança que ele se recupere. É visto como um problema pela família. Comete pequenos delitos.

Outros: Normalmente apresenta transtornos de personalidade.

Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos por enfermeira de uma das unidades do IPq/SC

Figura 40: Ficha de persona – Alexandre – Bipolar

Persona 3: Alexandre



Nome: Alexandre

Idade: 35 anos

Renda (se possui) ou renda da família:
Possui uma boa renda. Mas não consegue controlar seus gastos. Sua família é pobre.

Gravidade: Doença grave.

Relação com a família: Muitos problemas com a família. Possui comportamento impulsivo e agressivo e irritabilidade. O afeto é prejudicado e a família fica desestruturada,

Profissão: estudou bastante. Possui graduação. É inteligente. É engenheiro.

Tipo de doença: Bipolar

Quantas vezes foi internado? Pelo menos 8 vezes.

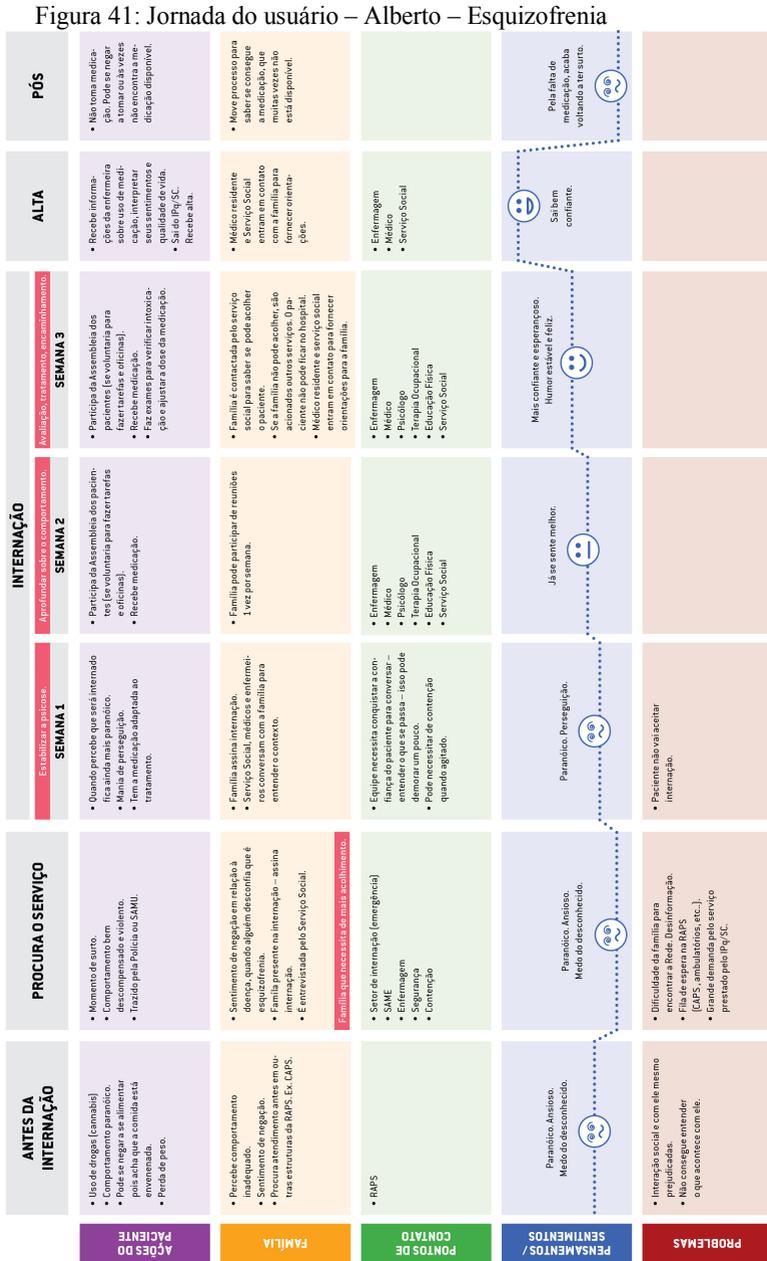
Histórico: É estudioso, possui graduação e ousa muito. Acaba às vezes ganhando muito dinheiro, pois arrisca alto. No entanto, com a mesma facilidade que ganha o dinheiro, acaba perdendo também.

Outros: Não aceita tomar remédios. O estado de euforia é muito bom para ele. Possui falta de julgamento.

Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos por enfermeira de uma das unidades do IPq/SC

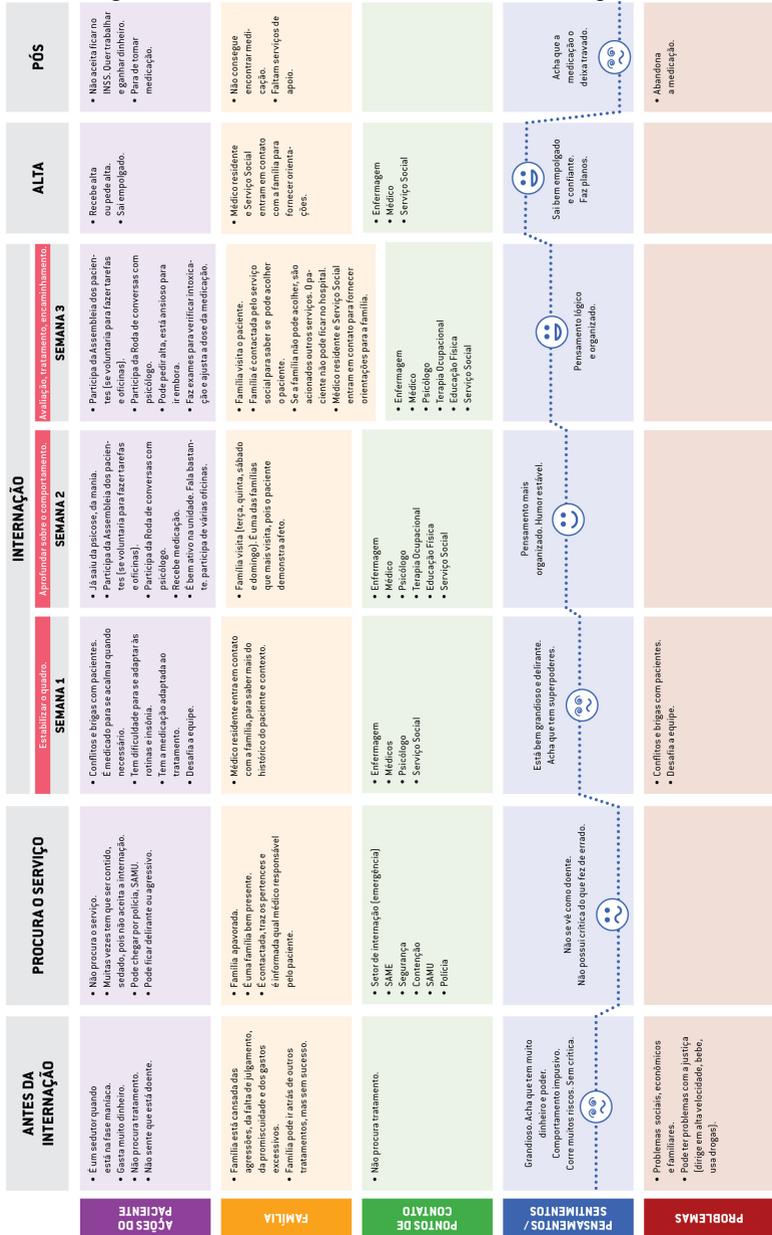
Após geradas as personas, foram elaboradas suas respectivas jornadas (Figuras 41, 42 e 43). Essas jornadas contemplaram momentos que vão desde que os pacientes manifestam os primeiros sintomas da doença, passando pela procura pelo serviço do IPq/SC, internação, até a alta e pós-serviço. Esse entendimento dos diferentes momentos para cada uma das personas revelou alguns pontos comuns, mas também alguns comportamentos e diferenças em relação ao tratamento, procura pelo serviço e o que acontece com cada um dos perfis após a alta. Entre os pontos comuns, destaca-se a importância da família no tratamento. Também se destaca a falta de amparo que esses pacientes encontram quando saem do Hospital, e assim, pela falta de medicamentos disponíveis e carência de serviços de apoio, acabam retornando a um quadro de crise aguda, e procurando novamente o Hospital.

Jornada do usuário – Alberto – Esquizofrenia



Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos por enfermeira de uma das unidades do IPq/SC

Jornada do usuário – Alexandre – Bipolar



Fonte: a autora (2018), com base em dados fornecidos por enfermeira de uma das unidades do IPq/SC

O entendimento dessas jornadas foi importante para que a pesquisadora obtivesse uma visão geral de como os usuários procuram o serviço, assim como o que acontece durante o tratamento e alta dos pacientes.

Após esse mapeamento geral de personas e jornadas, foi sugerido pela enfermeira da unidade que a pesquisadora participasse como observadora de uma Assembleia de Pacientes e de uma Reunião de Família.

A Assembleia de Pacientes acontece uma vez por semana e é parte importante do tratamento terapêutico. É conduzida por um psicólogo e representa o momento onde os pacientes internados se voluntariam para realizar determinadas tarefas e participar das oficinas terapêuticas. Durante a reunião em que a pesquisadora participou foi possível observar um pouco da realidade das unidades de internação, assim como os diferentes estágios de tratamento em que se encontram os pacientes, dependendo do tempo em que se encontram no Hospital, bem como a gravidade da doença.

A Reunião de Família acontece uma vez por semana e é conduzida cada vez por diferentes profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Trata-se de um momento onde as famílias podem compartilhar seus anseios e dores com outras famílias que vivenciam a mesma realidade, além de ser uma oportunidade para que as mesmas possam esclarecer dúvidas sobre o tratamento, assim como receber orientações para a continuação do tratamento e como lidar com a doença do familiar. Na reunião em que a pesquisadora participou, pode-se perceber a angústia e sofrimento dos familiares em relação à doença de seus entes queridos. A doença psiquiátrica, muitas vezes, pode ser considerada crônica e acaba afetando todo o contexto familiar, e assim, a participação ativa da família é importante e necessária para a continuidade do tratamento.

A observação feita pela pesquisadora tanto na Assembleia de Pacientes, como na Reunião de Família contribuiu para ampliar o entendimento do contexto e da realidade da doença psiquiátrica, o tratamento oferecido no IPq/SC, assim como o contexto em que estão inseridos os familiares dos pacientes.

Após essa coleta de dados com relação ao contexto do serviço, foi realizada uma visita guiada ao setor de internação (emergência), onde a enfermeira responsável mostrou as instalações e a pesquisadora foi apresentada aos profissionais do setor.

Foram realizadas também observações no setor de internação (emergência) com foco no fluxo do serviço. Foram feitas observações na

recepção e dentro do setor, onde a pesquisadora pode perceber como acontece o atendimento aos pacientes em diferentes situações. Destaca-se que nessas observações, alguns momentos críticos, tanto para os pacientes, como para os familiares – consulta com o médico e o atendimento de família pela assistente social – puderam ser observados apenas a distância, por serem momentos delicados para pacientes e familiares. No total, foram realizadas aproximadamente 16 horas de observação. Entre os fatores observados, destacam-se:

- Existe um fluxo padrão de atendimento. No entanto, são diferentes as abordagens e interações dos profissionais do setor com os pacientes e familiares dependendo de diversos fatores como: paciente de primeira internação ou reinternação, tipo de doença, estado em que se encontra o paciente, se a internação é voluntária ou involuntária, nível de conhecimento dos familiares sobre a doença, entre outros.
- O atendimento também pode variar de acordo com os profissionais que estão atendendo, diferentes profissionais podem atuar de maneira distinta, dependendo das interpretações que possuem das situações vivenciadas.
- O serviço prestado pelo setor de internação (emergência) se diferencia do serviço que é prestado nas Unidades de Internação. Assim, a atuação dos profissionais desse setor é diferente, e funções como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e segurança, são exercidas de maneira distinta no setor de internação (emergência), exigindo profissionais com diferentes competências.
- A equipe trabalha bem em conjunto, mas esse trabalho conjunto, varia dependendo da composição da equipe, que opera em diferentes turnos.

Após essas observações, a pesquisadora pôde entender melhor o serviço prestado nesse setor do IPq/SC, foi então elaborado um questionário (Apêndice I) para realização de entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do setor e diretamente envolvidos (profissional do SAME). As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos profissionais, quando esses estivessem disponíveis. Ao total, foram realizadas 10 entrevistas. Entre os pontos observados nas entrevistas, pode-se citar:

- Não existe uma reunião mensal, trimestral ou anual entre todos os trabalhadores ou representantes desses trabalhadores do setor de internação (emergência). As únicas reuniões que existem acontecem com o corpo clínico (mensal).
- Muitas vezes, as pessoas que procuram atendimento na emergência não necessitam necessariamente de atendimento de emergência. Utilizando a emergência como ambulatório e sobrecarregando o serviço com casos que poderiam ser resolvidos em outros serviços de saúde, mais adequados para esses casos.
- A equipe do setor de internação (emergência) é bem experiente. Tanto os médicos, como a enfermeira, e os técnicos de enfermagem e segurança. Isso ajuda bastante para que saibam lidar com situações extremas.
- Profissionais consideram que para os pacientes de primeira internação é mais difícil aceitar a internação. Para as famílias que internam o familiar pela primeira vez também é um momento bem difícil, pois há geralmente, um desconhecimento de como é feito o tratamento e de como lidar com a doença do familiar.
- Vários profissionais manifestaram preocupação com o acolhimento dos pacientes e familiares. Entendem que esse é um momento delicado e mostraram-se empáticos em relação ao sofrimento causado pela doença, tanto para os pacientes, como para os familiares.

Foram também realizadas 6 entrevistas semiestruturadas com familiares de pacientes internados com o objetivo de captar as percepções deles do momento em que interagiram com o setor de internação (emergência). O questionário elaborado para essas entrevistas encontra-se no Apêndice L. As entrevistas com familiares permitiram obter uma percepção geral do serviço de internação (emergência). Entre os pontos que podem ser destacados, estão:

- Nos casos em que não havia um conhecimento prévio do serviço prestado pelo IPq/SC, ou por outros hospitais psiquiátricos, algumas pessoas manifestaram inclusive medo de internarem o familiar. Isso demonstra que há ainda preconceito e desconhecimento da doença psiquiátrica e do tratamento oferecido em hospitais psiquiátricos.

- Em geral, consideram o serviço bom. Os familiares entrevistados não reclamaram da espera para conseguir atendimento no setor de internação (emergência).
- Alguns familiares relataram que tiveram que esperar para que o familiar fosse internado. Isso acontece nos casos em que é recomendada internação pelos serviços de saúde de outros municípios do estado, que não possuem leitos psiquiátricos disponíveis.
- No atendimento médico, muitas vezes, não são repassadas informações sobre a doença e como acontece o tratamento ao longo do período de internação.
- No atendimento da família com o serviço social são repassadas informações sobre o Hospital. No entanto, muitas vezes, o objetivo principal da entrevista é mais no sentido de coletar informações que sirvam de subsídio para o tratamento do paciente, do que repassar informações sobre o Hospital.
- A família não fica sabendo quem é o médico assistente no momento da internação. No entanto, isso não foi colocado como um problema por nenhum dos familiares entrevistados. Na maioria dos casos, o próprio médico assistente entra em contato por telefone com a família posteriormente.
- Foi relatado por alguns familiares que muitas vezes, buscam informações no IPq/SC e que não há um padrão no repasse dessas informações, sendo que dependendo do funcionário que perguntam, a informação é diferente.

Após essa Etapa de coleta de dados, os mesmos foram organizados, para que pudessem ser feitas as análises do serviço prestado. Essa Etapa será detalhada a seguir.

4.3.4 Etapa 2: Organização e Análise

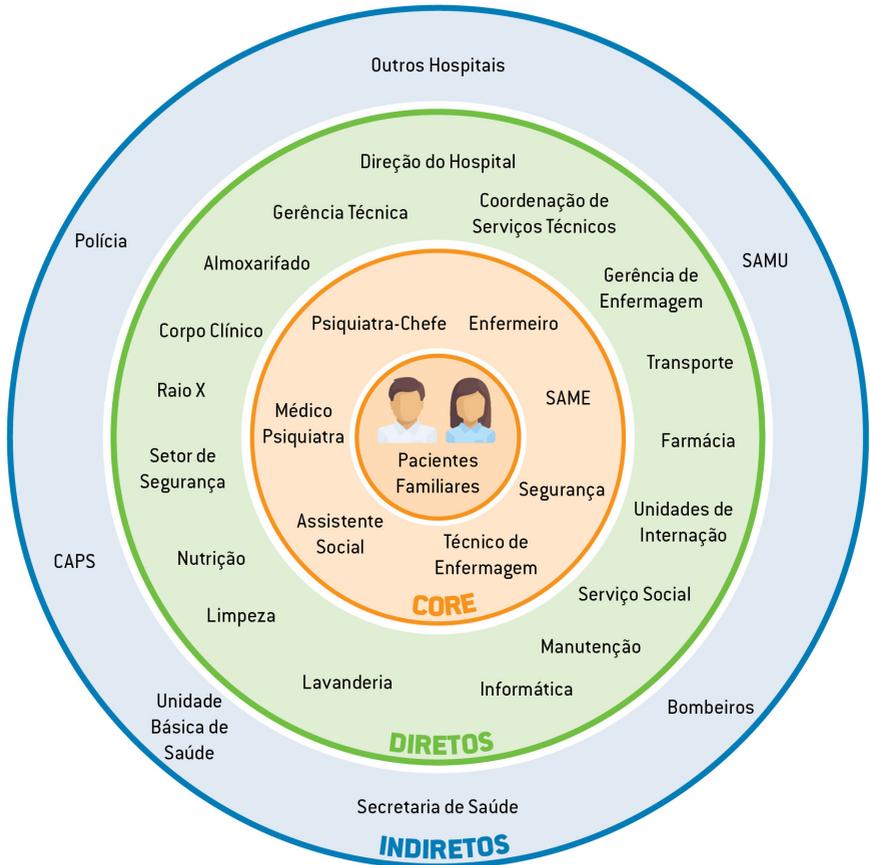
Passada a Etapa de levantamento de dados, as informações coletadas foram organizadas em diagramas. Esses diagramas auxiliaram, tanto a pesquisadora, como a Enfermeira responsável pelo setor, a obterem uma visão diferenciada dos dados coletados para que pudessem ser definidas algumas estratégias para o projeto. Na Figura 44 é possível identificar em destaque essa Etapa e seu objetivo na metodologia GODP.

Figura 44: Etapa 2 – Organização e Análise em destaque no GODP



Fonte: a autora (2018)

Inicialmente, foi gerado um mapa de *stakeholders* (Figura 45) do setor de internação (emergência). Esse mapa foi gerado a partir das observações do serviço, assim como das entrevistas com os trabalhadores do setor.

Figura 45: Mapa de *stakeholders* do setor de internação (emergência)

Fonte: a autora (2018)

No *core* do mapa, encontram-se pacientes e familiares, que são os usuários do serviço, rodeados pelos trabalhadores do setor e do SAME, que possui contato direto com pacientes e familiares no atendimento. Como atores diretos, foram colocados outros setores do Hospital, que não trabalham ativamente no setor de internação (emergência), mas que possuem influência direta nos serviços. Como atores indiretos, estão os agentes que interagem com o setor de internação (emergência), mas que não pertencem ao Hospital, como Bombeiros, SAMU e Polícia, que trazem pacientes para a emergência quando necessário.

A partir das informações coletadas durante as entrevistas com os trabalhadores, foram traçados alguns perfis de pacientes atendidos no setor de internação (emergência). A Figura 46 resume os perfis encontrados:

Figura 46: Perfis de pacientes atendidos pelo setor de internação (emergência)



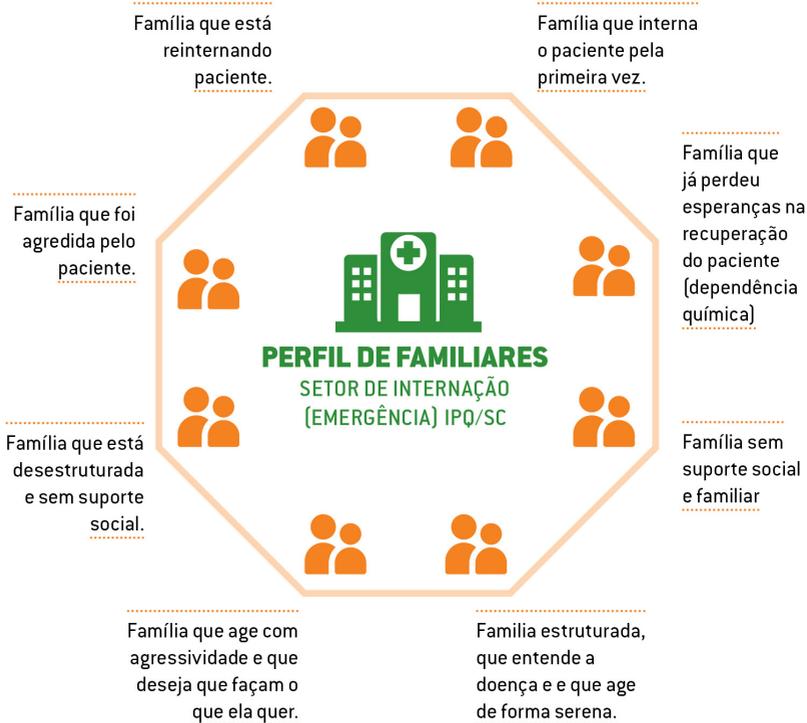
Fonte: a autora (2018).

Destaca-se que esses perfis não são excludentes entre si, podendo algum paciente possuir características conjuntas de dois ou mais perfis apontados.

Entendendo que os familiares também são usuários do serviço, foram levantados alguns perfis de familiares de pacientes atendidos no

serviço de internação (emergência). Esses perfis também foram traçados a partir de entrevistas com os trabalhadores do setor. A Figura 47 resume os perfis dos familiares.

Figura 47: Perfis de familiares de pacientes atendidos pelo setor de internação (emergência)



Fonte: a autora (2018).

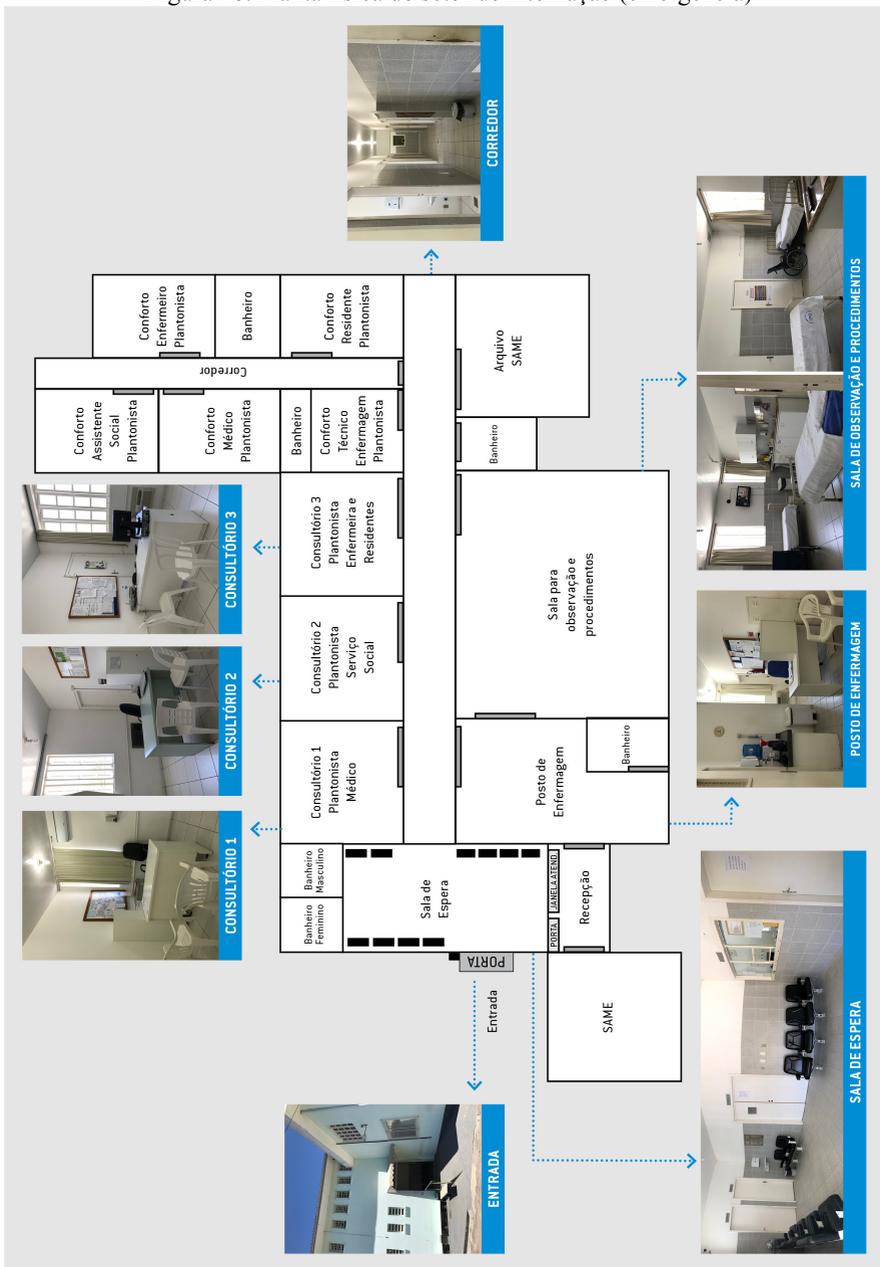
Esses diferentes perfis listados, muitas vezes demandam um atendimento diferenciado por parte dos profissionais envolvidos no setor. Como pode ser visualizado no perfil dos pacientes, alguns deles podem vir sem acompanhante ou trazidos pelos bombeiros, polícia, SAMU, etc. Nesse caso, não se considerou esses atores como usuários, mas sim como *stakeholders* indiretos do setor de internação (emergência), como representado no mapa de *stakeholders* apresentado anteriormente (Figura 45).

Foi realizada uma visita guiada ao setor, onde foram feitos registros fotográficos da estrutura física. A partir da visita guiada, foi

gerada uma planta física do setor, que auxiliou a pesquisadora a entender a localização das estruturas envolvidas no serviço. Esse mapa, pode ser visualizado na Figura 48.

Foram feitos também, registros fotográficos do caminho percorrido pelo usuário para chegar ao IPq/SC, a partir da rodovia, assim como, para a chegada até o setor de internação (emergência). A Figura 49 traz essas fotos, localizadas no mapa de acesso para chegada até o IPq/SC, incluindo a chegada na emergência. No acesso da SC-281 para o IPq/SC não existem placas indicando corretamente o Hospital. Vale ressaltar que há uma placa que está caída na beira da estrada e que sinaliza o Hospital com seu nome antigo – Colônia Santana. Existe sinalização na entrada do Hospital, no entanto, como pode ser visualizado nas fotos não há sinalização interna do Hospital indicando onde fica o setor de internação (emergência). Considerando que esse setor é a porta de entrada do Hospital e geralmente é onde acontece o primeiro contato de pacientes e familiares com a instituição, esse pode ser considerado um ponto que merece atenção.

Figura 48: Planta física do setor de internação (emergência)



Fonte: a autora (2018).

Figura 49: Acesso ao setor de internação (emergência) do IPq/SC a partir da Rodovia SC-281

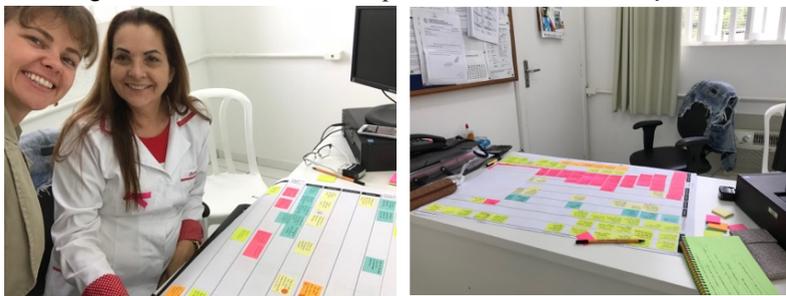


Fonte: a autora (2018), com base em *Googlemaps* (2018).

O próximo passo foi a elaboração do *blueprint* do serviço. Como já foi apontado nos procedimentos metodológicos, essa é uma ferramenta que permite visualizar o serviço por inteiro, entendendo as ações dos usuários, junto aos processos que ocorrem na linha de frente, assim como os processos de retaguarda necessários para a entrega do serviço.

O *blueprint* gerado nessa pesquisa baseou-se nas informações coletadas nas observações e nas entrevistas com os trabalhadores do setor. Inicialmente, foi construído pela pesquisadora utilizando *post-its*, para que posteriormente pudesse ser conferido pela enfermeira responsável pelo setor (Figura 50), que propôs algumas mudanças.

Figura 50: Conferência do *blueprint* com a enfermeira responsável.



Fonte: a autora (2018).

Como apontado nos procedimentos metodológicos, as entrevistas com os familiares dos pacientes foram realizadas após à elaboração do *blueprint*. As percepções coletadas nessas entrevistas foram adicionadas ao *blueprint* final.

As figuras 51, 52, 53 e 54 refletem o *blueprint* final gerado. Encontra-se dividido em 9 grandes momentos (na horizontal), que mostram o fluxo que geralmente é vivenciado por pacientes e familiares: Chegada na recepção, Recepção, Atendimento médico, Posto de enfermagem, Sala de observação, Não interna, Interna, Paciente vai para a unidade e Atendimento de família. Destaca-se que alguns momentos não são necessariamente vivenciados por todos os usuários, como no caso dos pacientes que não necessitam de internação. Nas linhas verticais encontram-se as evidências físicas e os atores que interagem em cada etapa do serviço, separados por uma linha de visibilidade. A seguir são explicados cada um desses itens:

- **Evidências Físicas:** São os pontos de contato que evidenciam fisicamente que o serviço existe. Compreendem desde as instalações físicas onde o serviço é prestado, como consultório

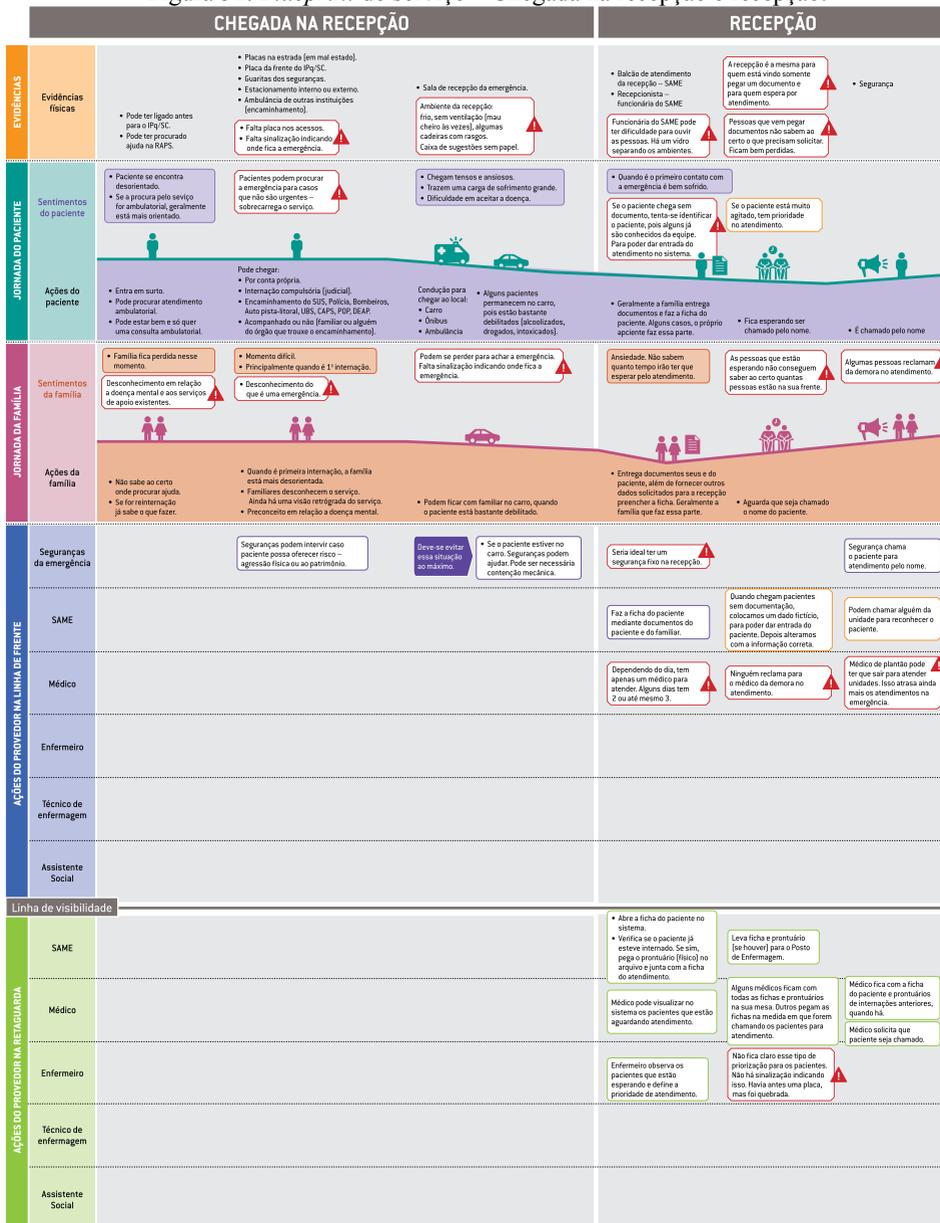
médico e recepção, até os funcionários com quem os usuários interagem.

- **Jornada do paciente:** São as ações dos pacientes ao longo do serviço. Como já relatado nos procedimentos metodológicos, foram incluídos também os sentimentos dos pacientes, pois entendeu-se que seria importante mapear como esse usuário se sente ao longo do serviço.
- **Jornada da família:** a família foi incluída como usuária do serviço, dessa forma suas ações também foram mapeadas, incluindo, assim como no caso dos pacientes, os sentimentos.
- **Ações do provedor na linha de frente:** nesse item foram listadas as ações de diversos profissionais quando esses interagem diretamente com os usuários do serviço. Os profissionais foram divididos pelas funções ou departamentos, considerando: seguranças da emergência, SAME, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social.
- **Linha de visibilidade:** essa linha divide as ações que são realizadas durante o serviço e que podem ou não ser visualizadas pelos usuários. Acima dessa linha estão as ações que os usuários percebem e podem visualizar, enquanto que abaixo da linha estão processos que são realizados e que não podem ser vistos diretamente pelos usuários.
- **Ações do provedor na retaguarda:** esse campo foi dividido da mesma maneira que as ações de linha de frente. Foram apenas excluídos desse campo os seguranças da emergência, por não possuírem ações de retaguarda. Compreendem funções muitas vezes de apoio, que não podem ser visualizadas pelos usuários, mas que são importantes para que o serviço aconteça.

Foram também colocados alguns pontos de atenção, simbolizados por um triângulo vermelho com um ponto de exclamação. Esses pontos foram considerados críticos pela pesquisadora e posteriormente foram explorados como possíveis pontos de melhoria. Os pontos que estão sinalizados com uma caixa de contorno amarelo mereciam alguma atenção, mas não foram considerados críticos pela pesquisadora.

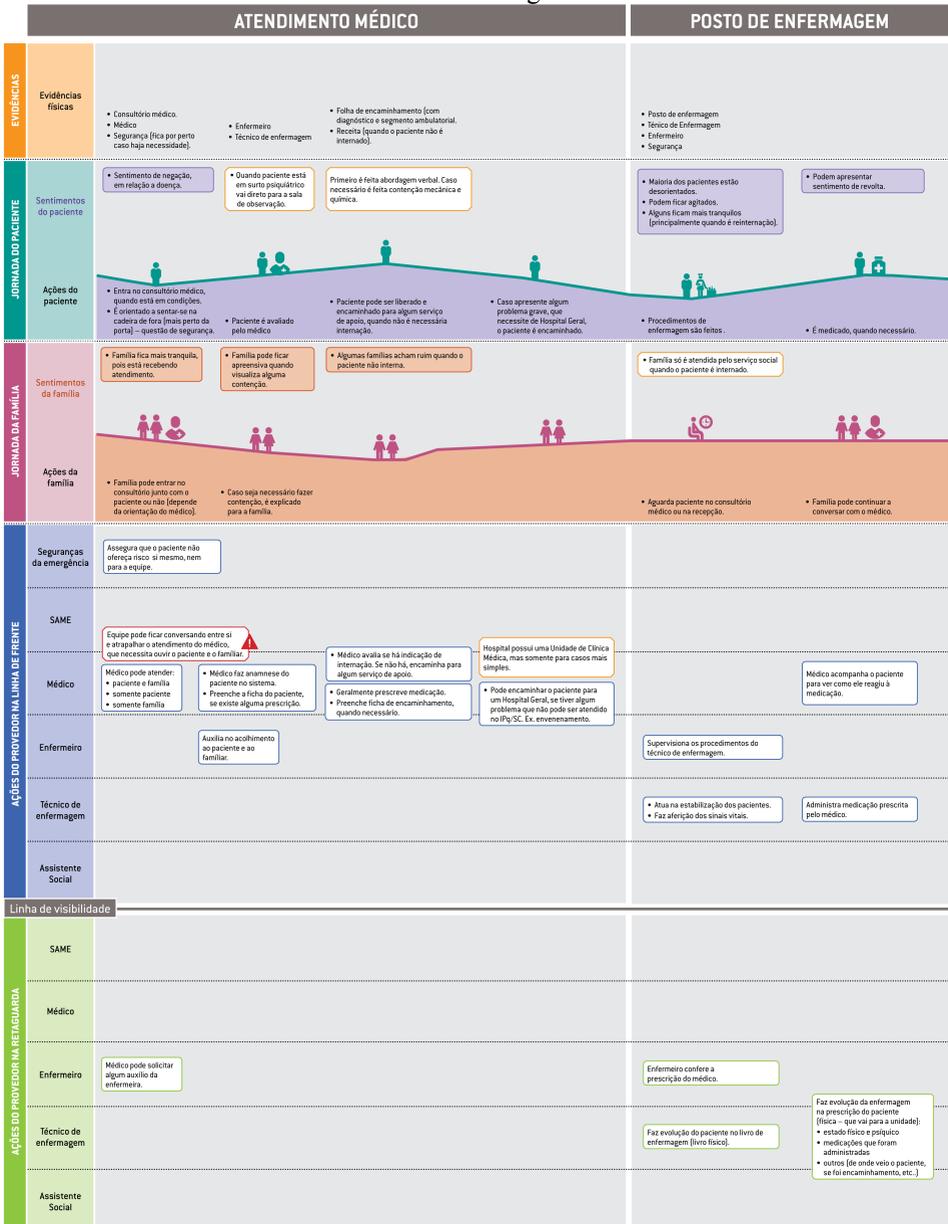
Outro ponto que foi explorado nesse *blueprint* foi o mapeamento de caminhos distintos que os usuários podem percorrer. Isso ocorreu no momento em que o médico decide se o paciente será internado ou não. Procurou-se refletir essa situação descrevendo duas colunas distintas, que podem ou não ser percorridas pelos usuários.

Figura 51: *Blueprint* do serviço – Chegada na recepção e recepção.



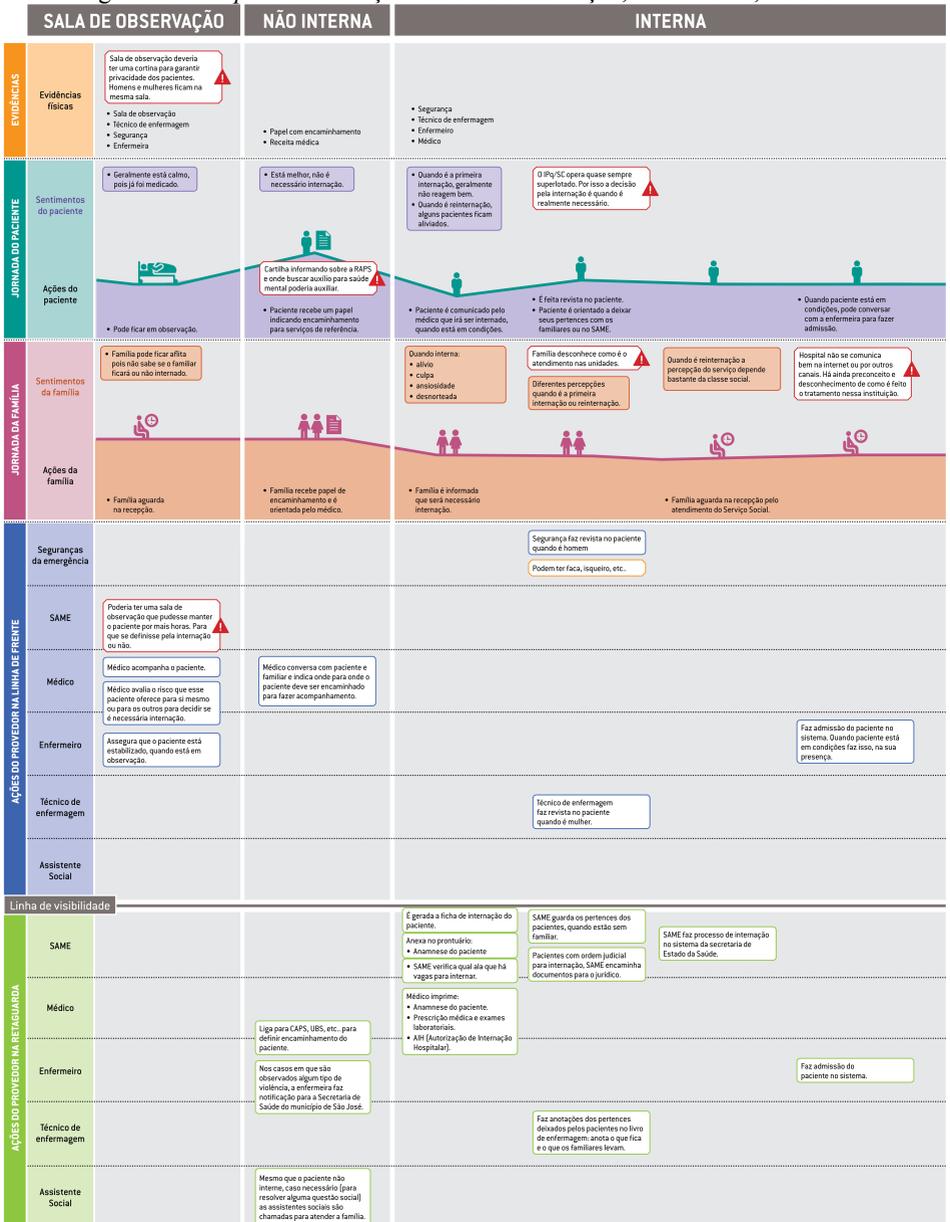
Fonte: a autora (2018)

Figura 52: *Blueprint* do serviço – Atendimento médico e Posto de enfermagem



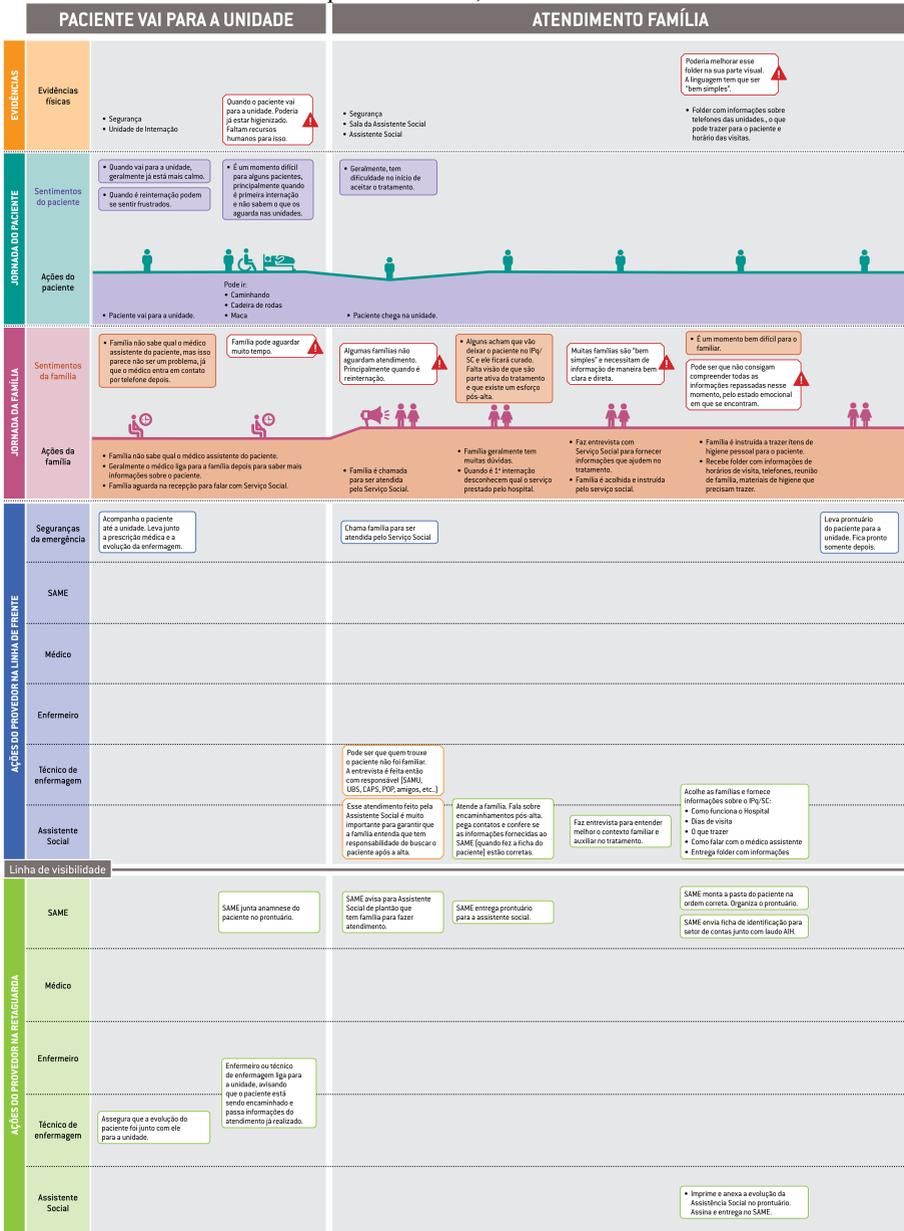
Fonte: a autora (2018)

Figura 53: *Blueprint* do serviço – Sala de Observação, Não interna, Interna



Fonte: a autora (2018)

Figura 54: *Blueprint* do serviço – Paciente vai para a unidade, Atendimento família



Fonte: a autora (2018)

O *blueprint* geralmente possui também os processos de suporte que acontecem ao longo do serviço. No caso do setor de internação (emergência), percebeu-se que existiam alguns processos de suporte. No entanto, optou-se por mapear esses processos em um diagrama a parte, pois esses processos não estavam diretamente ligados às ações dos usuários, e porque o *blueprint* do serviço gerado já continha bastante informação. Esse diagrama pode ser visualizado na Figura 55. Foram colocados também nesse diagrama algumas observações gerais do serviço.

Alguns pontos foram destacados em vermelho, pois foram apontados pela pesquisadora, em conjunto com a enfermeira responsável como pontos que merecem atenção. Entre esses pontos, pode-se destacar a ausência de uma reunião mensal ou trimestral com todos os funcionários do setor. Existem reuniões somente com os demais trabalhadores de cada função: como assistentes sociais, enfermagem, médicos. No entanto, não há um espaço de discussão onde trabalhadores do setor possam trocar experiências e propor melhorias para o funcionamento do mesmo.

Figura 55: Processos de suporte e observações gerais do serviço por área

PROCESSOS DE SUPORTE E OBSERVAÇÕES GERAIS DO SERVIÇO			
<p>SEGURANÇAS DA EMERGÊNCIA</p> <p>Os seguranças que atuam na emergência trabalham nesse setor há pelo menos 3 anos. Possuem experiência em como lidar com pacientes em surto psiquiátrico.</p>	<p>SAME</p> <p>Departamento responsável pela estatística do IPq/SC fornece boletins mensais e anuais contendo dados de movimento de pacientes como altas, média de permanência na instituição, etc.</p> <p>É responsável por fornecer documentos para familiares e pacientes, como atestados, declarações, etc..</p>	<p>ENFERMEIRO</p> <p>Presta assistência aos outros setores quando está em plantão.</p> <p>Faz notificações no CINAM (Cadastro individual de notificação de violência).</p> <p>Atende ligações de pacientes e familiares solicitando informações.</p> <p>Participa da reunião de enfermagem com a gerência (semanal).</p>	<p>Coordena a equipe de enfermagem.</p> <p>Faz escala de plantão da enfermagem.</p> <p>Solicita manutenção para o setor quando necessário.</p> <p>Atende solicitações do CAPS e de outras instituições.</p> <p>Faz Planejamento Estratégico do setor de 3 em 3 anos.</p>
<p>MÉDICOS</p> <p>Reunião mensal com plantonistas – onde é feita a escala de plantão.</p> <p>Chefe dos plantonistas possui reunião quinzenal com os coordenadores.</p> <p>Reunião mensal com o corpo clínico.</p> <p>Fins de semana e no período noturno o médico de plantão atende ocorrências no hospital.</p>	<p>TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> <p>Encaminha prescrições das medicações administradas para a farmácia.</p> <p>Efetua pedidos de material e medicamentos</p> <p>Faz a passagem de plantão (como foi o dia, se há alguma alteração, se há algo a ser observado).</p> <p>Algumas vezes não acontece.</p> <p>Organiza o ambiente.</p>	<p>GERAL</p> <p>Fluxo de pessoal externo passa pelo corredor do setor de internação (emergência)</p> <p>Local não é adequado para circulação de pessoas. Deveriam utilizar outras saídas para isso.</p> <p>Não há banheiro feminino e masculino na área interna do setor para os pacientes. O banheiro é misto.</p> <p>Seria mais adequado ter banheiros divididos.</p> <p>O setor de internação (emergência não consta no organograma do IPq/SC).</p> <p>Poderia ter um coordenador geral para o setor.</p>	<p>Não há uma reunião mensal ou trimestral com todos os trabalhadores do setor.</p> <p>Cada profissional tem reuniões específicas com as suas gerências.</p> <p>Mobiliário não é fixo. Consultórios não possuem rota de fuga.</p> <p>Ideal seria mobiliário fixo e uma porta de rota de fuga nos consultórios.</p> <p>Ausência de alguns protocolos de atendimento. Não há treinamento regulares e sistematizados para a equipe.</p> <p>Deveriam ser estabelecidos protocolos de atendimento e treinamentos regulares para a equipe.</p>
<p>ASSISTENTE SOCIAL</p> <p>Nos fins de semana a Assistente Social de plantão fica responsável por todo o hospital.</p> <p>Podem fazer denúncias para o conselho de idosos ou tutelar quando observam alguma situação de risco.</p> <p>Existe uma reunião mensal das assistentes sociais.</p>			

Fonte: a autora (2018)

A partir dos pontos críticos mapeados previamente no *blueprint*, foi elaborada uma tabela contendo esses pontos e possíveis sugestões de melhorias. As possíveis melhorias foram classificadas em ações de curto, médio e longo prazo. Algumas das ações de curto e médio prazo, que envolvem principalmente alguns pontos de contato entre o serviço e os usuários (como desenvolvimento de cartilha, sinalização, site, etc...) devem ser implementadas futuramente por meio do NGD/LDU. Destaca-

se que algumas das ações propostas dependem do envolvimento direto da equipe do setor de internação (emergência) ou às vezes, outros setores do Hospital, podendo até mesmo depender de outros órgãos do Governo para que possam ser implementadas. O Quadro 8 traz os possíveis problemas apontados e as sugestões de melhorias. A tabela foi dividida de acordo com os momentos do *blueprint*. Foram também acrescentadas observações gerais, que derivam das observações efetuadas nos processos de suporte.

Foram consideradas ações de curto prazo, ações que demandam até 6 meses para serem implementadas; ações de médio prazo, de 6 meses a 2 anos; e ações de longo prazo, que demandam mais de 2 anos para serem implementadas.

Quadro 8: Sugestões de melhorias para os pontos críticos apontados

Chegada na recepção			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Recepção (ambiente)	Ambiente da recepção: frio, sem ventilação (mau cheiro às vezes), algumas cadeiras com rasgos.	Seria necessário repensar esse ambiente, para que fosse mais acolhedor.	Longo prazo.
	Falta de papeis para a caixinha de sugestões	Já foi providenciado.	Curto prazo.
		Poderia ter algum canal de comunicação online também para essas reclamações e sugestões.	Médio prazo.
Sinalização	Falta placa na rodovia indicando o acesso ao Hospital. Falta sinalização dentro do IPq/SC indicando onde fica a emergência.	Está sendo refeita a identidade visual do Hospital e posteriormente será feita a sinalização de todo o. A sinalização na rodovia poderia ser solicitada ao órgão competente.	Médio prazo.
	Famílias podem se perder para achar a emergência. Falta sinalização.		Médio prazo.

Chegada na recepção			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Sobrecarga de pacientes	Pacientes podem procurar a emergência para casos que não são urgentes, o que sobrecarrega o serviço.	Poderia ser elaborada uma cartilha explicando os serviços de apoio da RAPS e o papel da emergência. Poderia ser feito também um site do Hospital. O Hospital não se comunica com a sociedade. Essas ações contribuiriam para diminuir o preconceito e informar as pessoas tanto sobre as doenças mentais como sobre os serviços de apoio para o tratamento.	Médio prazo.
	Desconhecimento em relação à doença mental e aos serviços de apoio existentes.		
	Desconhecimento do que vem a ser um serviço de emergência.		

Recepção			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Atendimento SAME	Funcionária do SAME pode ter dificuldade para ouvir as pessoas. Há um vidro separando os ambientes.	O vidro é para proteção do funcionário. Poderia ter algum microfone que auxiliasse na comunicação. Outra solução seriam alguns pequenos buracos no vidro que facilitassem a passagem do som.	Médio prazo.
	A recepção é a mesma para quem está vindo somente pegar um documento e para quem espera por atendimento.	Poderia ser estudada a possibilidade de ter 2 recepções. Uma somente para documentação e outra para o atendimento da emergência.	Longo prazo.
	As pessoas não sabem quais documentos devem solicitar para o SAME.	Poderia ter na cartilha proposta para saúde mental, um capítulo informando quais os direitos do paciente e como solicitar esses direitos, inclusive com os documentos indicados para cada solicitação.	Médio prazo.
	Paciente sem documento, que procura o setor. Muitas vezes é um paciente que já foi internado previamente.	Poderia ter uma foto dos pacientes no sistema. Isso facilitaria o reconhecimento.	Longo prazo.

Recepção			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Demora no atendimento e espera.	As pessoas que estão esperando não conseguem saber ao certo quantas pessoas estão na sua frente.	Poderia ser implantado um sistema de triagem com etiqueta com o nome do paciente e prioridade de atendimento. Informar que para cada prioridade existe um tempo médio de atendimento.	Médio prazo.
	Algumas pessoas reclamam da demora no atendimento.	Placa informando o tempo médio de espera pelo atendimento.	Médio prazo.
	Dependendo do dia, tem apenas um médico para atender. Alguns dias tem 2 ou até mesmo 3.	Manter escala de acordo com histórico de atendimentos. Informar população da quantidade de médicos por turno. Sabe-se da importância de um bom atendimento, mas a demora para atender também deve ser levada em consideração. Construir indicadores que possam mensurar quanto tempo cada médico demora para atender.	Médio prazo.
	Ninguém reclama para o médico da demora no atendimento.	Estimular que as reclamações sejam escritas. Manter controle dessas reclamações e que sejam partilhadas em reunião de equipe.	Curto prazo.
	Médico de plantão pode ter que sair para atender unidades. Isso atrasa ainda mais os atendimentos na emergência.	Avisar que o atendimento pode demorar. Pode ter alguma sinalização, junto com a prioridade de atendimento, com tempo médio de espera.	Curto prazo.
Prioridade no atendimento	Priorização de pacientes. Existe uma regra, mas não fica claro esse tipo de priorização para os pacientes. Não há sinalização indicando isso. Havia antes uma placa, mas foi quebrada.	Sistema de triagem de pacientes pela equipe de enfermagem para o devido encaminhamento do caso, principalmente quando existe o diagnóstico de uma patologia não psiquiátrica que deve ser excluída inicialmente. Implantação de sistema de classificação de risco no atendimento inicial.	Curto prazo.
	Se o paciente está muito agitado, tem prioridade no atendimento. Existe uma regra para a prioridade, mas não está explícito em nenhum lugar		
Segurança	Seria ideal ter um segurança fixo na recepção.	Contratar mais um segurança.	Médio prazo.

Atendimento médico			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Contenção	Família pode ficar apreensiva quando visualiza alguma contenção.	Ter algum protocolo para esse tipo de situação.	Curto prazo.
Barulho	Equipe pode ficar conversando entre si e atrapalhar o atendimento do médico, que necessita ouvir paciente e familiar.	Conscientização da equipe. Não é feita uma reunião com toda a equipe da emergência. Poderia ser estimulada esse tipo de reunião. Para que possam ser discutidas melhorias no serviço.	Curto prazo.

Sala de observação			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Privacidade	Sala de observação deveria ter uma cortina para garantir privacidade dos pacientes. Homens e mulheres ficam na mesma sala.	Providenciar cortina. Já foi solicitada pela enfermeira.	Médio prazo.
Estrutura física	Macas da sala de observação não são fixas no chão.	Trocar as macas por mobiliário fixo ou prender as macas com presilhas no chão.	Médio Prazo.
	Homens e mulheres ficam na mesma sala.	Ter salas separadas para homens e mulheres, para limitar situações de conflitos e abusos.	Longo Prazo.
Sala de observação por mais tempo	Poderia ter uma sala de observação que pudesse manter o paciente por mais horas. Para que se definisse pela internação ou não.	Depende de reestruturação do Hospital. Hoje não há uma sala disponível para isso. Essa medida poderia diminuir o número de internações, já que alguns pacientes poderiam ficar somente em observação até 72 horas.	Longo prazo.

Não interna			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Informação	O paciente que não é internado recebe um papel com encaminhamento.	Uma cartilha informando sobre a RAPS e onde buscar auxílio para saúde mental poderia auxiliar a encontrar onde essa pessoa pode buscar auxílio.	Médio prazo.

Interna			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Desconhecimento do serviço	Família desconhece como é o atendimento nas unidades.	Hospital deveria melhorar a comunicação com a comunidade, via site, Facebook. Cartilha informativa pode auxiliar também.	Médio prazo.
	Hospital não se comunica bem na internet ou por outros canais. Há ainda preconceito e desconhecimento de como é feito o tratamento nessa instituição.		
Superlotação	O IPq/SC opera quase sempre superlotado. Por isso a decisão pela internação é quando é realmente necessário.	Aumento do número de leitos. Ou fortalecimento da RAPS.	Longo prazo.

Paciente vai para a unidade			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Melhoria fluxo na unidade	Quando o paciente vai para a unidade. Poderia já estar higienizado. Faltam recursos humanos para isso.	Aumento de recursos humanos e melhorias na estrutura no local.	Longo prazo.
Informação para a família	Família poderia ser informada de qual o médico assistente no momento da internação.	Essa era uma reclamação dos trabalhadores do setor. No entanto, as famílias entrevistadas relataram que o médico acaba entrando em contato com elas e que não necessitam saber qual o médico no momento da internação.	x
Espera	Família pode aguardar muito tempo para ser atendida pelo Serviço Social	Família com paciente que será internado deve ser avisada previamente que esse processo demora. Isso diminuiria a ansiedade com a espera.	Curto prazo.

Atendimento família			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Abandono	Algumas famílias não aguardam atendimento. Principalmente quando é reinternação.	Poderia ser disponibilizado algum material informativo para essas famílias. Pelo menos informando a importância das visitas, horários, etc..	Médio prazo.
Clareza das informações	Muitas famílias são “bem simples” e necessitam de informação de maneira bem clara e direta.	Pensar em um material que possa ser "mais visual", facilitando o entendimento das informações.	Médio prazo.
	Poderia melhorar esse folder na sua parte visual. A linguagem tem que ser “bem simples”.		
	Pode ser que não consigam compreender todas as informações repassadas nesse momento, pelo estado emocional em que se encontram.		

Geral - processos de suporte			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Passagem de turno - técnicos de enfermagem	A passagem de plantão, algumas vezes não acontece como deveria. Faltando o técnico repassar algumas informações.	Elaborar <i>checklist</i> dessa passagem de plantão. Treinar equipe.	Curto prazo.
Protocolos de atendimento e treinamento da equipe.	Ausência de alguns protocolos de atendimento. Não há treinamento regulares e sistematizados para a equipe.	Estabelecer protocolos de atendimento e treinamentos periódicos da equipe para determinadas situações como abordagem de paciente suicida, de primeiro surto ou de abuso e dependência de drogas. Precisam ser estabelecidos fluxos de procedimentos e encaminhamentos bem definidos e ajustados com outros serviços de apoio à saúde mental. Devem ser estabelecidos o papel de cada profissional para a resolução dos problemas.	Médio Prazo.

Geral - processos de suporte			
Tema	Problema 	Possíveis soluções	Ação
Corredor do setor como passagem.	O corredor do setor de internação (emergência) é utilizado por funcionários do Hospital como rota de passagem para chegar a outros setores do Hospital.	Incluir sinalização indicando que o local não deve ser utilizado como passagem. Conscientizar os demais funcionários do Hospital desse problema.	Curto prazo.
Consultórios	Mobiliário não é fixo. Consultórios não possuem rota de fuga para os profissionais.	Mobiliário deveria ser fixo. Seria ideal que existissem duas portas nos consultórios. Uma para o paciente entrar e outra como rota de fuga para os profissionais.	Longo Prazo.
Banheiros	Não há banheiros específicos para pacientes dentro do setor de internação (emergência) divididos entre masculino e feminino.	Dividir e sinalizar os banheiros femininos e masculinos exclusivos para pacientes. Há banheiros suficientes para isso.	Curto prazo.
Coordenação do setor	Falta de um coordenador geral para o setor.	Nomear alguém que fique responsável por todo o setor.	Médio prazo.
Reunião do setor	Não há uma reunião mensal ou trimestral com todos os trabalhadores do setor.	Estabelecer horários e datas para reunião com todos os trabalhadores do setor. Poderiam ser feitas mais de uma reunião, se necessário, para abranger todos. Se o setor tivesse alguma coordenação geral, esse coordenador poderia organizar as reuniões e a pauta da mesma.	Médio prazo.

Fonte: a autora (2018).

Tanto os problemas apontados, como algumas das sugestões de melhorias foram apresentadas para a enfermeira responsável pelo setor.

Entre os pontos de melhoria propostos, destaca-se a questão da triagem, e que segundo Kawakami, Prates e Teng (2016), poderia ser feito na forma de uma pré-consulta psiquiátrica por um profissional enfermeiro treinado. Essa pré-consulta faria um acolhimento inicial do paciente e poderia observar de imediato queixas iniciais, fazer a triagem de eventuais sintomas que podem sinalizar quadros de alta gravidade, obter informações médicas e sociais, assim como dar orientações básicas sobre o funcionamento do setor e a previsão de atendimento pelo médico, de acordo com a demanda daquele momento. Ainda, segundo os autores, essa triagem inicial, poderia encaminhar o paciente para uma avaliação

médica ou diretamente para o serviço social. Observando os processos por meio do *blueprint*, acredita-se que essa pré-consulta poderia aliviar a angústia dos pacientes em relação à espera, assim como fornecer um melhor acolhimento para pacientes e familiares.

Cabe ressaltar que como desdobramento dessa pesquisa, será posteriormente elaborado um relatório contendo o diagnóstico do setor de internação, assim como as sugestões de melhorias apontadas nessa pesquisa. Esse relatório será entregue e apresentado para a enfermeira responsável pelo setor, a Gerente de Enfermagem e para o Diretor do Hospital.

A seguir, serão apresentadas as discussões sobre os resultados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Nesse capítulo, os resultados da pesquisa aplicada serão discutidos em relação à fundamentação teórica. Para tanto, optou-se por priorizar alguns dos aspectos mais relevantes na pesquisa, dividindo esse capítulo em: níveis de gestão de design, importância da compreensão do contexto de atuação, reflexões sobre algumas das ferramentas utilizadas, importância do diagnóstico para a gestão de design, gestão de design e design de serviços.

5.1 NÍVEIS DE GESTÃO DE DESIGN

Como mencionado na fundamentação teórica dessa pesquisa, Mozota (2003) aponta a existência de três níveis de gestão de design – operacional, tático e estratégico. Na pesquisa desenvolvida, pode-se considerar que o design atuou no nível tático. Isso porque a pesquisa desenvolvida permeou equipes, processos e sistemas (BEST, 2015), impactando a organização nos métodos de coordenação da mesma (MOZOTA, 2003).

Como já citado, o NGD/LDU já vem realizando pesquisas no IPq/SC desde 2014, que podem ser consideradas como atuantes no nível operacional. Esse relacionamento já construído nesses 4 anos contribuiu para que o design pudesse avançar mais um nível, passando a atuar de maneira tática, como nessa pesquisa. Como colocado por Best (2015), Mozota (2003) e Martins e Merino (2011), é importante que o design seja introduzido nas organizações de maneira gradual e responsável, começando por um projeto e, aos poucos, ir aumentando a participação do design na empresa.

Destaca-se que essa pesquisa também contribuiu para aumentar o conhecimento sobre o papel do design e as contribuições que o mesmo pode oferecer para o IPq/SC. Acredita-se que com a continuidade dos estudos de design no Hospital, combinado a uma maturidade organizacional, será possível evoluir ainda mais nos níveis de design, conseguindo que o design possa atuar na gestão estratégica, alcançando assim, o nível mais elevado de introdução do design em uma empresa.

Essa evolução poderá se dar de maneira gradual e será um caminho natural, em que, as duas instituições – IPq/SC e NGD/LDU, podem se beneficiar mutuamente dessa relação construída, passando o IPq/SC a conhecer cada vez mais e se beneficiar dos métodos de design, assim como o NGD/LDU pode conhecer e construir relacionamentos prósperos de pesquisa e desenvolvimento no IPq/SC.

5.2 IMPORTÂNCIA DA COMPREENSÃO DO CONTEXTO DE ATUAÇÃO

Grande parte do tempo dessa pesquisa foi destinada ao entendimento do contexto de atuação, incluindo as Etapas -1 (Oportunidades) e 0 (Prospecção) do GODP, assim como na Etapa 1 (Levantamento de Dados) com a construção de personas e jornadas e a participação na Assembleia de Pacientes e na Reunião de Família. Considerou-se como contexto, nesse caso, as coletas realizadas em relação ao IPq/SC, mas não diretamente relacionadas ao setor de internação (emergência), foco principal da pesquisa.

Destaca-se que as Etapas -1 (Oportunidades) e 0 (Prospecção) do GODP, muitas vezes não estão previstas em outras metodologias (MERINO, 2016). No entanto, foi por meio dessas Etapas que se verificou a oportunidade de realização dessa pesquisa. Em diversas circunstâncias, é necessário que o pesquisador já esteja familiarizado e possua algum conhecimento sobre a organização em que pretende realizar a pesquisa, para que possam ser detectadas oportunidades de atuação.

Best (2012) destaca a importância do conhecimento do contexto de atuação para o gerenciamento da atividade de design, que necessita atuar holisticamente em relação aos contextos internos e externos, disciplinas e funções, relações e conexões, para que tenha um impacto positivo na organização. Nessa pesquisa, esse conhecimento foi obtido por meio de pesquisa bibliográfica, mapa do IPq/SC, entrevista com o Diretor do Hospital e diretoria, organograma, reunião com a Gerente de Enfermagem, visita preliminar a campo no setor de internação (emergência), geração de personas e jornadas do usuário, mapa de *stakeholders* de todo o Hospital, mapa de serviços, além de observações na Assembleia de Pacientes e Reunião de Família.

A imersão da pesquisadora no contexto de um Hospital Psiquiátrico foi importante para que pudessem ser compreendidas questões que diferem esse tipo de Hospital de um Hospital Geral. Ressalta-se que a pesquisadora não havia tido anteriormente qualquer contato com esse tipo de instituição, o que fez com que esse conhecimento do contexto fosse ainda mais necessário. Os hospitais psiquiátricos possuem diversas particularidades, entre elas pode-se citar: atendimento multidisciplinar, incluindo profissionais como terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fisioterapeutas e psicólogos; tempo de internação, que é, muitas vezes, superior a um Hospital Geral; participação da família do paciente, que deve ser envolvida durante o

tratamento. Outro fator que não pode ser ignorado refere-se ao preconceito que essas instituições enfrentam, o que impacta diretamente no seu funcionamento. Somado a isso, tem-se o estigma da doença psiquiátrica, que ainda hoje não é vista com naturalidade pela sociedade, o que contribui para a marginalização e preconceito em relação aos pacientes psiquiátricos.

Acredita-se que o IPq/SC pode ter papel ativo na reversão do preconceito em relação à doença mental e também em relação ao Hospital Psiquiátrico. Nesse sentido, algumas das ações propostas nessa pesquisa para melhoria dos serviços do setor de internação (emergência) podem contribuir positivamente, como a criação de uma cartilha de saúde mental, contendo informações sobre: doença mental, Rede de Atenção Psicossocial disponível no estado para atendimento ambulatorial; explanações sobre o tratamento ofertado aos pacientes no IPq/SC; importância do papel da família no tratamento; além de informações sobre direitos jurídicos do portador de transtornos mentais. Ainda, essas informações poderiam estar também presentes em comunicações online, contribuindo para diminuir a discriminação e aumentar o conhecimento sobre a doença mental e o papel do Hospital Psiquiátrico nesse contexto.

5.3 REFLEXÕES SOBRE ALGUMAS DAS FERRAMENTAS UTILIZADAS

As ferramentas que serão descritas a seguir são geralmente aplicadas no design de serviços, e foram utilizadas nessa pesquisa como parte do diagnóstico do setor de internação (emergência).

5.3.1 Mapas de *stakeholders*

Foram gerados dois mapas de *stakeholders*, um do IPq/SC, considerando toda a instituição, e outro somente em relação ao setor de internação (emergência).

O primeiro mapa gerado, contendo os atores que impactam ou são impactados pela instituição, ajudou a entender não somente os diferentes trabalhadores que atuam na instituição, caracterizando toda a complexidade envolvida no serviço que o Hospital oferece, mas também os atores diretos e indiretos ligados à instituição. O mapeamento desses atores é importante principalmente em ambientes complexos, que cercam a maioria dos serviços, e que podem influenciar a maneira como o serviço é recebido e percebido (STICKDORN, SCHNEIDER, 2014).

Decidiu-se gerar um segundo mapa, esse focado somente no setor de internação (emergência), onde foi realizada a pesquisa, para que pudessem ser identificados quais os atores envolvidos nesse serviço. Best (2012) coloca que é importante compreender as relações existentes entre os diversos *stakeholders* de uma organização, pois a forma como as pessoas interagem, contribuem e se envolvem, os papéis e motivações de cada profissional constituem fator chave para os processos e práticas do trabalho colaborativo (BEST, 2012).

Pode-se dizer que esse mapeamento é peça chave quando se trata de serviços, onde o conhecimento do usuário é muito importante, assim como o conhecimento dos agentes envolvidos na entrega do serviço. Considerando que, nos serviços, essa entrega depende de interações diretas entre trabalhadores e usuários (BJÖRGVINSSON, 2008).

Percebeu-se ao longo da pesquisa, que esse mapa de *stakeholders* do setor de internação (emergência) poderia ser até mesmo mais detalhado, contendo os diversos funcionários do setor, não somente por função, mas cada um deles, considerando características pessoais e nível de influência que possuem na equipe. Esse mapeamento poderia ser de grande valor para uma futura implementação do serviço, onde as características de cada profissional e sua influência na equipe teriam que ser trabalhadas no planejamento de implementação do serviço. Como colocado por Lin et al. (2011) e Björgvinsson (2008), quando se trata de serviços, e na área da saúde isso é ainda mais evidente, algumas mudanças necessárias para melhoria do serviço dependem diretamente de mudanças de ações e comportamento dos trabalhadores. O *Service Design Network* (2017) ainda complementa essa afirmação, quando coloca que é necessário identificar e compreender as estruturas de poder vigentes na organização, para que possam ser feitas mudanças em processos e que muitas vezes demandam mudanças de cultura organizacional.

No entanto, também ficou evidente ao longo da pesquisa, que o levantamento dessas questões exigiria mais tempo de pesquisa, já que essas questões são delicadas, e não seriam reveladas em uma primeira entrevista, necessitando da construção de uma relação de confiança entre a pesquisadora e toda a equipe para que esses fatos fossem revelados.

5.3.2 Personas e Jornada do Usuário

Optou-se pela criação de personas e jornadas nessa pesquisa como forma de obter um panorama geral dos caminhos percorridos pelos usuários ao longo do serviço. Foram consideradas questões referentes aos momentos anteriores à procura do serviço, bem como após a alta.

Inicialmente, traçou-se alguns perfis de usuários, limitando-se a 3 deles. Acredita-se que essa limitação não prejudicou os resultados obtidos, visto que o objetivo da criação de personas e jornadas nessa pesquisa era somente obter uma compreensão macro do serviço. Como apontam Stickdorn e Scheineder (2014) as personas são perfis fictícios que representam um grupo de pessoas que utiliza um determinado serviço (STICKDORN, SCHEINER, 2014). O intuito de criar personas nessa Etapa da pesquisa foi para que fossem posteriormente feitas suas jornadas dessas personas. Como afirmam Martin e Hanington (2012), mapas de jornada do usuário sólidos são criados ao lado, ou logo após a criação de personas. Para que o processo de criação de personas fosse realizado no menor tempo possível, devido à disponibilidade de tempo da enfermeira envolvida nessa Etapa, a pesquisadora, com base no conhecimento prévio já obtido ao longo da pesquisa, inseriu alguns campos que serviram de base na criação dessas personas. Esses campos facilitaram o preenchimento do perfil das personas pela enfermeira responsável, que mesmo nunca tendo utilizado essa ferramenta, conseguiu desenvolver o trabalho.

Após a criação das 3 personas, partiu-se para o desenvolvimento de suas jornadas. Martin e Hanington (2012) colocam que os mapas de jornada do usuário devem ser uma representação honesta da experiência, contendo momentos de indecisão, confusão, assim como prazer e frustração. Foi estimulado que a enfermeira se colocasse no lugar dessas personas, pensando nos momentos de alegria e angústia vivenciados pelos usuários, assim como pelas suas famílias. O amplo conhecimento e vivência da enfermeira que contribuiu para a construção desses mapas foram essenciais para que pudessem ser feitos mapas completos e que refletissem a jornada desses usuários. Destaca-se que a criação das personas previamente facilitou o desenvolvimento de suas respectivas jornadas, pois percebeu-se que fica mais fácil pensar em uma jornada de um perfil específico de usuário, já que essa jornada, apesar de possuir pontos em comum, pode variar de acordo com a mudança desses perfis.

A criação de personas e o mapeamento de jornada dos usuários proporcionou uma visão macro do serviço. Por meio dessas ferramentas, a pesquisadora pôde compreender como o paciente chega até a

instituição, e o que acontece ao longo do seu tratamento, bem como após a alta. Também nesse mapeamento, surgiram algumas questões que impactam diretamente o setor de emergência, como a chamada “portagiratória”, onde os pacientes acabam não encontrando amparo na rede de apoio à saúde mental, e pela falta de medicamentos e dificuldade em agendar uma consulta, retornam em surto e conseqüentemente são internados novamente na instituição. Esse retorno constante de pacientes impacta diretamente nos atendimentos no setor de internação (emergência), assim como em todo o Hospital, que já opera constantemente acima de sua capacidade (superlotação).

5.3.3 *Blueprint* do serviço

A partir das coletas anteriores, com observações, entrevistas com trabalhadores e funcionários, desenhou-se o *blueprint* do setor de internação (emergência). Optou-se por utilizar essa ferramenta, pois a mesma serve como uma espécie de Raio-X do serviço (STICKDORN, SCHEINER, 2014), auxiliando na visualização dos processos que a organização faz para que o serviço aconteça, sob o ponto de vista do usuário (KIMBELL, 2014).

O *blueprint* de serviço nessa pesquisa auxiliou a obter uma clareza maior dos processos envolvidos no serviço, os papéis de cada profissional, a jornada dos usuários, considerando pacientes e familiares, assim como forneceu uma visão geral do serviço.

Foram incluídos nesse *blueprint* informações sobre o estado emocional dos usuários do serviço. Como apontado, essa inclusão já foi realizada por outros autores. Destaca-se que nessa pesquisa foi importante apontar esses estados emocionais, considerando que pacientes e familiares, ao procurarem esse serviço, encontram-se bastante fragilizados e seu estado emocional pode interferir diretamente na percepção do serviço.

Também por meio desse mapeamento, foi possível perceber alguns pontos críticos para usuários e trabalhadores ao longo dessa jornada. Esses pontos puderam ser apontados nesse mapa, e posteriormente foram propostas melhorias para esses pontos. O *blueprint* auxiliou, portanto, na visualização do fluxo do serviço, bem como na sistematização dos processos envolvidos nesse fluxo.

Constituído por diversas camadas de informação, ao final, foi gerado um mapa complexo. Essa complexidade auxiliou para que o serviço fosse visualizado como um todo. No entanto, em uma etapa posterior a esse estudo, caso seja necessário rever alguns processos,

recomenda-se que sejam feitos zooms nesse mapa, para que possam ser focados processos específicos, facilitando o entendimento dos mesmos.

Ainda, em relação aos processos envolvidos no fluxo de serviço do setor, recomenda-se que sejam revistos e que haja uma padronização de condutas e procedimentos por parte da equipe. Como apontam Kawakami, Prates e Teng (2016), é importante que se tenham modelos padronizados de atendimento nas emergências psiquiátricas, evitando condutas improvisadas, que dependam apenas da experiência dos profissionais envolvidos. Os autores (KAWAKAMI; PRATES; TENG, 2016) ainda destacam que existem poucos estudos propondo novas soluções para o serviço prestado em emergências psiquiátricas, o que pode ser apontado como uma lacuna para futuros trabalhos, dando continuidade ao trabalho proposto nessa pesquisa, visando a prototipagem e experimentação de alternativas de melhorias para o serviço do setor de internação (emergência) do IPq/SC.

Ferramentas como o *blueprint* auxiliam a evidenciar problemas que acontecem no serviço (KALBACH, 2017). Também colaboram para gerar soluções, na medida que fica mais fácil entender o que está acontecendo ao longo do serviço e quais os impactos de uma possível solução ao longo da jornada do usuário. Essa visualização do processo como um todo, tendo como fio condutor a jornada do usuário, contribui para interromper o pensamento em silos, muito comum em diversas organizações (KALBACH, 2017). No caso do setor de internação (emergência), na realização das atividades no seu dia-a-dia, os profissionais acabam desempenhando e visualizando a sua atividade de maneira isolada. No entanto, cada atividade de cada profissional está interligada, formando a experiência que o usuário tem ao vivenciar o serviço. É importante que a equipe tenha essa visão, e mais que isso, que compartilhe do mesmo objetivo para que a experiência dos usuários possa ser a melhor possível.

O *blueprint* desenvolvido nessa pesquisa baseou-se em informações coletadas previamente. Como apontado por Stickdorn e Schneider (2014), a criação do *blueprint* pode ser realizada por meio de *workshops*, contando com a participação de trabalhadores e até mesmo usuários do serviço. Nessa pesquisa, devido à disponibilidade dos profissionais envolvidos, não foi possível proceder dessa maneira. No entanto, acredita-se que esse processo, quando feito pela equipe de maneira colaborativa, pode oferecer uma riqueza maior à ferramenta, na medida que as pessoas se sintam incluídas no processo, facilitando uma posterior implantação de melhorias.

5.4 IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PARA A GESTÃO DE DESIGN

Por meio dessa pesquisa, foi possível obter um diagnóstico do setor de internação (emergência) do IPq/SC. A literatura já destaca a importância do diagnóstico, considerando que esse é o primeiro passo para a gestão de design (CENTRO PORTUGUÊS DE DESIGN, 1997; GIMENO, 2000; ODA, 2010; MARTINS, MERINO, 2011; BEST, 2015).

Nessa pesquisa, a compreensão do contexto de atuação do IPq/SC, bem como a visualização do serviço do setor de internação (emergência), utilizando ferramentas do design de serviços, contribuiu para que fosse gerado esse diagnóstico. Considera-se que qualquer intervenção e proposição para melhoria dos serviços do IPq/SC deve considerar essa etapa de diagnóstico, já que o mesmo se encontra inserido em um contexto próprio de atuação. O gestor de design deve ser capaz de compreender o contexto onde a organização está inserida, bem como os fatores internos e externos que podem influenciar a atividade de design, para que possam ser visualizadas oportunidades de atuação do design de acordo com os objetivos estratégicos da empresa. Martins e Merino (2011) e Best (2015) colocam que o conhecimento e compreensão dessas variáveis possibilita que o designer amplie seu foco de atuação, passando a não focar somente nos problemas, mas possibilitando que esse profissional possa transformar problemas ou oportunidades de design em soluções de design.

Considera-se que a imersão da pesquisadora no IPq/SC, considerando primeiramente o Hospital como um todo e posteriormente focada no setor de internação (emergência) foi importante para o entendimento do setor pesquisado, bem como do contexto que a instituição se encontra inserida.

As ferramentas visuais utilizadas nessa pesquisa procuraram traduzir as percepções e entendimento do serviço em diagramas que pudessem ser compartilhados entre profissionais de diferentes áreas, sendo eles da saúde ou não.

Esse entendimento compartilhado, é importante para uma etapa seguinte, onde as soluções propostas podem ser discutidas e prototipadas com a equipe.

Best (2015) coloca que existem algumas vantagens quando o diagnóstico é realizado por consultores externos à organização, como no caso dessa pesquisa. Como benefícios da consultoria externa, a autora aponta (2015): a liberdade para propor ações sem a pressão que um agente

interno poderia enfrentar; a possibilidade de oferecer um olhar renovado, visualizando os problemas sob uma nova perspectiva e propondo novas soluções. Acredita-se que esses benefícios puderam ser alcançados, na medida que a pesquisadora atuou como um membro externo à organização, podendo oferecer um olhar diferenciado e questionador frente aos problemas encontrados.

Ainda, como apontado por Best (2015), ao final do diagnóstico, os resultados foram compilados, analisados e avaliados, para que pudessem ser feitas recomendações, propondo melhorias para o serviço, com recomendações de curto, médio e longo prazo, conforme descritas na Etapa 2 – Organização e análise nesse estudo de caso.

5.5 GESTÃO DE DESIGN E DESIGN DE SERVIÇOS

O foco dessa pesquisa foi o obter um diagnóstico do setor de internação (emergência) do IPq/SC pode meio da gestão de design. Para tanto, foram utilizadas ferramentas de design de serviços. Faz-se então, necessária uma reflexão sobre o design de serviços e a gestão de design, e como ambas as áreas podem contribuir entre si.

A gestão de design busca gerenciar pessoas, projetos, processos e procedimentos para a criação de produtos, serviços, ambientes e experiências. Nessa pesquisa, utilizou-se da gestão de design para gerenciar o processo de diagnóstico do setor de internação (emergência), assim como a proposição de melhorias para esse serviço.

Por tratar-se de um serviço que estava sendo diagnosticado, optou-se por utilizar ferramentas do design de serviços.

O design de serviços busca projetar serviços que atendam às necessidades dos usuários e, assim, criar serviços amigáveis, competitivos e relevantes para os consumidores (SERVICE DESIGN NETWORK, 2015), assim como eficientes e eficazes, sob o ponto de vista das organizações (MAGER, 2008). Para isso, utiliza-se de ferramentas que ajudem a entender quais são as necessidades dos usuários (entrevistas, personas, mapa de *stakeholders*), assim como contribuir para a visualização do serviço (jornada do usuário e *blueprint* do serviço).

Com relação à metodologia para a gestão de design que foi adotada – o GODP – coloca-se que essa se mostrou uma metodologia adequada para organizar os passos necessários nessa pesquisa. As Etapas iniciais do GODP (-1 e 0), muitas vezes ausentes nas demais metodologias (MERINO, 2016), foram importantes para que a pesquisadora pudesse definir o escopo da pesquisa, ao mesmo tempo em

que foram essenciais para obter um conhecimento mais amplo do contexto a ser pesquisado.

Os blocos de referência, que são utilizados nessa metodologia, foram importantes no início da pesquisa para organizar o grande volume de informação coletadas em relação ao contexto de atuação do IPq/SC.

Na Etapa de Organização e Análise (2) foi importante a utilização de sínteses visuais para que os dados coletados na Etapa anterior (1 – Levantamento de Dados) fossem sintetizados e organizados visualmente. Como citado por Freire (2016), o designer pode utilizar sua expertise em design de informação, linguagem visual e sensibilidade estética para reduzir a complexidade dos dados, criando diagramas, que possibilitam que pessoas de áreas e níveis de conhecimento distintas, possam compartilhar a informação.

Assim, entende-se que a gestão de design deve ampliar seu foco de atuação, assim como o design já vem ampliando esse foco de atuação, com o desenvolvimento não só de produtos tangíveis, mas para a utilização de suas metodologias para melhorar a experiência dos usuários como um todo (COOPER; JUNGINGER; LOCKWOOD, 2009), incluindo aqui também o projeto de serviços, sistemas, ambientes e, mais recentemente, organizações (BUCHANAN, 2015).

Além disso, reforça-se a importância de se gerir o processo de design, como evidenciado no estudo de caso dessa dissertação, onde foram cumpridos diversos passos para obter um diagnóstico do setor de internação (emergência). Essa gestão é importante para que possam ser estabelecidas as etapas de trabalho a partir do entendimento de como a organização opera e do contexto onde a mesma está inserida.

Por fim, aponta-se para a importância que a gestão de design possui para as organizações, seja atuando no projeto de produtos tangíveis ou intangíveis, como no caso dos serviços.

6 CONCLUSÃO

O objetivo geral dessa dissertação foi **diagnosticar o serviço do setor de internação (emergência) do IPq/SC por meio da gestão de design, utilizando ferramentas do design de serviços**. Entende-se que esse objetivo foi atingido com a construção de um *blueprint* do serviço e o apontamento de pontos críticos, além da utilização de outras ferramentas que serviram de suporte para a construção do diagnóstico e proposição de melhorias no serviço.

Em relação aos objetivos específicos, considera-se que a pesquisadora conseguiu atendê-los. A seguir, serão descritos em detalhes, contribuindo para a reflexão sobre a pesquisa realizada:

- **Entender o contexto geral do IPq/SC:** foram realizadas pesquisa bibliográfica e documental, reuniões com o Diretor do Hospital e com a diretoria, reunião com a Gerente de Enfermagem, construção de personas e jornada do usuário e observações na Assembleia de Pacientes e na Reunião de Família. Ao final dessas coletas, pode-se afirmar que foi obtido conhecimento do contexto geral do IPq/SC. Esse conhecimento foi válido para essa pesquisa, pois faz-se necessário entender o contexto interno e externo de uma organização para que possa ser realizado um diagnóstico, bem como propostas melhorias em um serviço. Destaca-se que esse entendimento do contexto geral do Hospital pode servir de base para futuros estudos nessa instituição.
- **Levantar informações sobre o setor de internação (emergência) do IPq/SC:** por meio de observações do fluxo do serviço e entrevistas com trabalhadores e familiares de pacientes internados na instituição foram levantadas informações sobre o setor, que serviram de base para o diagnóstico.
- **Estabelecer a relação entre gestão de design e design de serviços:** ao realizar um diagnóstico do setor de internação (emergência) do IPq/SC utilizando a metodologia GODP e ferramentas de design de serviços, entende-se que esse objetivo específico foi atendido. A utilização do GODP contribuiu para organizar e guiar a escolha das ferramentas mais adequadas para a realização da pesquisa, enquanto que as ferramentas de design de serviço se mostraram satisfatórias para obter um

diagnóstico do serviço. Foram também realizadas reflexões sobre a relação entre a gestão de design e o design de serviços, que se encontram no capítulo de discussão.

- **Identificar as fragilidades do serviço prestado pelo setor de internação (emergência) do IPq/SC por meio da construção de um *blueprint* de serviço:** a utilização do *blueprint* de serviço, a partir do mapeamento dos processos internos necessários para que o serviço aconteça, sob o ponto de vista das ações dos usuários contribuiu para apontar fragilidades do serviço.

A pesquisa, ao traçar um diagnóstico e propor melhorias para o setor de internação (emergência) do IPq/SC, contribuiu para o projeto “Psiquiatria em análise: saúde do paciente às questões da saúde do trabalhador”. Essa contribuição aconteceu por meio da coleta de dados realizada no IPq/SC em relação ao contexto geral do Hospital e que poderá ser utilizada em futuras pesquisas. Destaca-se que a reflexão feita nessa pesquisa sobre a utilização de metodologias e ferramentas com foco na gestão de design e design de serviços pode ser utilizada como base para futuros estudos do Projeto que vem sendo realizado no IPq/SC, bem como para a RPDTA.

A utilização de ferramentas de design de serviços para diagnosticar o setor de internação (emergência) do IPq/SC auxiliou para que o diagnóstico fosse feito com ferramentas visuais, bem como contribuiu para que ficasse evidente a perspectiva dos usuários ao utilizar o serviço. Quanto às limitações da pesquisa, pode ser apontado o ponto de contato entre a pesquisadora e o setor de internação (emergência), que foi por meio da enfermeira responsável pelo setor. Sua disponibilidade para acompanhar a pesquisadora, bem como esclarecer dúvidas e validar ferramentas foi essencial para que a pesquisa pudesse ser realizada. No entanto, destaca-se esse ponto como limitação da pesquisa, pois essa validação, quando feita somente por um profissional, pode ter feito com que sua visão fosse priorizada frente aos demais. Outro fator que pode ser considerado como limitador foi relativo às observações do serviço, que puderam ser feitas somente no período diurno, em dias de semana. Acredita-se que a dinâmica do serviço noturno e nos fins de semana e feridos possa ser um pouco diferente da que foi observada.

Acredita-se que essa pesquisa possa contribuir para a melhoria dos serviços do setor de internação (emergência) do IPq/SC e que possa servir de base para o desenvolvimento de soluções diferenciadas para esse setor,

bem como para outras emergências psiquiátricas. Como apontado por Kawakami, Prates e Teng (2016) existe uma lacuna de trabalhos com foco em proposição de soluções diferenciadas para melhoria dos serviços em emergências psiquiátricas.

Destaca-se que algumas das soluções propostas, como a cartilha, contendo informações sobre o IPq/SC e a doença mental, a sinalização e a melhoria da comunicação do Hospital com a comunidade (via ferramentas online) devem ser implantadas por meio do NGD/LDU nos meses seguintes. A implementação futura dessas ações propostas, evidencia um resultado adjacente dessa pesquisa, que poderá contribuir para diminuir o preconceito em relação à doença mental e aos hospitais psiquiátricos ao oferecer informações sobre essa temática à população.

Como oportunidades de trabalhos futuros são apontados:

- Ampliação do diagnóstico proposto nessa pesquisa, por meio da classificação das possíveis soluções propostas de acordo com a área de design na qual estão vinculadas, podendo ser: design gráfico, design de produto, design de serviços, entre outras, a serem definidas de acordo com a classificação que se pretenda adotar.
- Estudos com foco na implementação de projetos de design de serviços. Entende-se que essa implementação é tão crítica quanto o desenvolvimento do projeto. Como os serviços envolvem pessoas em sua entrega, muitas vezes faz-se necessária uma mudança de processos e atitudes por parte da equipe de linha de frente. Essas mudanças só acontecem, por vezes, atreladas a uma mudança na cultura organizacional. Envolver e ouvir as pessoas na implementação é de extrema importância. Essa implementação necessita ser desenhada, e uma possível abordagem é pensar nesse processo de acordo com as necessidades e perfil dos *stakeholders* que serão impactados por essas mudanças. Como citado por Lin et al (2011), considera-se que pesquisas nesse sentido sejam um campo fértil e ainda pouco explorado.
- Estudos que contemplem o entendimento da jornada percorrida pelos usuários com doenças mentais, bem como seus familiares. Acredita-se que esses estudos poderiam colaborar para a construção de políticas públicas de saúde mental, que possam fazer com que a oferta de serviços em saúde mental seja adequada aos seus usuários. As emergências psiquiátricas deveriam servir somente como último recurso para as doenças

- mentais. No entanto, atualmente, acabam recebendo muitos usuários desamparados pelas demais estruturas de apoio.
- Outros setores do IPq/SC poderiam beneficiar-se de diagnósticos como o que foi realizado nessa pesquisa. Acredita-se que a partir da apresentação dos resultados dessa pesquisa, outros setores podem ter interesse em realizar diagnósticos como o que foi aqui proposto.

Destaca-se a contribuição dessa pesquisa para a gestão de design, que pode utilizar-se de ferramentas do design de serviços para o entendimento e diagnóstico de serviços não somente na área da saúde, mas também estendendo seus benefícios para outros serviços.

Por fim, ressalta-se como contribuição pessoal para a pesquisadora, o aprendizado que foi obtido sobre o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, a doença mental e o trabalho dos profissionais envolvidos em seu tratamento. Pela experiência vivenciada pela pesquisadora, reforça-se a importância de disseminar a informação sobre as doenças mentais e o tratamento ofertado nos hospitais psiquiátricos como forma de combate ao preconceito existente ainda hoje.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Fernando. A doença mental desmistificada (I). **O Estado**. Florianópolis, p. 9-9. 12 jun. 1973a.

ALEXANDRE, Fernando. A doença mental desmistificada (II). **O Estado**. Florianópolis, p. 9-9. 13 jun. 1973b.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisas quantitativas e qualitativas**. São Paulo: Editora Pioneira, 2004

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998

ANDALEEB, Syed Saad. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. **Social Science & Medicine**, [s.i.], v. 52, n. 9, p.1359-1370, maio 2001.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 45, n. 2, p.1780-1785, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000800025>.

BATE, Paul; ROBERT, Glenn. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. **Quality & Safety In Health Care**. [s.i.], p. 307-310. out. 2006.

BATE, Paul; ROBERT, Glenn. Toward More User-Centric OD: Lessons From the Field of Experience-Based Design and a Case Study. **The Journal of Applied Behavioral Science**, [s.i.], v. 43, n. 1, p. 41-66, mar. 2007.

BEST, Kathryn. **Fundamentos de Gestão de Design**. Porto Alegre: Bookman, 2012

BEST, Kathryn. **Design Management: Managing Design Strategy, Process and Implementation**. 2. ed. London: Bloomsbury Publishing, 2015. Kindle Edition.

BEZERRA, Cíntia Guedes. **Moradores crônicos de hospital psiquiátrico: um desafio à desinstitucionalização.** 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

BJÖRGVINSSON, Erling Bjarki. Open-ended participatory design as prototypical practice. **Codesign**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.85-99, jun. 2008. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/15710880802095400>.

BONSIEPE, Gui. **Design, cultura e sociedade.** Florianópolis: Blucher, 2011.

BONSIEPE, Gui. **Design: como prática de projeto.** São Paulo: Blucher, 2012.

BORGES, Viviane Trindade. Um: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [S.I], v. 20, n. 4, p.1531-1549, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702013000500006>.

BORILLE, Dayane Carla. **Construção de marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico.** 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

BRANDÃO, Simone Barbosa Duarte. **Como está a qualidade da atenção ao paciente psiquiátrico?: uma análise dos Hospitais Psiquiátricos do SUS.** 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (Org.). **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona

o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. **Portaria Nº 251/gm, em 31 de janeiro de 2002**. Brasília.

BRASIL. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. **Institui O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sus**. Acesso em 1 jan. 2017. Disponível em <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/Portaria-GM-MS-52-2004>>.

BRASIL. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso em 1 jan. 2017. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

BRINER, Matthias; MANSER, Tanja. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. **Bmc Health Services Research**, [S.I], v. 13, n. 1, p.1-11, 4 fev. 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-44>.

BUCHANAN, Richard. Worlds in the Making: Design, Management, and the Reform of Organizational Culture. **She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation**, [S.I], v. 1, n. 1, p.5-21, 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sheji.2015.09.003>.

BUCKLE, P. et al. Patient safety, systems design and ergonomics. **Applied Ergonomics**, [S.I], v. 37, n. 4, p.491-500, jul. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2006.04.016>.

BUCOLO, Sam; MATTHEWS, Judy. A Conceptual Model to Link Deep Customer Insights to both Growth Opportunities and Organisational Strategy in SME's as part of a Design Led Transformation Journey. In:

DESIGN MANAGEMENT TOWARD A NEW ERA OF INNOVATION, 1., 2011, Hong Kong. **Proceedings...** . Hong Kong: Innovation And Design Management Association, 2011. p. 1 - 10.

BUZAN, Tony. Mapas mentais e sua elaboração: um sistema definitivo de pensamento que transforma sua vida. São Paulo: Cultrix, 2005.

CAI, Jun; LI, Honghai. Exploring Knowledge Structure of Design for Design Management from the View of Design 3.0. In: ACADEMIC DESIGN MANAGEMENT CONFERENCE, 20., 2016, Boston. **Proceedings...** . Boston: Design Management Institute, 2016. v. 2263, p. 2247 - 2263.

CANABRAVA, Danielly de Souza et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.i], v. 12, n. 1, p.170-176, 2010.

CARDOSO, Rafael Denis. **Design para um mundo complexo**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

CARVALHO, Marissol Bastos de; FELLI, Vanda Elisa Andres. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S.I], v. 14, n. 1, p.61-69, fev. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692006000100009>.

CENTRO PORTUGUÊS DE DESIGN (Portugal). **Manual de Gestão de Design**. Porto: Porto Editora, 1997. 198 p.

CHEN, Hsiang Ru; CHENG, Bor-wen. Applying the ISO 9001 process approach and service blueprint to hospital management systems. **The Tqm Journal**, [S.I], v. 24, n. 5, p.418-432, 17 ago. 2012. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/17542731211261575>.

COOPER, Rachel; PRESS, Mike. **The Design Agenda: A Guide to Successful Design Management**. West Sussex: Wiley, 1995.

COOPER, Rachel; JUNGINGER, Sabine; LOCKWOOD, Thomas. **Design Thinking and Design Management: A Research and Practice**

Perspective. **Design Management Review**, [s.i.], v. 20, n. 2, p. 46-55, jun. 2009.

COOPER, Rachel; JUNGINGER, Sabine; LOCKWOOD, Thomas. Design Thinking and Design Management: a Research and Practice Perspective. In: LOCKWOOD, Thomas. **Design Thinking: Integrating Innovation, Customer Experience, and Brand Value**. New York: Alwlworth Press, 2010. Cap. 6. p. 57-63.

COOPER, Rachel; JUNGINGER, Sabine. General Introduction: Design Management – A Reflection. In: COOPER, Rachel; JUNGINGER, Sabine; LOCKWOOD, Thomas (Ed.). **The Handbook of Design Management**. [s.i]: Bloomsbury Academic, 2013. Location 494-1222. Kindle Edition.

DALBERTO, Lucas do Carmo; GONÇALVES, Mayara. A contribuição do diagnóstico para traçar a estratégia da empresa – Estudo de caso de uma empresa de confecção. **Projética Revista Científica de Design**, Londrina, v. 2, n. 2, p.22-47, dez. 2011.

DESIGN COUNCIL. 2015. **Guide: Design methods for developing services**. Disponível em: <http://www.Designcouncil.org.uk/knowledge-resources/guide/Design-methods-developing-services>. Acesso em: 29 mar. 2015.

DESIGN COUNCIL. **Design for Care: Transforming care for the 21st century**. Londres: Design Council, 2014. Disponível em: <[http://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/DesignCouncil Design for Care Vision. pdf](http://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/DesignCouncil%20Design%20for%20Care%20Vision.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2017a.

DESIGN COUNCIL. **Celebrating 70 years**. 2017. Disponível em: <<http://www.designcouncil.org.uk/what-we-do/celebrating-70-years>>. Acesso em: 2 jan. 2017b.

DESIGN MANAGEMENT INSTITUTE. **What is Design Management?** 2017. Disponível em: <http://www.dmi.org/?What_is_Design_Manag> . Acesso em: 2 jan. 2017.

DIAS, Giselle Cristina. **Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional atuante em um hospital psiquiátrico**. 2013. 100 f. Tese (Doutorado) – Curso de Enfermagem, Programa Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013.

DING, Xin (david). The impact of service design and process management on clinical quality: An exploration of synergetic effects. **Journal of Operations Management**, [S.I], v. 36, p.103-114, maio 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jom.2015.03.006>.

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T.. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos no Brasil. **Emancipacao**, [S.I], v. 13, n. 1, p.39-54, 2013. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). <http://dx.doi.org/10.5212/emancipacao.v.13i1.0003>.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 26, p. 8-19, jun. 1992.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ERICHSEN, Pia Geisby; CHRISTENSEN, Poul Rind. The Evolution of the Design Management Field: A Journal Perspective. **Creativity And Innovation Management**, [S.I], v. 22, n. 2, p.107-120, 25 mar. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/caim.12025>.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. **Por entre luzes e sombras...: Hospital Colônia Santana: (re)significando um espaço da loucura**. Florianópolis, 1997. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/teses/PHST0171-D.pdf>>

FOQUE, Richard; LAMMINEUR, Martine. Designing for patients: a strategy for introducing human scale in hospital design. **Design**

Studies, [S.I], v. 16, n. 1, p.29-49, jan. 1995. Elsevier BV.
[http://dx.doi.org/10.1016/0142-694x\(95\)90645-v](http://dx.doi.org/10.1016/0142-694x(95)90645-v)

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Gerais; 1979.

FRASCARA, Jorge. **Design and the Social Sciences: making conexions**. Londres: Taylor & Francis, 2002.

FREEMAN, R. Edward. **Strategic Management: A Stakeholder Approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

FREIRE, Karine de Mello. **Design de Serviços, Comunicação e Inovação Social: um estudo sobre serviços de atenção primária à saúde**. 2011. 254 f. Tese (Doutorado) – Curso de Design, Programa de Pós Graduação em Design, Puc-rio, Rio de Janeiro, 2011.

FREIRE, Karine de Mello. Design para serviços: uma intervenção em uma Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Estudos em Design**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p.1-23, 2016.

FROG. **Designing better health for people, not patients**. 2017. Disponível em: <<http://www.frogdesign.com/sector/healthcare-service-strategy>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. **Social Work In Health Care**, [s.l.], v. 56, n. 3, p.169-188, 24 jan. 2017. Informa UK Limited.
<http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2016.1265628>.

GARDIEN, Paul; GILSING, Ferdy. Walking the Walk: Putting Design at the Heart of Business. **Design Management Review**, [S.I], v. 24, n. 2, p.54-66, jun. 2013. Wiley-Blackwell.
<http://dx.doi.org/10.1111/drev.10242>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIMENO, J. M. I. **La gestión del diseño en la empresa**. Madrid: McGraw-Hill, 2000.

GOOGLE MAPS. [Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina]. [2018]. Disponível em: < <https://www.google.com.br/maps/place/Instituto+de+Psiquiatria+de+Santa+Catarina/@-27.5870108,-48.718577,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x95274b1fd8cbb59:0x8a022c4f606df821!8m2!3d-27.5870156!4d-48.7163883?hl=en>. Acesso em: 12 jan. 2018.

GRAY, David E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HELDWEIN, Amélia Maria Lobo. **A representação da loucura sob o olhar do familiar do sujeito institucionalizado portador de transtorno mental**. Florianópolis, 2005. xii, 145 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

HELIX CENTRE. **About**. 2017. Disponível em: <<http://helixcentre.com/about/>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

HERRMAN, Helen; SAXENA, Shekhar; MOODIE, Rob (Ed.). **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice**. Geneva: World Health Organization, 2005.

HINNIG, Renata; FIALHO, Francisco Antonio Pereira. Design de Serviço no setor público: estudo de caso do projeto Make It Work na cidade de Sunderland (Inglaterra). **Estudos em Design**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.1-17, 2013.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 14, n. 1, p.297-305, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100036>.

HOLLINS, Bill; HOLLINS, Gillian. **Total Design: Managing the design process in the service sector**. London: Pitman Publishing, 1991. 212 p.

HOLMLID, Stefan; EVENSON, Shelley. Bringing Service Design to Service Sciences, Management and Engineering. **Service Science**,

Management And Engineering Education For The 21st Century, [S.I.], p.341-345, 2008. Springer US. http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-76578-5_50.

IDEO. **How will we personalize health care?** 2017. Disponível em: <<https://www.ideo.com/us/question/how-might-we-transform-institutionalized-care-into-individualized-care>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

JERRARD, Robert; HANDS, David. Design and the organisation. In: JERRARD, Robert (Ed.). **Design Management: Exploring Fieldwork and Applications**. New York: Routledge, 2008. Cap. 1. p. 3-33.

JOHANSSON, Ulla; WOODILLA, Jill. Towards a Better Paradigmatic Partnership between Design and Management. In: INTERNATIONAL DMI EDUCATION CONFERENCE, 1., 2008, Cery-pointoise. **Proceedings...** . Cery-pointoise: Essec Business School, 2008. v. 1, p. 1 - 29.

JONES, Peter. **Design for Care: Innovating Healthcare Experience**. New York: Rosenfeld, 2013. Kindle Edition.

JORGE, Miguel R; FRANÇA, Josimar Mf. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.I.], v. 23, n. 1, p.3-6, mar. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462001000100002>.

JUN, Gyuchan Thomas; MORRISON, Cecily; CLARKSON, P John. Articulating current service development practices: a qualitative analysis of eleven mental health projects. **Bmc Health Services Research**, [S.I.], v. 14, n. 1, p.1-10, 17 jan. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-20>.

JUMP. **Healthcare: Lower costs, improve outcomes and transform the experience**. 2017. Disponível em: <<http://www.jumpassociates.com/industries/healthcare/>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

JUNGINGER, Sabine. A Different Role for Human-Centered Design within the Organization. In: ANNUAL CONFERENCE OF THE EUROPEAN ACADEMY OF DESIGN, 6., 2005,

Bremen. **Proceedings...** . Bremen: European Academy Of Design, 2005. p. 1 - 12.

JUNGINGER, S.; SANGIORGI, D. Service design and organizational change: Bridging the gap between rigour and relevance. In: IASDR Conference on Design Research, 3, 2009, Seoul, **Proceedings...** . Seoul: Korean Society of Design Science, 2009. p. 4339 - 4348

JUNGINGER, Sabine. Design Legacies: Why service designers are not able to embed design in the organization. In: SERVDES – SERVICE DESIGN & INNOVATION CONFERENCE, 4., 2014, Lancaster. **Proceedings...** . Lancaster: Lancaster University, 2014. p. 1 - 9.

KALBACH, Kim. **Mapeamento de Experiências: um guia para criar valor por meio de jornadas, blueprints e diagramas.** Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

KAWAKAMI, Daniel; PRATES, José Gilberto; TENG, Chei Tung. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. **Revista Debates em Psiquiatria**, [s.i.], p.28-34, jul/ago. 2016.

KAWAR, Gaith; AFTAB, Mersch. The Value of Design in an Enterprise Cloud Solution. In: DMI ACADEMIC DESIGN MANAGEMENT CONFERENCE, 20., 2016, Boston. **Proceedings...** . Boston: Design Management Institute, 2016. p. 1868 - 1885.

KIMBELL, L. **Designing for Service as one way of designing services.** International Journal of Design, [S.I], vol. 5, n. 2, p. 41-52, 2011

KIMBELL, Lucy. **The Service Innovation Handbook: Action Oriented creative thinking toolkit for service organizations.** Amsterdam: Bis Publishers, 2014.

KOERICH, Ana Maria Espíndola. **Hospital Colônia Sant'ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971).** Florianópolis, 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

KUMAR, Vijay. A process for practicing design innovation. **Journal of Business Strategy**, [S.I.], v. 30, n. 2/3, p.91-100, 27 fev. 2009. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/02756660910942517>.

KUMAR, Sameer; STEINEBACH, Marc. Eliminating US hospital medical errors. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, [S.I.], v. 21, n. 5, p. 444-471, 18 jul. 2008. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860810890431>.

KUMAR, Sameer; MCKEWAN, Gregory W.. Six Sigma DMAIC Quality Study: Expanded Nurse Practitioner's Role in Health Care During and Posthospitalization Within the United States. **Home Health Care Management & Practice**, [S.I.], v. 23, n. 4, p.271-282, fev. 2011. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1084822310388385>.

LABOISSIÈRE, Paula. CFM: 93% dos brasileiros estão insatisfeitos com saúde pública e privada. **Agência Brasil**. [s.i], ago. 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-08/pesquisa-diz-que-93-dos-brasileiros-estao-insatisfeitos-com-atendimento-na>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

LIN, Mike C. et al. Service Design and Change of Systems: Human-Centered Approaches to Implementing and Spreading Service Design. **International Journal of Design**, [s.i], v. 5, n. 2, p.73-86, 2011.

MACIEL, Silvana Carneiro. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jun. 2012.

MAGER, Birgit. Service Design. In: ERLHOFF, Michael; MARSHALLE, Tim (Ed.). **Design Dictionary: perspectives on Design Terminology**. Birkhäuser: Basel, 2008. p. 354-357.

MAGER, Birgit. The second issue of Touchpoint focuses on one of the most relevant topics of our time: Health. **Touchpoint: The Journal of Service Design**, Cologne, v. 1, n. 2, p. 6-7, out. 2009.

MAYO CLINIC. **Design in Health Care**. 2017. Disponível em: <<http://centerforinnovation.mayo.edu/design-in-health-care/>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARGOLIN, Victor. Design, the Future and the Human Spirit. **Design Issues**, [s.i], v. 23, n. 3, p.16-29, 2007.

MARTIN, Bella; HANINGTON, Bruce. **Universal Methods of Design: 100 Ways to Research Complex Problems, Develop Innovative Ideas, and Design Effective Solutions**. Beverly: Rockport Publishers, 2012.

MARTINS, Rosane Fonseca de F.; MERINO, Eugenio Andrés Díaz. **A Gestão de Design como estratégia organizacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rio Books, 2011. 244 p.

MELO, Marcos Costa. **Ser ou não ser, louco é a questão: relações crime-loucura**. Florianópolis, 2004. x, 138 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História.

MERINO, Eugenio; MERINO, Giselle; FIGUEIREDO, Luiz Fernando. **Design – Valorizando produtos da agricultura familiar – Hermes de Ré**. Florianópolis: EPAGRI, 2007. 109p.

MERINO, Giselle Schmidt Alves Díaz. **GODP - Guia de Orientação para Desenvolvimento de Projetos: Uma metodologia de Design Centrado no Usuário**. Florianópolis: NGD/UFSC, 2016. Disponível em: <www.ngd.ufsc.br>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MERINO, Giselle Schmidt Alves Díaz et al. GESTÃO DE DESIGN NA SAÚDE HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO NO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA (IPQ-SC). *Blucher Design Proceedings*, [s.l.], p.1695-1707, dez. 2016. Editora Edgard Blucher, Ltda.. <http://dx.doi.org/10.5151/despro-ped2016-0144>.

MICHAELLIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. [s. L.]: Editora Melhoramentos, 2015. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

MILLER, Karen; MOULTRIE, James. Delineating Design Leaders: A Framework of Design Management Roles in Fashion Retail. **Creativity and Innovation Management**, [S.I], v. 22, n. 2, p.161-176, 11 mar. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/caim.12024>.

MORAIS, Maria de Lima Salum e; FEFFERMANN, Marisa. Editorial. **Bis – Boletim do Instituto de Saúde: Saúde Mental**, São Paulo, v. 45, p.1-2, set. 2008. Quadrimestral.

MORITZ, S. **Service Design: practical access to an evolving field.**. Köln Cologne: International School of Design – University of Applied, 2005. 125 p.

MOURA, Paula Ferreira. **O GT de desinstitucionalização em saúde mental de Santa Catarina.** 2015. 118 p. Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/teses/PPSM0014-D.pdf>>

MOZOTA, Brigitte Borja de. **Design Management: Using Design to Build Brand Value and Corporate Innovation.** New York: Allworth Press, 2003.

MOZOTA, Brigitte Borja. A Theoretical Model for Design in Management Science. **Design Management Journal**, [S.I], v. 3, n. 1, p. 30-37, abr. 2008. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1948-7177.2008.tb00004.x>.

MOZOTA, Brigitte Borja de; KIM, Bo Young. Managing Design as a Core Competency: Lessons from Korea. **Design Management Review**, [S.I], v. 20, n. 2, p.66-76, jun. 2009. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1948-7169.2009.00009.x>.

NEW, Steve; KIMBELL, Lucy. Chimps, Designers, Consultants and Empathy: A “Theory of Mind” for Service Design. In: CAMBRIDGE ACADEMIC DESIGN MANAGEMENT CONFERENCE, 2., 2013, Cambridge. **Proceedings....** Cambridge: University Of Cambridge, 2016. p. 139 - 152.

NGD/LDU. **Mapa IPq/SC**. 2016. Disponível em: <<http://www.ngd.ufsc.br/>>. Acesso em: 1 fev. 2016.

NGD/LDU – NÚCLEO DE GESTÃO DE DESIGN & LABORATÓRIO DE DESIGN E USABILIDADE (Florianópolis). Universidade Federal de Santa Catarina. **Apresentação**. 2017. Disponível em: <<http://www.ngd.ufsc.br/apresentacao/>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

NORMAN, Caroline; JERRARD, Robert. Design managers, their organisations and work-based learning. **Higher Education, Skills And Work-based Learning**, [S.I], v. 5, n. 3, p.271-284, 10 ago. 2015. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/heswbl-07-2014-0028>.

O ANTIGO Hospital Colônia Santana (atual IPq) e as internações psiquiátricas. 2014. Disponível em: <<http://www.falandosobreesquizofrenia.com.br/wp-content/uploads/3903300793.jpg>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

ODA, Luciana Sayuri. **Diagnóstico de design** : definindo indicadores para mensurar a contribuição do design no desempenho empresarial de MPES. 144 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-Graduação em Design e Expressão Gráfica, Florianópolis, 2010.

OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira de. **A enfermagem e a pessoa portadora de distúrbios psíquicos**: buscando compreender seu sendo /. Florianópolis, 1999. 143f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Disponível em : <<http://www.bu.ufsc.br/teses/PNFR0257-D.pdf>>. Acesso em : 25 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Health**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

PARK, June H.. Health Care Design: Current and Potential Research and Development. **Design Issues**,[S.I], v. 31, n. 1, p.63-72, jan. 2015. MIT Press – Journals. <http://dx.doi.org/10.1162/desia00310>.

PASCHOA, Simone; ZANEI, Suely Sueko Viski; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de

unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.I], v. 20, n. 3, p.305-310, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000300010>.

PESSOA JÚNIOR, João Mário. **Perfis e práticas dos profissionais de saúde mental em dois hospitais psiquiátricos de grande porte**. 2014. 132 f. Tese (Doutorado) – Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p.4579-4589, 2011.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESIGN. **Mestrado e Doutorado em Design: Gestão Estratégica do Design**. 2016. Disponível em: <http://www.posdesign.ufsc.br/linha-de-pesquisa/gestao-estrategica-do-design/>. Acesso em: 12 fev. 2018.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Saete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.I], v. 24, n. 1, p.253-271, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000100014>.

RABINOVICI, Moisés. Visita à loucura. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, p. 14-14. 4 out. 1973.

ROSA, Catherine Ribeiro; ROMANO, Fabiane Vieira; BATTISTEL, Amara Holanda. Design no ambiente hospitalar: mesa para múltiplas atividades. In: P&D – CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM DESIGN, 11., 2014, Gramado. **Anais...**. Gramado: Blucher Design Proceedings, 2014. p. 1 - 12. Disponível em: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/design-no-ambiente-hospitalar-mesa-para-mltiplas-atividades-12926>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

ROSA, Cristiane da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

SALGADO, Mariana et al. A service concept and tools to improve maternal and newborn health in Nigeria and Uganda. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.I.], v. 139, p.67-73, dez. 2017. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12382>.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Henrique; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. Tradução de Daisy Vaz de Moraes.

SANTOS, Nelson Afonso Garcia. **Do hospício a comunidade: políticas públicas de saúde mental**. 1992. vi, 144f Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas Disponível em : <<http://www.bu.ufsc.br/teses/PSOP0034-D.pdf>>. Acesso em : 20 jan. 2017.

SECCO, Iara Aparecida de Oliveira et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-17, 2010.

SECOMANDI, F. Design e as interfaces de serviço. **Estudos em Design**. v. 23, n. 1, p. 74-83, 2015

SEDES RESEARCH. **The Center**. 2017. Disponível em: <<http://sedes-research.de/>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

SERRANO, Alan Índio et al. **Pesquisa sobre os Critérios para a Consecução de uma Rede Integral de Saúde Mental, para o Estado de Santa Catarina**. Florianópolis / Itajaí: Ses / Mestrado em Saúde/univali, 2004. Relatório produzido para o Programa Estadual de Saúde Mental, Secretaria de Estado da Saúde.

SERVICE DESIGN NETWORK. 2015. **What is Service Design?** Disponível em: <http://www.serviceDesign-network.org/intro/>. Acesso em: 29 mar. 2015.

SERVICE DESIGN NETWORK (Org.). **Service Design Impact Report: Public Sector**. Köln: Service Design Network, 2016.

SERVICE DESIGN NETWORK (Org.). *Service Design Impact Report: Healthcare*. Köln: Service Design Network, 2017.

SHEEHAN, Deborah. Flexible facility design, management approach critical in era of unprecedented industry change. **Modern Healthcare**, [s.i.], v. 45, n. 36, p.25-25, 2015.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S.I], v. 13, n. 4, p.591-595, ago. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000400019>.

SOUZA, Savia de et al. Patient involvement in rheumatology outpatient service design and delivery: a case study. **Health Expectations**, [S.I], v. 20, n. 3, p.508-518, 27 jun. 2016. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12478>.

STICKDORN, Mark; SCHNEIDER, Jakob (Org.). **Isto é Design Thinking de Serviços**. Porto Alegre: Bookman, 2014.

STICKDORN, M. Os 5 princípios do design thinking de serviços. In: M. STICKDORN; J. SCHNEIDER (orgs.), **Isto é Design thinking de serviços: Fundamentos – Ferramentas – Casos**. Porto Alegre: Bookman, p. 36-47, 2014

SUN, Qian; WILLIAMS, Alex; EVANS, Martyn. A Theoretical Design Management Framework. **The Design Journal**, [S.I], v. 14, n. 1, p.112-132, 1 mar. 2011. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2752/175630610x12877385838885>.

SURI, Jane Fulton. The Experience of Evolution: Developments in Design Practice. **The Design Journal**, [S.I], v. 6, n. 2, p.39-48, 1 jul. 2003. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2752/146069203789355471>.

TEAL, Gemma; FRENCH, Tara. Fast Forward: Accelerating Innovation in Health and Wellbeing. In: ACADEMIC DESIGN MANAGEMENT CONFERENCE, 20., 2016, Boston. **Proceedings...** . Boston: Design Management Institute, 2016. p. 1103 - 1126.

TEIXEIRA, Mario. **Hospício e poder**. Brasília, DF: Senado Federal, 1993.

TRUDEL, Chantal et al. Developing Tac it Knowledge of Complex Systems: The Value of Early Empirical Inquiry in Healthcare Design. **Technology Innovation Management Review**, [s.i.], v. 6, n. 9, p.28-38, set. 2016.

USA. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. (Org.). **Plan of Action on Mental Health 2015-2010**. Washington: Who, 2014.

VARELLA, Luís Carlos Pereira. **Letres de Cachet** - a solitária trajetória para a loucura : jovens internos e egressos do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2006. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PSOP0260.pdf>>

VIANEY, Edilene Lima; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. Saúde do trabalho: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p.555-557, 2003.

VIEIRA, Raquel dos Santos. **O serviço social no atendimento às famílias dos usuários internados na unidade de dependência química do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina**. 2009. 91 f. TCC (Graduação) – Curso de Serviço Social, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2009.

VIS, Anne Carlijn. Co-Design in Specialist Care – Aspects to Consi. In: EUROPEAN WORKSHOP ON PRACTICAL ASPECTS OF HEALTH INFORMATICS, PAHI, 4., 2017, Levanger. **Proceedings...** . Levanger: Ceur Workshop Proceedings, 2017. p. 1 - 18.

WEISS, Laura. Developing Tangible Strategies. **Design Management Journal**. v. 13, n. 1. p. 33-38. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil**. Brasília: Who e Ministério da Saúde, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD DESIGN ORGANIZATION. **Definition of Industrial Design**. 2016. Disponível em: <<http://wdo.org/about/definition/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

YOO, Sooyoung et al. Development and User Research of a Smart Bedside Station System toward Patient-Centered Healthcare System. **Journal Of Medical Systems**, [S.I], v. 39, n. 9, p.1-11, 25 jul. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10916-015-0273-8>.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2001.

APÊNDICE A – Artigos publicados em revistas e congressos ao longo do Mestrado

AGUIAR, Marina Cuneo et al. Gestão de design: Diagnóstico com base na competitividade, diferenciação e sustentabilidades em uma associação de artesãos no sul do Brazil. **Libro de Actas - Systems & Design: Beyond Processes and Thinking (IFDP - SD2016)**, [S.I], p.593-612, 22 jun. 2016. Universitat Politècnica València. <http://dx.doi.org/10.4995/ifdp.2016.3716>.

MERINO, Giselle Schmidt Alves Díaz et al. GODP – metodologia de projeto centrada no usuário: multicasos de projetos de Tecnologia Assistiva na Terapia Ocupacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISA & DESENVOLVIMENTO EM TECNOLOGIA ASSISTIVA, 1., 2016, Curitiba. **Anais... .** Curitiba: Setor de Tecnologia da UFPR, 2016. p. 1 - 8.

MERINO, Giselle Schmidt Alves Díaz et al. GESTÃO DE DESIGN NA SAÚDE HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO NO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA (IPQ-SC). **Blucher Design Proceedings**, [S.I], p.1-12, dez. 2016. Editora Blucher. <http://dx.doi.org/10.5151/despro-ped2016-0144>.

AGUIAR, Marina Cuneo et al. Gestão de design: Diagnóstico com base na competitividade, diferenciação e sustentabilidades em uma associação de artesãos no sul do Brazil. **Revista Online de La Red Internacional de Investigación En Diseño**, [S.I], p.207-226, 22 jun. 2016. Universitat Politècnica València. <http://dx.doi.org/10.4995/ifdp.2016.3716>.

MERINO, Giselle S. A. D et al. Contribuições do Design no âmbito de uma Rede Interinstitucional de Pesquisa e Desenvolvimento em Tecnologia Assistiva: Casos Aplicados no Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina. **Blucher Design Proceedings**, [S.I], p.1-11, jun. 2017. Editora Blucher. <http://dx.doi.org/10.5151/16ergodesign-0171>.

MERINO, Giselle Schmidt Alves Díaz. Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Medical Devices. **Advances In Intelligent Systems And Computing**, [S.I], p.506-517, 2018. Springer International Publishing. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-60483-1>.

APÊNDICE B – Revisão de Literatura – Gestão de Design

Com o intuito de compreender os conceitos, histórico e evolução que essa área vem sofrendo atualmente foram efetuados os seguintes passos para a construção da Fundamentação Teórica:

- 1) Leitura de livros de autores consagrados na área
- 2) Leitura dos Anais da Conferência: 20^a DMI – *Academic Design Management Conference*.
- 3) Busca nas bases de dados *Web of Science* e *Scopus*

Os livros da área foram selecionados de acordo com o conhecimento prévio da pesquisadora sobre o tema, bem como a partir da leitura de artigos científicos e que indicavam alguns livros de autores consagrados na área (BEST, 2012, 2015; BONSIPE, 2011, 2012; CARDOSO, 2012; CENTRO PORTUGUES DE DESIGN, 2007; COOPER, JUNGINGER, 2013; COOPER, PRESS, 1995; COOPER, JUNGINGER, LOCKWOOD, 2010; FRASCARA, 2002; GIMENO, 2010; HOLLINS, HOLLINS, 1991; MARTINS, MERINO, 2011; MOZOTA, 2003).

A seleção de artigos dos anais da 20^a DMI – *Academic Design Management Conference* foi realizada com o intuito de buscar um panorama atual de como o tema gestão de design vem sendo conceituado, bem como buscar artigos que tratassem da gestão de design na área da saúde. Para tanto, foi feita a leitura do título dos artigos, e posteriormente a leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 11 artigos para leitura completa. Ao final, foram selecionados 2 artigos (KAWAR, AFTAB, 2016; TEAL, FRENCH, 2016) que foram utilizados para a fundamentação teórica desse tema.

As buscas no portal *Web of Science*³⁹ e *Scopus*⁴⁰ foram realizadas em 3 de dezembro de 2016. Buscou-se o termo: “*design management*” no título, resumo e palavras-chave, limitando a busca aos artigos publicados nos últimos 10 anos (2006 a 2016), em inglês e português. Como resultados foram encontrados:

³⁹ Disponível em: <webofknowledge.com>. Acesso em 10/Dez./2016.

⁴⁰ Disponível em: <scopus.com>. Acesso em 10/Dez./2016.

Web of Science: 285 artigos encontrados

Scopus: 441 artigos encontrados

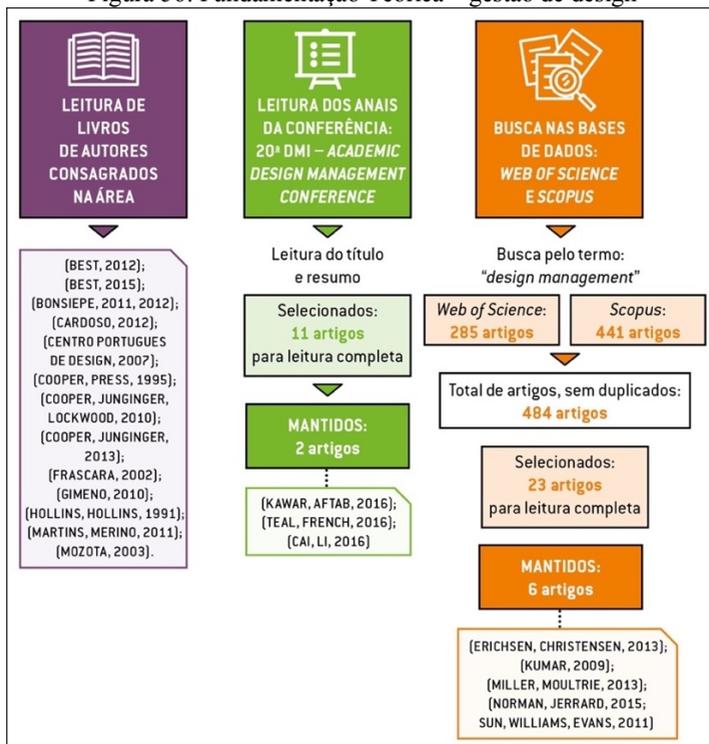
Total: 726 artigos encontrados

Total após retirada de artigos duplicados: 484 artigos

Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados 23 artigos, que tinham como foco: conceitos, evolução da área, competências do gestor de design. Foi então feita a leitura completa desses 23 artigos, onde 5 artigos (KUMAR, 2009; SUN, WILLIAMS, EVANS, 2011; ERICHSEN, CHRISTENSEN, 2013; MILLER, MOULTRIE, 2013; NORMAN, JERRARD, 2015;) foram utilizados para compor a fundamentação teórica desse tema.

Um resumo da busca feita para o referencial teórico de gestão de design pode ser visualizado na Figura 56.

Figura 56: Fundamentação Teórica – gestão de design



Fonte: a autora (2018).

Destaca-se que após a leitura dos artigos, foram selecionadas algumas das referências citadas para que fosse feita também a leitura dessa bibliografia.

APÊNDICE C – Revisão de Literatura: Design de Serviços

Para os conceitos de design de serviços foram utilizadas as referências que a pesquisadora já havia levantado em uma pesquisa prévia disponível no artigo Oportunidades de contribuição do Design de Serviços para a melhoria da produtividade e inovação⁴¹, além de livros levantados pela pesquisadora que tratavam dessa temática.

Com o intuito de complementar a revisão de literatura sobre design de serviços, com foco na sua aplicação em hospitais, foram feitas buscas nas bases de dados *Web of Science* em 10 de janeiro de 2018 com termos ("service design") AND (hospital) em tópicos. Na base *Scopus* foram feitas buscas com os termos ("service design") AND (hospital) nas palavras-chave. Foram considerados apenas artigos de revistas e de congressos científicos. Os resultados encontrados foram:

Web of Science: 58 artigos encontrados

Scopus: 11 artigos encontrados

Total: 69 artigos encontrados

Total após retirada de artigos duplicados: 65 artigos

Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados 21 artigos, onde foram descartados 3 artigos que não foram encontrados em sua versão completa, além de artigos que não se referiam a design de serviços, ou a hospitais, ou que tratavam somente de processos de coleta de dados por entrevistas. Foi feita a leitura dos 21 artigos selecionados, onde 6 artigos (LIN, 2011; DING, 2015; YOO et al., 2015; SOUZA et al., 2016; SALGADO et al., 2017; VIS, 2017) foram utilizados como base teórica para essa pesquisa.

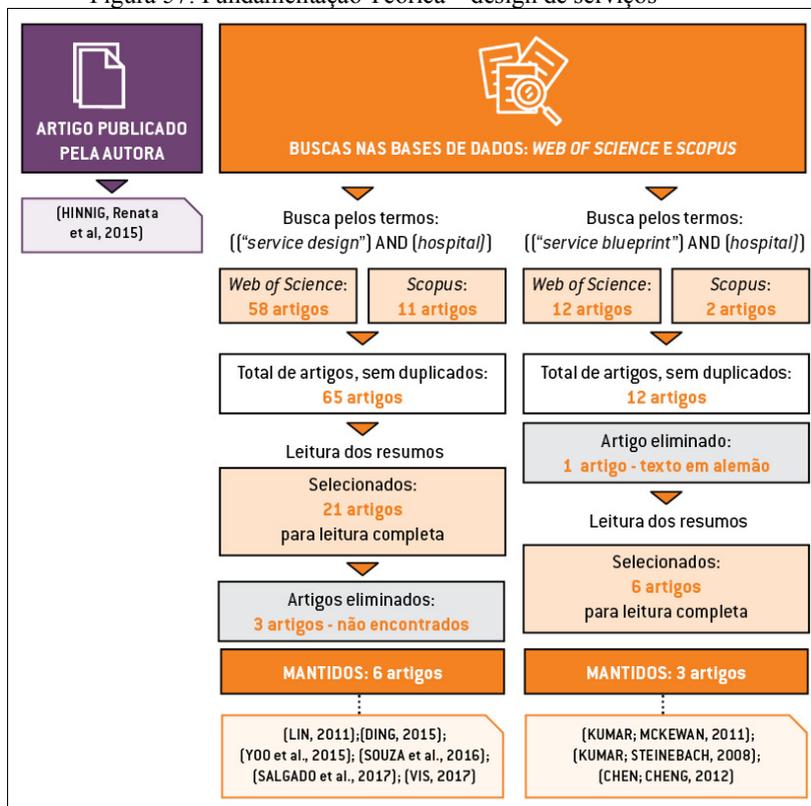
Foram realizadas também buscas incluindo os termos ("*service blueprint*") AND (*hospital*) título, resumo e palavras-chave. Onde foram encontrados 14 artigos no total. Eliminando os artigos duplicados chegou-se a um total de 12 artigos. Dos quais foram eliminados 1 artigo, pois estava escrito em alemão. Foi feita a leitura do resumo dos 11 artigos, onde foram selecionados 6 deles para leitura completa. Após buscas feitas nas bases de dados disponíveis na UFSC foram encontrados 3 artigos completos, que foram utilizados no referencial teórico dessa pesquisa

⁴¹ HINNIG, Renata et al. Oportunidades de contribuição do Design de Serviços para a melhoria da produtividade e inovação. **Strategic Design Research Journal**, [S.I], v. 8, n. 2, p.37-48, 19 nov. 2015. Trimestral. UNISINOS - Universidade do Vale do Rio Dos Sinos. <http://dx.doi.org/10.4013/sdrj.2015.82.01>.

(KUMAR, MCKEWAN, 2011; KUMAR, STEINEBACH, 2008; CHEN, CHENG, 2012). Desses artigos, 2 foram publicados em revistas, enquanto um deles trata-se de publicação de congresso.

Um resumo das buscas complementares feitas para o referencial teórico de design de serviços pode ser visualizado na Figura 57.

Figura 57: Fundamentação Teórica – design de serviços



Fonte: a autora (2018).

APÊNDICE D – Revisão de Literatura: Hospitais Psiquiátricos

Por tratar-se de um tema desconhecido para a pesquisadora, que possui formação acadêmica em design e gestão de design, foram feitas buscas em diferentes fontes:

- 1) Documentos oficiais da OMS e órgãos de saúde brasileiros
- 2) Teses e dissertações nacionais

Foi efetuada busca no site da OMS na versão português⁴², bem como na versão em inglês⁴³, além de buscas nos sites nacionais de órgãos oficiais da área da saúde (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001, 2002, 2004, 2011; HERRMAN; SAXENA; MOODIE, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016; SERRANO et al., 2004; USA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007, 2014).

A busca por teses e dissertações foi feita no site da BDTD⁴⁴. Foram selecionadas apenas teses e dissertações nacionais, por entender-se que a percepção destes hospitais no contexto brasileiro poderia diferenciar-se do contexto em que essas instituições operam em outros países.

Inicialmente, optou-se por utilizar para a busca os termos (“hospital psiquiátrico”) AND (gestão)). Retornando apenas 1 tese e 1 dissertação. Foi então efetuada a leitura desses dois trabalhos, sendo utilizada somente a tese (PESSOA JÚNIOR, 2014) para compor a base teórica dessa pesquisa.

Após a leitura dos 2 trabalhos, entendeu-se que seria necessário obter um pouco mais de conhecimento sobre o tema e optou-se por fazer uma nova busca no site da BDTB⁴⁵, dessa vez utilizando a palavra: “hospital psiquiátrico” somente, e considerando apenas trabalhos publicados nos últimos 10 anos (2006 a 2016). Foram obtidos 172 resultados. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 3 trabalhos – 1 tese (DIAS, 2013) e 2 dissertações (BEZERRA, 2010; BORILLE, 2008) – que atendiam o critério: relevância com o papel atual dos hospitais psiquiátricos ou discutissem sobre a realidade dos trabalhadores dessa instituição. Foi feita então a leitura completa desses trabalhos.

⁴² Disponível em: <who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso em 20/Dez./2016.

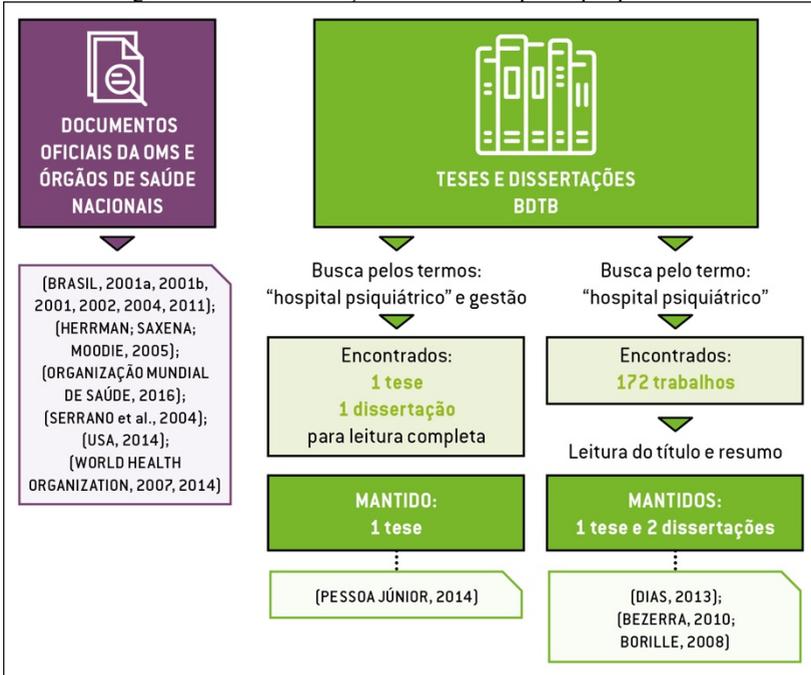
⁴³ Disponível em: <who.int/en/>. Acesso em 20/Dez./2016.

⁴⁴ Disponível em: <bddd.ibict.br>. Acesso em 3/Jan./2017.

⁴⁵ Disponível em: <bddd.ibict.br>. Acesso em 3/Jan./2017

Um resumo da busca realizada para a fundamentação teórica de hospitais psiquiátricos pode ser visualizado na Figura 58.

Figura 58: Fundamentação teórica – hospitais psiquiátricos



Fonte: a autora (2018).

Após a leitura das teses e dissertações referentes a hospitais psiquiátricos, foram também consultados alguns dos artigos e livros citados nas referências desses trabalhos.

APÊNDICE E – Revisão de Literatura: Gestão de Design em Serviços de Saúde

Como já relatado na justificativa dessa pesquisa, ao buscar nas bases de dados *Web of Science* e *Scopus*, quando colocadas as palavras (((*"design management"*) OR (*"strategic design"*)) AND (*hospital*))) não foram encontrados resultados expressivos. Para a construção desse referencial teórico, foi efetuada uma pesquisa em duas revistas importantes na área: *Design Issues*⁴⁶ e *Design Studies*⁴⁷, utilizando o termo: hospital, onde foram encontrados os seguintes resultados:

***Design Issues*: 55 artigos**

***Design Studies*: 80 artigos**

Após a leitura do título e resumo, foram selecionados:

***Design Issues*: 9 artigos**

***Design Studies*: 5 artigos**

No entanto, quando se procedeu a leitura dos artigos completos, somente 1 artigo da *Design Issues* (PARK, 2015) e 1 artigo da *Design Studies* (FOQUE; LAMMINEUR, 1995) relacionavam o design de maneira estratégica aos serviços de saúde hospitalares.

Pode-se perceber, por meio das buscas efetuadas, que há ainda pouca literatura acadêmica da área de gestão de design relacionada a hospitais. Destaca-se que apesar do número expressivo de artigos encontrados inicialmente, esses números não refletiam artigos relacionados ao tema que se buscava. Um resumo da busca realizada pode ser visualizado na Figura 59.

⁴⁶ Disponível em: <mitpressjournals.org/loi/desi>. Acesso em 3/Jan./2017.

⁴⁷ Disponível em: <journals.elsevier.com/design-studies/>. Acesso em 3/Jan./2017.

Figura 59: Fundamentação Teórica –
gestão de design em serviços de saúde



Fonte: a autora (2018).

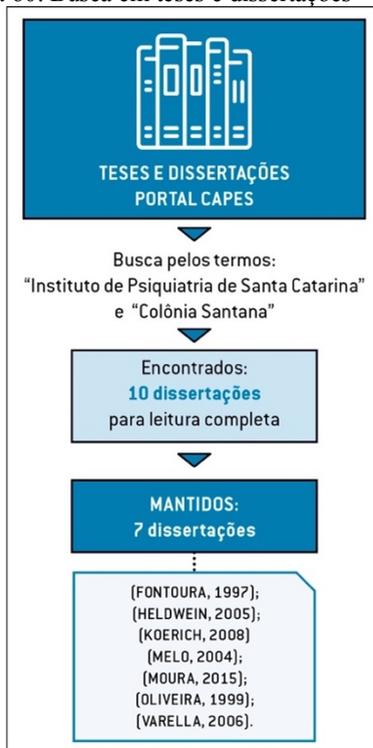
Para a construção do referencial teórico dessa sessão, optou-se então por utilizar além dos artigos 2 artigos encontrados na *Design Studies* e *Design Issues*, alguns livros da área, além da bibliografia já reunida pela autora anteriormente, fruto de outras pesquisas efetuadas.

APÊNDICE F – Pesquisa Bibliográfica – IPq/SC

Foi realizada uma busca de teses e dissertações no Portal Capes⁴⁸ com o termo: “Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina” ou “Colônia Santana”. Foram encontradas 10 dissertações, onde após a leitura do resumo, descartou-se 3 dissertações, pois apesar de citarem o IPq/SC, não tratavam de temas de interesse para essa pesquisa. Foi realizada então a leitura de 7 dissertações (FONTOURA, 1997; HELDWEIN, 2005; KOERICH, 2008; MELO, 2004; MOURA, 2015; OLIVEIRA, 1999; VARELLA, 2006).

Um resumo da busca realizada com os termos “Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina” ou “Colônia Santana” pode ser visualizada na Figura 60.

Figura 60: Busca em teses e dissertações – IPq/SC



Fonte: a autora (2018).

⁴⁸ Disponível em <<http://capesdw.capes.gov.br/banco-teses/>>. Acesso em 25 jan. 2017

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para trabalhadores.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação

Título do projeto

Design e Saúde: da saúde do paciente às questões da saúde do trabalhador

Pesquisador responsável

Eugenio Andres Diaz Merino – (48) 9971.1003 – merino@cce.ufsc.br

Instituição que pertencem os pesquisadores

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Comunicação e Expressão (CCE) - Núcleo de Gestão de Design (NGD)

Campus Reitor João David Ferreira Lima - Bairro Trindade - Bloco A / Sala 113 - 1ª Andar

CEP: 88040-900 / Fone: (48) 3721-6403

Endereço CEPESH - UFSC

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara) - Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 / Sala 401

Bairro Trindade, Florianópolis/SC - CEP 88.040-400

e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br / Fone: (48) 3721-6094

Ao participante da pesquisa

O Sr.(ª) está sendo convidado a participar de uma pesquisa para observação e avaliação de situações de trabalho, de responsabilidade do pesquisador Eugenio Andrés Diaz Merino.

Tipo de pesquisa

A pesquisa da qual o Sr.(ª) está participando tem caráter acadêmico, ou seja, não tem fins lucrativos para os pesquisadores. Conduzida por professores e estudantes fortalece o papel da universidade em colaborar com a sociedade.

Objetivos

Essa pesquisa da qual o Sr.(ª) está participando tem como objetivo a identificação e desenvolvimento de produtos, que venham a reduzir riscos e danos aos trabalhadores e melhorar o processo de trabalho (por parte dos trabalhadores) e o processo de reabilitação fisioterápica (por parte dos pacientes).

Justificativa

O público de abrangência desta pesquisa foi selecionado devido: no que tange aos trabalhadores, aos danos físicos causados pela atividade laboral rotineira dando margem ao desenvolvimento de produtos que venham a auxiliar o desenvolvimento destas atividades; e no que tange aos pacientes, aos agravos físicos decorrentes de sua condição mental, e que necessitam de reabilitação com enfoque em fisioterapia dando margem ao desenvolvimento de órteses que venham a facilitar o processo de reabilitação.

Coleta de dados

Aos trabalhadores: o pesquisador fará um conjunto de perguntas diretamente aos participantes da pesquisa, em seu local de trabalho e as respostas serão preenchidas em um formulário. O formulário é composto por perguntas prontas. Os registros áudios-visuais (fotos e filmagens) serão materiais de estudo dos pesquisadores, e também servirão para registro da atividade. O pesquisador fará um levantamento antropométrico (medidas do corpo) que serão devidamente registrados em um formulário de coleta. Assim também, serão utilizados equipamentos para escaneamento corporal, captura de movimento corporal e ocular, da atividade muscular, da força, da distribuição da pressão e da temperatura corporal dos trabalhadores. Tais dados servirão de base para a confecção de produtos que venham a contribuir na execução de suas atividades diárias. Caso ocorra divulgação de imagens ou dados em material de cunho científico, nenhum indivíduo será identificado, dessa forma, asseguramos total anonimato.

Aos pacientes: o pesquisador fará um levantamento antropométrico (medidas do corpo) que serão devidamente registrados em um formulário de coleta. Os registros áudios-visuais (fotos e filmagens) serão materiais de estudo dos pesquisadores, e também servirão para registro dos movimentos e marcha do paciente. Assim também, serão utilizados equipamentos para escaneamento corporal, captura do movimento corporal e ocular, da atividade muscular, da força, da distribuição da pressão e da temperatura corporal do paciente. Tais dados servirão de base para a confecção das órteses e demais produtos que forem necessários. Caso ocorra divulgação de imagens ou dados em material de cunho científico, nenhum indivíduo será identificado, dessa forma, asseguramos total anonimato.

Riscos e benefícios

Como benefício pela participação, tanto os trabalhadores como os tutores legais oficiais terão acesso aos resultados da pesquisa, que estará disponível na secretaria do Instituto de Psiquiatria (IPq), bem como poderá ser solicitado um exemplar por contato via e-mail ou telefone com um dos pesquisadores. Não estão previstos riscos com a aplicação dessa pesquisa, além dos quais os participantes já estão submetidos durante a realização de suas atividades laborais rotineiras. Os equipamentos utilizados são de coleta de dados a partir da superfície da pele, livres da necessidade de intervenções como cortes ou perfurações no sujeito pesquisado (não invasivos). Além disso, todos os procedimentos são realizados sob rigidez técnica e científica, com pessoas habilitadas na operação dos mesmos.

Demais esclarecimentos

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, o Sr (ª) pode recusar-se a responder o formulário, ou alguma pergunta específica. O Sr (ª) conta com garantia de anonimato e ainda pode solicitar a qualquer momento a retirada dos seus dados sem qualquer prejuízo.

Os custos para desenvolvimento desta pesquisa são cobertos pelo projeto de extensão aprovado pelo PROEXT (MEC) Edital 2015, tendo o Sr (ª) a garantia de que nenhum valor lhe será cobrado no decorrer da presente pesquisa. Além disso, havendo eventuais danos decorrentes da pesquisa, o Sr (ª) tem a garantia de indenização.

Havendo qualquer dúvida o Sr (ª) poderá requisitar explicações ao pesquisador durante a aplicação da pesquisa. Após a assinatura deste termo, o Sr (ª) receberá uma segunda via do mesmo.

Eu _____, RG _____,
 neste ato representado por mim, _____,
 RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar
 como voluntário da pesquisa acima descrita.

 Assinatura do Participante

 Assinatura do Tutor Legal Oficial

Eu, Eugenio Andres Diaz Merino, declaro que cumprirei as exigências e condições neste documento especificadas, conforme itens IV.3 da Resolução 466/12 do CNS.

 Assinatura do Pesquisador

Florianópolis, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE H – Questionário para Diretor do Hospital

DIAGNÓSTICO GERAL DO IPQ/SC

Mestrado em Design - Pós Design - UFSC

Aluna: Renata Hinnig

Orientadora: Profa. Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, Dra.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questões abertas para incentivar o diálogo



Diretor do Hospital: Dr. Paulo Marcio Souza

- Psiquiatra
- Formado pela Universidade Federal de Santa Catarina - 1995
- Especialização em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Nomeado para exercer o cargo [5905] de Diretor do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, de acordo com os arts.9º e 11º da Lei 6.745/85 conforme Diário Oficial -SC N° 19.02 de 06/05/2011.
- Natural de Criciúma.
- Nascido em 1 de outubro de 1970. 46 anos.

Data da entrevista: 02 / 06 / 2017

Duração aproximada: 1h 30

LEGENDA



Mostrar apresentação PDF



Validar informação /diagrama



Gravação de voz



Informação pode ser coletada depois – com quem?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Diretor do IPq/SC: Dr. Paulo Marcio Souza

1 INTRODUÇÃO > APRESENTAÇÃO

1.1 Apresentação: quem sou eu.

1.2 Qual será meu trabalho de mestrado dentro do IPq/SC

**2 PERGUNTAS > PESSOAIS**

2.1 Como começou a trabalhar no IPq/SC, como chegou a ser diretor?



Começou a trabalhar na instituição como médico do corpo clínico. Inicialmente por contrato, e depois como médico concursado. Passou a ser diretor do hospital em 2011. Ressaltou que esse é um cargo político, que geralmente é ocupado por pessoal técnico (com conhecimento na área), mas que depende de indicação política.

2.2 Quais as principais dificuldades que enfrentou no início.



2.3 Descreva seu dia-a-dia de trabalho.



pós-^{ufsc}
design

NGD
LDU



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Diretor do IPq/SC: Dr. Paulo Marcio Souza

3

PERGUNTAS > PRODUTO - IPQ/SC



3.1 Qual a Missão, Visão, Valores.



3.2 Qual a estrutura administrativa? Existe um organograma?



3.3 Como vê o passado e o futuro do IPq/SC?

Quais as principais dificuldades enfrentadas em relação a Reforma Psiquiátrica?



LINHA DO TEMPO DO IPO/SC

pós-graduação
designNGD
LDU

3/10

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Diretor do IPq/SC: Dr. Paulo Marcio Souza

3 PERGUNTAS > PRODUTO - IPQ/SC



3.4 Qual estrutura de atendimento.

Quais os serviços ofertados? Tratamento Psiquiátrico; Tratamento de dependência química (álcool e drogas); Atendimento Clínico, Psicológico e Odontológico; Centro de Convivência; Programa de atenção aos portadores de esquizofrenia; Programa de atenção à portadores de transtornos afetivos; Triagem e atendimento de emergência; Terapia ocupacional e fisioterapia

DIAGRAMA CIRCULAR ATORES IPQ/SC

MAPA COM ALAS IPO/SC



3.5 Como funciona o atendimento /consultas de pacientes não internados?



3.6 Quais as principais dificuldades enfrentadas por cada um dos setores.



pós-^{UFSC}
design

NGD
LDU



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Diretor do IPq/SC: Dr. Paulo Marcio Souza

4 PERGUNTAS > USUÁRIOS - PACIENTES



4.1 Números para confirmar (fev. 2016)



170 pacientes asilados

Cerca de **950** pacientes internados por mês (incluindo asilados)

610 leitos disponíveis

160 leitos para emergência

4.2 Qual o perfil dos pacientes asilados? Qual a rotina deles?



4.3 Qual o perfil dos pacientes internados? Como chegam até o IPq/SC? Qual a rotina deles?



4.4 Qual o perfil dos pacientes que vem para consultas? Como chegam até o IPq/SC?
Qual a sua rotina?



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Diretor do IPq/SC: Dr. Paulo Marcio Souza

4 PERGUNTAS > USUÁRIOS - TRABALHADOR



4.5 Quantos funcionários existem e quais as funções exercidas?



DIAGRAMA CIRCULAR ATORES IPQ/SC



pós-graduação
design

NGD
LDU



6/10

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Diretor do IPq/SC: Dr. Paulo Marcio Souza

6 OUTRAS PERGUNTAS

6.1 Como entende que o design pode contribuir com o hospital?



A large empty rectangular box for the answer to question 6.1, with a microphone icon in the top-left corner.

6.2 Contar algum problema que foi detectado no hospital e como que foi feita alguma melhoria.



A large empty rectangular box for the answer to question 6.2, with a microphone icon in the top-left corner.



dós^{UFSC}
design

NGD
LDU



10/10

APÊNDICE I – Questionário para trabalhadores do setor de internação (emergência)

DIAGNÓSTICO GERAL DO IPQ/SC

Mestrado em Design - Pós Design - UFSC

Aluna: Renata Hinnig

Orientadora: Profa. Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, Dra.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questões abertas para incentivar o diálogo



Trabalhadores do setor de internação (emergência)

Data da entrevista: ___ / ___ / 2017

Duração aproximada: 30 minutos

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Trabalhadores do setor de internação (emergência)

1 INTRODUÇÃO > APRESENTAÇÃO

- 1.1 Apresentação: quem sou eu.
- 1.2 Breve contextualização e apresentação dos objetivos da pesquisa.

2 PERGUNTAS > PESSOAIS

- 2.1 Nome: _____
- 2.2 Função: _____
- 2.3 Quanto tempo trabalha no IPq/SC: _____
- 2.4 Formação: _____

3 ATIVIDADES

- 4.1 Quais atividades faz **diariamente**?

- 4.2 Quais atividades faz **semanalmente**?

- 4.3 Quais atividades faz **mensalmente**?

- 4.4 Quais atividades faz **anualmente**?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Trabalhadores do setor de internação (emergência)

4 INTERAÇÃO – PONTOS DE CONTATO

4.1 Com quais **setores** do hospital você **interage** na sua rotina de trabalho?

4.2 Como é a sua interação com o **paciente e familiar**?

5 PERFIL DOS USUÁRIOS

5.1 Se fosse dividir os usuários do serviço em **5 perfis**. Como dividiria?

6 JORNADA DE PACIENTES E FAMILIARES AO LONGO DO SERVIÇO

6.1 O que os pacientes e familiares fazem primeiro? E depois?

6.2 Como acredita que os pacientes / familiares se sentem ao longo desse percurso?

6.3 Como acha que seu trabalho impacta na experiência do paciente / familiar?

6.4 Quais são os maiores desafios que o paciente e familiares enfrentam no nosso serviço?

Podemos entrar em contato para fazer mais alguma pergunta posteriormente?

Contato: _____



pós-graduação
design

NGD
LDU



APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiares de pacientes internados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação

Título do projeto

Design e Saúde: da saúde do paciente às questões da saúde do trabalhador

Pesquisador responsável

Eugenio Andres Diaz Merino – (48) 9971.1003 – merino@cce.ufsc.br

Instituição que pertencem os pesquisadores

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Comunicação e Expressão (CCE) - Núcleo de Gestão de Design (NGD)

Campus Reitor João David Ferreira Lima - Bairro Trindade - Bloco A / Sala 113 - 1º Andar

CEP: 88040-900 / Fone: (48) 3721-6403

Endereço CEPESH - UFSC

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara) - Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 / Sala 401

Bairro Trindade, Florianópolis/SC - CEP 88.040-400

e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br / Fone: (48) 3721-6094

Ao participante da pesquisa

O Sr.(ª) está sendo convidado a participar de uma pesquisa para observação e avaliação dos serviços prestados pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), de responsabilidade do pesquisador Eugenio Andrés Diaz Merino.

Tipo de pesquisa

A pesquisa da qual o Sr.(ª) está participando tem caráter acadêmico, ou seja, não tem fins lucrativos para os pesquisadores. Conduzida por professores e estudantes fortalece o papel da universidade em colaborar com a sociedade.

Objetivos

Essa pesquisa da qual o Sr.(ª) está participando tem como objetivo a identificação e desenvolvimento dos serviços da Instituição, tendo como foco as necessidades de familiares e pacientes, assim como a melhoria do processo de trabalho (por parte dos trabalhadores).

Justificativa

O público de abrangência desta pesquisa foi selecionado devido: no que tange aos familiares, no intuito de captar percepções sobre o serviço prestado aos pacientes na Instituição e ao atendimento recebido pelos familiares durante o período em que o paciente esteve internado na instituição.

Procedimentos para coleta de dados

Aos familiares dos pacientes: o pesquisador fará um conjunto de perguntas diretamente aos participantes da pesquisa, no momento das visitas aos pacientes na instituição e as respostas serão preenchidas em um formulário. O formulário é composto por perguntas prontas. Tais dados servirão de base para captar a percepção dos familiares sobre o serviço prestado pela instituição. As respostas ao questionário não serão identificadas com o nome do participante, asseguramos assim, total anonimato.

Riscos e benefícios

Entre os riscos associados a essa pesquisa, destaca-se que os familiares podem sofrer algum tipo de desconforto ao relembrar momentos difíceis de sua vivência em contato com a Instituição. Destaca-se que a participação na pesquisa é voluntária, buscando obter as opiniões dos familiares e suas impressões sobre os serviços prestado pelo IPq/SC, sobre as quais não haverá nenhum juízo de valor. Entende-se que esse pode

ser um momento difícil para os familiares, que podem se recusar a responder qualquer uma das perguntas, sem qualquer prejuízo.

A participação na pesquisa é voluntária e os dados coletados nas entrevistas serão tratados de forma anônima, sendo assim, os participantes não serão identificados em qualquer fase da pesquisa.

Destaca-se que eventuais riscos associados a pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, serão comunicados pelo pesquisador imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, que poderá avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender a presente pesquisa.

O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para a melhoria dos serviços prestados pelo IPq/SC. Além disso, os familiares terão acesso aos resultados da pesquisa, que estará disponível na secretaria do Instituto de Psiquiatria (IPq/SC), bem como poderá ser solicitado um exemplar por contato via e-mail ou telefone com um dos pesquisadores.

Demais esclarecimentos

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo assim, nenhuma remuneração prevista aos participantes. Ressalta-se que caso haja alguma despesa decorrente da sua participação nessa pesquisa, a mesma será coberta pelo projeto de extensão aprovado pelo PROEXT (MEC) Edital 2015.

O Sr (ª) pode recusar-se a responder o formulário, ou alguma pergunta específica. O Sr (ª) conta com garantia de anonimato e ainda pode solicitar a qualquer momento a retirada dos seus dados, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Será mantido o sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

Os custos para desenvolvimento desta pesquisa são cobertos pelo projeto de extensão aprovado pelo PROEXT (MEC) Edital 2015, tendo o Sr (ª) a garantia de que nenhum valor lhe será cobrado no decorrer da presente pesquisa. Além disso, havendo eventuais danos decorrentes da pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Sr (ª) tem a garantia de indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Havendo qualquer dúvida o Sr (ª) poderá requisitar explicações ao pesquisador durante a aplicação da pesquisa. Após a assinatura deste termo, o Sr (ª) receberá uma segunda via do mesmo.

Eu _____, RG _____,
declaro ter sido informado e concordo em participar como voluntário da pesquisa acima descrita.

Assinatura do Participante

Eu, Eugenio Andres Diaz Merino, declaro que cumprirei as exigências e condições neste documento especificadas, conforme itens IV.3 e V da Resolução 466/12 do CNS.

Assinatura do Pesquisador

Florianópolis, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE L – Questionário para Familiares de Pacientes Internados

DIAGNÓSTICO GERAL DO IPQ/SC

Mestrado em Design - Pós Design - UFSC

Aluna: Renata Hinnig

Orientadora: Profa. Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, Dra.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questões abertas para incentivar o diálogo



Familiares de pacientes internados

Data da entrevista: / / 2017

Duração aproximada: 30 minutos

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Familiares de pacientes

1 INTRODUÇÃO > APRESENTAÇÃO

- 1.1 Apresentação: quem sou eu.
1.2 Breve contextualização e apresentação dos objetivos da pesquisa.

2 PERGUNTAS > PESSOAIS

- 2.1 Idade: _____
- 2.2 Sexo: _____
- 2.3 Naturalidade (município/estado): _____
- 2.4 Residência (município/bairro): _____
- 2.5 Grau de parentesco com relação ao paciente: _____
- 2.6 Escolaridade: _____

3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- 3.1 Idade: _____
- 3.2 Sexo: _____
- 3.3 Naturalidade (município/estado): _____
- 3.4 Residência (município): _____
- 3.5 Situação atual do paciente: () internado () alta (em casa) _____
- 3.6 Foi a primeira internação? Se não, quantas vezes o familiar já esteve internado? _____
- 3.7 Estava presente no momento da internação do familiar? _____

4 INFORMAÇÕES SOBRE O MOMENTO DA INTERNAÇÃO

- 4.1 Como **procurou** a instituição? Indicação? Já conhecia?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Familiares de pacientes

4 INFORMAÇÕES SOBRE O MOMENTO DA INTERNAÇÃO

4.2 Quando chegou na instituição, **encontrou facilmente o local** onde deveria ir?

4.3 Como foi o atendimento na **recepção** para preencher a **ficha**?

4.4 **Demorou** muito para ser atendido(a)? Isso o incomodou? Sabia quantas pessoas tinham na sua frente. Se passou alguém na frente, uma ambulância por exemplo, entendeu o porque disso?

4.5 Como se sentiu no momento que foi **comunicado(a)** da internação?

Como se sentiu nesse momento? Abalado(a), aliviado(a), sentimento de culpa?

4.6 Como foi a conversa com a **assistente social**? Demorou muito para atender?

As informações repassadas nesse momento foram claras? Conseguiu entender tudo?

4.7 Como foi informada do médico assistente? O que achou desse processo?

4.8 Conhecía antes como era o serviço prestado pelo IPq/SC. Sabia como era o tratamento? O funcionamento nas unidades? Rotinas?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Familiares de pacientes

4 INFORMAÇÕES SOBRE O MOMENTO DA INTERNAÇÃO

4.9 Tinha algum **preconceito** em relação ao IPq/SC? Se sim. Mudou depois que conheceu a instituição?

5 CONTENÇÃO

5.1 Vivenciou alguma **contenção**? Se sim, o que pensou no momento?

6 DOCUMENTOS

6.1 Pegou algum atestado? Teve dificuldade? Acha que o ambiente deveria ser outro? Se incomodou de esperar e misturar com quem estava esperando atendimento de emergência?

7 CONHECIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

7.1 Sabe para que serve a emergência psiquiátrica do IPq/SC?

7.2 Conhece outros serviços que pode procurar ajuda? Com psiquiatras, psicólogos?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA / Familiares de pacientes

8 INTERNET

8.1 Utiliza internet? No celular? Faz pesquisas online? Pesquisou já sobre o IPq/SC?

9 MELHORIAS NO SERVIÇO

9.1 O que pensa que poderia melhorar no serviço prestado pela instituição no momento da internação?

Podemos entrar em contato para fazer mais alguma pergunta posteriormente?

Contato: _____

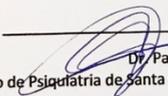
APÊNDICE M – Declaração de Autorização da Instituição



CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

Eu, Dr. Paulo Márcio Souza, Diretor do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPq/SC, tenho ciência e autorizo a realização da Pesquisa de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Design da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, da aluna Renata Hinnig, sob orientação da prof. Profa. Giselle Schmidt Alves Díaz Merino, intitulada Gestão de Design e Saúde: um Estudo de Caso no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, realizada no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPq/SC. Essa pesquisa faz parte do projeto Design e Saúde: da saúde do paciente às questões da saúde do trabalhador sob responsabilidade do pesquisador Eugenio Andres Diaz Merino, Coordenador Geral do Núcleo de Design e Laboratório de Design e Usabilidade, da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada pelo comitê de ética da UFSC – nº 1.257.716. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador acesso às áreas do IPq/SC, quando autorizadas pelo profissional responsável, bem como a possibilidade de realizar observações e entrevistas com os profissionais do IPq/SC, mediante o consentimento desses profissionais, que devem participar de forma voluntária dessa pesquisa.

Florianópolis, 11 de setembro de 2017



Dr. Paulo Márcio Souza
Diretor do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPq/SC

IPq - INSTITUTO DE PSQUIATRIA
DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Dr. Paulo Márcio Souza
Diretor
CRM 7718 Mat. 318062-0-02