



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**ESCOLA DE BELAS ARTES**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES VISUAIS (PPGAV-EBA-UFBA)**

**MESTRADO EM ARTES VISUAIS**

**Linha de Pesquisa: Arte e Design – processos, teoria e história**

**JOSÉ WILKER MENDES DE ARAÚJO**

**A CONTRIBUIÇÃO DO DESIGN DE SERVIÇOS  
NO ATENDIMENTO PÚBLICO AO IDOSO:  
ESTUDO DE CASO EM SALVADOR, BAHIA**

Salvador – BA

2013

**JOSÉ WILKER MENDES DE ARAÚJO**

**A CONTRIBUIÇÃO DO DESIGN DE SERVIÇOS  
NO ATENDIMENTO PÚBLICO AO IDOSO:  
ESTUDO DE CASO EM SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais da Escola de Belas Artes da Universidade Federal da Bahia (PPGAV-EBA-UFBA), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Artes Visuais.

Área de Concentração: Artes Visuais

Linha de Pesquisa: Arte e Design - processos, teoria e história

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Paulo Fernando de Almeida Souza

Salvador - BA

2013

Autorizo a reprodução e/ou a divulgação parcial ou total desta dissertação de mestrado, por qualquer meio convencional ou eletrônico, somente para propósitos acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte. Reservo outros direitos de publicação e nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida sem minha autorização por escrito.

---

**José Wilker Mendes de Araújo**

Av. Dom João VI, 467, aptº 304 – Brotas, Salvador-Bahia-Brasil, CEP 40285-000

josewilker@gmail.com - www.josewilker.com

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Biblioteca Central da UFBA

**Universidade Federal da Bahia, Escola de Belas Artes**

---

A658 Araújo, José Wilker Mendes de

**A contribuição do design de serviços no atendimento público ao idoso:  
estudo de caso em Salvador, Bahia / José Wilker Mendes de Araújo. – 2013.  
204f.: il.**

**Orientador: Profº. Dr. Paulo Fernando de Almeida Souza**

**Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Belas  
Artes, 2013.**

**1. Design de Serviços. 2. Atendimento médico - Idoso. I. Universidade  
Federal da Bahia. Escola de Belas Artes. II. Título.**

**CDU – 7.05**

---

**JOSÉ WILKER MENDES DE ARAÚJO**

**A CONTRIBUIÇÃO DO DESIGN DE SERVIÇOS  
NO ATENDIMENTO PÚBLICO AO IDOSO:  
ESTUDO DE CASO EM SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais da Escola de Belas Artes da Universidade Federal da Bahia (PPGAV-EBA-UFBA), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Artes Visuais.

Salvador,

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Paulo Fernando de Almeida de Souza (UFBA) - Orientador**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Hermínia Olivera Hernandez (UFBA)**

---

**Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Ailton de Souza Melo (UFBA)**

*Dedicado à:*

*Delma (mãe) e José Wilmar (pai):  
que com gana e afeto, lágrimas e sacrifícios  
tornaram meu sonho seus sonhos,  
minha luta, suas lutas e minha vitória suas coroações.*

*À José Washington, meu irmão, segundo pai e companheiro de estudos.  
Essa vitória é sua também.*

*À Jane, minha amada esposa e eterna companheira,  
com quem envelhecerei feliz.*

*À todos os meus parentes e amigos, pertos e distantes!*

*À todos os idosos do nosso país!  
Àqueles que ainda estão conosco e aos que  
nos deixaram sua marca, seus ensinamentos  
e eternas suas lembranças, como:  
Manoel Deodato & Maria Vitória,  
Antônio Mendes & Severina Pastora,  
ao amigo Eupídio Mascarenhas e a bisã: Maria Oliveira.*

*Que esse trabalho possa de alguma forma ajudar  
a melhorar a vida dos nossos idosos hoje e a dos que vierem depois,  
como eu, se o mundo durar mais 50 anos.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus trino: Pai, Filho e Espírito Santo: pela vida, amor, paz, oportunidade, esperança futura e por colocar todos os abaixo descritos no meu caminho:

Aos meus pais (Delma e Wilmar), ao meu irmão Washington e a todos os meus familiares pelo apoio, incentivo e amor dedicados. À Jane, minha amada esposa, pela compreensão nos momentos de ausência e auxílio nas traduções dos textos. À Agla, pelo *netbook* que me muniu nessa jornada. Aos amigos mais chegados que um irmão, pelas preces e palavras de ânimo e conforto, muito obrigado! Vocês sabem... Obrigado pelas orações e apoio sempre.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Paulo Souza, meu orientador, pela guia nessa empreitada, confiança depositada, paciência, e por exigir sempre o máximo para que o mínimo fosse sempre acima da média. Aos professores do programa que contribuíram para minha formação. Aos colegas de sala André e Taygora, amigos e desbravadores nesta jornada, primeira turma do mestrado em Artes Visuais, na linha de pesquisa em Design.

Aos amigos designers, em especial Eudaldo Filho e Marcelo Teixeira, pelas inúmeras discussões e o constante apoio. Aos alunos de design da Faculdade da Cidade, pela participação no Grupo de Estudos sobre Design de Serviços no Núcleo de Estudos Avançados em Design (NEAD). À Heber Reis pela indicação da entrevista.

Ao Dr. Ailton Melo, e a Fátima Ribeiro do Dept<sup>o</sup> de Neurociências e Saúde Mental da Divisão de Neurologia e Epidemiologia da Faculdade da Medicina da UFBA - Hospital da Clinicas, pelas valiosas informações e auxílio durante o estudo de caso.

À todos, enfim, minha eterna gratidão!

Salvador, abril de 2013

José Wilker Mendes de Araújo.

*“O mundo tem seus grandes ensinadores, homens e mulheres de poderoso intelecto e vasta capacidade de pesquisa, pessoas cujas palavras têm estimulado o pensamento e revelado extensos campos do saber; tais indivíduos têm sido honrados como guias e benfeitores do gênero humano; há, porém, Alguém que Se acha acima de todos eles - Deus.”*

*Ellen G. White*

## RESUMO

ARAÚJO, José Wilker Mendes de. **A contribuição do design de serviços no atendimento público ao idoso: estudo de caso em Salvador, Bahia.** 2013. 204f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Belas Artes, Universidade Federal da Bahia, 2013.

O papel e as possibilidades de aplicação do design de serviços como metodologia promotora de melhoria no atendimento do serviço público ao idoso, particularmente em unidades de saúde, são as questões centrais desta dissertação. Apresenta-se uma revisão de literatura acerca do processo histórico do desenvolvimento de atividades de serviço, assim como a metodologia do design de serviços, seus conceitos e principais aplicabilidades. Parte-se do método de pesquisa qualitativa e exploratória, com vistas a levantar parâmetros do design de serviços que possam ser aplicados em uma situação-problema, envolvendo modelo de atendimento público de saúde. O estudo de caso realizou-se em Salvador, Bahia, no Ambulatório de Geriatria e Nutrição, que integra os Ambulatórios Magalhães Neto, do Complexo Hospitalar do Hospital Universitário Edgar Santos, hospital da Universidade Federal da Bahia. Buscou-se nesse processo a aplicação da metodologia do design de serviços para atestar a sua funcionalidade na melhoria do atendimento público prestado à população idosa em uma unidade de saúde. Uma importante conclusão desta dissertação aponta para aplicabilidade e eficácia da metodologia do design de serviços na melhoria da qualidade do atendimento ao idoso em unidade de saúde pública.

**Palavras-Chave:** Design de serviços; idoso; atendimento público em saúde.



## ABSTRACT

ARAÚJO, José Wilker Mendes de. **The contribution of design service in public care for the elderly: case study in Salvador, Bahia.** 2013. 204f. Thesis (Master's Degree) - School of Fine Arts, Federal University of Bahia, 2013.

The role the possibilities and the application of the design service as a methodology that promotes improvements in the assistance of the public service to the elderly, particularly in health care, are the main focus of this research. It introduces a review of literature about the historical process of the development of service activities, as well as the methodology of design service, its concepts and key applicability. The starting point is the methodologies of qualitative and exploratory researches, aiming to raise parameters of design service that can be applied in a particular problem involving the model of public health care. The case study took place in Salvador, Bahia, at the clinic of Geriatrics and Nutrition, which is part of Edgar Santos University Hospital, part of Federal University of Bahia. We looked, at this case, to apply the methodology of design service to attest to its functionality in the improvement of public services provided to the elderly in a health facility. An important outcome of this study points out to the applicability and effectiveness of the design service methodology to improve the quality of public services provided to the elderly in a health facility.

**Keywords:** Design service; elderly; public health service.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – Aumento do número de idosos de 1999–2009. Fonte: BRASIL (2010) .....	21
Figura 1.2 – Pacientes à espera de atendimento de saúde. Fonte: Autor (2012).....	25
Figura 1.3 – Roteiro de entrevistas - pacientes do ambulatório Fonte: Autor (2012)...	33
Figura 1.4 – Roteiro da entrevista semi-estruturada a ser aplicado ao especialista em saúde pública. Fonte: Autor (2012).....	34
Figura 1.5 – Roteiro de entrevistas semi-estruturadas a ser aplicado aos funcionários do Ambulatório. Fonte: Autor (2012) .....	35
Figura 1.6 – Quadro das fases da pesquisa. Fonte: Autor (2012).....	39
Figura 2.1 – Pirâmide das necessidades de Maslow. Fonte: Maslow (2010).....	49
Figura 2.2 – As três principais características do serviço. Fonte: Autor (2012). .....	51
Figura 3.1 – Idoso sendo carregado. Fonte: Leite (2012). .....	103
Figura 4.1 – Vista aérea do Hospital das Clínicas e do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto. Fonte: Google Mapas (2012).....	118
Figura 4.2 – Faixada do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto. Fonte: Autor (2012).....	120
Figura 4.3 – Sala da recepção do Ambulatório de Geriatria. Fonte: Autor (2012). ....	121
Figura 4.4 – Gráfico de acesso dos pacientes ao Ambulatório. Fonte: Autor (2012) .....	124
Figura 4.5 – Visão geral do Complexo Hospitalar Edgar Santos. Fonte: Autor (2012). .....	125
Figura 4.6 – Acesso ao Ambulatório via Rua Augusto Viana. Fonte: (modificado Google Mapas (2013).....	126
Figura 4.7 - Acesso ao Ambulatório via Rua Padre Feijó. Fonte: (modificado Google Mapas (2013).....	126
Figura 4.8 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 1. Fonte: Autor (2012).....	127
Figura 4.9 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 2. Fonte: Autor (2012).....	127
Figura 4.10 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 3. Fonte: Autor (2012).....	128

Figura 4.11 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 4. Fonte: Autor (2012). .....	128
Figura 4.12 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 5. Fonte: Autor (2012). .....	129
Figura 4.13 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 6. Fonte: Autor (2012). .....	129
Figura 4.14 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 7. Fonte: Autor (2012). .....	130
Figura 4.15 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 8. Fonte: Autor (2012). .....	130
Figura 4.16 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 9. Fonte: Autor (2012). .....	131
Figura 4.17 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 10. Fonte: Autor (2012). .....	131
Figura 4.18 - Problemas de Acessibilidade ao Ambulatório exemplo 11. Fonte: Autor (2012). .....	132
Figura 4.19 - Problemas de Acessibilidade ao Ambulatório exemplo 12. Fonte: Autor (2012). .....	132
Figura 4.20 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 13. Fonte: Autor (2012). .....	133
Figura 4.21 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 14. Fonte: Autor (2012). .....	133
Figura 4.22 – Rampa de acesso a recepção do Ambulatório de Geriatria. Fonte: Autor (2012). .....	134
Figura 4.23 - Sanitários da recepção de atendimento do Ambulatório. Fonte: Autor (2012). .....	136
Figura 4.24 – Ausência de sistema de apoio nos sanitários. Fonte: Autor (2012).....	137
Figura 4.25 – Superlotação no atendimento. Fonte: Autor (2012). .....	138
Figura 4.26 – Pacientes aguardam atendimento na rampa de acesso aos andares. Fonte: Autor (2012). .....	139
Figura 4.27 – Pacientes acomodados nos degraus. Fonte: Autor (2012).....	140

Figura 4.28 - Problemas de ergonomia no balcão da recepção – exemplo 1. Fonte: Autor (2012). .....	143
Figura 4.29 - Problemas de ergonomia no balcão da recepção – exemplo 2. Fonte: Autor (2012). .....	144
Figura 4.30 - Problemas de ergonomia no balcão da recepção – exemplo 3. Fonte: Autor (2012). .....	144
Figura 4.31 – Etapas do Serviço da Recepção. Fonte: Autor (2013).....	146
Figura 4.32 – Etapas do serviço de atendimento do Ambulatório de Geriatria. Fonte: Autor (2013). .....	149
Figura 4.33 – Primeira etapa do serviço: entrada. Fonte: Autor (2013).....	149
Figura 4.34 – Segunda etapa do serviço: espera. Fonte: Autor (2013).....	151
Figura 4.35 – Terceira etapa do serviço: consulta. Fonte: Autor (2013). .....	152
Figura 4.36 – Quarta etapa do serviço: saída. Fonte: Autor (2013).....	153
Figura 4.37 – Sistematização do serviço. Fonte: Autor (2013). .....	154
Figura 4.38 – Pontos de contato do serviço. Fonte: Autor (2013).....	157
Figura 4.39 – Mapa de identificação dos pontos visíveis: paciente/acompanhante. Fonte: Autor (2013). .....	158
Figura 4.40 – Jornada do idoso dentro do serviço. Fonte: Autor (2013). .....	161
Figura 4.41 – Mágico de Oz – pontos de contato invisíveis e visíveis. Fonte: Autor (2013). .....	162
Figura 4.42 – Fluxo atual da recepção. Fonte: Autor (2013). .....	164
Figura 4.43 – Proposta de novo fluxo de atendimento. Fonte: Autor (2013). .....	165
Figura 4.44 – Simulação da vista do novo fluxo da recepção. Fonte: Autor (2013). ..	167
Figura 4.45 – Simulação da vista do paciente do ambiente de atendimento. Fonte: Autor (2013). .....	167
Figura 4.46 – Vista diagonal posto de trabalho da recepção. Fonte: Autor (2012).....	167
Figura 4.47 – Vistas diversas do posto de trabalho da recepção. Fonte: Autor (2013).....	168
Figura 4.48 – Proposta do posto de trabalho da recepção. Fonte: Autor (2013).....	169
Figura 4.49 – Layout de painel eletrônico. Fonte: Autor (2013).....	171

Figura 4.50 – Fluxograma do sistema de atendimento da recepção. Fonte: Autor (2013).....	172
Figura 4.51 – Proposta de painel eletrônico. Fonte: Autor (2013).....	173
Figura 4.52 – Modelos de maçanetas de portas. Fonte: Autor (2013).....	175
Figura 4.53 – Vista atual da rampa inferior sem corrimão à esquerda. Fonte: Autor (2013). .....	177
Figura 4.54 – Proposta de corrimão da rampa de acesso ao Ambulatório. Fonte: Autor (2013). .....	177
Figura 4.55– Proposta de corrimão da rampa de acesso a Ala superior. Fonte: Autor (2013). .....	178
Figura 4.56 – Proposta de realocação do bebedouro. Fonte: Autor (2013).....	179
Figura 4.57 – Proposta do primeiro ambiente do sanitário. Fonte: Autor (2013). .....	180
Figura 4.58 – Proposta do segundo ambiente do sanitário. Fonte: Autor (2013). .....	181
Figura 4.59 – Mapa estratégico de sugestões de melhorias para o gestor do ambulatório. Fonte: Autor (2013).....	183

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Razões para a distribuição das entrevistas por grupos específicos. Fonte: Autor (2012).....	33
Tabela 1.2 – Estrutura metodológica da pesquisa em design de serviços. Fonte: Autor (2012).....	40
Tabela 2.1 – Definição do serviço ao longo da história. Fonte: Autor (2012).....	46
Tabela 2.2 – Diferenças entre a venda de um produto <i>versus</i> sua função. Fonte: Autor (2012).....	55
Tabela 2.3 – Propostas de classificação da atividade de serviço. Fonte: Autor (2012) .....	60
Tabela 2.4 – Classificação dos serviços nos processos econômicos. Fonte: Autor (2012) .....	61
Tabela 2.5 – Premissas fundamentais da teoria lógico serviço-dominante. Fonte: Autor (2012).....	62
Tabela 2.6 – Conceitos do design de serviços. Fonte: UNEP (2011) .....	70
Tabela 2.7 – Ferramentas do design de serviços com base nos estudos de Tassi e Gorla. Fonte: Tassi e Gorla (2009) e Manhães (2010).....	78
Tabela 2.8 – Ferramentas do design de serviços usadas na pesquisa. Fonte: Autor (2011).....	83
Tabela 2.9 – Aplicação das ferramentas de design de serviços na pesquisa. Fonte: Autor (2013).....	84
Tabela 2.10 – Comparação de atividades realizadas por um policial militar. Fonte: Autor (2012).....	86
Tabela 3.1 – Algumas barreiras enfrentadas pelo idoso. Fonte: Autor (2012) .....	102
Tabela 3.2 – Barreiras arquiteturais e orientações ao projetista/designer. Fonte: Autor (2012).....	103
Tabela 3.3 – Barreiras em saúde e orientações ao projetista/designer. Fonte: Autor (2012).....	107
Tabela 3.4 – Barreiras educacionais e orientações ao projetista/designer. Fonte: Autor (2012).....	110

Tabela 3.5 – Barreiras tecnológicas e comunicacionais e orientações ao projetista/designer. Fonte: Autor (2012) .....	113
Tabela 4.1 – Subdivisão do serviço em etapas.....	148
Tabela 4.2 – Pontos de contatos visíveis percebidos pelos idosos e pelos acompanhantes. Fonte: Autor (2013) .....	159
Tabela 5.1 – Ferramentas do design de serviços e sua aplicação na pesquisa. Fonte: Autor (2013).....	187
Tabela 6.1 – Perfil dos entrevistados. Fonte: Autor (2013) .....	204

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1. APRESENTAÇÃO .....	20
1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA.....	24
1.3. JUSTIFICATIVA E MOTIVAÇÃO .....	26
1.4. OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO .....	28
1.4.1. <b>Objetivo geral</b> .....	28
1.4.2. <b>Objetivos específicos</b> .....	28
1.5. QUESTÕES DE PARTIDA.....	28
1.6. METODOLOGIA .....	29
1.6.1. <b>Procedimentos metodológicos da pesquisa</b> .....	30
1.6.1.1. Entrevistas .....	30
1.6.1.2. Observação estruturada.....	36
1.6.1.3. Estudo de caso.....	37
1.6.1.4. Estrutura metodológica da pesquisa em design de serviços .....	38
1.7. LIMITAÇÕES DA DISSERTAÇÃO.....	42
1.8. ORGANIZAÇÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO .....	42
 <b>CAPÍTULO II - CENÁRIOS E TEORIAS DO DESIGN DE SERVIÇOS</b> .....	 44
2.1 SERVIÇO .....	45
2.1.1 <b>Uma breve história do serviço</b> .....	45
2.1.2 <b>O serviço e as necessidades humanas</b> .....	48
2.1.3 <b>Produto <i>versus</i> serviço</b> .....	51
2.1.4 <b>A desmaterialização do produto</b> .....	56
2.1.5 <b>O serviço e o cenário tecnológico</b> .....	59
2.1.6 <b>Teorias do serviço</b> .....	62
2.2 DESIGN DE SERVIÇOS.....	65
2.2.1 <b>Uma breve história do design de serviços</b> .....	65
2.2.2 <b>Conceitos sobre design de serviços</b> .....	70
2.2.3 <b>Principais ferramentas do design de serviços</b> .....	77
2.3 METODOLOGIA DO DESIGN DE SERVIÇOS.....	84



2.3.1	<b>Etapas do serviço</b> .....	85
2.3.2	<b>Sistematização do serviço</b> .....	89
2.3.3	<b>Pontos de Contatos</b> .....	90
2.3.3.1	Pontos de contatos visíveis ao usuário .....	90
2.3.3.2	Pontos de contatos invisíveis ao usuário.....	92
2.3.4	<b>Análise dos dados coletados e tomada de decisão</b> .....	93
 <b>CAPÍTULO III - O DESIGN E O ATENDIMENTO PÚBLICO AO IDOSO</b> .....		96
2.4	<b>BARREIRAS DE ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE</b> .....	101
2.4.1	<b>Algumas barreiras enfrentadas pela população idosa</b> .....	101
2.4.1.1	Barreiras arquiteturais .....	102
2.4.1.2	Barreiras em saúde.....	104
2.4.1.3	Barreiras educacionais.....	107
2.4.1.4	Barreiras tecnológicas e comunicacionais .....	110
2.4.2	<b>O Poder público e a assistência ao idoso no Brasil</b> .....	114
 <b>CAPÍTULO IV - ESTUDO DE CASO</b> .....		118
4.1	<b>FASE 1 - LEVANTAMENTO DOS DADOS <i>IN LOCO</i></b> .....	118
3.1.1	<b>Informações sobre o local da pesquisa</b> .....	118
3.1.2	<b>Pesquisa de campo e entrevistas</b> .....	121
3.1.3	<b>Características dos pacientes</b> .....	122
3.1.4	<b>Características da estrutura física do atendimento</b> .....	123
3.1.5	<b>Características do processo de atendimento</b> .....	142
4.2	<b>FASE 2 - APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DO DESIGN DE SERVIÇOS</b> .	147
3.2.1	<b>Etapas do serviço</b> .....	147
3.2.2	<b>Sistematização do serviço</b> .....	153
3.2.3	<b>Pontos de contato do serviço</b> .....	156
3.2.4	<b>Análise e sugestão de melhorias no atendimento</b> .....	163
3.2.4.1	Fluxos de acesso .....	164
3.2.4.2	Aumento no número de assentos .....	166
3.2.4.3	Posto de trabalho das recepcionistas .....	167

3.2.4.4	Televisor e painel de senha de atendimento.....	171
3.2.4.5	Portas, maçanetas, corrimãos e acessibilidade .....	174
3.2.4.6	Lavatório e sanitários .....	179
3.2.5	<b>Mapa estratégico de sugestão de melhorias para o gestor do ambulatório.....</b>	<b>182</b>
<b>CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>		<b>185</b>
5.1	CONCLUSÕES .....	185
5.2	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS.....	188
5.3	CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS.....	188
5.4	LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO .....	189
<b>REFERÊNCIAS .....</b>		<b>192</b>
<b>APÊNDICE - PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....</b>		<b>204</b>

**INTRODUÇÃO**

## CAPÍTULO I

---

### INTRODUÇÃO

#### 1.1. APRESENTAÇÃO

Em 30 de outubro de 2011, o mundo foi marcado com o anúncio de que a população mundial alcançaria no dia seguinte à marca histórica de sete bilhões de habitantes segundo dados do “Relatório sobre a situação da população mundial 2011: pessoas e possibilidades em um mundo de sete bilhões”, divulgado do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2011). Tal aumento populacional tem ocasionado, nesses últimos anos, uma crescente preocupação social sobre a qualidade de vida da população atual e a herança para as futuras gerações. Organizações governamentais, não governamentais, sociedade organizada, profissionais das mais diversas áreas do conhecimento e a sociedade comum, têm se mobilizado na busca de soluções que propiciem ao planeta um ambiente mais sustentável e com melhor qualidade de vida. Promover abrigo, alimento, educação, lazer, saneamento, transporte e saúde para a população mundial são algumas das principais preocupações discutidas no mundo pós-moderno, o que conduz a sociedade a repensar seu modo atual de vida.

Quanto maior o número de pessoas e organizações, maior é a necessidade de uma correta variedade de serviços essenciais e do devido planejamento destes, por isso, acredita-se que uma satisfatória atividade de serviço pode ser um auxílio importante na busca pela qualidade de vida para sociedade, especialmente a brasileira. A necessidade de planejamento das atividades de serviços em nosso país, especialmente no ambiente público, pode ser visto no ainda precário, em sua maioria, atendimento público que a população brasileira tem em áreas como transportes, educação, segurança e saúde. Planejamento e revisão do planejamento são necessários dentro de uma sociedade cada vez mais crescente e em transformação.

Segundo dados, divulgados em 2010, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, realizado pelo IBGE no Brasil (BRASIL, 2010), no crescimento populacional brasileiro, foi detectado um aumento significativo da faixa etária idosa de 9,1% para 11% da população total do país (Figura 1.1). A mesma pesquisa alerta que nas próximas décadas, a população idosa deverá crescer chegando a valores próximos aos 35% da população, o que surtirá efeitos significativos em todos os níveis da sociedade (BRASIL, 2010).

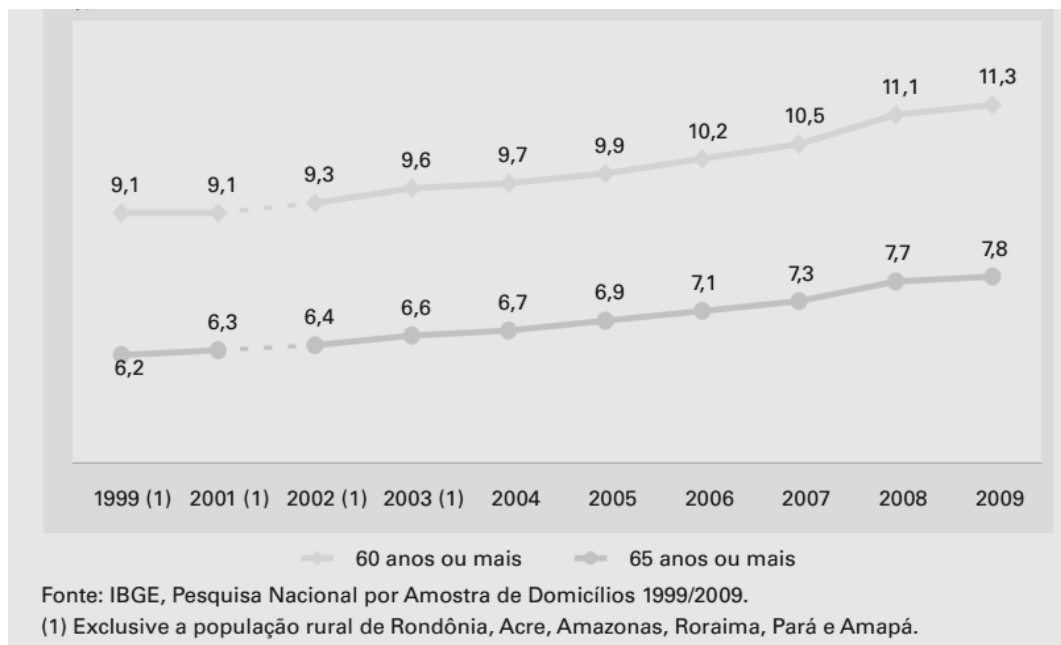


Figura 1.1. - Aumento de número de idosos de 1999 – 2009. Fonte: BRASIL (2010).

É importante analisarmos ainda na Figura 1.1, que, no período compreendido entre 1999 e 2001, houve um aumento populacional pouco expressivo na faixa-etária idosa da população brasileira. Mas no período que compreende o final de 2001 até 2009, apresenta-se um considerável aumento de idosos no país. Segundo pesquisa da PNAD, a faixa-etária dos idosos é a que mais sofre com problemas ligados a serviços na área de saúde, transporte, educação e cidadania no Brasil (BRASIL, 2010). A pesquisa caminha com o pensamento da necessidade de repensar a qualidade de

vida que estamos ofertando aos cidadãos brasileiros e especialmente à população idosa.

Fazendo um recorte na região nordeste brasileira, especialmente o estado da Bahia, onde há um aumento considerável no número de idosos no estado ao longo dos últimos 10 anos, segundo dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RISPA Bahia, entidade apoiada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, que aborda a transição demográfica do estado, ocorrida nas últimas décadas, onde uma das principais é da saúde. Dentro desta pesquisa, o impacto mais relevante é o aumento da expectativa de vida em mais de 32 anos, que era de 40 anos em 1950, passando para 73 anos em 2012 (RIPSA, 2012).

Seguindo uma tendência nacional, dos governos estaduais no Brasil, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em suas ações de políticas públicas, apresenta a família como unidade centralizadora de cuidado e apoio aos indivíduos durante o curso de vida. A família, segundo as políticas públicas atuais de saúde, é a base das relações e da sociedade tornando-se co-participante das ações em saúde para as crianças, jovens e especialmente os idosos (SIQUEIRA, 2009).

Devem-se às políticas públicas dos últimos 30 anos o aumento que atualmente vislumbramos na expectativa de vida da população idosa em nosso estado e país. Idosos têm vivido cada vez mais devido às ações públicas dos governos, especialmente ligadas à área de saúde onde destacamos os projetos de vacinação dessa população. Esta dissertação discute a melhoria da qualidade do atendimento público, especialmente na área de saúde, visando servir e acomodar com qualidade a população idosa dentro do ambiente público durante o processo de atendimento. Entendemos que a qualidade de vida do cidadão idoso se dá não somente pelo acesso a uma unidade de saúde, mas também a acessibilidade nesses locais.

“Idoso”, “terceira idade”, “melhor idade” ou “velho”, são algumas das expressões utilizadas pela sociedade atual para referir-se ao homem ou mulher com idade

avançada ou uma característica física que revele tal condição. Neste sentido, a faixa etária de 60 anos, é considerada por diversos órgãos governamentais para denominar a população idosa, que se encontra em um ambiente antagônico de valor e desvalor sobre a linha tênue entre a vida e a morte, a experiência e a inutilidade, entre a fisiologia das mudanças físicas e mentais e as exigências de uma sociedade capitalista.

O termo “terceira idade” é oriundo da França, no fim dos anos 60, e surgiu como uma forma de recolocação socioeconômica. Na época, fazia-se necessário determinar a nova classe pós-aposentadoria, emergente e que continuaria a movimentar a economia do país. Assim sendo, a expressão “terceira idade” surge para construir “uma nova imagem que simboliza a liberdade e o lazer, ou mesmo o ser jovem em toda idade” (PEIXOTO, 1996, p. 15). Apesar do modismo de sua utilização, a expressão “terceira idade” vem sendo questionada por alguns autores que defendem a manutenção da expressão “idoso”. Nesta pesquisa, utiliza-se a terminologia “idoso ou idosa” para se referir a homens e mulheres com idade acima dos 60 anos (PEIXOTO, 1996; BRITTO DA MOTTA, 1996).

Outro termo utilizado nesta dissertação é o design de serviços, que nas últimas décadas, tem atuado como elemento de auxílio às instituições públicas e privadas na busca de soluções ligadas ao tema da qualidade de serviço à sociedade, especialmente na área de saúde. Entendemos o design de serviços como uma metodologia que diz respeito a “entender o cliente, a organização e o mercado, desenvolver ideias, traduzi-las em soluções [sendo] responsável por criar e moldar as interfaces de contato com o cliente e projetar todos os detalhes da jornada do cliente” (MORITZ, 2005, p. 125).

Nesta dissertação, inicia-se a discussão sobre a aplicação da metodologia do design de serviços no contexto do atendimento público, especialmente aquele voltado para a população idosa.

Dentro de um processo de prestação de serviço, especialmente no ambiente público, é importante considerar a complexidade dos elementos primários envolvidos nesse tipo de atendimento: o atendente, o meio, o atendido e o serviço. A harmonia e interação desses agentes são fundamentais para a eficácia do serviço. Discute-se a importância do design de serviços como instrumento auxiliar no processo de melhoria da qualidade do serviço de atendimento público, ou seja, um conjunto complexo, que envolve as necessidades do cliente, a população idosa em questão, o meio de serviço/atendimento, a organização do trabalho e a interação entre todos esses itens.

Atender ao idoso e suas necessidades são parte do dever da sociedade, conforme o Projeto de Lei nº 57, da Câmara Federal (BRASIL, 2003), que dispõe sobre o Estatuto do Idoso no seu terceiro parágrafo:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária [...] É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Assim, conforme expresso no Estatuto do Idoso - Art. 15, um serviço de atendimento público de qualidade prestado ao idoso é mais do que uma conquista social ou uma determinação legal, é a própria aplicação da cidadania e humanidade.

## 1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA

O contexto e universo de verificação da presente pesquisa ocorrem no serviço de atendimento do Ambulatório de Neurociências e Geriatria do Pavilhão de Ambulatório Magalhães Neto do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar



Santos, situado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia - UFBA, Salvador, Bahia, Brasil. Neste universo de atendimento público de saúde podem ser vistos problemas de diversas ordens. Dente eles, destacam-se, questões relacionadas ao acesso ao local, assim como a acessibilidade no serviço. A falta de adaptação das vias urbanas até o local do atendimento é outro agravante ao problema.

Já no local do atendimento na unidade de saúde é comum nos depararmos com a superlotação proveniente da dificuldade em acomodar satisfatoriamente os pacientes e acompanhantes ainda no ambiente de recepção do atendimento. Tal situação foi identificada na recepção do Ambulatório de Neurociências e Geriatria, local da pesquisa, como pode ser visto na Figura 1.2, onde podemos identificar pessoas sentadas nas escadas de acesso à recepção do ambulatório, pacientes idosos e acompanhantes obstruindo o acesso aos sanitários, ou em pé, à espera do atendimento, na rampa de acesso ao andar superior.



Figura 1.2 - Pacientes à espera de atendimento de saúde. Fonte: Autor (2012).

A ausência de um sistema automatizado de atendimento aos pacientes é outro fator identificado como carente, não apenas no Ambulatório pesquisado como também é uma realidade em muitas unidades públicas de saúde espalhadas pelo Brasil. A

comunicação entre os atendentes e os médicos em alguns casos deixa a desejar, o que se fosse melhor solucionado, contribuiria para otimizar o tempo de espera dos pacientes para o atendimento.

Além das questões já expostas acima, a presente pesquisa busca também por respostas quanto às contribuições da metodologia do design de serviços e suas ferramentas no auxílio da melhoria na qualidade do atendimento público prestado à população idosa.

Este estudo também analisa o idoso e algumas barreiras que dificultam o seu acesso aos serviços públicos, assim como algumas ferramentas da metodologia do design de serviços que podem contribuir para a melhoria do atendimento público prestado a esta população e orientações aos designers / projetistas quanto à questão.

Apesar de já vir ofertando importante contribuição à sociedade nas últimas décadas, ao redor do mundo, a metodologia do design de serviços ainda está em fase de crescimento, tanto na área de serviços quanto na área de design em nosso país, fato que será comentado no capítulo segundo desta dissertação. Apresentando-se como elemento contribuinte na melhoria dos serviços de qualquer natureza, o design de serviços ainda carece de pesquisas e aprofundamento teórico, através da análise e aplicação de suas ferramentas aos problemas ligados a serviços em nosso país.

### 1.3. JUSTIFICATIVA E MOTIVAÇÃO

Existem diversas questões ainda pouco discutidas, referente à temática do design, que precisam ser pesquisadas, contextualizadas e apresentadas de forma prática e acessível a todos os cidadãos, sendo o design de serviços uma delas. As principais justificativas e motivações pessoais que levaram-me a realizar este estudo são:

- a) O reconhecimento da importância da aplicação da metodologia do design de serviços como forma de contribuição social e cidadã, especialmente na melhoria do atendimento público em saúde prestado aos idosos;

- b) A relevância da pesquisa para a saúde pública por possibilitar auxílio na melhoria do seu serviço de atendimento para a população idosa.
- c) A aplicação da metodologia do design de serviços em uma instituição pública de saúde é algo inédito na literatura especializada brasileira, podendo abrir caminhos para novas pesquisas sobre o tema no país e ainda encorajar a aplicação do design de serviços em outras áreas;
- d) A escassez de referências bibliográficas referente ao design de serviços no Brasil ou traduzida para a língua portuguesa, o que promove um maior conhecimento da metodologia do design de serviços para os pesquisadores brasileiros;
- e) O fortalecimento da discussão referente à acessibilidade aos serviços públicos, especialmente os de saúde, sobretudo pelas possíveis contribuições práticas deste estudo;
- f) O papel e a responsabilidade social e moral que o profissional de design precisa ter diante da sociedade e suas necessidades, entendendo que é inerente ao designer ter uma atitude projetual, buscando soluções a problemas e, quando possível, antecipando-se a eles, através de suas intervenções;
- g) O aumento da longevidade nos idosos, a diminuição da natalidade e o aumento da mortalidade entre jovens na faixa etária de 18-25 anos, conforme dados do IBGE (BRASIL, 2010), são acontecimentos que vêm a acelerar o envelhecimento populacional e o crescimento do número de idosos na sociedade brasileira ao longo dos próximos anos. Tais ocorrências levam-nos a repensar, na condição de designer, como será o serviço público para os próximos anos. E fundamentalmente;
- h) O reconhecimento da necessidade de alertar organizações e instituições na busca de um planejamento estratégico que permita o atendimento de boa qualidade aos idosos no Brasil.

## 1.4. OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO

### 1.4.1 Objetivo geral

Apresentar e discutir a aplicação da metodologia do design de serviços na melhoria do atendimento público prestado à população idosa, tomando como exemplo uma unidade de saúde, na Bahia, por meio de um estudo de caso.

### 1.4.2 Objetivos específicos

Para tornar possível alcançar o objetivo geral, propõem-se os seguintes objetivos específicos:

- 1.4.2.1 Aprofundar o conhecimento das legislações envolvidas com a prestação de serviço público, especialmente o Código de Defesa do Consumidor e o Estatuto do Idoso, mediados pelo design de serviços, permitindo esboçar mecanismos para uma contextualização prática no campo da saúde pública;
- 1.4.2.2 Identificar e listar os principais serviços públicos de saúde voltados para a população idosa brasileira e algumas das principais barreiras associadas a tais serviços;
- 1.4.2.3 Analisar o serviço público no campo da saúde do idoso, identificando métodos do design de serviços específicos para a melhoria da qualidade de forma ampla;
- 1.4.2.4 Realizar estudo de caso no ambiente do atendimento público de saúde prestado ao idoso para identificar a aplicabilidade de métodos do design de serviços, em unidade de saúde, no contexto da cidade de Salvador, Bahia, particularmente o Ambulatório de Geriatria do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto da Universidade Federal da Bahia.

## 1.5. QUESTÕES DE PARTIDA

Apresentam-se a seguir as questões de partida para a condução do trabalho de investigação:

Q<sup>1</sup> O design de serviços pode contribuir para a melhoria do serviço de atendimento público em saúde para a população idosa?

Q<sup>2</sup> Quais as ferramentas do design de serviços passíveis de serem aplicados no universo de atendimento público de saúde para a população idosa?

## 1.6. METODOLOGIA

Este estudo fundamenta-se na metodologia da pesquisa qualitativa devido a sua natureza investigativa com o uso da pesquisa bibliográfica através da leitura de livros, artigos, relatórios, textos técnicos e documentos legislativos relacionados ao idoso, a saúde pública, ao design de serviços e o atendimento público em saúde sob a ótica do design. Para Chizzotti (2003, p. 223), a pesquisa qualitativa também utiliza em seu estudo fenômenos sociais humanos, que “criam e atribuem significado às coisas e às pessoas nas interações sociais e estas podem ser descritas e analisadas” (CHIZZOTTI, 2003, p. 223). Os dados coletados em nossa pesquisa são analisados do ponto de vista do usuário, assim como defendem Denzin e Lincon (2006):

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas nos seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a ele conferem (DENZIN e LINCON 2006, p.17).

Utiliza-se nesta dissertação outros métodos de pesquisa como a coleta e a análise de depoimentos oriundos de entrevistas, observação estruturada e estudo de caso.

Quanto à natureza metodológica aplicada na presente pesquisa, a mesma se caracteriza por desenvolver e gerar conhecimentos através da sua aplicação prática e a da busca por solução de um problema específico, envolvendo verdades e interesses locais colhidos pelos usuários do serviço a ser analisado (SILVA e MENEZES, 2005, p. 20 e 21). A pesquisa qualitativa é um método que permite entender e trabalhar

com dados e fenômenos culturais e comportamentais, diferente de uma pesquisa puramente quantitativa.

Na presente pesquisa utilizaremos a pesquisa qualitativa por entender que a coleta de dados dentro desse tipo de pesquisa nos permitirá a reflexão tanto no campo teórico quanto no campo do laboratório social (DAMATTA, 1987, p.143).

Utiliza-se nesta pesquisa a metodologia de design de serviços apresentada neste capítulo no item 1.6.1.4 Estrutura metodológica da pesquisa em design de serviços, e mais detalhadamente, no capítulo 2 e 4 desta dissertação.

### **1.6.1 Procedimentos metodológicos da pesquisa**

Quanto aos procedimentos metodológicos, a presente pesquisa utiliza-se de métodos como entrevista, coleta e análise sistemática de dados, observação estruturada e métodos específicos do design de serviços. A seguir serão apresentados os métodos de pesquisa a serem utilizados, assim como o processo de escolha dos entrevistados e o roteiro personalizado para cada grupo de entrevistados. Os métodos do design de serviços serão apresentados no capítulo dois desta dissertação.

#### **1.6.1.1 Entrevistas**

A entrevista, para Lobov e Fanshel (1977), é um evento de troca subjetiva entre o entrevistado e o entrevistador. Existem três tipos principais de entrevistas:

- a) **Entrevista estruturada** - é entendida como aquela que inclui perguntas programadas e/ou formuladas previamente que não serão alteradas durante o curso da investigação. Geralmente, segue um roteiro fechado de questões ou um guia.
- b) **Entrevista aberta** - caracteriza-se por assemelhar-se a uma conversa do dia a dia. Pois não segue formalmente um guia e/ou roteiro previamente elaborado. Este tipo é também comparado a um bate-papo, uma conversa informal, um diálogo aberto entre o entrevistador e o entrevistado.

- c) **Entrevista semi-estruturada** - tende-se a mesclar ambas as características dos tipos de entrevistas descritas anteriormente. Neste tipo de entrevista há ampla liberdade para o pesquisador, ela é flexível e permite perguntas e/ou as intervenções para elucidar um caso particular do roteiro previsto. Neste tipo de entrevista pode existir um guia e/ou um roteiro, mas este é utilizado sem o rigor da entrevista estruturada, podendo sofrer alterações no decorrer da entrevista.

Nesta dissertação foi utilizado o método de entrevista semi-estruturada por adaptar-se melhor à proposta da pesquisa em questão. As respostas dos entrevistados serão gravadas e transcritas de modo a gerarem posterior conteúdo para análise e interpretação dos dados.

A escolha dos entrevistados parte do conhecimento prévio do pesquisador do ambiente e seus possíveis colaboradores na pesquisa. Tal decisão origina-se do contato preliminar do pesquisador com o objeto de estudo e com aqueles que possam colaborar com maior propriedade concedendo informações preciosas do objeto em pesquisa ou seu ambiente (DUARTE, 2004). Nesta pesquisa entrevistaremos alguns atores envolvidos no serviço do ambulatório, pacientes e funcionários, além de especialista na área de saúde pública (ver Tabela 1.1).

Em consonância com a visão de Duarte (2002, p. 143), entendemos que o número de entrevistados, a priori, é menos importante que a qualidade das informações coletadas. Tais informações podem variar a depender da aproximação e profundidade de conhecimento do entrevistado sobre o assunto, da divergência e convergência de opiniões apresentadas, assim como de outros fatores subjetivos.

À medida que se colhem os depoimentos, vão sendo levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação e, dependendo do volume e da qualidade delas, o material de análise torna-se cada vez mais consistente e denso (DUARTE, 2002, p. 144).

A entrevista permite o aparecimento de novos dados, não perceptíveis ao pesquisador em outras modalidades de pesquisa como a de observação, permitindo, assim, a reunião de dados suficientes para uma compreensão de valores, análise das atitudes e práticas. Na Tabela 1.1, são apresentados os critérios para a escolha dos entrevistados.

O roteiro de uma entrevista é uma importante ferramenta para o entrevistador que utiliza entrevista semi-estruturada. Um roteiro de entrevistas pode ser construído por tópicos, itens ou pontos que contemplem todo o conteúdo que se deseja investigar e que possa ser fornecido pelo entrevistado. O número de pontos e itens pode variar de acordo com o contexto da pesquisa assim como do tempo e disponibilidade do entrevistado. O roteiro fica sob o controle do entrevistador e não é apresentado ao entrevistado. Cabe ao entrevistador guiar a entrevista, assim como coletar e analisar os dados gerados. Nos quadros representados Figura 1.3, Figura 1.4 e Figura 1.5, é possível identificar os pontos e itens a serem considerados nas entrevistas nesta presente pesquisa.

Quando o entrevistador sente a necessidade de explicar a pergunta ao entrevistado, segundo Duarte (2002, p. 149) significa que o roteiro não está tão claro e que carece de ajustes ou mesmo da remoção da pergunta, pois para o autor explicar a questão ao entrevistado pode induzi-lo a uma resposta, contaminando a pesquisa.

Serão utilizados três tipos de roteiros para as entrevistas:

1. para os idosos e acompanhantes do ambulatório;
2. para entrevista ao especialista em gestão pública em saúde;
3. para entrevistarmos as recepcionistas do atendimento no ambulatório.

A tabela 1.1, apresentará a seguir a divisão dos entrevistados e os motivos para sua escolha dos mesmos:



Tabela 1.1 - Razões para a distribuição das entrevistas por grupos específicos

Grupo	Descrição	Razões para entrevistar	Qtd
<b>Idosos</b>	Idosos pacientes usuários do serviço de atendimento no Ambulatório ALA de Geriatria	São o público alvo da pesquisa e os principais atores do processo. Sua contribuição permite entender as reais necessidades e desejos dos pacientes a serem beneficiados, refletindo o ponto de vista do usuário.	5
<b>Especialista</b>	Especialista na área de saúde pública voltada para os idosos.	Especialista na área de gestão pública voltada para o idoso nos permite conhecer o processo e os pontos invisíveis ao usuário, importantes dentro do serviço de atendimento.	1
<b>Funcionários</b>	Funcionários do serviço de atendimento no Ambulatório ALA de Geriatria.	Têm um contato inicial com o público pesquisado. Realizam o elo entre o atendimento clínico e o paciente a ser atendido. Também são usuários do serviço.	2

Fonte: Autor (2012).

Todos os roteiros são divididos em duas partes. A primeira refere-se aos Aspectos Gerais, ligados à conhecer o entrevistado, e a segunda parte trata de Aspectos Específicos, referentes à relação do entrevistado com o serviço público de atendimento ao idoso na unidade pesquisada. Apresenta-se na Figura 1.3 o roteiro para entrevista aos idosos, pacientes do serviço de atendimento.

<b>RETEIRO 1 - PACIENTE IDOSO</b>	
<b>Itens do Roteiro das entrevistas aplicadas aos idosos</b>	
<b>Aspectos Gerais:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nome do Entrevistado</li> <li>2. Idade</li> <li>3. Patologia que o traz ao Ambulatório</li> </ol>	
<b>Aspectos Específicos</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldades para chegar ao Ambulatório <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Sinalização</li> <li>b) Acessibilidade</li> <li>c) Acomodação</li> </ol> </li> <li>2. Condições das acomodações da sala de espera</li> <li>3. Uso e percepção quanto às condições física e de higiene</li> <li>4. Quanto ao tempo de espera até ser atendido</li> <li>5. Quanto ao tempo de atendimento na sala da consulta</li> <li>6. Quanto ao atendimento da recepção e demais funcionários</li> </ol>	

Figura 1.3 - Roteiro de entrevistas - paciente do ambulatório - Fonte: Autor (2012).

O roteiro a ser aplicado nas entrevistas semi-estruturadas realizada com os idosos busca conhecer melhor o público-alvo da pesquisa. Questões importantes são levantadas como as principais patologias que os levam ao ambulatório, as dificuldades por eles encontradas em termos de ergonomia, tais como a sinalização e acessibilidade da chegada ao ambulatório até sua saída, com foco especial na Ala de Geriatria do Ambulatório. Outras informações importantes a serem coletadas através do roteiro serão as condições físicas do local de atendimento, tempo de espera e sua relação com o sistema de atendimento.

Outro elemento importante nesta pesquisa é o especialista no serviço de atendimento público em unidade de saúde ao qual será aplicado o roteiro abaixo que visto na Figura 1.4:

<b>RETEIRO 2 - ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA</b>	
<b>Itens do Roteiro da entrevista aplicada ao especialista em saúde pública</b>	
<b>Aspectos Gerais:</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nome do Entrevistado</li> <li>2. Idade</li> <li>3. Formação profissional</li> <li>4. Estabelecimento de atendimento</li> <li>5. Número de atendimentos dia/mês</li> </ol>
<b>Aspectos Específicos</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quanto às verbas para o funcionamento do atendimento;</li> <li>2. Quanto à autonomia para a realização de melhorias físicas estruturais e logísticas do serviço de atendimento;</li> <li>3. Como ocorre a logística do serviço de atendimento no serviço público de saúde para o idoso no estado/município. Existe um órgão ou entidade que fiscaliza o serviço de atendimento público em saúde? Qual é? Como funciona essa fiscalização;</li> <li>4. Existe alguma recomendação ou regulamentação apresentada e cobrada ao gestor público quanto ao atendimento ao idoso;</li> </ol>

Figura 1.4 – Roteiro da entrevista semi-estruturada a ser aplicado ao especialista em saúde pública - Fonte: Autor (2012).

Na entrevista aplicada ao especialista em saúde pública, são apresentados alguns questionamentos que podem contribuir para um melhor entendimento das limitações, obrigações e atividades realizadas pelo gestor público em saúde.

Com sua experiência com gestão pública em saúde o entrevistado poderá fornecer informações valiosas sobre como vem sendo tratado o idoso nos serviços de atendimento em saúde, assim como o destinação das verbas em saúde nas esferas federal, estadual e municipal.

Na Figura 1.5, apresenta-se o roteiro aplicado na entrevista realizada com as funcionárias que atendem os pacientes na Ala de Geriatria do Ambulatório pesquisado.

<b>RETEIRO 4 - FUNCIONÁRIOS</b>	
<b>Itens do Roteiro da entrevista aplicada as recepcionistas do Ambulatório em pesquisa</b>	
<b>Aspectos Gerais:</b>	
1.	Nome do Entrevistado
2.	Idade
3.	Formação profissional
4.	Horário de Trabalho
<b>Aspectos Específicos</b>	
1.	Descrição do roteiro de atendimento;
2.	Sobre o conforto e eficiência das acomodações do seu posto de trabalho;
3.	Como ocorre o processo de comunicação com os médicos e com os pacientes para informar a saída e entrada de um novo paciente para atendimento;
4.	Quais as características e necessidades os pacientes atendidos percebidos.

Figura 1.5 – Roteiro de entrevistas semi-estruturadas a ser aplicado aos funcionários do Ambulatório - Fonte: Autor (2012).

O roteiro aplicado às recepcionistas do Ambulatório busca identificar as condições de trabalho e a logística do atendimento desses profissionais, levando-se em conta que também se tratam de usuários do serviço de atendimento.

Juntamente com a entrevista e a observação estruturada, descrita a seguir, o pesquisador tem à sua disposição o diário de campo, um método da observação estruturada. É nesse diário de registro pessoal do pesquisador, que são descritos todos os fatos, ocorrências e impressões colhidas *in loco* pelo pesquisador. O comportamento das pessoas observadas e entrevistadas, informações específicas da

área de intervenção e as rotinas observadas, são outras informações que podem ser registradas pelo pesquisador no diário de campo. Seu registro pode ser realizado através de gravação ou manuscrito. No diário de campo é possível, por exemplo, registrar o estado de espírito em que se encontrava o entrevistado durante a entrevista.

Para Lima et al. (2007, p. 95), “as anotações descritivas realizadas em diário de campo pretendem transmitir com exatidão a exposição dos fenômenos sociais – requisito essencial da pesquisa qualitativa.” Ao transcrever as gravações ou anotações do Diário para a Ficha definitiva, a ser usada pelo pesquisador, Triviños (1987, p. 158) esclarece que deve conter:

- Nome da instituição que patrocina a pesquisa;
- Nome da pesquisa;
- Nome do coordenador e do observador da pesquisa;
- Assunto observado;
- N° da observação;
- Local, data, hora da observação;
- Um comentário crítico sobre as observações citadas.

#### 1.6.1.2 Observação estruturada

Para Marconi e Lakatos (2011), a técnica de observação é:

Uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos da observação na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. (MARCONI e LAKATOS, 2011, p. 76).

A técnica de observação estruturada consiste em “observar os sentidos físicos de um objeto para dele adquirir um conhecimento claro e preciso” (CERVO e BERVIAN, 2002, p. 27). Segundo Parra e Santos (1998, p. 104), para que a observação direta

estruturada dentro do processo de pesquisa possa ser considerada como método científico, é importante cumprir dois requisitos:

- a) Ter um objeto perfeitamente definido;
- b) Ser planejado e registrado sistematicamente.

Parra e Santos (1998, p. 105) destacam que é preciso não apenas observar o objeto em estudo como também o ambiente, pois o mesmo é um fator determinante no comportamento do indivíduo. Marconi e Lakatos (2011) compartilham do mesmo pensamento comentando que a pesquisa de observação coloca o pesquisador em contato direto com a realidade do estudo além de ser o ponto inicial de qualquer investigação social (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 76).

Em nossa pesquisa, utiliza-se como objeto o atendimento público ao idoso na área de saúde. Tal pesquisa de campo ocorrerá no Ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia. Dentro do processo de observação estruturada *in loco*, onde utilizaremos o Diário de Campo. Observaremos e anotaremos as impressões tiradas durante os dias de visita ao local, nas entrevistas com os pacientes e as reações dos usuários do serviço. A logística do atendimento no ambulatório, as condições físicas do local, o fluxo de trabalho das recepcionistas e demais funcionários também serão elementos considerados no Diário de Campo.

#### 1.6.1.3 Estudo de caso

O estudo de caso conclui o processo da pesquisa qualitativa onde pretendemos analisar os resultados obtidos comparando-os com os conteúdos teóricos sobre o assunto. A definição de estudo de caso para Goldenberg (2003) é:

Método que reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa, com o objetivo de aprender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto através de um mergulho em um objeto delimitado. (GOLDENBERG, 2003, p. 33).

Lazzarini (1998) aponta algumas circunstâncias em que o estudo de caso é adequado na pesquisa:

1. Quando o tema analisado for contemporâneo, abrangente e complexo;
2. Quando o fenômeno não pode ser estudado fora do seu contexto sem perda da utilidade da pesquisa;
3. Quando o foco está na compreensão dos fatos e não na mensuração dos mesmos;
4. Quando existe a possibilidade de se utilizar várias fontes para evidenciar o fato é uma necessidade metodológica.

Para Gil (1991), o estudo de caso corresponde ao “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos”, de modo a garantir a coleta de dados que permita uma melhor compreensão e busca de soluções. Como dito anteriormente, o estudo de caso ocorrerá no Ambulatório de Neurociências e Geriatria do Pavilhão de Ambulatório Magalhães Neto do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos, situado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia- UFBA, Salvador, Bahia, Brasil. No Ambulatório, aplica-se o método de estudo de caso, associado aos métodos do design de serviços, verificando sua contribuição na melhoria da qualidade do atendimento prestado a população idosa, usuária do serviço.

#### 1.6.1.4 Estrutura metodológica da pesquisa em design de serviços

O planejamento metodológico da pesquisa em design de serviços, aplicado nesta dissertação, ocorreu em duas fases distintas que foram nomeadas como:

- Fase 1 – Levantamento de dados *In Loco* e Entrevistas
- Fase 2 – Aplicação da Metodologia do design de serviços

Como pode ser visto na Figura 1.6, a Fase 1 corresponde ao processo de coleta de dados do ambiente e público-alvo a ser pesquisado. Nesta fase, é possível levantar dados referentes ao idoso e ao atendimento a ele prestado na unidade de saúde assim

como identificar as características gerais desse atendimento na unidade escolhida. Já na Fase 2, acontece a aplicação da metodologia do design de serviços.

<b>FASE 1</b>
<b>LEVANTAMENTO DE DADOS IN LOCO E ENTREVISTAS</b>
<p><b>Objetivos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer o Ambulatório Magalhães Neto e sua a ALA de atendimento de Geriatria e Neurociências</li> <li>2. Conhecer o processo de atendimento do Ambulatório</li> <li>3. Iniciar o processo de Entrevistas</li> </ol> <p><b>Tarefas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o universo dos idosos dentro do sistema de atendimento público de saúde nos AMN (Ambulatório Magalhães Neto);</li> <li>• Coletar informações sobre o fluxo de atendimento oferecido no local;</li> <li>• Entrevistar os idosos à espera de atendimento ou pós-atendimento;</li> </ul> <p><b>Dados a serem levantados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características gerais dos idosos a serem atendidos;</li> <li>• Características gerais do atendimento prestado;</li> </ul>
<b>FASE 2</b>
<b>APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DO DESIGN DE SERVIÇOS</b>
<p><b>Objetivos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir as ferramentas do design de serviços a serem usadas;</li> <li>2. Analisar o serviço de atendimento sob o olhar do design de serviços.</li> </ol> <p><b>Tarefas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir as etapas do serviço prestado;</li> <li>• Identificar as entradas e saídas do serviço de atendimento;</li> <li>• Identificar e analisar os pontos de contato visíveis ao usuário;</li> <li>• Identificar e analisar os pontos de contato invisíveis ao usuário;</li> <li>• Identificar o processo de sistematização do serviço;</li> <li>• Propor melhorias dentro do serviço de atendimento.</li> </ul> <p><b>Dados a serem levantados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características físicas e conceituais dos espaços físicos e serviços;</li> <li>• Requisitos técnicos para o desenvolvimento de soluções através de sistemas e/ou novos produtos e serviços.</li> </ul>

Figura 1.6 – Quadro das fases da pesquisa - Fonte: Autor (2012).

A Fase 1 permite a coleta de dados sobre o serviço de atendimento assim como a ajuda no processo de inserção do designer pesquisador no ambiente a ser trabalhado.

São desenvolvidas as seguintes técnicas de pesquisa nesta fase da pesquisa:

- Observação direta dos usuários do serviço, seus prestadores e suas atividades;
- Entrevistas semi-estruturadas, gravadas para transcrição posterior;
- Medição da área de recepção do atendimento;
- Levantamento fotográfico e construção de modelo em 3D; e
- Registro sistemático em diário de campo;

Para a realização das ações acima, são usados os seguintes equipamentos:

- Gravador digital de áudio tipo MP3/MP4 ou celular;
- Máquina fotográfica digital;
- Máquina filmadora digital;
- Netbook para suporte, preparação, manipulação e organização dos arquivos digitais; e
- Roteiro das entrevistas semi-estruturadas.

Na Fase 2, ocorre a aplicação da metodologia do design de serviços, ilustrada na Tabela 1.2, onde são apresentados os passos metodológicos e etapas de uma pesquisa em design de serviços:

**Tabela 1.2 - Estrutura metodológica da pesquisa em design de serviços**

<b>Etapas do Serviço</b>	<b>Descrição</b>	<b>Aplicação na pesquisa</b>
<b>Etapas do Serviço</b>	Serviço subdividido em etapas para facilitar o estudo e identificação de não-conformidades.	Separar o serviço de atendimento em etapas menores: chegar, ser identificado, esperar, ser atendido e sair.
<b>Sistematização do Serviço</b>	Apresentação do fluxo de entradas e saídas do serviço. Observação do serviço de forma global e sistemática.	Identificação dos pontos de alimentação do sistema de serviço. Como o idoso entra, como é atendido e como ele deve sair do serviço.

Continua...



...Continuação

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Aplicação na pesquisa</b>
<b>Pontos de Contato</b> Pontos Visíveis	Identificação dos pontos visíveis ao usuário do serviço. A interação usuário-serviço.	Identificação dos pontos em que o usuário idoso tem acesso no local do atendimento.
Pontos Invisíveis	Identificação dos pontos invisíveis ao usuário do serviço, mas que contribuem para a realização dos serviços.	Identificar a logística do atendimento que não é perceptível ao idoso.
<b>Análise dos dados Coletados e Tomada de Decisão</b>	Organização das informações adquiridas de modo a permitir uma visão total do problema. Considerações e conclusões com base nos dados coletados.	Considerações e conclusões apontando intervenções na busca de melhorias para o serviço de atendimento. Análise de <i>feedbacks</i> , fornecidos pelos usuários.

Fonte: Autor (2012).

Dentro do processo de aplicação da metodologia do design de serviços, não é incomum a necessidade de alguns ajustes ao projeto mesmo após a etapa de Análise dos dados Coletados e Tomada de Decisão. O designer deve estar atento aos resultados da aplicação das soluções propostas, sendo que o mesmo atua como um elo entre a proposta de solução e o retorno da visão do usuário do serviço, após as intervenções indicadas e realizadas. É preciso que o designer atente para esse *feedback* do usuário do serviço quanto às soluções tomadas de modo a refletir se as mesmas alcançaram os objetivos esperados, pelos pesquisadores aos usuários.

As etapas de serviço trabalham de forma sequencial e dinâmica. Todavia, é possível que, em uma etapa, haja a necessidade de voltar a uma anterior, a fim de adquirir novos elementos para continuidade da análise. É possível estar na etapa de sistematização do serviço e devido a uma análise superficial de um ponto de contato invisível ao usuário, ser preciso retornar a esse ponto para uma análise mais profunda, a fim de identificar necessidades e problemas não percebidos anteriormente. No capítulo 2, desta dissertação, é esclarecido como se desenvolve cada etapa da metodologia do design de serviços.

É importante salientar que dentro de cada etapa da metodologia do design de serviços vista acima, faremos uso de ferramentas do design de serviços para auxiliarem execução de cada etapa da pesquisa. As ferramentas do design de serviços que serão usadas nesta pesquisa serão apresentadas no capítulo segundo desta dissertação. Já a aplicação poderá ser vista no capítulo quarto.

### 1.7. LIMITAÇÕES DA DISSERTAÇÃO

Salienta-se que o presente estudo não tem como objetivo investigar todas as barreiras que dificultam o acesso do idoso ao serviço de saúde, mas sim analisar as que possuem relação direta com os processos de atendimento público prestado à população idosa. Também não é objetivo nosso solucionar todos os problemas existentes no atendimento prestado no serviço público, mas analisar a contribuição da aplicação da metodologia do design de serviços, no processo de busca de soluções para tal atendimento ofertado do ponto de vista do idoso.

A metodologia do design de serviços, nesta pesquisa, não se propõe a dar conta de todas as demandas de serviço relacionadas ao atendimento ao idoso dentro da unidade de saúde pesquisada, restringindo-se, porém ao serviço de recepção, acomodação e direcionamento dos pacientes idosos dentro do Ambulatório de Geriatria do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto.

### 1.8. ORGANIZAÇÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação está organizada em cinco capítulos. No presente capítulo foram apresentados a problematização, a justificativa, o objetivo geral e os objetivos específicos e a metodologia de pesquisa, expondo desse modo ao leitor uma visão geral da proposta de estudo.

No segundo capítulo apresenta-se uma breve história do serviço, seu conceito ao longo da história e a desmaterialização do produto, assim como uma relação entre o

serviço e o design. Ainda nesse capítulo é apresentada uma revisão de literatura sobre o design de serviços, sua origem, seu processo de histórico construtivo, suas principais ferramentas e definições, além de exemplo de sua aplicação. Apresenta-se, também, a metodologia do design de serviços e as ferramentas utilizadas no estudo de caso.

O terceiro capítulo desta dissertação, intitulado: “O Design e o Atendimento Público ao Idoso” apresenta o entendimento do conceito de idoso, além de algumas barreiras que dificultam seu acesso a um atendimento público com qualidade no campo da saúde. Além disso, o capítulo apresenta sugestões ao design / projetista quanto a redução das barreiras que dificultam o acesso do idoso ao atendimento público em saúde. Finaliza, tecendo comentários sobre o poder público e a assistência ao idoso no Brasil.

O quarto capítulo traz o estudo de caso, apresentando o processo metodológico utilizado na pesquisa em design de serviços e a sua aplicação, assim como a análise e os resultados obtidos na unidade de saúde proposta. Ao final do é apresentado um mapa estratégico de sugestões de melhoria do atendimento para o gestor da unidade de saúde pesquisada.

O quinto e último capítulo apresenta as considerações finais, com a conclusão da pesquisa, sua contribuição teoria e prática, assim como seus desdobramentos futuros.

**CAPÍTULO II**

---

**CENÁRIOS E TEORIAS  
DO DESIGN DE SERVIÇOS**

## CAPÍTULO II

---

### CENÁRIOS E TEORIAS DO DESIGN DE SERVIÇOS

Neste segundo capítulo, apresenta-se uma discussão teórica sobre o universo do design de serviços, além do pensamento dos principais autores sobre o tema, tais como Buchanan (1992), Buchanan e Margolin (1995), Hollins e Hollins (1999), Goldstein et al. (2002), Bertola (2004), Morizt (2005), Manzini (2007), White (2008), Kimbel e Seidel (2008), Tassi (2008) e Tassi e Gorla (2009), Mager (2009), Cautela et al. (2009), Freire e Damázio (2010), dentre outros. Apresenta-se também algumas soluções em serviço publicadas por pesquisadores como Holmlid e Hegeman (2010) e Manhães (2010).

Para uma melhor compreensão do design de serviços, nesta dissertação inicia-se a abordagem do assunto ao analisar a construção histórica do serviço e a sua relação com a economia e a sociedade por meio do pensamento de autores como: Sampson e Froehle (2006), Chesbrough e Spohrer (2006), Vargo e Lusch (2007) e Akaka et al. (2008), como veremos a seguir.

#### 2.1. SERVIÇO

##### 2.1.1 Uma breve história do serviço

Antes de ser apresentado o conceito sobre design de serviços propriamente dito, discute-se sobre a atividade do serviço, sua relação com o produto e a inclusão da ciência dos serviços à área do design.

Para Sampson e Froehle (2006), a atividade de serviço só passou a ser considerada como uma prática de relevância no início do século XXI, sendo até então considerada como resíduo da atividade de produção de bens tangíveis por muitos autores. Já outros pesquisadores consideravam-no inferior por não se enquadrar nem como atividade agrícola nem industrial (CHESBROUGH e SPOHRER, 2006).

Nos últimos anos, autores como Vargo e Lusch (2007) e Akaka et al. (2008) apresentaram importantes contribuições neste campo do saber, ao fazerem uma revisão conceitual e histórica do serviço, o que pode ser observado na Tabela 2.1:

**Tabela 2.1 - Definição do serviço ao longo da história**

<b>Período</b>	<b>Autor</b>	<b>Contribuição</b>
Se. IV a.C.	Aristóteles	Fez a diferenciação entre valor de uso e valor de troca.
1751	Galiani	Reconhece que somente o prazer tem preço entre os homens.
1776	A. Smith	Reconhece o conceito de valor como expressão da utilidade de um objeto (valor no uso) ou do poder de um objeto em adquirir outros objetos (valor na troca).
1848	F. Bastiat	Serviço é o início, o meio e o fim da ciência econômica
1894	L. Walras	A prestação de serviço possui utilidade direta, o serviço de produção de bens utilidade indireta.
1959	E. Penrose	Nunca é o recurso em si que inicia o processo de produção, mas sim o serviço prestado por esse recurso.
1977	Philippe Kotler	A importância do produto físico não está na sua propriedade, mas no serviço que ele presta.
1995	E. Gummesson	Clientes não compram bens. Compram ofertas que prestam serviço e que criam valor.

Fonte: Vargo e Lusch (2007).

O conceito de serviço foi evoluindo ao longo do tempo, saindo do conceito de troca para valor econômico e, por fim, sendo transferido para uma atividade de servir em si. O serviço prestado a qualquer faixa etária da população, especialmente a idosa, não pode ser visto como uma atividade voltada apenas para a troca, onde se tem uma procura, uma demanda e um serviço a ser oferecido, com um público a recebê-lo. Deve, sim, ser visto como uma atividade que promova benefícios e suprimento de necessidades aos usuários do mesmo.

Dentre os autores que mencionam o serviço e sua relação com produto, destaca-se o pesquisador Adam Smith (1723-1790), filósofo e economista escocês, um dos primeiros a discorrer sobre o tema no início do século XVIII. Por possuir uma visão de valor agregado ligada ao trabalho produtivo e economicamente rentável, Smith (1999) dava a conotação do serviço como uma atividade inferior e improdutiva em

relação à atividade de desenvolvimento e venda de produtos. O mesmo pregava que na atividade de serviço não há produção de riqueza nem fixação de um bem concreto ou material para um país, apenas a atividade de bens de consumo, o desenvolvimento e a aquisição de produtos cumpriam esse papel.

Embora reconhecesse que a atividade de serviço fosse recompensada da mesma forma que a de desenvolvimento de produto, através de pagamento salarial, o serviço não assumia para o autor um papel material, e, portanto, não deveria ser considerado como importante para a sociedade ou como fonte de benefício à mesma. Assim sendo, para Smith (1999), a atividade de serviço não apresentava retorno financeiro que pudesse sustentá-la e, desse modo, ela deveria ser custeada pela sociedade, através dos impostos cobrados pelo governo.

Contrariamente a este pensamento, quase cem anos depois, Marx (1818-1883) não acreditava serem a composição material ou a produtividade do objeto (produto) que o tornava superior à atividade de serviço, entendendo que a própria relação de compra e venda já era por si só um serviço, uma troca social, e não apenas aquisição de objetos, com retorno financeiro e imediato. O autor ainda vai mais longe ao citar que tal “troca social” possuía valor igual ou maior ao preço monetário do produto, pois promovia relacionamento entre o cliente e a empresa, maior do que a de uma simples compra de balcão (MARX, 1985, p. 101-102).

Assim, a relação entre cliente e empresa, era entendida pelo autor como um elo que possibilitaria para o cliente, usuário do serviço, uma aferição de valor agregado superior e inalcançável por qualquer outra forma de venda e que por si só já era uma atividade de geração de lucro, rentável e até mesmo superior à troca de bens (MARX, 1985). Como a sociedade e a política econômica da época davam mais valor à produção, venda e consumo de bens, Marx acaba dedicando pouco ou quase nenhum tempo à atividade de pesquisa em serviço.

Tomando-se por base a literatura atual quanto a este campo de estudo, acredita-se que a atividade de serviço seja uma das mais emergentes das atividades dentro da economia do século XXI. Cada vez mais a sociedade tem buscado soluções em serviço que permitam melhorias na qualidade de vida da população.

### 2.1.2 O serviço e as necessidades humanas

Dois grandes influenciadores do pensamento de Karl Marx, no início do século XVIII, com relação à atividade de serviços foram os utilitaristas<sup>1</sup> David Hume e William Godwin. Ambos incluíam em seus discursos a atividade de serviço como componente fundamental do sistema econômico de um país, defendendo também que o serviço deveria contribuir para a satisfação das necessidades humanas. Tal pensamento foi reforçado, tempos depois, por Abraham Maslow (1908-1970), em sua mais famosa pesquisa, datada de 1946, que ficou conhecida por sua representação gráfica denominada: “A Pirâmide de Maslow” (Figura 2.1).

Em sua proposta hierárquica Maslow defendia a terapia centrada no ser humano. Para o autor, psicólogo humanista<sup>2</sup>, a atividade de serviço deveria contribuir como elemento supridor das necessidades do cliente/usuário e, portanto, era preciso analisá-lo em seus cinco níveis dinâmicos de necessidades: 1) fisiologia; 2) segurança; 3) amor; 4) estima; e 5) realização pessoal (ver Figura 2.1).

---

<sup>1</sup> Os Utilitaristas são definidos por Jeremy Bentham em seu livro *Introduction to the Principles of Morals and Legislation* como seguidores da filosofia do modo de agir sempre de forma a produzir a maior quantidade de bem-estar à coletividade. Seus ensinamentos influenciaram a filosofia, a política, legislação, justiça e a economia. Alguns líderes do movimento foram: Étienne Condillac, Jean Say e John Stuart Mill. (WILLIAMS, B; SMART, 1973).

<sup>2</sup> O Humanismo é pensamento filosófico moral que coloca o ser humano como centro do processo na escala de importância, considerando as capacidades e aspirações humanas. O humanismo se opõe ao materialismo dialético. Alguns humanistas famosos são Marsílio Ficino, Erasmo de Roterdão, Guilherme de Ockham, Thomas Morus e Andrea Alciati. (ALVES, 2008, p. 45-55; COUTINHO, 1958, p. 80-90).



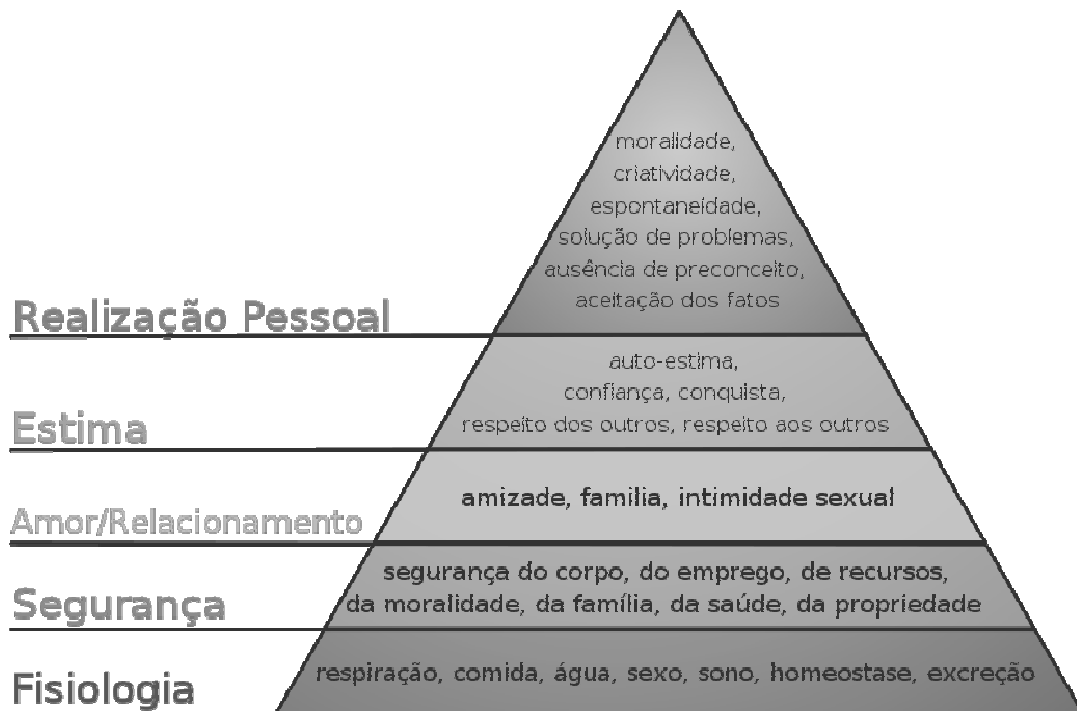


Figura 2.1 – Pirâmide das necessidades de Maslow. Fonte: Maslow (2010).

As cinco necessidades humanas descritas por Maslow são:

1. Necessidades **fisiológicas**: todos precisam suprir necessidades básicas, como respirar, comer, beber água, o ato sexual, dormir, evacuar, etc. São necessidades que vêm das necessidades físicas dos seres humanos.
2. Necessidades de **segurança**: a segurança e a proteção fazem parte do segundo degrau da pirâmide, quanto ao indivíduo e sua relação com o meio a sua volta. Necessidade de abrigo, proteção, atividade de sustento, moradia, saúde, etc.
3. Necessidades de **amor**: no terceiro degrau da pirâmide de Maslow está a necessidade de amor e relacionamento. Segundo Maslow é inerente ao ser humano: o pertencer a algo ou alguém, o desejar ser apreciado, amado e percebido. Nesse estágio encontra-se a família, as amizades e a descoberta da sexualidade. Diferente do degrau das necessidades fisiológicas, aqui a busca em relação ao sexo, se faz em encontrar “a cara metade”.
4. Necessidades de **estima**: o patamar seguinte é construído com base nas necessidades humanas de autoestima, confiança, busca e conquista. A

importância do respeito aos outros e o ato de respeitá-los e a necessidade de ser valorizado no ambiente de trabalho ou de estudos, por exemplo.

5. Necessidades de **realização pessoal**: já o último, mas não menos importante degrau, que, segundo o autor da teoria, uma das mais difíceis de ser alcançada. A necessidade de moralidade, criatividade, espontaneidade, ausência de preconceito, são algumas delas. A auto-realização é para Maslow (2010) o degrau final das necessidades humanas supridas.

Em sua teoria, Maslow (2010) salienta que a atividade de serviço, quer seja pública ou privada, para ter sucesso deve considerar as cinco necessidades vitais do indivíduo, satisfazendo-o. Para o autor, suprir as necessidades humanas não está vinculado à simples aquisição de um produto, mas ao serviço e aos benefícios por ele proporcionados, através da sua aquisição.

O pensar na satisfação das necessidades do usuário é uma das características do design de serviços que o inclui como co-autor da solução, desde o início, no processo de busca de melhorias ou no desenvolvimento de novos serviços. Diante disso, o design de serviços não apenas considera as necessidades dos usuários, mas também sua opinião dentro do processo de tomadas de decisões.

Tony Fry (2005), pesquisador em design, descreve a necessidade e o design da seguinte forma:

Necessidade é algo que nós temos que é parte do nosso ser vivente no mundo. A necessidade chega até nós de fora para dentro, mais do que de dentro para fora. Ela nos é dada como uma demanda do meio cultural em que nascemos e crescemos (cultura aqui é evocada em um sentido orgânico e antropológico). O Design molda muito do mundo que moldamos e que, por sua vez, nos molda. Nosso ser, o mundo do nosso ser, necessidade e design, todos precisam ser considerados conjuntamente. (FRY, 2005, p. 63).

Para Fry (2005, p. 63) a necessidade do usuário e a sua satisfação são os elementos que movem “quase todo o tipo de prática do design”. O autor esclarece que as necessidades das faixas etárias sociais são bem diferentes entre si e que o designer precisa repensar a produção colocando o usuário como centro do processo. Não é mais admissível “planejar e desejar, para nós mesmos e para os outros, a morte” (FRY, 2005, p. 64). A expressão “outros”, apresentada por Fry (2005), inclui os menos favorecidos e rejeitados na sociedade, tendo em vista que, quando se projetam artefatos ou ambientes, normalmente, segundo o autor, são desconsiderados os idosos e deficientes.

### 2.1.3 Produto *versus* serviço

Say (1983) é um dos autores que reforça o discurso da diferenciação entre produto e serviço baseada em três características do serviço, não existentes no produto:

1. Fluxo;
2. Variedade, e
3. Uso intensivo.

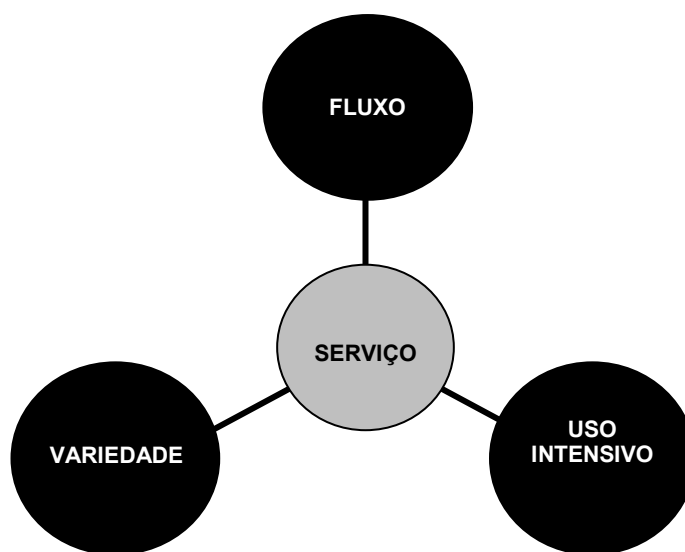


Figura 2.2 – As três principais características do serviço. Fonte: Autor (2012).

Como pode ser visto na Figura 2.2, a simultaneidade e a continuidade são fortes características da prestação de serviço. O serviço ocorre mediante a solicitação do usuário em forma de fluxo, pois pode exercer um trabalho contínuo no tempo e espaço livre de amarras físicas. Uma loja física pode estar fechada e o serviço virtual continuar atendendo o cliente mesmo após o encerramento do expediente presencial do estabelecimento.

Outros fatores a serem considerados, com base nessa inexistência espacial são a inestocabilidade e a incomensurabilidade. Pois um dos pontos principais do serviço é que ele não pode ser estocado e não pode ser mensurável. Sendo assim, o serviço é entendido como intangível, não palpável, imaterial. (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000).

Segundo Grönroos (1993), outra característica do serviço é a sua variedade de formas no processo de atender ao cliente e promover benefícios diversos simultaneamente, sem limitações mercadológicas de margem de lucros. Visto que as variações de um produto dentro de um processo de fabricação possuem um elevado ônus para uma empresa, diferente da variação de serviços, que normalmente é muito mais em conta.

Apesar dos avanços tecnológicos, a prestação de serviço ainda tem a participação do ser humano no processo de atendimento, oferecendo assim mais oportunidade no mundo robotizado que os demais setores da economia. Mesmo com a simplificação de processos e a utilização de mecanismos eletrônicos para atendimento, existe a intermediação na concepção, desenvolvimento ou operacionalização, do programador com o usuário, consumidor e a máquina.

Edman (2009) amplia os estudos de Say (1983) acrescentando o conceito do Modelo IHIP (acrônimo em inglês para os termos *intangibility*, *heterogeneity*, *inseparability* e *inperishability*). O modelo descreve o serviço como:

1. Intangível;
2. Heterogêneo;

3. Inseparável;
4. Não perecível.

Edvardsson et al. (2005) ao falar sobre o IHIP, comenta que “nunca foi aceito como verdadeiro e está sempre sob questão”. Seus principais questionamentos são:

Muitos serviços são a) dependentes de produtos tangíveis – o SMS do telefone celular, b) homogêneos – os serviços de internet, c) são produzidos e consumidos em ocasiões diferentes – os programas educacionais a distância, d) são armazenáveis – os serviços de muitos softwares.” (EDVARDSSON et al., 2005).

Para Edvardsson et al. (2005) o serviço não pode ser entendido separadamente do produto, como afirma Edman (2009) já que alguns serviços necessitam do uso de artefatos para serem realizados. Para se utilizar o serviço de acesso à internet, segundo Edvardsson et al. (2005) é inevitável a presença do produto que conecte o usuário ao serviço. Desse modo, para Edvardsson et al. (2005) o serviço tem a inclusão do produto e não pode funcionar separado do mesmo, como alega Edman (2009). Entende-se, no entanto que a existência de um artefato pode atuar como parte do serviço, sem o descaracterizá-lo como tal.

Bem no auge desse confronto de pensamentos sobre produto e serviço, surge, por volta dos anos 90, o Sistema Produto-Serviço (*Product Service System - PSS*), originário de países europeus como a Holanda e a Escandinávia.

Oriundo da área ambiental e social, o PSS tem como ideia central a de que o consumidor não se relaciona apenas com o produto em si, mas também com os seus benefícios. Ou seja, o Sistema Produto-Serviço trabalha diretamente com a satisfação das necessidades dos usuários através dos serviços, procurando soluções em design que promovam um uso cada vez menor de material e energia, o que acarretará em sustentabilidade.

O Sistema Produto-Serviço (PSS) foi proposto por Halen et al. (2005), com estrutura metodológica composta de cinco fases:

1. Análise estratégica;
2. Exploração das oportunidades;
3. Desenvolvimento do conceito de PSS;
4. Desenvolvimento do PSS escolhido; e
5. Implementação do PSS.

Na primeira fase da metodologia PSS, busca-se aprofundar e reunir o máximo de informação sobre os mercados da empresa, organização, produção e cadeia de valor. Já na segunda etapa, busca-se explorar possibilidades de inovações para o sistema atual não apenas em incrementos. Na terceira Fase do desenvolvimento metodológico, busca-se estabelecer uma relação entre as oportunidades destacadas na fase anterior e a possibilidade de uso dessas alternativas de forma a se obter sucesso. A quarta fase se define por meio de uma matriz decisória, elegendo a solução que melhor atende as necessidades dos usuários. A última fase é a implementação da solução escolhida.

O quesito ambiental é uma especificidade do Sistema Produto-Serviço. Para Medeiros e Landim (2009) o Sistema Produto-Serviço é:

[...] o resultado de uma inovação estratégica, que desloca o foco empresarial de projetar e vender apenas produtos físicos para oferecer um sistema de produtos e serviços, ou seja, uma utilidade, que em conjunto, preencham todas as necessidades do consumidor com menos impacto ambiental. (MEDEIROS e LANDIM, 2009, p. 3).

Esse trabalho em conjunto de produto e serviço é também defendido por Baines et al. (2007) que acrescentam que tal atividade é um novo modelo de negócios rentável. Para os autores Santos (2000) e Manzini e Vezzoli (2010) o que existe nesse sistema não é a venda do produto em si, mas sim, a venda do serviço e a venda do direito de uso do produto, onde o consumidor paga pela funcionalidade, utilização e pelos

benefícios, que retornam para a empresa como valor agregado à marca. Desse modo, o produto passa a ter mais valor do que apenas o aspecto monetário.

Na tabela 2.2, apresentam-se as diferenças entre o modelo tradicional de venda, da relação venda de produto *versus* compra e de venda de serviço + produto *versus* satisfação do cliente/usuário:

**Tabela 2.2 - Diferenças entre a venda de um produto *versus* sua função**

<i>Venda tradicional de produtos (bens tangíveis)</i>	<b>Alternativas inovadoras: sistemas produtos-serviços (venda de serviços)</b>	
O consumidor compra um aspirador de pó para limpar a casa ou escritório	O consumidor aluga um aspirador de pó para limpar a casa ou escritório	O consumidor compra um serviço de limpeza para a sua casa ou escritório. A empresa determina os melhores equipamentos e métodos baseados nas necessidades dos consumidores
<i>Venda tradicional de produtos (bens tangíveis)</i>	<b>Alternativas inovadoras: sistemas produtos-serviços (venda de serviços)</b>	
O consumidor possui, usa e detém seu próprio aspirador de pó. O consumidor é responsável pela manutenção e pela qualidade da limpeza.	A empresa possui a propriedade do aspirador de pó e é responsável pela manutenção. O consumidor é responsável pelo uso e pela qualidade da limpeza	A empresa possui, mantém e estoca o equipamento de limpeza, incluindo o aspirador de pó. A empresa é também responsável pela qualidade da limpeza
Investimento inicial realizado pelo consumidor pode ser considerável.	Os custos do consumidor são diluídos através do tempo	Os custos do consumidor são diluídos através do tempo
Consumidores descartam o aspirador e compra um novo	As empresas são responsáveis pelo descarte e tem incentivos para prolongar o uso e a reciclabilidade	As empresas são responsáveis pelo descarte e tem incentivos para prolongar o uso e reciclabilidade do equipamento de limpeza

Fonte: UNEP - United Nations Environment Programme (2011).

A Tabela 2.2 apresenta também as diferenças entre a venda de um produto *versus* sua função/serviço, mostrando que o processo de inversão do fluxo de trabalho através do uso de serviços pode promover benefícios para a economia e o meio ambiente. Para a economia, pois coloca o proprietário/empresário/fabricante como responsável pelo produto e não apenas o consumidor.

Tal responsabilidade não se extirpa em sua venda, mas mantém-se durante todo o processo de vida do produto, incluindo reaproveitamento e descarte do mesmo. Os benefícios para o meio ambiente se dão pela redução do uso de novas matérias primas, redução no processo de fabricação e do consumo de energia.

Entende-se que o Sistema Produto-Serviço é uma aplicação do conceito produto *versus* serviço no contexto da sustentabilidade, com manutenção do lucro para a empresa, satisfação para o cliente e um terceiro, mas não menos importante elemento: o benefício social e ambiental (ROY, 2000; MANZINI e VEZZOLI, 2002; MORELLI, 2007).

O design de serviços busca, através de alternativas inovadoras, trazer soluções que permitam a sociedade reaproveitar materiais, reduzir custos e consumo energético além de promover a interação do consumidor com o serviço, tornando-o participante do processo, quer em sua concepção quer em sua aplicação.

#### **2.1.4 A desmaterialização do produto**

A desmaterialização do produto é um fator importante a ser observado pelo designer que atua na área de serviços, promovendo a abertura de novas perspectivas, contrapondo-se a obsessão por produtos tangíveis e materiais no processo de fabricação. Tal observação por parte do designer leva-o a refletir sobre o modo de pensar do usuário, sua interação com o meio, com os serviços, com outros usuários e como eles se comunicam entre si. Um caminho encontrado por Jorge Frascara para o design é o de “aproximá-lo das ciências sociais, buscando formas para tornar a vida das pessoas possível, mais fácil e melhor” (FRASCARA, 2002, p. 238).

Dentro desse contexto de desmaterialização do produto apresentado, por Frascara (2002), Manzini (2004) elabora uma série de questionamentos sobre “o que vem a ser o produto?” “O que significa projetar?” E qual a atuação do design em um “mundo fluidificado?” Tais questionamentos são frutos de uma pesquisa anterior de Manzini



em parceria com Carlo Vezzoli sobre a redução de impactos ambientais. Nessa pesquisa, são apresentados quatro níveis de interferência do design na busca de redução de impactos ambientais. Um dos quatro níveis é o projeto sustentável de novos produtos-serviços. Nesse conceito de projeto de produtos-serviços unidos pela sustentabilidade entendem os autores que o lucro financeiro das empresas não depende mais da produção e venda de produtos, mas sim de seus resultados. “Não pela venda de automóveis, mas da mobilidade; não de aspiradores de pó, mas de limpeza” (MANZINI e VEZZOLI, 2002).

Para Manzini e Vezzoli (2002), a natureza do design está profundamente modificada especialmente no que se refere à atuação do designer no contexto do mundo atual, no momento denominado de “design pós-industrial”. O design pós-industrial, segundo os autores, é a conscientização de que o que é adquirido pelo cliente/usuário não é mais um produto tangível, mas um “produto-evento”. Tal produto-evento caracteriza-se por quatro dimensões: 1) serviço; 2) experiência; 3) conhecimento; e o 4) tempo. Dessa forma Manzini e Vezzoli (2002) apresentam um novo objeto de projeto de design, conhecido como: a experiência de interação do usuário com o serviço.

O que Manzini e Vezzoli (2010) denominam de “produto-evento”, Bertola (2004) chama de “oferta” possuidora de uma dinâmica de interação entre o usuário e o produto na fase de uso, que estão envolvidos em uma rede maior de atores: serviços, experiências, cenários, sistemas de informação e comunicação.

A saída do processo de design dos escritórios para analisar e promover a interação do usuário com o serviço é o que Manzini chama de “evolução da atividade projetual do design”, a qual o autor descreve como:

[...] a capacidade tríplice de ter uma visão (uma ideia daquilo que se quer obter), de conhecer recursos disponíveis (as formas em campo) e de implementar uma estratégia adequada (para utilizar os recursos disponíveis para alcançar o resultado esperado). (MANZINI, 2004, p. 17-24).

No mundo fluido de Manzini, o papel do designer dentro desse contexto leva-o a um profundo remanejamento de sua atividade, pelo fato de não mais ser o único ator no processo de concepção do produto. “Perdendo o seu posto de ser o único elemento capaz de criar e projetar migrando para uma ‘rede mais complexa de atores e interlocutores’ onde o designer passa a ser um facilitador de processo.” (MANZINI, 2004, p. 18). Esses interlocutores podem ser entendidos como: empresas, instituições, associações sem fins lucrativos, comunidades locais e usuários finais do processo.

Vê-se no processo de desenvolvimento de serviços que o designer não é o único elemento a promover soluções. O usuário é inserido no processo de busca de soluções desde as fases iniciais, tornando-se assim co-autor do serviço.

Em nossos estudos observamos que alguns autores defendem a inquestionável separação entre produto e serviço. Outros a aceitam apenas do ponto de vista de se ter uma maior compreensão de cada parte: um isolamento momentâneo conceitual apenas para melhor explicá-los. Outros pesquisadores em design como Bill Hollins e Gilian Hollins, veem a relação de produtos *versus* serviços de uma forma diferente dos demais autores até aqui apresentados. Em seus estudos de conceituação do design de serviços, datados de 1991, os autores analisam a relação produto *versus* serviço e afirmam que os serviços também são produtos e que por isso devem ser projetados do ponto de vista da gestão de design.

Para Hollins e Hollins (1999) não há diferenciação no processo de design entre produtos e serviços. O que eles denominam como um “processo aberto e interativo de tomada de decisões que relacionam objetivos e restrições organizacionais e sociais.” (HOLLINS e HOLLINS, 1999, p. 243). A fusão desses dois conceitos é apresentada pelos autores como “design total.” Nesse processo metodológico, multidisciplinar e interativo, há a participação de áreas como engenharia, marketing e gestão.

A “transformação de ideias em produtos”, segundo Hollins e Hollins (1999), pode ser aplicada tanto para o produto manufaturado quanto para o serviço, com efeitos positivos. Para eles, o design de serviços transforma produtos em serviço e serviços em produtos.

Autores como Eiglier (1977), Normann (2001) e Morelli (2002) apresentam uma interessante dinâmica no processo de concepção de produto e serviço. O primeiro vem a ser desenvolvido antes de ser apresentado ao cliente, comprado, adquirido. Já o segundo, devido a sua mutação prática e participação do usuário ainda no processo de desenvolvimento, no mesmo instante em que estão sendo projetados, estão sendo usados, testados, como consequência sendo remodelados, readaptados e reconfigurados para atender as necessidades dos usuários.

Desse modo, observa-se que apesar das diversas definições quanto a produto e serviço e a tentativa de alguns autores em separar e outros de manter unidos tais conceitos, o design de serviços sempre priorizará soluções que visem o processo, a dinâmica do serviço, mais que a concepção ou desenvolvimento de produtos, apesar de que estes, quando necessários, devem ser incluídos no projeto.

### **2.1.5 O serviço no cenário tecnológico**

O mundo vivenciou grande avanço tecnológico nas últimas cinco décadas. Inovações comerciais nas organizações no que se refere à relação entre empresas e consumidores e a chegada da internet e das redes sociais tem tornado a atividade de serviço muito mais valiosa do que a da venda de produtos. Uma das principais características perceptíveis é a nova postura das organizações em torno dos serviços. Cadeias de serviços, como por exemplo, *fast-food*, reestruturaram-se de forma integrada, com componentes padronizados e alta divisão de trabalho, com um aumento significativo de eficiência. Empresas familiares passam a investir em novas estratégias de gestão organizacional que priorizam os serviços, como mola mestre.

Nesse momento, o que vemos no mercado é uma crescente de gestão em serviço aliada a novas tecnologias (HILL, 1976; HILL, 1999; KON, 1999; MEIRELLES, 2006).

Nusbaumer (1984) acredita na ênfase do serviço como caráter produtivo. O serviço como ferramenta para o desenvolvimento de um retorno tangível. Em uma perspectiva oposta, semelhantemente a Maslow, Marshall e Wood (1995), defendem a intangibilidade do serviço, apresentando o uso intenso dos meios de informação como característica marcante das atividades de serviço. Assim como Marshall e Wood (1995), acreditamos que o uso da informação é um dos grandes aliados das atividades de serviço no passado e no tempo presente. Na Tabela 2.3, apresenta-se a proposta de classificação da atividade de serviço pelos autores Nusbaumer (1984), além de Marshall e Wood (1995):

**Tabela 2.3 – Propostas de classificação da atividade de serviço**

<i>Autor(es)</i>	<b>Classificação</b>	<b>Critério de Classificação</b>
Nusbaumer (1984)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Serviços Primários:</b> fornecidos pelos fatores de produção em todas as atividades econômicas.</li> <li>• <b>Serviços Intermediários:</b> relacionados à comercialização e distribuição de bens e outros serviços</li> <li>• <b>Serviços Finais:</b> relacionados ao bem estar e à qualidade de vida dos consumidores finais, englobando inclusive os serviços públicos de segurança, saúde e educação.</li> </ul>	Funções desempenhadas e posição ocupada no circuito de produção e troca.
Marshall (1988)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços de Processamento de Informações;</li> <li>• Serviços relacionados à produção de bens e mercadorias;</li> <li>• Serviços de suporte às necessidades pessoais.</li> </ul>	Conteúdo de expertise e função desempenhada
Walker (1985)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços de suporte à produção de mercadorias cujo resultado é um produto concreto e palpável;</li> <li>• Serviço de circulação de mercadorias, trabalho, dinheiro, informação e serviços relacionados à aluguel e transferência de propriedade de ativos;</li> <li>• Serviços baseados essencialmente em trabalho (<i>labourservive</i>);</li> <li>• Serviços Governamentais.</li> </ul>	Vínculo estabelecido no processo produtivo e resultado final (tangível ou intangível).

Fonte: Marshall e Wood (1995).

Nesta pesquisa será trabalhada a atividade de serviço na área de saúde, mais especificamente no setor de atendimento público ao idoso, como definido por Nusbaumer (1984), conforme veremos no capítulo quarto desta dissertação.

Meirelles (2006) classifica a atividade de serviços em três níveis distintos pelo processo econômico onde estão inseridos:

- Nos processos de trabalho puro;
- Nos processos de transformação e produção; ou,
- Nos processos de troca e circulação.

A seguir, a classificação dos serviços nos processos econômicos proposta por Meireles (2006):

**Tabela 2.4 – Classificação dos serviços nos processos econômicos**

<i>Processos Econômicos</i>	<b>Tipos de Serviço</b>	<b>Exemplos</b>
Processo de trabalho puro	Serviço Puro Consiste em realizar um trabalho único e exclusivo. O resultado do processo de trabalho é o próprio trabalho não há necessariamente um produto resultante.	- Serviço doméstico; - Serviços de entretenimento e lazer; - Serviços de consultoria; - Serviços de assistência técnica; - Serviços de pesquisa e desenvolvimento de produtos; - Serviços de saúde e educação; - Serviços governamentais de defesa e segurança, etc.
Processo de transformação	Serviço de transformação consiste em realizar o trabalho necessário à transformação de insumos e matérias-primas em novos produtos.	- Serviços de alimentação - Serviços decorrentes da terceirização de etapas do processo de transformação
Processo de troca e circulação	Consiste em realizar o trabalho de troca e circulação, seja de pessoas, bens (tangíveis e intangíveis), moeda, etc.	- Serviços Bancários; - Serviços Comerciais; - Serviços de Armazenamento e transporte; - Serviços de Comunicação; - Serviços de Distribuição de Energia elétrica, água, etc.

Fonte: modificado – Meireles (2006).

É importante observarmos que, de acordo com a classificação proposta por Meirelles (2006), os tipos de serviço qualificados como processo de trabalho puro e processo de

troca e circulação compreendem as duas áreas que serão abordadas por esta dissertação, a saber: a atividade de serviço público ligada à saúde e à comunicação. Na pesquisa em design de serviços, tanto os tipos de serviço puro quanto o de circulação podem ser utilizados. Tratando-se do atendimento público à população idosa, os dois tipos de serviços serão utilizados.

### 2.1.6 Teorias do serviço

Além da classificação dos serviços apresentada por Meirelles (2006), apresentam-se a seguir duas teorias dos serviços citadas por Edvardsson et al. (2005), Froehle (2006) e Vargo e Lusch (2007, p. 26).

Segundo Sampson e Froehle (2006, p. 331), a atividade de serviços é construída tendo como base duas teorias. A Teoria Unificada dos Serviços e a Teoria Lógico Serviço-Dominante (SD). A primeira requer a participação do usuário, através de suas entradas no sistema, também conhecido como os “*inputs* do consumidor”. A segunda conceitua serviço como a aplicação de conhecimentos e habilidades em benefício de outrem (VARGO e LUSCH, 2007, p. 4).

A atividade de serviço, especialmente a Teoria Lógico Serviço-Dominante, está baseada em dez premissas, conforme seu artigo, intitulado “*Service-dominantlogic: continuing the evolution*”, que podem ser vistas na Tabela 2.5, logo abaixo (VARGO e LUSCH, 2007, p. 4):

**Tabela 2.5 - Premissas fundamentais da teoria lógico serviço-dominante**

<i>FP's</i>	<i>Premissas</i>	<i>Descrição</i>
FP1	Serviço é a base fundamental de troca	A aplicação dos recursos operantes (conhecimentos e habilidades), "serviço", tal como definido na lógica SD, é a base para todas as trocas. O serviço é trocado por serviço.

Continua...

...Continuação

<i>FP's</i>	<i>Premissas</i>	<i>Descrição</i>
FP2	Trocas indiretas mascaram a base fundamental de troca	Porque o serviço é prestado através de complexas combinações de bens, dinheiro e instituições, a base de serviço das trocas nem sempre é aparente.
FP3	Bens são mecanismos de distribuição para a prestação de serviço	Bens (duráveis e não duráveis) derivam seu valor do uso - o serviço que prestam.
<i>FP's</i>	<i>Premissas</i>	<i>Descrição</i>
FP4	Recursos operantes é a fonte fundamental de vantagem competitiva	A capacidade comparativa de causar mudanças desejadas ditas a concorrência.
FP5	Todas as economias são economias de serviço	Serviço (no singular) só agora está se tornando mais evidente devido à maior especialização e terceirização.
FP6	O cliente é sempre um co-criador de valor	Implica que a criação de valor é interacional
FP7	A empresa não pode entregar o valor, mas apenas oferecer proposições de valor.	As empresas podem oferecer seus recursos aplicados para a criação de valor e de forma colaborativa (interativa) criar valor após a aceitação das proposições de valor, mas a ela não é possível criar e/ou entregar valor de forma independente.
FP8	Uma visão centrada no serviço é inerentemente focada no cliente e relacional	Porque o serviço é definido em termos do benefício determinado e co-criado pelo cliente, isso o faz inerentemente focado no cliente e relacional.
FP9	Todos os atores sociais e econômicos são integradores de recursos	Pressupõe que o contexto de criação de valor é a rede de redes (integradores de recursos).
FP10	O valor é sempre única e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário	O valor é idiossincrático, experiencial, contextual e carregado de significado.

Fonte: Vargo e Lusch (2007).

Ambas as teorias de serviço apresentadas por Vargo e Lusch (2007), “unificada dos serviços” e a “teoria lógico serviço-dominante”, serão utilizadas nesta pesquisa, tendo em vista o foco do design de serviços na população idosa, tornando-se importante tratar das entradas do usuário no sistema, bem como da aplicação das habilidades para benefício dessa população, é o que será visto na sistematização do serviço, no quarto capítulo desta dissertação.

Além das premissas fundamentais, o serviço lógico-dominante possui outras três características que serão comentadas a seguir:

- **Recursos Operantes:** divide-se em dois tipos de recursos: operante e o operado. O primeiro é aquele que produz o efeito da ação, são invisíveis, intangíveis e dinâmicos. O segundo é o que sofre a ação do serviço e são caracterizados por serem finitos e estáticos;
- **Co-criação de valor:** é o serviço que leva o cliente a sentir bem estar ou melhora a sua qualidade de vida após recebê-lo; e,
- **Rede de valor:** é formada pelo conceito de colaboração entre o fornecedor e o beneficiário do serviço.

Busca-se, nesta pesquisa, promover a relação de co-criação de valor entre a população idosa e o serviço de atendimento público escolhido. Sobre a criação de valor no serviço, Grönroos (2008), define como se sente o usuário após usufruir desse tipo de serviço:

Para o cliente, valor significa que após ter sido assistido durante um processo de autoatendimento (preparando comida ou fazendo um saque num caixa-eletrônico) ou de um processo de serviço total (comendo em um restaurante ou sacando dinheiro no caixa de um banco) ele está ou se sente melhor do que antes (GRÖNROOS, 2008, p. 303).

Para que haja satisfação do usuário com relação ao serviço, é preciso trabalhar com os recursos operantes, ter o usuário do serviço como coautor do processo e manter uma rede de valor bem articulada sob a perspectiva de troca (BUCHANAN, 1992; CROSS, 2001; JOHANSSON e WOODILLA, 2008; EDMAN, 2009; JAHNKE, 2009; RYLANDER, 2009).



## 2.2 DESIGN DE SERVIÇOS

### 2.2.1 Uma breve história do design de serviços

O estudo sobre a atividade de serviços que originou o design de serviços teve início não no ambiente do design, mas em áreas correlatas como a engenharia, a administração e o marketing. Tal estudo originou-se nos Estados Unidos, sendo batizado inicialmente de “ciências dos serviços”.

A associação entre a ciência dos serviços e o design, que posteriormente veio a originar o termo design de serviços, só veio a ocorrer na Europa por meio de estudos acadêmicos e consultorias de empresas de design voltadas para serviços, especialmente na Alemanha, Reino Unido e Itália.

Shostack (1982) foi um dos primeiros pesquisadores em design a sinalizar, no ambiente acadêmico, a necessidade da integração de componentes materiais desenvolvidos no design de produtos com componentes não materiais, atividade de serviços, vinda das áreas de administração e marketing. Para o autor a atividade de serviço poderia ser “codificada e testada assim como o produto antes de ser apresentada ao usuário” (SHOSTACK, 1982). Devido à associação do “design de produto” com a “ciência dos serviços”, antes da terminologia com a qual hoje é conhecida: “design de serviços”, ela ficou conhecida como “design de serviços de produto” (BUCHANAN, 1992; BUCHANAN e MARGOLIN, 1995; FRASCARA, 2002; MEDEIROS e LANDIM, 2009).

Além de Shostack, outro importante acadêmico no campo do design de serviços foi Michael Erlhoff, que em 1991, na Köln International School of Design (KISD), introduziu o design de serviços dentro da disciplina de Desenho, por ele ministrada na época, na instituição. É nessa década que surgem quase que simultaneamente os três principais núcleos do design de serviços na Europa: o primeiro no Politécnico de Milão com Ezio Manzini, o segundo no Reino Unido com Bill Holins e Gillian Holins e o terceiro na Universidade de Ciências Aplicadas em Colônia, Alemanha, com Michael Erlhoff e Birgit Mager (MAGER, 2009; FREIRE e DAMÁZIO, 2010).

O processo do design de serviços, como uma área do design, não transcorreu de forma unânime entre os profissionais da área, na década de 90. Segundo Mager (2009), o início da inclusão do estudo do design de serviços dentro da área de design, era vista pelos próprios designers da época como inadequada. Devido ao estudo sobre serviço ter crescido nas áreas de administração e marketing, alguns designers viam com desconfiança as ações de inclusão desse novo tema ao design.

Apesar da forte oposição, ainda nesse período, Birgit Mager inicia na Köln International School of Design, uma das suas mais importantes pesquisas sobre design de serviços: a aplicabilidade dos métodos de projeto de produto de design para o desenvolvimento de novos serviços (MAGER, 2009, p. 29).

No Reino Unido, no mesmo período da pesquisa de Mager, Bill Hollins e Gillian Hollins defenderam a relação proximal entre a gestão de design de produto e a de serviços. Para Hollins e Hollins (1999 *apud* FREIRE e DAMÁZIO, 2010), os pesquisadores vão além da contribuição da conceituação do design de serviços, chegando a colocar em um patamar de igualdade o design de produto e o design de serviços. Dentro desse quadro de igualdade Hollins e Hollins passam a sugerir a necessidade de uma fusão entre os dois conceitos, transformando-os em um terceiro, que viria a ser chamado de “design total” (FREIRE e DAMÁZIO, 2010, p. 3).

O conceito de “design total” estabelecido pelos autores defende que devido a produto e serviço serem iguais em termos de gestão em design, necessita de um planejamento estratégico do ponto de vista do design e não apenas de áreas como administração ou marketing (HOLLINS e HOLLINS, 1999).

Muitas foram as contribuições dadas ao design de serviços através das pesquisas de Bill Hollins e Gillian Hollins, dentre as quais se destacam:

1. O conceito do design de serviços como gerador de produtos intangíveis, não estocáveis, podendo estar disponíveis em diversos lugares e de diferentes formas;

2. A ideia de que a produção e o consumo não podem trabalhar de forma isolada, mas sim em conjunto através de uma gestão que analise todo o processo;
3. Que a experiência do consumidor com o serviço é tão importante quanto o próprio serviço oferecido;
4. Que o design de serviços deve colocar o usuário como centro do processo de elaboração do serviço já nas fases iniciais do projeto e não apenas na fase de testes e correções.

Apesar dos esforços de Bill Hollins e Gillian Hollins em conceituar design de serviços, a participação do designer dentro do processo do projeto ainda era entendida e realizada de forma marginal no início da década de 90:

[...] os estudos de serviços ainda tinham uma visão parcial do projeto. Os autores de engenharia focavam seus estudos no processo de projeto; os autores do marketing nos níveis de performance desejados e no valor esperado pelo consumidor, e a contribuição do design ainda era marginal, mas diretamente ligada ao design de interiores do ponto de vista dos serviços (FREIRE e DAMAZIO, 2010, p.4).

Apesar da participação ainda inicial do designer dentro dos estudos de serviços, observa-se no texto acima que, desde o seu surgimento, uma das mais importantes características do design de serviços tem sido sua multidisciplinaridade e, em alguns momentos, sua transdisciplinariedade. O design de serviços atua em processo conjugado com outras ciências e disciplinas como a ergonomia, arquitetura, urbanismo, administração, sociologia, etc. Essa troca de experiências leva o designer a ir a outras ciências e disciplinas trazendo delas contribuições para o projeto de forma dinâmica.

A atuação do processo multidisciplinar do design de serviços começa a se fortalecer por meio do professor Ezio Manzini que, em 1993, em uma de suas pesquisas no Instituto Politécnico de Milão, onde apresenta o serviço como um dos mais

importantes elementos de auxílio no processo de transformação social. Para o autor, essa era a oportunidade do design de “afetar a sociedade de consumo, não mais projetando produtos para serem possuídos, mas serviços que estimulassem o uso dos produtos, visando à sustentabilidade.” (MANZINI, 1994 *apud* FREIRE e DAMÁZIO, 2010).

Alguns anos depois, Manzini (2007) apresenta como fruto dessa necessidade de drástica mudança comportamental da sociedade um “modelo de sustentabilidade” que promovesse a redução de usos de recursos naturais, que abrange três cenários:

1. A responsabilidade do designer em desenvolver produtos mais duráveis;
2. A substituição de uso e consumo de produtos pela sociedade por serviços;
3. A redução do consumismo de produtos.

A proposta de Manzini quanto a contribuição do designer na mudança do pensamento e comportamento social dentro do cenário de substituição de produtos por serviços corrobora com o pensamento apresentando anteriormente neste capítulo defendido por Santos (2000), Baines et al. (2007) e Manzini e Vezzoli (2010).

Dentre os autores que se dedicaram a pesquisa de design de interação e design de serviços, destaca-se Richard Buchanan, que durante o tempo em que esteve na Carnegie Mellon, em Pittsburgh, Pennsylvania, EUA, inaugurou diversos programas do design de serviços nos níveis *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*. Uma de suas principais contribuições em design de serviços foi a aplicação dos conceitos e métodos do design de interação à emergente área de design de serviços.

Para Buchanan (1992), o design de interação ultrapassa a dimensão espacial usuário-tela e seus sistemas computacionais, estendendo-se para a vida social do usuário do serviço. Buchanan enfatiza que o design de serviços é uma das mais poderosas ferramentas para interação social e inclusão da sociedade no processo de suas próprias soluções.

Castellacci (2006) comenta que, no que se refere à visão de partida do processo metodológico do design de serviços, Buchanan (1992) corrobora com o pensamento de Bill Hollins e Gillian Hollins, posicionando o usuário como centro do processo e não o artefato ou produto.

Em 1996, Rohit Ramaswamy publica um artigo sobre gestão e projeto de serviços onde defende que, para que haja satisfação do usuário, que é o centro do processo, em relação ao serviço é necessário que a atividade design de serviço seja projetada de forma “sistemática sendo gerenciado metodologicamente” (RAMASWAMY, 1996, p. 424). Para o autor, a análise de serviço dentro do design não pode ocorrer de modo assistemático, mas de acordo com uma metodologia do design de serviços.

Com o avanço dos estudos sobre design de serviços, a KISD – Köln International School of Design, escola alemã, pioneira nas pesquisas sobre o assunto, inaugura, em 2001, o primeiro centro de consultoria e pesquisas em design de serviços, sendo sediada em Londres, na Inglaterra.

Em 2004, a Köln International School of Design (KISD) e o Politécnico de Milão, juntam-se à Carnegie Mellon University, a Linpöpings Universitet e a Domus Academy para formarem a Rede Internacional do design de serviços. Tal rede de design de serviços se espalhou por todos os continentes e hoje, além de promover o design de serviço no ambiente acadêmico realiza consultorias para empresas em todo mundo.

Chris Downs, Lavrans Lovlie e Ben Reason, segundo Kimbell e Seidel (2008), foram os primeiros consultores não-acadêmicos em design de serviços. Originários da área de *webdesign* encontraram no trabalho de Ezio Manzini e Mager Birgit respostas para suas inquietações sobre como satisfazer o usuário com o serviço web. Ao serem informados de que 72% da economia do governo do Reino Unido eram investidos em serviços, viram uma última possibilidade de negócio através do design de serviços na Europa (KIMBELL e SEIDEL, 2008). Nos últimos anos, a metodologia do

design de serviços tem conquistado mais espaço tanto nas academias quanto nos escritórios de design.

## 2.2.2 Conceitos sobre design de serviços

Os primeiros conceitos sobre design de serviços foram difundidos na década de 90. Na Tabela 2.6, é possível visualizar a evolução histórica dos conceitos sobre o design de serviços:

Tabela 2.6 - Conceitos do design de serviços

<i>Autor</i>	<i>Ano</i>	<i>Conceito</i>
Zeithaml et al.	1990	O design de serviços pode ser descrito como todo o processo entre a concepção da ideia e a especificação do serviço.
Gummesson	1991	O design de serviços apresenta o serviço em forma gráfica (fluxogramas, desenhos, esquemas).
Norling et al.	1992	O design de serviços apresenta uma nova ideia de serviço através de documentos, desenhos e especificações.
Martin & Horne	1993	O design de serviços é o processo entre a ideia e a especificação do serviço.

Fonte: UNEP - United Nations Environment Programme (2011).

Para Jennifer Whyte, o design de serviços traz uma nova forma de pensar o design afastando-se do pensamento pós-industrial de um design “intimamente ligado à ideia da visualização” entrando no processo mais amplo, unindo tecnologia, ciência e design (WHYTE, 2008, p. 47).

Em sua palestra realizada em São Francisco, Califórnia, (EUA) no encerramento da Service Design Conference 2011, Richard Buchanan afirmou que “o papel do designer é ser um facilitador do processo e não o centro. O centro deve ser o usuário” (BUCHANAN, 2011, tradução do autor). Essa é uma das principais características do design de serviços que, segundo Buchanan, por si só já o define.

A centralização do usuário no processo metodológico do design de serviços é também defendida por Hugentobler (2004), que chama tal processo de “centro-no-autor”. Para Hugentobler (2004) o usuário não está apenas no centro do processo, como defende Buchanan (2011), mas também é autor da solução que ainda está em processo de desenvolvimento. Ou seja, o usuário, além de ser o ponto de partida para a solução, é também um autor, colaborador, co-autor da solução.

Outro importante tema no discurso de Hugentobler (2004), que reflete ao mesmo tempo o pensamento de Manzini (2007) e o de Sharp et al. (2007), é a mudança de pensamento do design de uma “ferramenta para promover consumo para uma ferramenta para promover relações sociais” (YOUNG, 2008, p.44). Essa nova mudança de foco do design, segundo Castellacci (2006) tem se tornado uma mola de impulso para uma nova economia a ser desbravada no presente século.

O pensamento de Castellacci (2006) sobre design de serviços e o seu impacto na economia pode ter seu reflexo percebido, segundo Young (2008), ainda dentro do design, onde designers de produtos americanos têm migrado para a área do design de serviços. O motivo alegado para tal mudança, segundo o autor, dá-se pelo fato do processo metodológico do desenvolvimento de soluções em design de produtos ser mais enrijecido e menos criativo do que o do design de serviços (YOUNG, 2008, p. 44).

No design de produtos, as metodologias são enrijecidas e pouco mutáveis dentro do processo de desenvolvimento de produtos. Para Barry et al. (2008) o design de serviços, devido a possibilidade da interação direta e contínua com o usuário e a interdisciplinaridade, permite mudanças ao considerar novos processos e novas alternativas para soluções. Fatores como estes corroboram para a flexibilidade maior do design de serviços em relação ao design de produtos pelo fato do primeiro estar mais acessível a mudanças no processo metodológico do que o segundo, como confirma Morelli (2007, p. 9): “[...] as soluções não se configuram em processos que

podem ser totalmente descritos e controlados através de uma sequência de ações. Elas se baseiam em interações sociais e em uma natureza sistêmica”.

Dentro desse ambiente de constantes interações sociais o projeto pode assumir formas e soluções flexíveis e diferentes da proposta de solução inicial. Assim sendo vê-se que o design de serviços está relacionado com a funcionalidade e a forma dos serviços que partem da perspectiva do usuário e que tal prática deve “assegurar que as interfaces dos serviços sejam úteis, usáveis e desejáveis do ponto de vista dos clientes e eficazes e eficientes e distintas do ponto de vista do prestador do serviço” (MAGER, 2009, p. 29-30).

Para Ainamo (2008), o design de serviços é uma área do design que tem como prioridade o envolvimento do cliente/usuário em todo o processo da solução do problema. É “uma atividade que visa manter alta qualidade no padrão de relação entre o prestador do serviço e o usuário/cliente” (AINAMO, 2008, p. 10-11). Ainda quanto às características do design de serviços, Ainamo (2008) concorda com o pensamento de Hollins e Hollins (1999), quanto à ausência de estoque e a limitação de tempo, o que ocorre com o design de produtos. O design de serviço é definido pelo autor como “uma oferta que é produzida pelo produtor do serviço e consumida pelo cliente/usuário” (AINAMO, 2008, p. 11).

O conceito do design de serviços para Ramirez e Mannervik (2008) coincide com o de Mager (2009) e o de Buchanan (1992), quando se estabelece o usuário como centro do processo. Porém Ramirez e Mannervik (2008) definem design de serviços como uma área de conhecimento do design que além de promover a interação do usuário com o fornecedor do serviço, aumenta o valor percebido dado pelo usuário ao fornecedor e permite ao fornecedor planejar soluções confiáveis visto que a participação do usuário no processo do desenvolvimento do produto ou serviço é feita logo nas primeiras etapas do projeto:

O projeto do design de serviço não pode ser visto aqui apenas como desenhar objetos, interfaces e contextos, design de serviços implica na criação de sistemas dinâmicos de relações - atenção e reflexão



constantes tanto no processo em construção quanto do resultado final em aplicação. (RAMIREZ e MANNERVIK, 2008, p. 35. Tradução do Autor).

O design de serviços não pode ser visto como um “substantivo”, definido e concluído, mas como um “verbo”, onde a solução proposta deve estar sempre em revisão e replanejamento quando necessário (RAMIREZ e MANNERVIK, 2008, p. 35).

Stefan Moritz (2005) define o termo design de serviços como sendo:

[...] o projeto de toda a experiência do serviço, bem como o design do processo e da estratégia para entregá-lo. Diz respeito a entender o cliente, a organização e o mercado, desenvolver ideias, traduzi-las em soluções possíveis de ajudar a implementá-las. O autor considera que design de serviços não é uma nova especialidade na disciplina do design, mas uma nova abordagem multidisciplinar de expertise. O designer de serviços seria responsável por criar e moldar as interfaces de contato com o cliente e projetar todos os detalhes da jornada do cliente (MORITZ, 2005, p. 14. Tradução do Autor).

Assim, o design de serviços tem por finalidade modelar todo o processo de ações do usuário prevendo suas necessidades e seus passos, antecipando-se na busca de soluções de modo a facilitar a experiência do usuário no processo.

Nesse modelamento do processo, o design de serviços atua, conforme foi dito anteriormente, como uma disciplina multidisciplinar e interativa. Essa proximidade com outras áreas pode levar muitas organizações a praticarem o que é chamado por Tether Bruce de “design silencioso”, onde o conceito do design de serviços está sendo aplicado sem estar sob a bandeira do design. Essa ramificação do design de serviços em outras áreas do conhecimento levou Kimbell, em seu artigo intitulado “*Service design: a 21st century interdiscipline?*”, a questionar se o design de serviços não é a atividade interdisciplinar do século atual (KIMBELL, 2008, p. 53).

Em sua prática projetual, aplicando design de serviços como solução para problemas no ambiente empresarial, Kimbell (2008) descreve que ao utilizar a metodologia do

design de serviços em empresas que possuem forte base tecnológica, as soluções encontradas passam a ter o auxílio de métodos fora do design, dada a sua abertura para novas áreas. Apesar do “uso de vocábulos e ferramentas específicas da área empresarial”, a harmonização dos administradores de empresas com a nova metodologia do design de serviços é sempre vista como satisfatória (KIMBELL, 2008, p. 53 e 54).

O design de serviços não se vale apenas de contribuições externas ao design. Moritz (2005) apresenta diversas áreas dentro do design que contribuem para o design de serviços, a saber:

- Design de produto - o desenvolvimento de artefatos tangíveis;
- Design de interiores - o estudo sobre cenários;
- Design participativo - o uso da metodologia de serviços colaborativos;
- Design de interação - o comportamento do usuário nos espaços físicos e virtuais;
- Design de interface - a ergonomia informacional e o conforto no uso dos dispositivos;
- Design de experiência - ajuda a materializar conceitos complexos de serviço.

Para Mager (2004, p. 335) o design de serviços promove “interações, processos e espaço com base em um sólido conhecimento sobre relações causais.” Dentro desse pensamento, Mager (2009) apresenta cinco princípios básicos do design de serviços:

1. Analisar o objeto de estudo como sistema vivo, subdividindo-o em sistemas e subsistemas, olhando-o de forma interdisciplinar;
2. *Human-centred-design* - Design centrado no ser humano;
3. A co-autoria, transformando consumidores passivos em consumidores ativos, envolvendo-os no processo de construção de soluções;
4. A reprodução visual das ideias, conceitos e todo o projeto de modo a permitir uma visão do todo;
5. Confrontar o existente na busca do ainda não imaginado;

6. Construção de uma atmosfera de mudança quer tecnológicas, culturais ou conceituais.

Para Holmlid (2007, p. 2) o design de serviço “contribui com um conjunto de técnicas para modelar experiências de serviço” através de uma “aplicação sistemática das metodologias e princípios do design ao processo de novos serviços” (HOLMLID, 2007, p. 2). Para White (2008, p. 31), um bom design de serviços resulta em três consequências ao projeto: (1) a criação ou recriação de um serviço que satisfaça ao cliente; (2) o cliente satisfeito; e (3) um bom negócio para o provedor do serviço. A autora entende o design de serviços como um elemento diferencial para gerar crescimento financeiro para as empresas.

Para Ramaswamy (1996) o design de serviços é composto de três elementos: (1) as características do serviço, (2) o layout e a estética das facilidades e (3) os processos pelos quais ele é entregue. A autora defende que o processo do design de serviços é constituído de quatro itens:

1. Definição de atributos;
2. Especificação de padrões e performances;
3. Geração e avaliação de conceitos;
4. Detalhamento dos componentes de design.

Olhando o design de serviços e seus desafios futuros, Buchanan (2007)<sup>3</sup> apresentou em sua palestra de encerramento da Conferência *Emergence* <sup>4</sup>, em 2007, quatro fronteiras que o design de serviços precisa ultrapassar:

---

<sup>3</sup> BUCHANAN, R. *Emergence 2007*. Disponível <[http://designforservice.wordpress.com/buchanan\\_keynote/](http://designforservice.wordpress.com/buchanan_keynote/)>. Acesso em: 24-06-12.

<sup>4</sup> Conferência de design realizada pela Carnegie Mellon's School of Design. O evento tem periodicidade anual. Em 2007 explorou como diferentes disciplinas de design trabalham juntos para criar os artefatos tangíveis e intangíveis de serviço.

1. A passagem dos conceitos, estratégias e propostas do campo visual, interativo para a ação. A saída da prancheta para a execução, dialogando com a comunidade;
2. Mudança de foco dos artefatos para o serviço. Apresentar as consequências do uso descontrolado de artefatos é uma fronteira que, para Buchanan, já foi ultrapassada. O desafio agora é a experiência dos usuários na troca dos artefatos por serviços, e eficiência desse processo;
3. Outra barreira é a diferença entre designer e designer de sistemas. Pois para o autor há uma diferença entre projetar um serviço e projetar uma organização. O designer precisa aprender que projetar um serviço é um degrau para o passo maior de projetar uma organização, um ambiente;
4. A concepção entre design de serviços e a gestão de serviços. Já que a área de gestão de serviços existe desde o início do século XX, qual a diferença do design de serviços? Para Richard Buchanan três elementos ajudam nessa resposta:
  - a) A natureza do empreendedorismo que está sendo trazida de volta à atividade de serviço e que foi perdida pelos gestores de serviço: a inovação;
  - b) A capacidade do design de serviço de comunicar visualmente de forma eficaz a pessoas de diferentes culturas;
  - c) A perda do contato com os envolvidos no processo herança da gestão de serviço. A ausência do foco no usuário.

Buchanan (2007) conclui sua visão vanguardista sobre o design de serviços explicando que as quatro fronteiras do design de serviços correspondem aos quatro momentos do design na história do mundo. O primeiro desses quatro momentos, segundo Buchanan (2007), é o do design gráfico, o segundo do design de produtos. O terceiro corresponde às grandes áreas do design que surgiram nos séculos XX e XXI. A quarta e última fronteira do design de serviços diz respeito às interações com as

peçoas, com as organizações, os ambientes e os sistemas. Porém, conclui o autor que tais cenários de fronteiras caminham simultaneamente dentro do design de serviços.<sup>5</sup>

Concluimos essa etapa, ressaltando que o design de serviços é um importante auxílio para o designer na busca de soluções em sua jornada projetual. Envolve o usuário do serviço nessa busca, assim como o coloca como centro dessa atividade, tomando-o como base, olhando o processo do seu ponto de vista. Entendemos também que o design de serviços projeta não apenas soluções sistêmicas ou intervenções em produtos, mas também a construção de novas relações e interações entre as pessoas.

### 2.2.3 Principais ferramentas do design de serviços

As características da interdisciplinaridade e dinamismo contínuo do design de serviços têm favorecido o surgimento de diversas ferramentas auxiliaadoras no processo de intervenção do design de serviços na busca de soluções para usuários e organizações.

Nessa última década, tem aumentado o número de pesquisadores em design de serviços que dedicam esforços na busca de criar, analisar e definir as ferramentas do design de serviços. Entre eles destacamos Servin (2005), Moritz (2005), Kumar e Whitney (2007), Bettencourt e Ulwick (2008) e Tassi e Gorla (2009).

Moritz (2005, p. 123-144), apresenta uma compilação de noventa ferramentas do design de serviços, que foram por ela, divididas em seis grandes áreas, a saber:

1. Compreensão;
2. Reflexão e pensamento;
3. Geração;
4. Filtragem;
5. Explicação; e

---

<sup>5</sup> BUCHANAN, R. Emergence 2007. Disponível em <[http://designforservice.wordpress.com/buchanan\\_keynote/](http://designforservice.wordpress.com/buchanan_keynote/)>. Acesso em: 24-06-12.

## 6. Percepção.

Posteriormente Tassi (2008) realizou uma releitura das ferramentas da metodologia do design de serviços existentes na época e reduziu para sessenta e sete, o número delas. Em 2009, ao publicarem o artigo *Service Design Tools*, Tassi e Gorla (2009) reduziram novamente o número de ferramentas para quarenta, que são as mais utilizadas atualmente (TASSI, 2008; TASSI e GORLA, 2009).

Apresentamos a seguir na Tabela 2.7, as quarenta ferramentas descritas por Tassi e Gorla (2009):

**Tabela 2.7 – Ferramentas do design de serviços com base nos estudos de Tassi e Gorla**

<i>Nome da Ferramenta</i>	<i>Descrição</i>
<b>Mapa de Atores</b>	É um gráfico que representa um sistema formado por atores e suas relações mútuas. Proporciona uma visão sistêmica de um serviço e seu contexto.
<b>Diagrama de Afinidade</b>	É um processo criativo utilizado para coletar e organizar grandes quantidades de dados, idéias e insights de forma a evidenciar as suas relações naturais.
<i>Blueprint</i>	O <i>blueprint</i> é uma ferramenta operacional que descreve a natureza e as características de uma interação de serviço em detalhes suficientes para permitir a sua verificação, implementação e manutenção.
<b>Prefil do Ator</b>	Ferramenta de criação de um conhecimento compartilhado a respeito de usuários de um serviço.
<i>Walkthrough Cognitive</i>	Um ou mais avaliadores analisam um serviço ao percorrer a jornada de um cliente.
<b>Interação Construtiva</b>	É um método baseado na observação de um usuário durante a experiência desse com um serviço.
<b>Panorama Contextual</b>	É o registro visual das primeiras idéias produzidas com o objetivo de — alimentar o processo criativo e orientar as atividades de <i>design</i> .
<b>Mapa da Jornada do Cliente</b>	O — <i>customer journey map</i> é um gráfico que descreve a jornada de um usuário ao representar os diversos — pontos de contato com os quais ele interage durante a prestação de um serviço.
<i>Design Games</i>	O uso de jogos durante as sessões de <i>co-design</i> permite compartilhar as referências a fim de alinhar os pontos de vista diferentes: os jogos proporcionam uma plataforma comum para o diálogo entre todos os participantes.
<b>Evidenciação</b>	Essa metodologia, criada pela empresa britânica Live Work, envolve a criação de objetos e imagens para explorar o modo como uma proposta de inovação de <i>design</i> irá ser sentida trabalhando através de seus pontos de contato ou <i>touchpoints</i> .

Continua...

...Continuação

<i>Nome da Ferramenta</i>	<i>Descrição</i>
<b>Prototipagem de Experiência</b>	É a simulação da experiência de serviço para prever algumas de suas performances através de <i>touchpoints</i> físicos específicos.
<b>Rascunho em Grupo</b>	É uma ferramenta ágil e econômica para desenvolver e explicar idéias simultaneamente.
<b>Avaliação Heurística</b>	É um método de inspeção da usabilidade do serviço com base em um conjunto predefinido de critérios que os avaliadores seguem durante a análise.
<i>Informance</i>	É a <i>miseenscène</i> de uma informação. Significa representar uma idéia através de uma encenação com o objetivo de explicar e compartilhar informações.
<b>Mesa de Interação</b>	É um diagrama de apoio ao debate estratégico.
<b>Cartas de Questões</b>	São instrumentos físicos (semelhantes a cartas de baralho) usados como um delimitador para induzir e alimentar uma dinâmica interativa na equipe de <i>design</i> .
<i>LEGO Serious Play</i>	LEGO Serious Play é um processo experimental e inovador elaborado para favorecer a geração de soluções inovadoras.
<i>MindMap</i>	É uma ferramenta para a elicitación de pensamentos e suas Conexões.
<i>MockUp</i>	É um modelo, uma ilustração ou uma colagem descritiva de uma ideia.
<i>Moodboard</i>	É uma composição visual de figuras e materiais que, ao criar uma percepção geral dessa montagem, propõe uma atmosfera psicológica.
<b>Motivation Matrix</b>	O propósito desta ferramenta é o de compreender a motivação das conexões entre os diferentes atores de um sistema.
<b>Offering Map</b>	O objetivo desta ferramenta é o de descrever de forma sintética cada uma das ofertas que um serviço propõe a seus usuários.
<i>Personas</i>	São arquétipos construídos após um exaustivo estudo dos usuários potenciais.
<i>Poster</i>	É a simulação de futuras peças publicitárias do serviço.
<b>Encenação</b>	Alguns atores, uma amostra dos usuários ou os <i>designers</i> realizam uma experiência de serviços hipotéticos. A condição implícita é pensar que o serviço realmente existe e, em seguida, construir uma jornada potencial através de algumas de suas funcionalidades.
<i>Script do papel</i>	É usado para a execução do serviço, a fim de orientar e guiar os operadores para o desenvolvimento de um comportamento adequado.
<b>Prototipagem Rápida</b>	É um método rápido para construir protótipos usando apenas os objetos e materiais disponíveis num determinado momento e local.
<b>Serviço Protótipo</b>	É uma ferramenta para testar o serviço, observando a interação do usuário com um protótipo do serviço colocado no lugar, situação e condição em que o serviço realmente será executado.
<b>Especificação do Serviço</b>	É um documento escrito que cresce durante o processo de design. Ela descreve o objetivo do projeto de forma detalhada e da evolução das idéias desenvolvidas passo a passo.
<i>Service image</i>	Uma única imagem que seja capaz de capturar as principais características do conceito de serviço.
<i>Storyboard</i>	É uma ferramenta derivada da tradição cinematográfica, que é a representação de casos de uso através de uma série de desenhos ou imagens, todos juntos em uma sequência narrativa.

Continua...

...Continuação

<i>Nome da Ferramenta</i>	<i>Descrição</i>
<i>Touchpoints Matrix</i>	Concebido por Gianluca Brugnoli – professor da Politecnico di Milano e designer da Frog Design – a matriz <i>touchpoints</i> funde algumas características dos <i>journey maps</i> dos clientes com as dos mapas do sistema e é baseado no uso de <i>personas</i> .
<b>Casos de Uso</b>	Os casos de uso são tradicionalmente utilizados nos projetos de <i>design</i> de interação para o desenvolvimento dos fluxos de interatividade. Eles são um meio de rascunhar a funcionalidade de um produto ou um serviço.
<i>System Map</i>	É uma descrição visual da organização técnica do serviço: os diferentes atores envolvidos, suas relações recíprocas e os fluxos de materiais, energia, informação e dinheiro através do sistema.
<i>Task Analysis Grid</i>	Quando os <i>designers</i> têm de comunicar as decisões aos interessados, uma possibilidade é usar um documento de requisitos. Outra estratégia poderia ser a de usar algo diferente, a fim de evitar o risco de "levar alguns dias para que todos estivessem na mesma página", o <i>grid</i> de análise de tarefas é uma alternativa interessante para os documentos usuais de requisitos.
<i>Storytelling</i>	O <i>Storytelling</i> apoia a exploração da ideia de serviço. Através do uso de palavras simples, o contador irá ilustrar a solução como se fosse uma história.
<i>Template</i>	Os <i>templates</i> são utilizados para uma implementação consistente da idéia de um serviço.
<b>Manchetes de Amanhã</b>	As manchetes de amanhã são artigos fictícios publicados em revistas ou jornais que os <i>designers</i> criam, projetando o futuro para tentar perceber que tipo de impacto o serviço terá sobre a sociedade.
<b>Teste de Usabilidade</b>	Teste de usabilidade do serviço significa observar e perguntar a um número de usuários sobre o uso de produtos ou serviços existentes ou futuros em uma situação absolutamente normal de consumo no dia-a-dia.
<b>O Mágico de Oz</b>	Esta ferramenta tem o nome em função da história O Mágico de Oz, mais especificamente, leva o nome da personagem que fica atrás da cortina.

Fonte: Tassi e Gorla (2009) e Manhães (2010).

Dentre as ferramentas apresentadas acima, destacam-se duas que estão ultimamente sendo utilizadas com mais frequência pelos designers de serviços: *design thinking* e *blueprint*. A ferramenta *blueprint* tem sua origem no fluxograma de processos industriais, mas diferencia-se, segundo Santos (2000) por:

[...] considerar o aspecto de interação com o cliente, representando todas as transações que constituem o processo de entrega dos serviços e identificando as atividades de linha de frente e as atividades de retaguarda, separadas pela denominada linha de visibilidade. (SANTOS, 2000, p. 39-40).



A ferramenta *Blueprint* foi desenvolvida por Shostack (1982) para suprir os problemas que, segundo o autor, eram frequentes na atividade de serviços, pela ausência de uma sistematização para o projeto de serviço e para o controle dos processos (SHOSTACK, 1982; MELLO e SALGADO 2005, p. 1717). Os autores James Fitzsimmons e Mona Fitzsimmons resumem a ferramenta *blueprint* da seguinte forma:

[...] o *service blueprint* é uma representação de todas as transações que constituem o processo de entrega do serviço. Essa representação identifica tanto as atividades de linha de frente como as atividades de retaguarda, separadas pela denominada linha de visibilidade. (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000).

Para Tassi e Grola (2009) e Manhães (2010), o *Design Thinking* não é considerado uma ferramenta do design de serviços e por esse motivo não foi listada na Tabela 2.8. Ainda sobre essa ferramenta, Freire e Damázio (2010) vão além ao traçarem reflexões sobre o design de serviços e o seu futuro. Questionam se o design de serviços não seria uma aplicação do *design thinking*, e não *design thinking* uma ferramentas do design de serviços (FREIRE e DAMAZIO, 2010, p. 8). Porém, em oposição ao pensamento de Freire e Damázio (2010), Blackmon (2008) defende não só o *design thinking* como uma ferramenta do design de serviços, como também lhe acrescenta as seguintes características:

- Recorrer ao uso de elementos visuais, símbolos e ilustrações para representar o pensamento;
- Nem sempre o seu pensamento indutivo e visual se harmoniza com a lógica e a engenharia;
- Analisa os problemas de uma forma mais ampla;
- Desenvolve uma profunda compreensão do usuário do processo;
- Utiliza-se de colaboração multidisciplinar nas soluções dos problemas.

Apesar de considerar o *design thinking* como uma ferramenta da metodologia do design de serviços, Blackmon (2008) comenta que nem sempre ela é a melhor opção para estar inserida na etapa inicial de um projeto de serviços (etapa de serviços), especialmente, quando há sistemas muito complexos e interações imprevisíveis.

Devido a sua característica de analisar o todo, ver o problema de uma forma mais abrangente e não reduzida, o melhor nesse caso, segundo Blackmon (2008), seria o uso de ferramentas que desmembrasse o problema em seções menores facilitando a identificação de pontos específicos. Um bom exemplo de uma ferramenta que poderia anteceder o *design thinking* seria a *blueprinting*.

Desse modo na presente pesquisa utilizaremos inicialmente a ferramenta *blueprinting* para facilitar o desmembramento das atividades de serviço dentro da primeira etapa da metodologia de design de serviços, por entendermos que a presente pesquisa lida com a atividade de serviço de atendimento público a saúde, com alto grau de complexidade. Tal característica se dá pela variedade de sub-etapas existentes dentro da etapa inicial de serviço.

O *blueprint* é uma ferramenta de design de serviços que busca mapear e desmembrar todo um processo de serviço. Através dela é possível descrever os processos, fluxos e canais de comunicação de um serviço. Uma das mais importantes contribuições dessa ferramenta é a capacidade de desmembrar um serviço em serviços menores de modo a permitir ao pesquisador uma análise mais específica de cada etapa do serviço. Utilizaremos a ferramenta, como dito inicialmente na etapa inicial da metodologia de design de serviços desta pesquisa: Etapa de Serviços. Desmembraremos o serviço de atendimento público prestado a população idosa na Ala de Geriatria do Ambulatório Magalhães Neto em sub-serviços, como poderá ser visto no item 2.3.1 deste capítulo.

Em um segundo momento, quando já se tem a visão dos pequenos problemas o *design thinking* pode ser muito útil na modelagem e otimização da complexidade do processo para o usuário (BLACKMON, 2008). Soluções que buscam apenas um elemento como resposta, um produto ou uma embalagem, fogem do conceito do *design thinking*. Enquanto o fabricante está em busca de um produto que solucione sem problema o *design thinking* está analisando a relação desse produto com o ambiente e sua interação com o usuário, e não apenas se ele funciona. Nesta pesquisa

considera-se o *design thinking* como uma ferramenta da metodologia do design de serviços. A seguir, será possível observar as demais ferramentas que usadas na metodologia do design de serviços desta pesquisa. Será apresentada também, na Tabela 2.8, uma relação entre as ferramentas e seu uso em nossa pesquisa:

**Tabela 2.8 – Ferramentas do design de serviços usadas nesta pesquisa**

<i>Nome da Ferramenta</i>	<i>Descrição</i>	<i>Uso na Pesquisa</i>
<i>Design thinking</i>	Recorrer ao uso de elementos visuais, símbolos e ilustrações para representar o pensamento. Utiliza-se de colaboração multidisciplinar nas soluções dos problemas.	Uso de soluções multidisciplinares, ligada a ergonomia, usabilidade, acessibilidade para auxiliar ao projeto.
<i>Blueprint</i>	O <i>blueprint</i> é uma ferramenta operacional que descreve a natureza e as características de uma interação de serviço em detalhes suficientes para permitir a sua verificação, implementação e manutenção.	Subdividir o serviço de atendimento na recepção do Ambulatório em etapas menores, para facilitar a análise das etapas.
<i>Walkthrough Cognitive</i>	Um ou mais avaliadores analisam um serviço ao percorrer a jornada de trabalho do cliente ou do prestador do serviço.	Também conhecido como análise da tarefa, irá analisar a tarefa de trabalho do atendente do Ambulatório.
<b>Interação Construtiva</b>	É um método baseado na observação de um usuário durante a experiência desse com um serviço.	Observar todo o trajeto do paciente idoso durante o atendimento no Ambulatório.
<b>Mapa da Jornada do Cliente</b>	O — <i>customer journey map</i> é um gráfico que descreve a jornada de um usuário ao representar os diversos — pontos de contato com os quais ele interage durante a prestação de um serviço.	Identificar os pontos de contato que o paciente idoso interage no serviço. Identificando os pontos visíveis nesse processo.
<b>Avaliação Heurística</b>	É um método de inspeção da usabilidade do serviço com base em um conjunto predefinido de critérios que os avaliadores seguem durante a análise.	Acessibilidade, usabilidade, legibilidade e leiturabilidade do serviço e dos pontos de identificação e sinalização de acessos.
<i>System Map</i>	É uma descrição visual da organização técnica do serviço: os diferentes atores envolvidos, suas relações recíprocas e os fluxos de materiais, energia, informação e dinheiro através do sistema.	A elaboração de uma sistematização do serviço de atendimento na Recepção do Ambulatório: as alimentações, entradas, saídas e desvios em forma de gráfico.
<b>O Mágico de Oz</b>	Esta ferramenta tem o nome em função da história O Mágico de Oz, mais especificamente, leva o nome da personagem que fica atrás da cortina.	Auxiliará no processo de identificação dos contatos invisíveis ao usuário do serviço, que alimenta os pontos por ele visíveis.

Fonte: Autor (2011).

Após a identificação das ferramentas de design de serviço que estaremos utilizando na aplicação da metodologia do design de serviços, apresentaremos a seguir o esqueleto estrutural da metodologia do design de serviços onde às ferramentas acima mencionadas serão aplicadas nesta pesquisa. Tal estrutura é denominada de Etapas da Metodologia do Design de Serviços.

O detalhamento da metodologia e suas etapas serão vistos a seguir no item 2.3 Metodologia do Design de Serviços e a sua aplicação no capítulo quarto desta dissertação.

### 2.3 MÉTODOLOGIA DO DESIGN DE SERVIÇOS

O processo metodológico do design de serviços é dividido em quatro etapas principais, a saber: 1) Etapas de Serviço; 2) Sistematização; 3) Pontos de Contato, que é subdividido em: pontos visíveis e invisíveis, e por fim 4) Análise dos Dados coletados e Tomada de Decisão.

Na Tabela 2.9, apresentamos as etapas metodológicas do design de serviços (D.S.) assim como as ferramentas que serão utilizadas em cada etapa:

**Tabela 2.9 - Aplicação das ferramentas de design de serviços na pesquisa**

<b>Etapa</b>	<b>Ferramentas a serem utilizadas nas etapas</b>
Etapas do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Blueprint</i></li> <li>• <i>Walkthrough Cognitive</i></li> <li>• Interação Construtiva</li> <li>• Avaliação Heurística</li> </ul>
Sistematização do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>System Map</i></li> </ul>
Pontos de Contato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa da Jornada do Cliente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pontos Visíveis</li> <li>• Pontos Invisíveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Mágico de Oz</li> </ul>
Análise dos dados Coletados e Tomada de Decisão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Design Thinking</i></li> <li>• Avaliação Heurística</li> </ul>

Fonte: Autor (2013).

A seguir estaremos detalhando cada etapa da metodologia do design de serviços e a forma de aplicação de cada ferramenta de design de serviço dentro das etapas metodológicas.

### 2.3.1 Etapas de serviços

A Etapa do Serviço é o primeiro passo da metodologia do design de serviços. Tal etapa permite que o serviço principal seja desfragmentado em etapas menores, sem perder a interligação entre elas. Essas etapas menores podem ser chamadas de sub-serviços ou sub-etapas do serviço. Alguns serviços, porém, devido a sua natureza de execução, podem ser desfragmentados com maior facilidade que outros. Os serviços contínuos e regulares são um bom exemplo disso. Um taxista, por exemplo, pode ter o seu serviço facilmente subdividido em cinco etapas:

1. **Deslocamento até o local da corrida** – A demora nessa etapa pode ser considerada pelo usuário como uma deficiência, causando sensação negativa do serviço como um todo;
2. **Recepção ao cliente** – Acomodação do cliente e bagagem quando existir, ajuste de temperatura, etc;
3. **Identificação do destino** – Ao ouvir o local de destino o taxista executa três tarefas quase simultaneamente: imagina o percurso a ser seguido, liga o taxímetro e inicia o deslocamento ao local indicado;
4. **Realização do percurso** – Deslocamento até o local;
5. **Chegada ao local** – Desligamento do taxímetro, conferência do valor, entrega do troco e saída do cliente, com a bagagem, se houver.

É bastante difícil que haja uma variação nesse tipo de serviço, que é denominado de serviço contínuo e/ou regular. Seja qual for o cliente a sequência do serviço será quase imutável.

Porém, na etapa desfragmentação do serviço, é possível que o mesmo seja dinâmico e irregular em sua execução, devido à natureza da atividade, como por exemplo, o serviço prestado por um policial militar. Observe na Tabela 2.10 a comparação de

duas das muitas variações nos serviços que tal profissional pode vir a realizar, no mesmo dia de serviço:

**Tabela 2.10 - Comparação de atividades realizadas por um policial militar**

<b>Etapa</b>	<b>Situação A: Pedido de informação de um transeunte.</b>	<b>Situação B: Vítima de assalto que vai ao encontro do policial.</b>
1	Identificar rapidamente a necessidade do transeunte	Acalmar e garantir a segurança do queixoso
2	Manter-se alerta ao que ocorre em sua volta enquanto atende o popular	Pegar informações sobre o meliante de modo a analisar a possibilidade de uma busca pelo mesmo
3	Questionar, caso haja dúvidas	Indicar ao agredido a delegacia mais próxima a fim de realizar o Boletim de Ocorrência.
4	Responder clara e objetivamente ao popular	

Fonte: Autor (2012).

Ao observarmos a Tabela 2.10, vemos que além de serem situações totalmente diferentes, a quantidade de etapas não é a mesma. Porém estão dentro do serviço principal do policial militar que é de servir e proteger a população, podendo ainda ocorrer de forma simultânea. Já para o taxista, visto no exemplo anterior, é mais difícil fugir de sua rotina de serviço, quase sem variação, comparada à de um policial militar.

As etapas de um serviço são subdivididas pelo grau de importância e pela sequência do percurso do usuário no recebimento desse serviço. A separação do serviço em etapas permite não apenas identificar com maior precisão um problema, como também facilita a análise e realização de um possível ajuste ou correção no processo do serviço, um novo direcionamento, ou até mesmo a eliminação de uma etapa que esteja obsoleta, prejudicando o serviço como um todo.

Nesta pesquisa será realizada uma separação de cada parte do serviço de atendimento ao idoso no ambulatório público. Desse modo, será possível considerar e prescrever melhorias individuais que contribuirão para o processo como um todo.

Após o processo de separação do serviço em etapas, passa-se para o próximo passo, denominado: partes visíveis ao usuário do serviço.

Para essa etapa inicial do serviço estaremos fazendo uso das ferramentas:

- **Blueprint** – Descreverá cada etapa do serviço e a interpelação entre os serviços;
- **Interação Construtiva** – Descreverá todo o trajeto do idoso dentro do serviço de atendimento, para melhor entender e definir cada serviço;
- **Walkthrough Cognitive** – Analisará a tarefa/trabalho dos funcionários do atendimento
- **Avaliação Heurística** – Analisará a acessibilidade e usabilidade de cada etapa do processo de atendimento

A *blueprint*, ferramenta a ser utilizada nessa etapa da pesquisa, dividirá o serviço do atendimento público ao idoso no Ambulatório em etapas menores, desmembrando-os em sub-etapas de serviço. Entendendo que o serviço inicia-se antes da entrada do paciente no serviço de saúde, entenderemos que a acessibilidade pública até a chegada ao local de atendimento compreende desde já a primeira parte do serviço de atendimento. A orientação, sinalização e identificação dos locais de acesso é outra etapa do atendimento. A identificação, cadastro e acomodação fazem parte de outra etapa do serviço, sendo que todas essas etapas convergem para o objetivo maior de prestar serviço de atendimento de qualidade ao paciente idoso.

Para tal identificação e separação das etapas, faz-se necessário o uso da ferramenta Interação Construtiva em conjunto com a ferramenta *blueprint*. Pois a ferramenta *blueprint* irá permitir descrever todo o trajeto de um serviço. Cada ação do paciente, cada procedimento da instituição de atendimento e cada fluxo. A *blueprint*, por si só não poderá definir com exatidão o início e o fim das etapas. Outra questão é que a ferramenta *blueprint* descreve as atividades de serviços realizadas, sem a certeza de quais ou quantas atividades compreendem uma determinada etapa.

É possível que duas ou três atividades façam parte de uma única etapa de serviço. Por isso, optamos em nossa pesquisa em trabalhar tal ferramenta associada à ferramenta de Interação Construtiva, onde o paciente idoso passa a interagir, contribuindo à pesquisa na definição das etapas do serviço. Esta ferramenta levará o pesquisador a seguir o passo a passo do paciente em todo o processo de atendimento na unidade de saúde. Com base na lista de atividades apresentadas pela ferramenta *blueprint*, em mãos, utilizaremos a ferramenta Interação Construtiva fazendo todo o trajeto do paciente, identificando as inter-relações e as pausas nas atividades para definir assim o início e fim das sub-etapas do serviço.

Todavia, ainda na Etapa de Serviço, fase inicial da metodologia do design de serviços, é preciso ter um conhecimento das etapas tomando como base os prestadores de serviços, pois é possível que tenhamos deixado de identificar alguma etapa ou caracterizada alguma atividade de forma equivocada. Desse modo utilizaremos nesta etapa inicial também a ferramenta *Walkthrough Cognitive*. A ferramenta *Walkthrough Cognitive*, permitirá analisar as etapas já estabelecidas e suas atividades considerando agora a figura do prestador do serviço e todas as suas atividades. Também conhecida como Análise da Tarefa, esta ferramenta analisará as tarefas/atividades realizadas pelos prestadores de serviço envolvidos no atendimento. Parte dos dados aqui coletados ajudará na etapa de Pontos de Contato da metodologia de design de serviços, como veremos mais adiante. Tendo desse modo a lista de atividades realizadas no serviço agrupado por sub-etapas, passe-se para a segunda etapa da metodologia de design de serviços que corresponde à sistematização do serviço, como suas entradas e saídas.

### **2.3.2 Sistematização do serviço**

A sistematização do serviço é o processo pelo qual o pesquisador pode, de forma gráfica, após a identificação das etapas e sub-etapas do serviço, definir quais são as entradas e saídas do sistema de serviço em análise. Nesse processo o serviço não é



visto dividido em partes, mas como um todo. É definido o Sistema-Alvo, assim como os requisitos e restrições ao serviço.

Reneker (1993) defende a importância de o designer considerar os requisitos e restrições do projeto, que são oriundos da pesquisa de campo com os usuários. Tais dados passam a alimentar a sistematização do projeto evitando a perda de foco do designer na busca por soluções em serviço.

Outros fatores que são considerados nessa etapa da pesquisa são os resultados despropositados, descritos por Moraes e Mont'Alvão (2000) como "excesso de refugos, resíduos que poluem a atmosfera, acidentes ou incidentes".

Na sistematização, a saída do sistema corresponde aos resultados esperados. "As entradas são convertidas e devidamente processadas e convertidas em resultados que são exportados de novo para o ambiente, na forma de informações, produtos, serviços ou novos comportamentos" (MORAES e MONT'ALVÃO, 2000).

Nessa etapa da metodologia do design de serviços estaremos utilizam-se as seguintes ferramentas:

- **Interação Construtiva** - Observaremos todo o trajeto visível ao paciente idoso dentro do processo de atendimento para definirmos quais os objetivos, metas e alvos do sistema de serviço;
- **System Map** - A elaboração de uma sistematização do serviço de atendimento na Recepção do Ambulatório: as alimentações, entradas, saídas e desvios em forma de gráfico.

Dentro desta pesquisa, utilizaremos a ferramenta Interação Construtiva para analisarmos quais os objetivos esperados em cada sub-etapa apresentada na Etapa de Serviços, anteriormente comentada. Os objetivos e soluções esperados nas sub-etapas, serão mesclados transformando-se em um mapa gráfico, que compreende todo o sistema do serviço. Para permitir essa construção sistemática, utilizamos a

ferramenta *System Map* também conhecida como Sistematização do Serviço. O mapa poderá ser visto no quarto capítulo desta dissertação. A terceira etapa da metodologia do design de serviços é a de Pontos de Contatos.

### **2.3.3 Pontos de contatos**

Os Pontos de Contatos é a terceira etapa da metodologia do design de serviços. Nesta etapa são apresentados e analisados os principais pontos de contato entre o usuário e as etapas de serviço, já estabelecidas na primeira etapa da metodologia. Isso permite uma visão global do sistema de serviço em estudo. A etapa de Pontos de Contatos da metodologia do design de serviços é subdividida em dois aspectos: os pontos visíveis e os pontos invisíveis ao usuário durante o serviço de atendimento em saúde. Iniciaremos explicando o que são os pontos visíveis ao usuário.

#### **2.3.3.1 Pontos de contatos visíveis ao usuário**

As partes visíveis do serviço são aquelas em que o usuário tem consciência que está sendo beneficiado pelo serviço. É o serviço tratado do ponto de vista do usuário. Muitas das atividades realizadas em um serviço pelo prestador não são conhecidas pelo beneficiado do serviço. Um cliente que dá entrada em um processo através do seu advogado tem em sua mente apenas as etapas em que entra em contato. Na maioria das vezes o seu advogado e o juiz. Desconhecendo todo o trâmite documental.

As partes visíveis em uma prestação de serviço ajudam o cliente a entender o serviço e até mesmo a mudar a sua postura em relação ao serviço. Um aluno que cursa um curso profissionalizante de informática, ao ser informado do aumento no valor da mensalidade, provavelmente, irá mesmo que inconscientemente questionar se tal aumento foi repassado para melhoria na qualidade do serviço. Quando este mesmo aluno da escola de informática vê novos equipamentos sendo instalados, poderá mudar a sua postura em relação ao serviço e ao seu conceito do mesmo. É o valor percebido pelo cliente.

As partes visíveis pelo usuário de um serviço de educação em uma escola de informática, por exemplo, pode ser a presença do professor, sua aula, os equipamentos utilizados, a qualidade da aula e do atendimento na recepção, o tempo de espera para efetuar o pagamento no financeiro, etc.

Através de entrevistas com pacientes e acompanhantes e pesquisa de observação serão observadas quais as partes do serviço de atendimento que entram em contato com o idoso e assim são por ele vistas. De modo a facilitar essa definição de etapas, estaremos utilizando as seguintes ferramentas do design de serviços:

- **Mapa da Jornada do Cliente** - Durante o processo de pesquisa estaremos utilizando esta ferramenta para que o usuário idoso possa sinalizar os pontos visíveis por ele identificados durante a atividade de serviço;
- **Avaliação Heurística** - Analisaremos cada etapa do serviço, observando quais pontos de atividades não são visíveis ao usuário, considerando suas características e o aperfeiçoamento da tarefa com base em critérios como otimização do tempo, otimização de pessoal, aumento da produtividade e aumento da qualidade do atendimento.

A ferramenta Mapa da Jornada do Cliente se diferencia da ferramenta de Interação Construtiva, pois a ferramenta Interação Construtiva forma a base para o uso da ferramenta do Mapa da Jornada do Cliente.

A Ferramenta Construtiva permite à pesquisa a criação de um percurso do serviço. Exemplo: O paciente contacta a recepção, da entrada na documentação e aguarda o momento do atendimento clínico. Essa descrição é fruto da ferramenta de Interação Construtiva, já a ferramenta do Mapa da Jornada do Cliente irá apresentar esses passos para o paciente/acompanhante de forma gráfica e solicitar que ele sinalize se os considera ou não parte do atendimento do serviço por ele recebido.

Utilizaremos a ferramenta Mapa da Jornada do Cliente, para que o paciente possa identificar quais os pontos de contato são por ele reconhecidos como parte do serviço

e os que o mesmo desconsidera ou não reconhece como parte do serviço recebido. Tais informações ajudarão a construir a lista dos Pontos de Contato identificados como visíveis ao usuário do serviço. Ainda nesta etapa utilizaremos a ferramenta Avaliação Heurística que considerará, já nesta etapa, o processo de acessibilidade e usabilidade dos serviços. A otimização do tempo, de pessoal e melhoria qualidade do atendimento.

#### 2.3.3.2 Pontos invisíveis ao usuário

Os pontos invisíveis ao usuário no serviço são aqueles que o mesmo não tem a consciência de que estão sendo realizados como parte do seu serviço. São as partes que permitem ao usuário, na maioria das vezes, ter acesso ao serviço visível. Em um estabelecimento alimentício que utiliza o serviço de *fastfood*, poderíamos destacar os seguintes itens como partes invisíveis ao usuário do serviço:

- Cultivo dos alimentos e sua extração;
- A aquisição dos periféricos (guardanapos, talheres, embalagem, copos, pratos, etc.);
- A escolha e transporte dos alimentos;
- O preparo da refeição;
- O armazenamento da refeição e entrega;
- O destino dado às sobras.

Esses são apenas alguns dos serviços realizados em um *fast-food* que normalmente o usuário não tem acesso ou nem concebe a sua existência. Em um sistema público é comum que as partes invisíveis sejam mais complexas e burocráticas, pouco dinâmicas e curtas, o que acaba por fornecer ao usuário um tempo elevado para a conclusão do serviço. A simplificação de etapas e processos promoveria não apenas a otimização do tempo, mas uma maior satisfação do usuário ao serviço.

Para identificarmos os pontos de contatos invisíveis aos usuários, estaremos utilizando as seguintes ferramentas:

- **Interação Construtiva** – A observação do usuário dentro do processo de atendimento de modo a perceber as atividades e ocorrências que não lhe são perceptível, mas que contribuem para a entrega do serviço.
- **Mágico de Oz** – Como o nome já diz, irá trabalhar com os personagens que atuam no serviço, mas que ficam atrás da “cortina”. Atores invisíveis.

A ferramenta Interação Construtiva será novamente utilizada na pesquisa, só que nesta etapa, de modo a rever o percurso do usuário, mas do ponto de vista da unidade de saúde. Considerando por exemplo o processo interno que permite que o atendimento seja realizado. A logística interna para que o funcionário esteja escalado, que a estrutura seja montada de modo que ocorra o atendimento. É possível que na análise do atendimento do serviço, através da ferramenta Interação Construtiva o pesquisador se depare com processos que poderiam ser simplificados ou incorporados a outros de modo a aperfeiçoar o processo do atendimento.

Outra ferramenta utilizada na Etapa de Pontos de Contatos invisíveis é a Mágico de Oz. Através dela é possível identificar os personagens que atuam dentro do sistema de atendimento, porém sem o conhecimento do paciente. Funcionários que contribuem no processo sem serem vistos ou notados pelos pacientes. Essas duas ferramentas se complementam nesta etapa da metodologia do design de serviços. A Interação Construtiva analisa o usuário, mas do ponto de vista dos sistemas e processos que ocorrem sem a sua percepção. Já a ferramenta Mágico de Oz, considera os atores que realizam os processos e rotinas. Ambos por sua vez, funcionários e processos, ocorrem sem a percepção do usuário do serviço.

#### **2.3.4 Análise dos dados coletados e tomada de decisão**

É a última etapa da metodologia do design de serviços, onde se dá a organização das informações adquiridas nas etapas anteriores, de modo a permitir uma visão total do serviço e seus possíveis problemas e possibilidades de intervenções. Nessa etapa são utilizadas as ferramentas Avaliação Holística, que os permite através de um conjunto

de critérios oriundos da ergonomia, usabilidade, acessibilidade, leis e regras referentes aos direitos do idoso, etc., requisitos e restrições revelados nas etapas anteriores da metodologia, analisando cada parte do projeto e do serviço.

Através da ferramenta *Design thinking*, é-nos possível interagir com áreas do conhecimento correlatas e dentro de um processo multidisciplinar encontrar soluções para cada etapa do serviço, ou parte dele. Após essa análise dos dados coletados, será apresentado um Mapa estratégico com as principais soluções a serem implementadas pelo gestor público em saúde para melhoria no atendimento á população idosa.

Tal etapa estará sendo contemplada no final do capítulo 4 (Estudo de Caso) e durante o capítulo 5 (Considerações Finais) desta dissertação, onde estaremos apresentando os resultados da aplicação da metodologia do design de serviços na pesquisa de campo e respondendo as questões de ponto de partida desta dissertação.

O capítulo terceiro desta dissertação logo a seguir, trará como conteúdo o serviço público prestado em saúde, algumas barreiras encontradas pela população idosa no atendimento público, além de conceitos sobre outras áreas do design correlatas ao design de serviços como o design inclusivo e design universal.

## **CAPÍTULO III**

---

# **O DESIGN E O ATENDIMENTO PÚBLICO AO IDOSO**

## CAPÍTULO III

---

### O DESIGN E O ATENDIMENTO PÚBLICO AO IDOSO

O design tem como objetivo primordial promover o bem-estar coletivo, além de soluções inteligentes e melhorias na qualidade do uso de produtos e serviços. O projeto do design de serviços deve promover ações que respondam funcionalmente às necessidades de todos independente de sua condição social ou financeira. O designer deve projetar pensando em todos os públicos e, em nossa pesquisa, de modo específico, para os idosos.

Além disso, o design tem a função de incluir e compartilhar oportunidades. Para Correia (2004), o design inclusivo deve contribuir na busca de:

[...] encontrar soluções que sejam úteis e harmoniosas para todos, tendo em consideração que qualquer ato de design que não é pensado pode perpetuar sistemas de classe existentes e estados sociais que contribuem para a exclusão de determinados grupos (CORREIA, 2004, p. 212 e 213).

O chamado design universal teve a sua evolução por volta dos anos 50, dando especial atenção às soluções em design que melhorassem a qualidade de vida de pessoas portadoras de necessidades especiais. Inicialmente este campo do design surge para derrubar algumas barreiras que separam grupos de pessoas dentro de uma única sociedade. Muitos projetos foram desenvolvidos dentro desta ótica na Europa, Japão e nos Estados Unidos (BERNARDI e DORIS, 2005, p. 1).

Segundo os autores Bernardi e Doris (2005, p. 1-2), com a argumentação de igualdade de oportunidades, em 1964, foi criado o direito civil para as minorias nos Estados Unidos, objetivando remover obstáculos de ambientes construídos. Conceito defendido por Michael Bednar, ao afirmar que somente com a remoção das barreiras, as capacidades humanas são realçadas (BERNARDI e DORIS, 2005, p. 2).



As normalizações e a integração passaram a ter uma ênfase especial na década de 70, nos Estados Unidos e na Europa, sendo usada a terminologia “projeto acessível” ou “projeto de design acessível”. Nesse cenário, o design começa a refletir sobre sua produção. O termo design universal começou a ser utilizado por Ron Mace em 1987, arquiteto, portador da poliomielite, doença adquirida na infância. Para ele, o design universal deveria aproximar as soluções em design para, se não todos, o maior número possível de pessoas. Alguns anos depois, Ron Mace, juntamente com outros arquitetos e designers, estabeleceram os sete princípios do design universal (BERNARDI e DORIS, 2005, p. 2-3):

1. **Uso equitativo** - o projeto não pode criar desvantagens ou estigmatizar qualquer grupo de usuários;
2. **Flexibilidade de uso** - o projeto adaptado a um largo alcance de preferências e habilidades individuais;
3. **Uso intuitivo** - fácil entendimento independente da experiência, conhecimento, linguagem e grau de concentração dos usuários;
4. **Informação perceptível** - o projeto comunica necessariamente informações efetivas ao usuário, independente das condições do ambiente e das habilidades sensoriais do usuário;
5. **Tolerância ao erro** - o projeto minimiza os riscos e as consequências adversas de acidentes;
6. **Baixo esforço físico** - o projeto deve ser usado eficiente e confortavelmente, com um mínimo de cansaço;
7. **Tamanho e espaço para acesso e uso** - tamanho e espaços apropriados para acesso, manipulação, uso, independente do tamanho do corpo, postura ou mobilidade do usuário.

Em 1995, foi elaborado o Ato para Americanos com Deficiência - *Americans with Disability Act - ADA*, promovido pelo *Adaptive Environments Center*. Através desse documento, os princípios do design universal foram difundidos mundialmente. O documento do ADA propõe os seguintes princípios (BERNARDI e DORIS, 2005, p. 1-2):

1. Proteção aos direitos civis dos indivíduos portadores de deficiências;
2. Elegibilidade para bens e serviços;
3. Modificações em práticas e procedimentos;
4. Ajuda auxiliar;
5. Remoção de barreiras;
6. Alternativas para a remoção de barreiras;
7. Especificações para novas construções;
8. Especificações quando existe a necessidade de alterações.

O objetivo do ADA, entre outros é o de proteger a todos os que possuem limitações, quer de natureza física ou cognitiva, de modo que possam gozar de uma boa experiência na sua relação com o meio e com os indivíduos a sua volta.

As normas de acessibilidade da ADA definem também:

- a) Que o ambiente de acomodação público não pode usar requisitos de exclusão ou segregação de pessoas com deficiência;
- b) Tais locais devem providenciar bens e serviços colocados de forma integrada, exceto quando houver a necessidade de separar ou diferenciar através de medidas que assegurem oportunidades iguais ou quando tiver o objetivo de garantir a operação segura dos mesmos. Medidas de segurança devem ser baseadas em riscos atuais e verdadeiros e não em meras especulações, estereótipos ou generalizações sobre indivíduos com deficiências;
- c) Evitar o uso de regras e modelos desnecessários;
- d) Propor modificações nas práticas e procedimentos que neguem o acesso igualitário a pessoas com deficiências, a menos que as alterações fundamentais resultem na providência dos bens e serviços. Entre esses procedimentos, permitir acompanhantes para pessoas com deficiência ou o uso de cães-guia em determinados ambientes;
- e) Providenciar ajuda auxiliar quando necessário para assegurar a efetiva comunicação para pessoas com incapacidades visuais, auditivas ou

fonéticas, tais como intérpretes, decodificadores, material em videotexto, material em *Braille* e material em impressão em formatos especiais;

- f) A remoção de barreiras físicas deve ser feita nos locais onde estas realmente incomodam e onde podem ser removidas. Tal remoção implica automaticamente na substituição e/ou restauração do ambiente, promovendo a acessibilidade;
- g) Entre as alternativas para a remoção de barreiras tanto atitudes da comunidade quanto as modificações arquitetônicas podem aperfeiçoar o uso do ambiente construído, tais como: providenciar bens e serviços no pavimento térreo; providenciar entrega em domicílio; corrigir prateleiras e estantes com alturas inacessíveis; relocar atividades para locais acessíveis;
- h) Construção de modelos arquitetônicos para acessibilidade que sigam os padrões expressos na norma de acessibilidade do ADA (*ADA Accessibility Guidelines - ADAAG*) tendo em vista que tais obrigações não são estruturalmente impraticáveis;
- i) Sobre a necessidade de alterações, o ADA entende que uma alteração é uma mudança que afeta o uso do espaço ou produto. Portanto, durante uma remodelação, renovação ou restauração, a nova estrutura deve seguir os parâmetros prescritos no ADAAG.

As normas de acessibilidade no Brasil estão definidas nas NBR 9050, NBR 12892 e a NBR 13994. É importante ressaltar que a acessibilidade não é uma prática restrita aos portadores de necessidades especiais apenas. Ela serviu como parâmetro para a elaboração da Lei 10741/03 que deu origem ao Estatuto do Idoso no Brasil. As normas de acessibilidade da ADA e os princípios do design universal são parâmetros importantes no auxílio ao designer no desenvolvimento de projetos que atendam as necessidades do público-alvo, nessa pesquisa o público idoso.

O design de serviços também se utiliza de tais parâmetros no processo de desenvolvimento de soluções projetuais. As normas de acessibilidade da ADA e os princípios do design universal contribuem para uma melhoria na qualidade do

atendimento público ao idoso, pelas suas características ante-exclusão ou segregação, busca em promover oportunidades iguais aos cidadãos aos serviços públicos, tanto para jovens quanto para idosos. O designer tem uma responsabilidade social na promoção e execução de ações e parâmetros que permitam essa equidade de tratamento, especialmente nos ambientes de serviços.

Bürdek (1994, p. 55) associa a acessibilidade aos projetos de design e apresenta dez preceitos básicos em um projeto de design acessível:

1. Elevada utilidade prática;
2. Segurança suficiente;
3. Longa vida e validade;
4. Adequação ergonômica;
5. Independência técnica e formal;
6. Relação com o ambiente;
7. Não prejudicar o meio ambiente;
8. Visualização do seu uso;
9. Alto nível de design; e
10. Estimulante sensorial e intelectualmente.

Para Norman (2004) o processo de concepção do design começa com o conhecimento das necessidades do consumidor. Nessa pesquisa, o foco do estudo de caso se concentrará no paciente idoso do Ambulatório de Geriatria Magalhães Neto - HUPES/UFBA. Conhecer as necessidades e dificuldades da população idosa é primordial para um projeto do design de serviços. Conhecer o público ajuda a entender seu comportamento e as barreiras por ele enfrentadas.

Apesar dos princípios de projeto em design serem usados em todos os tipos de projetos, quando se desenvolve soluções para a população idosa torna-se importante conhecer suas necessidades e as barreiras que são por ela enfrentadas. Apresentaremos, a seguir, algumas barreiras que impedem o idoso de ter acesso a um atendimento público de saúde com qualidade.

### 3.1 BARREIRAS DE ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

Nesta dissertação, a aplicação dos princípios do design de serviços em um contexto de atendimento público de saúde prestado ao idoso servirá como exemplo, considerando suas principais atividades, algumas das barreiras que enfrentam, além das necessidades naturais e limitações da idade.

#### 3.1.1 Algumas barreiras enfrentadas pela população idosa

Existem diversas barreiras enfrentadas pela população idosa, principalmente em uma grande metrópole. Barreiras arquiteturais, de saúde e limitação, de cultura, de educação, de tecnologia e comunicação. Especialmente quando se trata de idoso, existem diversas barreiras que os impedem de ter uma melhor acessibilidade aos serviços de saúde, lazer, cultura e informação. Tais barreiras constituem uma das principais causas de marginalização do idoso em nossa sociedade.

A acessibilidade tornou-se a questão central para os serviços de saúde em nosso país. Anteriormente o discurso em saúde pública se pautava na necessidade de promover acesso a toda a população, ou maior parte dela aos serviços de saúde. Hoje, precisamos avançar tal diálogo para além do adentrar o espaço público de saúde e sim promover condições de se ter um melhor atendimento. Não basta ter um posto de saúde no bairro, é preciso que este seja eficaz em sua proposta de atendimento. A acessibilidade contribui ao levar o indivíduo à resolução de seu problema. O design de serviços tem um importante papel nessa tarefa de preencher uma lacuna na necessidade de inovação tecnológica no setor de serviços de saúde. O design de serviços também considera a acessibilidade do serviço, o que corresponde à sua entrega final, satisfatória ao usuário.

Autores como Gadotti (1984), Vieira Pinto (1989), Oliveira (1999), Nielsen (2000), Olivier (2001), Guyton e Hall (2002), Ballone (2002), Garrido (2002), Lima-Costa et al. (2008) e Vieira (2009) apresentam algumas das mais comuns barreiras enfrentadas pela população idosa em nossa sociedade. Tais barreiras são apresentadas na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 - Algumas barreiras enfrentadas pelo idoso

Barreiras	Breve descrição e exemplos
Arquiteturais	São barreiras ligadas à arquitetura. Ausência de iluminação adequada, desníveis de pisos, ausência ou escassez de rampas e elevadores dificultando o acesso do idoso aos ambientes de serviços.
Saúde	O próprio envelhecimento da humanidade já traz consigo problemas ligados à saúde. Para o idoso esses problemas são agravados e os cuidados com os mesmos devem ser redobrados. Problemas ligados aos sentidos e a locomoção são muito comuns nessa fase da vida.
Educação	O acesso à educação é uma das barreiras enfrentadas pelo idoso. Apesar dos avanços dos últimos anos, as ações públicas na área ainda estão aquém da demanda existente. A vergonha do retorno ao aprendizado e a necessidade de profissionais qualificados fazem parte da problemática.
Tecnológicas e Comunicacionais	O aumento da tecnologia e a necessidade constante de atualização para acompanhar tais avanços impostos pelo mercado constituem grandes barreiras à população idosa que não tem familiaridade com o ambiente cibernético, como têm as novas gerações.

Fonte: Autor (2012).

### 3.1.1.1 Barreiras arquiteturais

Também conhecidas como barreiras físicas, aqui chamadas barreiras arquiteturais, são uma das principais causas de acidentes entre os idosos no Brasil (DRECH et al., 2009). Por isso, muitas são as pesquisas que vem sendo desenvolvidas nas áreas de arquitetura e ergonomia (ELY et al., 2006; CAMARANO, 2007; VILAROUCO, 2008 e PAIVA et al., 2012). O objetivo de tais estudos é analisar a acessibilidade espacial e a adequação dos ambientes públicos e/ou privados. Outros estudos tem se concentrado no uso dos espaços livres urbanos em geral, como é o caso do Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana, da Secretaria Nacional de Transportes e da Mobilidade Urbana, órgão vinculado ao Ministério das Cidades do Brasil (BRASIL, 2005).

Guyton e Hall (2002) revelam que a integração do idoso à sociedade é indispensável para o seu posicionamento social, assim como seu acesso aos ambientes verdes em

contato com a natureza são elementos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e a sua sobrevivência.

A Figura 3.1, apresenta uma situação comum, enfrentada por eleitores idosos dentro do ambiente de escola pública no Brasil para participar do exercício cívico de votação. É mister a necessidade de repensar o ambiente de uso comum, quer seja ele público ou privado, de modo a promover maior acessibilidade do idoso a serviços, como saúde, transporte, educação, lazer e trabalho.



Figura 3.1 - Idoso sendo carregado. Fonte: Leite (2012).

Alguns cuidados a serem tomados por *designers* e projetistas para melhorar a qualidade de vida do idoso podem ser vistos na Tabela 3.2:

**Tabela 3.2 - Barreiras arquiteturas e orientações ao projetista/designer**

Barreiras	Descrição	Projetista/designer
Piso	O cuidado com o piso é imprescindível para evitar acidentes. O piso deve ser antiderrapante e anti-reflexo, evitando acidentes quando molhado ou sujo e, ainda, devido ao uso de calçados inadequados para andar. O ofuscamento causado por pisos que não são anti-reflexo é uma importante causa de quedas entre os idosos. (BINS ELY et al., 2006).	Projetar ambiente usando pisos anti-reflexos e antiderrapantes, assim como pensar a iluminação ambiente.

Continua...

...Continuação

<b>Barreiras</b>	<b>Descrição</b>	<b>Projetista/designer</b>
Mobiliário	Deve ser evitada a presença de móveis em ambiente de passeio e circulação, de modo a promover livre fluxo e evitar choques e acidentes. A colocação dos mesmos deve promover alto contraste em relação à decoração em derredor para facilitar a identificação pelo idoso, sobre seu percurso. Por isso o uso de uma grande quantidade de moveis em ambientes de grande circulação do público idoso deve ser evitado.	Uso de alto contraste entre os móveis e o ambiente. Uso inteligente do espaço do ambiente relocando ou retirando móveis e artefatos que dificultem o transito de pessoas.
Desníveis	Assim como para o cadeirante, os desníveis tão habituais nas calçadas e portas de acesso devem ser evitados e ajustados com o uso de rampas, evitando assim a segregação (GERENTE, 2005).	Uso de rampas, corrimões e degraus apropriados, que permitam o acesso a outros níveis, assim como sinalização apropriada.
Travessias	Segundo os autores Bellini e Santos (2004), uma das maneiras de facilitação de travessia nas vias urbanas é a construção de faixas elevadas, a instalação de guias rebaixados e o alargamento das esquinas.	Maior sinalização de faixas, rampas para descidas de calçadas e construção de travessias elevadas.
Elevadores	O uso de elevadores promove uma maior facilitação de deslocamento entre grandes desníveis ou andares à população idosa do que a escada.	Uso de elevadores para desníveis maiores com capacidade para acomodar o idoso em pé ou no uso de cadeiras de rodas.

Fonte: Autor (2012).

Entende-se que o designer tem papel fundamental a contribuir para a sociedade através do design universal e o design de serviços no planejamento de serviços, ambientes e artefatos.

### 3.1.1.2 Barreiras em saúde

Com o avançar da idade, muitos são os problemas de saúde que acometem o ser humano, tanto de ordem emocional quanto de ordem física. No primeiro caso, os idosos sentem cada vez mais a necessidade de proteção, auxílio, amor e atenção. Para o cientista e psiquiatra Freud (BALLONE, 2002), o idoso possuiu dois determinantes patogênicos envolvidos no processo de transtorno mental: primeiro aqueles



transtornos que o idoso traz com ele para a vida e segundo aqueles transtornos que a vida dá ao idoso. Idosos que tem um envelhecimento com patologias, processo denominado senilidade, tem sua saúde mental e física bastante afetada. Esse processo ocorre pela dificuldade do idoso de se adaptar ao meio e às condições de realidade que o cercam (BALLONE, 2002).

Problemas de ordem física afetam o emocional e problemas de ordem emocional afetam o corpo. Para Lima-Costa et al. (2008), a partir dos setenta e cinco anos o idoso perde a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se ou a realização da higiene pessoal. Segundo os autores é muito mais fácil evitar mortes do que a perda gradual da independência motora do idoso. Isso traz consigo direta relação com o tipo de qualidade de vida que o idoso passa a ter nos anos seguintes.

Grande parte dos idosos apresenta doenças crônicas, deficiências e demais problemas de saúde associados à sua função motora com o avanço da idade. Para Lima-Costa et al. (2008), tal situação pode ser afetada também por outros elementos externos como fatores demográficos, culturais e psicossociais.

Desde o ano de 1994, com a Lei n.º 8.842, o Governo Federal brasileiro, através do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional do Idoso que objetiva dar maior atenção à população da terceira idade e a promoção do envelhecimento saudável através da manutenção ou reabilitação da capacidade funcional, qualificação de recursos humanos especializados e apoio a pesquisas na área (OLIVIER, 2001, p. 189). Porém, Garrido (2002) revela que tais iniciativas ainda estão engatinhando em nosso país:

No Brasil, ainda são incipientes as iniciativas relacionadas a preservar a qualidade de vida e promover o bem-estar da população idosa. Lentamente, surgem iniciativas como, por exemplo, centros de convivência e universidades abertas à terceira idade (GARRIDO, 2002, p. 24).

A participação da família é muito importante no processo do envelhecimento saudável. Alterações na memória, demência, alterações frequentes no sono e no humor, cansaço prolongado e depressão são alguns dos distúrbios mais comuns nessa fase da vida. Tais sinais devem alertar a família e os mais próximos da necessidade de cuidados especiais ao idoso. Com o envelhecimento, as falhas na memória são mais frequentes, assim, serviços de atendimento ao idoso precisam repensar sua linguagem, de modo a adaptar a sinalização e identificação dos serviços, por exemplo.

O designer deve considerar que a população idosa apresenta diversas patologias em diversos estágios e que pode se apresentar de diversas formas. O design de serviços não observa apenas o idoso e sua interação com o ambiente do serviço, mas considera suas necessidades decorrentes das barreiras impostas pelo processo de envelhecimento. A seguir na Tabela 3.3, apresentaremos alguns cuidados a serem tomados por *designers* e projetistas para melhorar a qualidade de vida do idoso na área de saúde:

**Tabela 3.3 – Barreiras em saúde e orientações ao projetista/designer**

<b>Barreiras</b>	<b>Descrição</b>	<b>Projetista/designer</b>
Vaso sanitário	A depender da cor do vaso pode rá ser difícil identificar alguma mudança na coloração das urinas e fezes que indiquem alguém problema ou sinal de problema de saúde do idoso.	Projetar o ambiente utilizando vaso sanitário na cor branca ou cinza claro.
Perda de Memória	Com o passar dos anos, a mente também envelhece e pode ser acometida de graus de perda de memória de curto ou longo prazo. Outras questão estão relacionadas a problemas de saúde ligadas a demenência, dificuldades de concentração e perda do raciocínio lógico.	Desenvolvimento de jogos de mesa ou eletrônicos que trabalhem com a mente e exercitem a memória
Perda da Firmeza e Precisão	Dificuldade de precisão em pegar, apoiar, abrir a porta, ter equilíbrio e força. Ocasionalmente pela ausência prática inconstante de atividade física, assim como doenças como o Mal de Parkinson.	Desenvolvimento de soluções em maçanetas retas e não de rosquear, pegas ergonômicas para copos e utensílios de cozinha e chaves inteligentes, por exemplo.

Continua...

...Continuação

<b>Barreiras</b>	<b>Descrição</b>	<b>Projetista/designer</b>
Baixa Visão ou visão reduzida	Com o passar dos anos algumas doenças podem contribuir para a redução da visão ou sua perda parcial ou total. O diabetes é umas dessas doenças, assim como a catarata.	Sinalizações e identificações de locais e acessos com maior legibilidade e leiturabilidade.
Perda auditiva	A perda auditiva é outra barreira enfrentada pelos idosos, especialmente dentro dos ambientes sociais. Somada a outras barreiras acaba por isolar o idoso em um mundo paralelo à realidade.	Desenvolvimento de soluções visuais que auxiliem em completar a comunicação auditiva, como dispositivo luminoso próximo ao telefone fixo acionado ao toque da chamada ou campainhas luminosas perto da porta. Vídeos sempre acompanhados de legendas.
Apoio para andar	Com a redução dos movimentos os idosos precisam a partir de certa idade de um suporte para se deslocar. Comumente são usadas muletas para servir de apoio.	Uso de muletas com inclusão da multifuncionalidade como, por exemplo, guarda-chuva ou sombreiro.
Roupas e acessórios	As lojas estão repletas de roupas e acessórios que não podem ser utilizados por utilizados pela população idosa, ou os mesmos trazem um certo transtorno e dificuldades para estes. Algumas vezes é o formato para as entradas dos membros superiores e inferiores outras vezes é a complexidade para usar alguns acessórios e calçados.	Uso de uma modelagem que permita ao idoso vestir-se com maior facilidade até mesmo sem grande ajuda, trazendo-lhe maior independência. Calçados sem muitas amarras ou cadarços, Aumento do uso de velcro e zíper e redução do uso de botões.

Fonte: Autor (2012).

A seguir conheceremos ou outro tipo de barreira que dificulta a vida da população idosa: a barreira educacional.

### 3.1.1.3 Barreiras educacionais

A barreira educacional é uma das mais altas a ser ultrapassada pela população idosa do Brasil. Segundo Oliveira (1999), a sociedade coloca o idoso à margem do processo educativo visto que é exigido pela sociedade cada vez mais agilidade, rápida produção e processos modernos de ação. Mesmo que isso não signifique a incapacidade do idoso de realizar tarefas, acaba por dificultar seu acesso e o desenvolvimento das mesmas. Desse modo, por não acompanhar o processo na

mesma dinâmica e velocidade dos mais jovens, o idoso é marginalizado e considerado muitas vezes como um empecilho ou incômodo.

Dentro do contexto de exclusão social o idoso volta-se para a educação na busca de preencher o tempo ou adquirir novos conhecimentos, de modo a sentir-se útil e ativo. Entendemos que a educação é um elemento de caráter transformador do indivíduo, tanto consigo mesmo e quanto diante da sociedade. Segundo Vieira Pinto (1989, p. 29), essa transformação promovida pela educação deve ser entendida como “o processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses.” Desse modo, muitas das oportunidades educacionais oferecidas ao idoso esbarram no fato do mesmo não conseguir adaptar-se a essa moldura imposta. Muitas vezes, em uma sala de aula, nivela-se a linguagem sem considerar o idoso com suas limitações e necessidades.

Algumas atividades de serviço também impõem ao idoso um grau de instrução que não lhe fora concedido durante a vida, ou o contato com informações que são de acesso comum aos nascidos em ambientes onde a informática está facilmente disponível. O Design de serviços busca em suas soluções, especialmente quando o idoso está inserido no atendimento, a simplificação do processo de modo a torná-lo pertinente.

Desse modo, a educação voltada para o segmento idoso deve revestir-se de uma ação consciente e que de fato atinja seus objetivos para esse grupo, que necessita de uma especificidade própria. Confrontando com o pensamento de Vieira (2009), Vieira Pinto (1989, p. 39) esclarece que a “a educação não é uma conquista do indivíduo”, mas sim “uma função da sociedade e como tal dependente de seu grau de desenvolvimento”. Ainda para o autor, “onde há sociedade há educação: logo, esta é permanente”. A ausência de conhecimentos específicos muitas vezes apresenta-se como barreira para o idoso. Uma dessas principais barreiras é a tecnológica. Com a evolução da tecnologia e o surgimento de novos produtos e serviços, cabe à educação preparar o indivíduo para o contato com tais ferramentas atuais que não faziam

anteriormente parte do seu cotidiano. Para tanto, para que a educação não se torne uma barreira para o idoso é necessário pensar a educação como um processo permanente e não apenas ocorrente no período em que estiverem ativos.

Nesse ponto, Gadotti (1984) afirma que:

[...] a educação permanente visa uma educação rearranjada, refletida e integrada no seu todo. Ela sustenta a idéia de um controle de todos os recursos educativos possíveis de uma sociedade e de sua execução (GADOTTI, 1984, p. 69).

Dentro desse contexto, o design como disciplina de característica multidisciplinar busca, em sua prática o planejamento de projetos e conhecimento do usuário, com suas necessidades e barreiras, de modo a pensar soluções que alcancem o público-alvo ao invés de afastá-lo do produto ou serviço.

Desse modo, a premissa da educação deve ser pautada no homem, considerando aspectos como o seu espaço histórico, cultural, político e social, no qual esteja inserido, visto que o mesmo deve evoluir em seu aprendizado junto com a evolução da sociedade, e de igual modo esta evolução individual reflete diretamente na constante evolução social. Portanto, cabe à sociedade repensar suas práticas educacionais, que, muitas vezes, no processo de educação natural, exclui o idoso. Nesse momento, o idoso se confronta com uma sociedade que exige de si um conhecimento atualizado do mesmo nível que o conhecimento já adquirido pelos de gerações mais novas. Tal procedimento dificulta o percurso do idoso e sua interação com o meio não é facilitada.

Segundo o Estatuto do Idoso (Lei 10741/03), nos artigos 20 aos 25, o idoso tem direito à educação, respeitando a peculiar condição de sua idade. O poder público deve criar oportunidades de acesso do idoso à educação, havendo cursos especiais para que o mesmo integre-se à vida moderna, além de apoiar a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e publicações de livros e periódicos com conteúdos adequados à essa população. Diante disso, são necessárias políticas públicas que atendam as

demandas do segmento idoso, assegurando que direitos básicos à educação e cidadania sejam garantidos. No design, algumas soluções podem ser feitas de modo a promover uma mais inclusão do idoso, mesmo diante da barreira educacional. Vejamos na Tabela 3.4, algumas dessas ações que podem ser realizadas pelo designer:

**Tabela 3.4 - Barreiras educacionais e orientações ao projetista/designer**

<b>Barreiras</b>	<b>Descrição</b>	<b>Projetista/designer</b>
Alfabetização	Ainda é grande o número de adultos e idosos analfabetos ou semianalfabetos. Devido a idade, ao baixo grau de concentração, a leitura e o ensino da leitura podem ficar comprometidos.	Projetar em parceria com pedagogos jogos e ilustrações que facilitem a leitura e o entendimento de conteúdos complexos.
Ensino	Muitas vezes o método de ensino não é adequado para o idoso e sim para outras faixas etárias.	Através do design de serviços, estudar estratégias de melhoria no serviço de ensino e aprendizagem.

Fonte: Autor (2012).

A seguir veremos as barreiras tecnológicas e comunicacionais, que podem dificultar o acesso à população idosa à informação.

#### 3.1.1.4 Barreiras tecnológicas e comunicacionais

Uma das maiores barreiras encontradas pelo idoso que se soma às anteriormente citadas é a barreira tecnológica. Os avanços tecnológicos e a grande demanda de novas tecnologias que surgem ou se fundem, a cada dia, proporcionam uma avalanche de dados e informações que mesmo para os usuários mais experientes, se não acompanhadas, deixa-os para trás.

Para o idoso, as novas tecnologias podem ser grandes aliadas quando bem compreendidas e apresentadas. Todavia, a linguagem e os símbolos desse ambiente ainda são pouco identificados por essa faixa etária da população.

Um glossário digital, por exemplo, que incluiu palavras de língua estrangeira, em sua maioria inglesa, já é, por si só, uma dificuldade. Palavras como: *email, home page, site, download* entre outras, apesar de serem bastante difundidas atualmente ainda se apresentam como uma barreira para o idoso, que não acompanhou diretamente a evolução dessas tecnologias. Para este público, além de ambientar-se com o uso dessas palavras estrangeiras, ainda é preciso compreender a funcionalidade de cada uma delas dentro do contexto computacional.

Para Nielsen (2000), a acessibilidade deve ser o foco da produção para os meios digitais. O fato de a internet ser exposta a um acesso público global deve-nos fazer repensar quem são essas pessoas que terão contato com o conteúdo digital e quais suas necessidades nesse ambiente virtual, de onde acessam o que desejam e quais suas limitações. Os projetistas digitais deve sempre considerar os idosos em seus projetos.

Quando pensamos no idoso e levamos em consideração as suas necessidades, acabamos por atingir um vasto público, de diversas faixas etárias. Além disso, para Nielsen (2000), a acessibilidade deve ser a chave para a retomada da cidadania por essas pessoas. Ferramentas tais como leitores de ecrã para deficientes visuais, teclados virtuais para portadores de deficiência motora ou com dificuldades de coordenação motora, e sintetizadores de voz para pessoas com problemas de fala são um bom início desse processo, mas ainda são insuficientes.

A acessibilidade permite foco em questões como leiturabilidade e legibilidade. O primeiro trata da linguagem textual de fácil entendimento para um público global e o segundo trataria da facilidade de interpretação dos signos e seus significados e significantes. A representação dos símbolos, apesar de convencionais, nem sempre trazem consigo uma lógica. Por exemplo, o símbolo de uma “casinha” na barra de ferramentas de um navegador web é chamado de *home* e indica que, ao clicar, você vai para a página inicial. Mas qual a relação de casa com os seus significados

originais de lar, residência, moradia? Para os usuários com pouca experiência no ambiente, e especialmente o idoso, tal processo torna-se um dificultador.

Além das expressões virtuais, os textos e símbolos podem se tornar um problema para a inclusão do idoso nos meios digitais. Fontes com tamanhos muito pequenos ou símbolos quase ilegíveis o que promove uma dificuldade de leitura do conteúdo apresentado. Alguns sites e portais já dispõem do recurso de aumento ou diminuição do conteúdo podendo ser realizado pelo próprio usuário. Tais recursos permitem aos usuários idosos uma melhor qualidade de navegação facilitando sua legibilidade do conteúdo digital.

Entendemos que, se os projetistas buscassem atender as recomendações da WC3<sup>6</sup> (Consórcio de Teia de Alcance Mundial), organização que luta pela melhoria da acessibilidade nos ambientes virtuais, a vida do idoso seria muito melhor no processo de interação com as novas tecnologias (NIELSEN, 2000). Todavia esse processo ainda é recente e carece de um avanço considerado pelos projetistas do meio digital.

Migrando dos ambientes virtuais para os físicos, a comunicação também tem muito a melhorar no processo de inclusão do idoso, visto que os ambientes devem ser especialmente compreensíveis e bem sinalizados. Identificações claras em placas, texturas, mapas e sons devem ser utilizados para promoverem maior acessibilidade do idoso, a vegetação com suas colorações e perfume, causando sensações de cores e contraste, pode ser usada em favor da comunicação entre o ambiente e seus usuários (LIMA, 2004).

---

<sup>6</sup> O W3C (World Wide Web Consortium) é a principal organização de padronização de linguagens na internet. É um consórcio internacional com quase 400 membros, que reúne empresas, órgãos governamentais e organizações independentes com a finalidade de estabelecer padrões para a criação e a interpretação de conteúdos para a Web, de forma acessível a todos os usuários. Fundado por Tim Berners-Lee em 1994.



Segundo Lima (2004), paredes e pisos devem ter cores e materiais que possibilitem um contraste facilitando a circulação visto que os idosos têm dificuldade em visualizar limites espaciais quando acometidos por baixa visão, por exemplo. A preferência é que bancos de praças sejam posicionados um em frente para o outro revela Bins Ely et al. (2006), pois dessa forma facilitaria a leitura labial tanto por idosos quanto por deficientes auditivos.

Vejamos a seguir na Tabela 3.5 algumas propostas de ações que podem ser utilizadas por designers para promover um acesso de qualidade ao idoso ao ambiente virtual:

**Tabela 3.5 - Barreiras tecnológicas e comunicacionais e orientações ao projetista/designer**

<b>Barreiras</b>	<b>Descrição</b>	<b>Projetista/designer</b>
Teclado	O teclado hoje é visto em qualquer ambiente de acesso ao mundo virtual. Acesso a celulares, smartphones, tablets, computadores, terminal bancário, ou mesmo eletrodomésticos da linha branca como geladeiras e liquidificadores.	Desenvolver teclados com teclas maiores, redução da taxa de repetição, maior separação entre as teclas.
Touchscreen	Disponível em celulares, tablets, televisores, o touchscreen é uma tela sensível ao toque, onde as informações podem ser acessadas com o uso do dedo tocando na tela.	Função de redução de velocidade dos movimentos de acesso aos informações, maior separação dos ícones.
Celulares som da conversa telefonica	Muitas vezes até mesmo para os que não possuem uma perda auditiva, os sons das ligações de celulares mesmo no maior volume são insatisfatórios para a perfeita comunicação.	Aumento do ganho do volume dos celulares para ligações.
Linguagem cybernetica	A linguagem no ambiente virtual deixa muito a desejar, especialmente quem não faz parte de uma geração que se acostumou com essas expressões. Associar a home (casa) e o seu ícone com o conceito de início da página é um exemplo disso.	Desenvolver sites e sistemas online com maior acessibilidade através da ergonomia informacional. Uso de uma linguagem mais clara e direta, adaptada a cultura de leitura do meio digital.
Baixa visão, audição ou dificuldades com a fala	A perda visual, mesmo que baixa pode dificultar ao usuário idoso identificar ou encontrar o que se deseja. Outro fator a considerar é a dificuldade com a perda auditiva, mesmo que moderada, dificultando, por exemplo o diálogo audível por comunicação instantânea.	Uso de leitores de ecrã para deficientes ou baixa visão, sintetizadores de voz para auxílio nas comunicações por voz. Criação de páginas utilizando o W3C.

Fonte: Autor (2012).

### 3.1.2 O Poder público e a assistência ao idoso

O envelhecimento populacional mundial tem sido um crescente fator de preocupação social nas últimas décadas para sociólogos, antropólogos, educadores e demais pesquisadores nas diversas áreas correlatas. O estudo do fenômeno do envelhecimento populacional, fora batizado por Poll (2000) como, *Age Structural Transition* que em português ficou conhecido como TEE - Transição da Estrutura Etária. Tal estudo analisa circunstâncias que possam ter contribuído para esta ocorrência. Segundo o autor, o declínio da fecundidade e a migração são algumas das principais causas do fenômeno.

O rápido envelhecimento populacional brasileiro pode ser de certo ponto de vista explicado pelo TEE que sinaliza que tal ocorrência pode ser visível em diversas regiões do país, mesmo que o país esteja dividido em “extremas” desigualdades socioeconômicas e geográficas.

É importante para o Estado e a sociedade organizada a necessidade de repensar o tipo de atendimento que tal população vem recebendo, visto não ser de boa qualidade. Segundo Prado (2006), o que dificulta o processo de melhoria no atendimento à população idosa é a visão que parte da sociedade tem sobre a mesma. O autor afirma que a própria condição da grande maioria dos idosos, numa sociedade que tem se caracterizado por uma visão utilitarista do ser humano e onde as transformações ocorrem com muita velocidade, já o coloca numa posição de desvantagem.

A sociedade capitalista busca o novo, e o velho torna-se descartável; e embora tenha um discurso de valorização e respeito ao idoso, não possibilita a este igualdade na forma de tratamento e oportunidades de participação. Apesar dos avanços sociais quanto a construção de aparatos legais para proteção da população idosa, ainda assim esse setor da sociedade tem sofrido bastante. Arruda (1986) já se antecipava a Prado (2006) quando estabeleceu o conceito da “sociedade dos descartáveis” fazendo alusão ao tratamento social dado ao idoso já naquela época.

O conceito de “sociedade dos descartáveis”, como aquela que enaltece o produtivo e o novo é apresentada por Arruda (1986), para definir o papel secundário protagonizado pelos idosos. Tal pensamento continua atual e indica um desafio para a efetivação do artigo 3º parágrafo 4º da Política Nacional do Idoso: “o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política” (BRASIL, 1994).

O design comunga do mesmo pensamento exposto na Política Nacional do Idoso, apresentando sua visão vanguardista projetual através do uso de tecnologias assistidas, propondo ações de melhoria da qualidade de vida do idoso (EGYDIO et al., 2007).

Já para Bosi (2001), ao fazer uma análise sobre a velhice no Brasil, apresenta um fator mais que social, o político, onde o idoso na sociedade industrializada sofre por não ter mais “serventia”:

A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência a sua obra. Perdendo a força de trabalho ele já não é produtor e nem reprodutor. [...] O velho não participa da produção, não faz mais nada: deve ser tutelado como um menor. [...] Não se discute com o velho, não se confrontam opiniões com a dele, negando-lhes a oportunidade de desenvolver o que só se permite aos amigos: a alteridade, a contradição, o afrontamento, ou mesmo o conflito [...] Velho não pode votar, não é cidadão (BOSI, 2001, p.77).

Diante desse quadro de enorme complexidade, no entanto, ao invés de evoluirmos para um conceito e uma estratégia no sentido de constituir uma rede universal de proteção social que explicita o dever do Estado na garantia de direitos sociais, retrocedemos a uma concepção de que “o bem-estar e serviço de qualidade pertencem ao âmbito privado, ou seja, as famílias, a comunidade, as instituições religiosas e filantrópicas, devem responsabilizar-se por ele, numa ‘rede de solidariedade’ que possa proteger os mais pobres e os idosos.” (MONTAÑO, 2005, p. 12).

Concluimos que apesar dos estudos sobre envelhecimento populacional não serem recentes, visto que ocorre no Brasil desde a década de 40, o tema ainda carece de maior espaço para discursão na sociedade. Discretas são as medidas e tomadas de ações adotadas para planejar um novo país em face de tal realidade. Como decorrência dessa falta de conhecimento sobre o assunto pela população de uma forma geral permanece ainda grande o preconceito sofrido pelo idoso no Brasil (SCORTEGAGNA, 2010, p. 31-32).

O envelhecimento humano é um processo contínuo, o qual se inicia no feto e vai até a morte. Está diretamente relacionado a um processo biológico que envolve a deterioração progressiva das condições de saúde, e este resultando na diminuição da capacidade funcional do indivíduo. Mas, esta diminuição não depende apenas do avanço da idade, como também das características individuais, dos estilos de vida e das condições de trabalho (CAMARANO e PASINATO, 2008, p. 7).

O campo do design tem em sua origem a busca em suprir as necessidades humanas. Sua atitude projetual busca tornar a vida mais fácil, os objetos mais úteis e os processos e serviços mais inteligentes. Desse modo, não poderia ser diferente sua atitude diante dos entraves que a população idosa tem a enfrentar hoje e amanhã.

No próximo capítulo será apresentado o procedimento metodológico que será aplicado na pesquisa e a proposta da estrutura metodológica do design de serviços a ser usada no quinto capítulo da dissertação.

## CAPÍTULO IV

---

### ESTUDO DE CASO

## CAPÍTULO IV

### ESTUDO DE CASO

Iniciamos o estudo de caso dividindo-o em duas fases, conforme a metodologia anteriormente explicada no capítulo primeiro desta dissertação:

- Fase 1 – Levantamento dos dados *In Loco*
- Fase 2 – Aplicação da Metodologia do design de serviços

#### 4.1 FASE 1 - LEVANTAMENTO DOS DADOS *IN LOCO*

##### 4.1.1 Informações sobre o local da pesquisa

A recepção do Ambulatório de Geriatria, Nutrição e Neurociências do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto, do Complexo Hospitalar Universitário Prof<sup>o</sup> Edgar Santos – HUPES é o local desta pesquisa. O complexo compreende o Hospital e o Pavilhão dos Ambulatórios como pode ser visto na Figura 4.1 onde o ponto “A”, refere-se ao Hospital das Clínicas e o ponto “B” ao Pavilhão dos Ambulatórios.

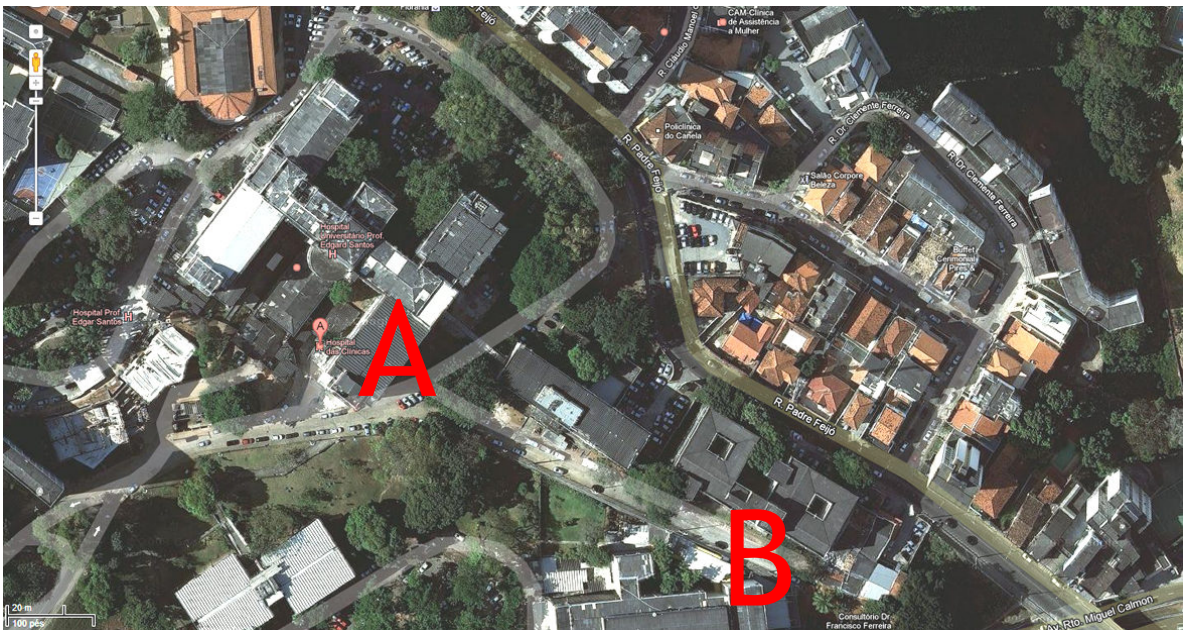


Figura 4.1 – Vista aérea do Hospital das Clínicas e do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto.

Fonte: Google Maps (2012).

O Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto destina-se ao atendimento à população em geral, tendo como base filosófica um atendimento multiprofissional e interdisciplinar, servindo como um ambulatório especializado para todo o estado da Bahia. O pavilhão conta com os seguintes ambulatórios e suas especialidades:

- **Ambulatório de Nutrição/Obesidade:** São realizados atendimentos nutricionais às pessoas portadoras de obesidade, grau III ou grave;
- **Ambulatório de Nutrição/Gastroenterologia:** Atendimento especializado para pacientes que apresentem enfermidade do aparelho digestivo;
- **Ambulatório de Geriatria/Nutrição:** Atendimento à população com idade igual ou superior a 60 anos;
- **Ambulatório de Nutrição/Diabetes Mellitus:** Atendimentos nutricionais aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2;
- **Ambulatório de Nutrição/Hepatologia:** Assistência nutricional a pacientes encaminhados pelo Ambulatório de Hepatologia e outros Ambulatórios;
- **Ambulatório de Nutrição/Nefrolitíase:** Assistência nutricional em nível primário e secundário a pacientes de qualquer faixa etária;
- **Ambulatório de Nutrição/Hipertensão Arterial:** São atendidos pacientes com HAS;
- **Ambulatório de Nutrição do Adulto:** São atendidos em parceria com a FAMED pacientes portadores de transtornos alimentares: Anorexia, Bulimia, Transtornos da Compulsão periódicos e Obesidade Grau I e II.

A presente pesquisa se concentrará na Recepção do Ambulatório de Geriatria, Nutrição e Neurociências, na ALA 1, do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto. Os contatos e acessos para a pesquisa foram intermediados pelo Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Ailton de Souza Melo, pesquisador na área de Saúde do Idoso, Coordenador do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Divisão de Neurologia e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFBA, com escritório no HUPES. Tal contato foi de fundamental importância para a realização da pesquisa e para tomar nota dos primeiros dados sobre o local e sobre as necessidades dos pacientes idosos do

Ambulatório. A Figura 4.2, mostra-nos a entrada de acesso ao Pavilhão onde se concentram seus oito ambulatórios.



Figura 4.2 - Faixada do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto.

Fonte: Autor (2012).

O Hospital Universitário Prof. Edgard Santos (HUPES) pertence à rede de Hospitais próprios do Ministério de Educação e Cultura do Brasil - MEC. Foi criado como Hospital das Clínicas em 1948, passando a funcionar apenas em 1949. Inicialmente denominado Prof. Edgard Santos pela Lei 4.226, de 23.05.63, passou a ter o atual nome Hospital Universitário Prof. Edgard Santos por meio da Lei 7.696, de 20.12.88.

Após o decreto No. 62.241, de 6 de fevereiro de 1968, o Complexo Hospitalar passou a ser mantido como órgão suplementar da Universidade Federal da Bahia e vinculado à Faculdade de Medicina, conforme resolução do Conselho Universitário No. 157/69, de 14.11.69. O HUPES é regido pelo disposto no Estatuto e no Regimento Geral da UFBA e no seu próprio regimento.

Em Setembro de 1996 foi inaugurado o Pavilhão de Ambulatórios Professor Magalhães Neto, prédio anexo ao Hospital (Figura 4.1; Figura 4.2). O Ambulatório de



Geriatria recebe mais de 200 pacientes por dia, uma média de mais de 4,5 mil pacientes por mês.

#### 4.1.2 Pesquisa de campo e entrevistas

As pesquisas de campo na recepção (Figura 4.3) do ambulatório foram realizadas no período de 21 de novembro à 17 de dezembro de 2012. As visitas foram divididas da seguinte forma:

- 21/11 (quarta-feira) – Entrevista a paciente e Observação Estruturada;
- 22/11 (quinta-feira) – Medição do Espaço Físico do Atendimento;
- 26/11 (segunda-feira) – Observação Estruturada e Registro Fotográfico/Vídeo;
- 28/11 (quarta-feira) – Entrevista a pacientes;
- 05/12 (segunda-feira) – Entrevista a paciente;
- 12/12 (quarta-feira) – Observação Estruturada do Posto de Trabalho; e
- 17/12 (segunda-feira) – Observação Estruturada do Posto de Trabalho.



Figura 4.3 – Sala da recepção do Ambulatório de Geriatria. Fonte: Autor (2012).

Como pode ser visto na Figura 4.3, a superlotação é um problema presente no ambulatório. Muitas pessoas precisam ficar em pé durante o período de espera do

atendimento. Duas recepcionistas se revezam para dar atendimento aos pacientes e médicos.

As entrevistas com os pacientes foram de fundamental importância para a pesquisa, pois permitiu um aprofundamento no ambiente de atendimento do ponto de vista do paciente, entendendo suas necessidades, ansiedade e interesses. Foram realizadas conversas informais e entrevistas estruturadas.

Por orientação da direção do HUPES, não foram autorizadas entrevistas com as recepcionistas, o que obrigou a tomada de providências alternativas para a continuação da pesquisa, sem, contudo comprometer o resultado final da coleta dos dados da mesma. Adotou-se, observação estruturada e análise da tarefa do ambiente em questão, para analisar a tarefa das atendedoras, conhecida no âmbito do design de serviços como *Walkthrough Cognitive*.

A partir dos dados coletados, foi possível identificar algumas características importantes no local do atendimento, que foram subdivididas em três grupos, para melhor entendimento:

- a) características dos pacientes;
- b) características da estrutura física do atendimento;
- c) características do processo de atendimento.

#### **4.1.3 Características dos pacientes**

Os pacientes e acompanhantes atendidos no Ambulatório da ALA 1 são em sua maioria idosos, correspondendo a 65% por atendimento da ALA 1, segundo dados do próprio Ambulatório. É nesta ALA que funcionam as especialidades de Geriatria, Nutrição e Neurociências do Ambulatório. Foi identificado na pesquisa com a administração do hospital e nas entrevistas com os pacientes um baixo nível socioeconômico e escolaridade entre os pacientes. Além dos cuidados especiais que devem ser concedidos aos idosos, a baixa escolaridade contribui para a necessidade

de maior atenção aos pacientes, o que nem sempre é possível como poderia ser em função do alto fluxo de pacientes a serem atendidos.

Como a grande parte da população baiana, os pacientes são em sua maioria afro-descendentes e de baixo nível socioeconômico, segundo dados fornecidos pelo próprio hospital, confirmado em nossa Pesquisa de Observação Estruturada. Deslocam-se de toda a parte do estado, mas a principal demanda ainda é da capital baiana e da área chamada “Grande Salvador”, compreendendo, além da capital baiana, os municípios de Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz.

Conforme as observações realizadas, através da pesquisa, um terço dos pacientes chega acompanhado por filhos, parentes ou cuidadores. É comum ver cadeirantes e portadores de necessidades especiais se locomoverem sozinhos até o ambulatório. É importante salientar que apesar da inclinação adequada das rampas de acesso, em grande parte delas não há corrimãos para facilitar o descolamento de idosos e cadeirantes, visto que as rampas são longas, medindo mais de dez metros de comprimento. Para um idoso, uma parada para descanso é quase inevitável e o apoio muitas vezes é feito na parede da rampa.

#### **4.1.4 Características da estrutura física do atendimento**

Segundo dados adquiridos por meio da pesquisa de campo, os usuários do serviço de atendimento do Ambulatório Pesquisado se desloca de sua residência até o atendimento através de quatro formas:

1. **Transporte coletivo** – Cerca de 66% dos entrevistados se deslocam até a unidade de saúde fazendo uso do transporte coletivo, em vans e ônibus;
2. **Transporte particular ou serviço terceirizado** – Cerca de 14% dos entrevistados são oriundos do transporte particular ou alugam serviços terceirizados como taxi para o deslocamento ao ambulatório;

3. **Transporte municipal de saúde** - Quantidade igual aos que vêm em transporte particular ou serviço terceirizado (14%) são pacientes oriundos de municípios da Grande Salvador e região. Outros são trazidos por transporte ambulatorial do próprio município de Salvador e governo do estado;
4. **À pé** - 6% corresponde ao numero de pacientes que se deslocam de suas residências até a unidade de atendimento.

Os dados acima descritos podem ser melhor exemplificados através da Figura 4.4, mostrada a seguir:

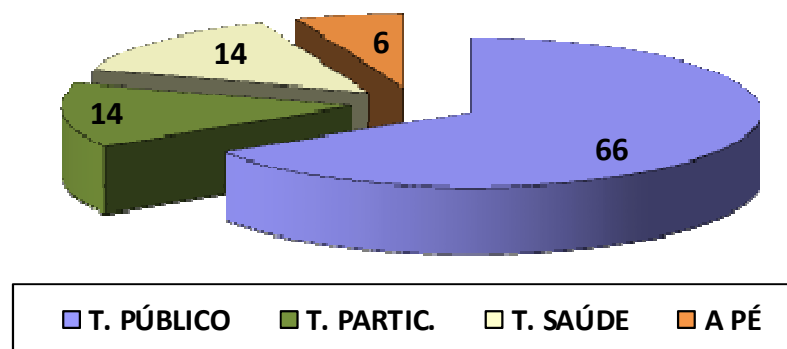


Figura 4.4 - Gráfico de acesso dos pacientes ao Ambulatório. - Fonte: Autor (2012)

Vale ressaltar que o desembarque de passageiros ocorre nos pontos de ônibus mais próximos ao Ambulatório, o que, ainda assim, exige dos pacientes o deslocamento pelas calçadas, inadequadas para o transito da população, especialmente a idosa.

A Figura 4.5, apresenta uma visão geral dos dois locais de desembarque mais próximos ao Ambulatório (Ponto B), de passageiros oriundos da Av. Sete de Setembro ou Campo Grande, sentido Ambulatório, representado pelo ponto "A", e os que chegam no sentido Vale do Canela, Av. Centenário. No ponto "A", temos a Reitoria da UFBA e a entrada principal do Hospital das Clínicas. No ponto "C", temos a Creche UFBA e o acesso superior à Escola de Educação da UFBA.

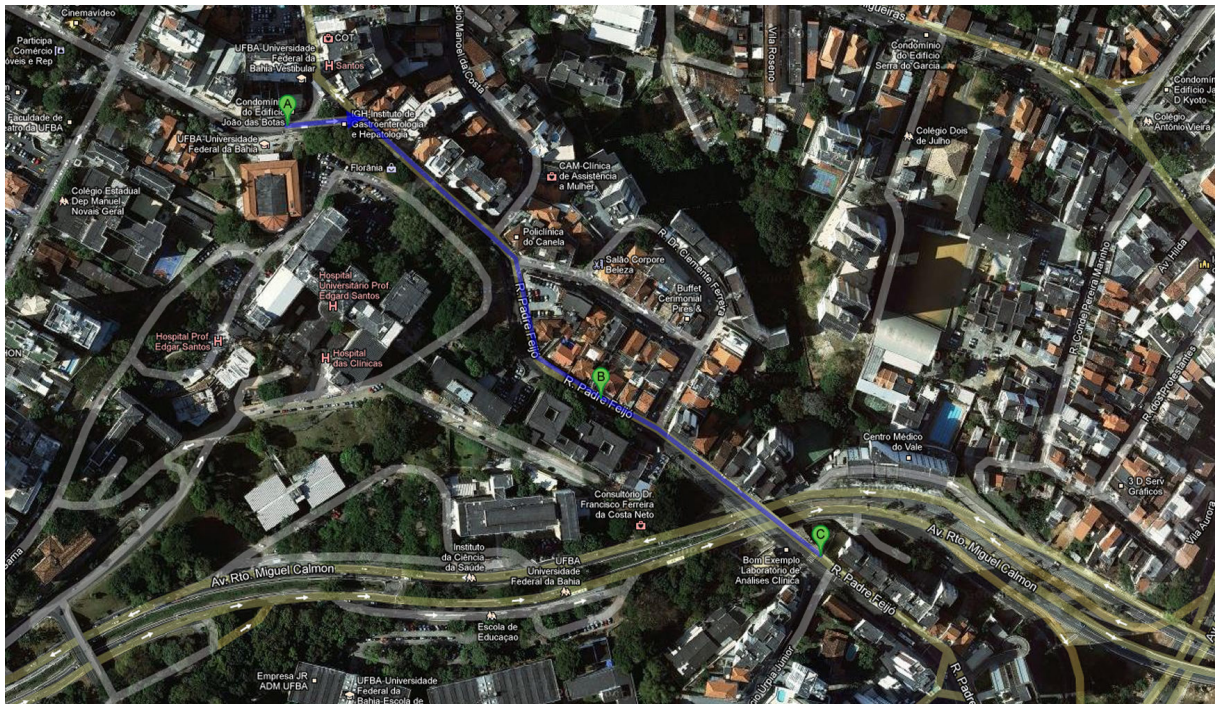


Figura 4.5 – Visão geral do Complexo Hospitalar Edgar Santos. Fonte: Autor (2012).

Os pontos “A” e “C” são respectivamente os locais de desembarque mais próximos do Ambulatório, normalmente percorridos a pé, com a distância de 170m, segundo dados via satélite do Google Mapas (GOOGLE MAPAS, 2013).

Como pode ser visto na Figura 4.6, para uma população idosa, mesmo não se apresentando como uma grande distância, essa medida pode ser bastante penosa considerando a situação em que se encontram as nossas calçadas, nosso trânsito e as demais barreiras enfrentadas pelos idosos até o local do atendimento.

Entendemos que a tarefa de melhoria do atendimento público de saúde não reside apenas em ter uma local de atendimento, promovendo à população acesso a ele, mas sobressai a essa questão ao promover acessibilidade ao local de atendimento.

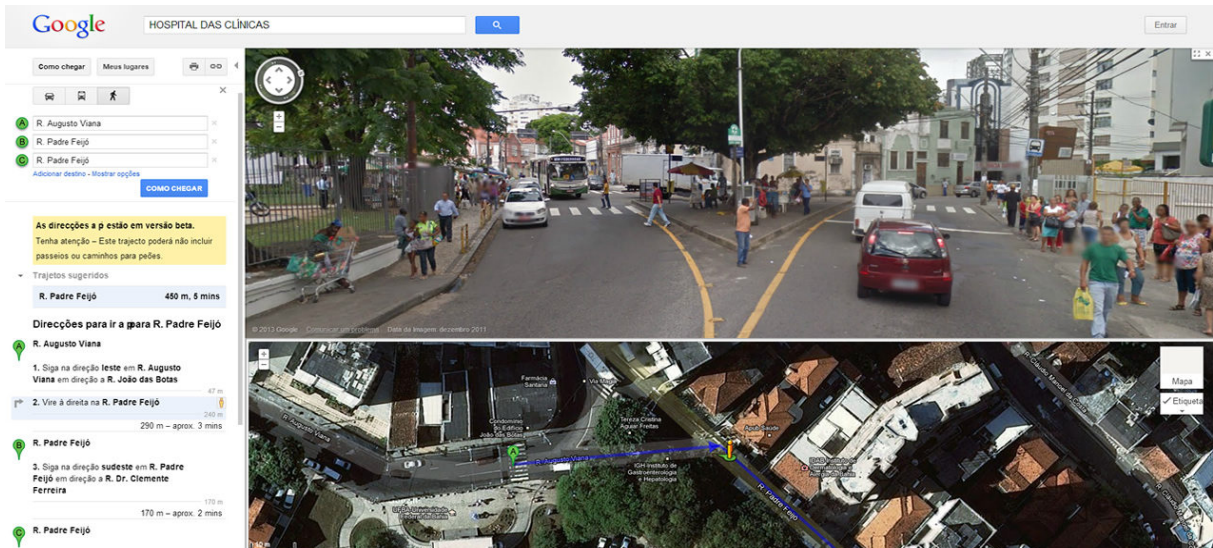


Figura 4.6 – Acesso ao Ambulatório via Rua Augusto Viana.  
 Fonte: (modificado – Google Mapas, 2013).

Pelo fato do Ambulatório se localizar no meio da ladeira na Rua Padre Feijó, vê-se agravada a preocupação quanto ao acesso ao local do atendimento, já que tanto a descida para o local de atendimento (Figura 4.6), quanto a subida (Figura 4.7) carecem de cuidados especiais que permitam a acessibilidade da população idosa, o que não vem acontecendo, como veremos a seguir.



Figura 4.7 - Acesso ao Ambulatório via Rua Padre Feijó.  
 Fonte: (modificado – Google Mapas, 2013).

Os desníveis nas calçadas de acesso ao local são um risco para a população idosa, que acaba buscando atalhos para se desviar deles, assim como de declives (ver Figura 4.8), oriundos do desgaste dos materiais utilizados para a construção das calçadas, pela ação do tempo e pela falta de manutenção preventiva.



Figura 4.8 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 1. Fonte: Autor (2012).

Outra razão para a existência desses desníveis se dá pela atividade das concessionárias de água, esgoto e telefonia que realizam intervenções e ao concluí-las não repõem adequadamente a forma original das calçadas, como pode ser observado no canto inferior esquerdo da Figura 4.9.



Figura 4.9 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 2. Fonte: Autor (2012).

Uma situação muito comum para a existência de desnível, na região é quando a calçada é interrompida para dar espaço à entrada da alguma garagem.

Dois exemplos dessa realidade podem ser vistos na Figura 4.10 e a na Figura 4.11



Figura 4.10 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 3. Fonte: Autor (2012).

Tais situações ocorrem em calçadas opostas, quase uma em frente à outra. Caso o paciente venha por qualquer das duas calçadas da para ter acesso ao Ambulatório, quase inevitavelmente, se deparará com tal situação.



Figura 4.11 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 4. Fonte: Autor (2012).



Em alguns trechos, de menos de 30 metros, encontramos até quatro desníveis, como pode ser visto na Figura 4.12, aumentando o nível de dificuldade no deslocamento dos transeuntes, pelo local.



Figura 4.12 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 5. Fonte: Autor (2012).

Tais situações tornam-se mais preocupantes, quando consideramos a presença não apenas do idoso, mas também do usuário de muletas (ver Figura 4.13 e Figura 4.14) ou um cadeirante.



Figura 4.13 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 6. Fonte: Autor (2012).



Figura 4.14 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 7. Fonte: Autor (2012).

Outro agravante é a formação de buracos nas calçadas, formados pela ação do tempo e pela lentidão no processo de manutenção das calçadas. Existem buracos que tomam quase que a calçada inteira como pode ser vistos na Figura 4.15, que mesmo isolados, como no exemplo apresentado a seguir, pela sua extensão, acabam dificultando a passagem pelo local.



Figura 4.15 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 8. Fonte: Autor (2012).

Outra questão a ser apresentada é a não uniformidade das calçadas, quanto ao material utilizado para sua construção. Em alguns trechos vemos a presença de calçadas de cimento e, em outros, calçadas de pedras portuguesas. Essas últimas tendem a formar com maior facilidade os buracos com o deslocamento das pedras (ver Figura 4.16).

Basta o deslocamento de apenas uma pedra, para que, com a ação do tempo e o deslocamento das pessoas sobre a calçada, outras pedras se soltem. Algumas dessas pedras chegam até a se posicionarem entre a pista de asfalto e batente da calçada, podendo originar problemas até mesmo para o transito de carros.



Figura 4.16 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 9. Fonte: Autor (2012).

Mesmo na porta do Ambulatório é possível ver os desníveis e mais buracos nas calçadas, como mostra a Figura 4.18:



Figura 4.17 - Problemas de Acessibilidade ao Ambulatório exemplo 10. Fonte: Autor (2012).

Outro fator que contribui para o desgaste das calçadas de acesso ao ambulatório é a presença dos carros, que utilizam o pequeno estacionamento (ver Figura 4.18).



Figura 4.18 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 11. Fonte: Autor (2012).

Como o tipo de calçada do ambulatório, que utiliza pedras portuguesas não foi feito para esse forte atrito do peso dos carros, além dos buracos é constante a presença de emendas de cimento para tentar amenizar o problema junto as calçadas. A Figura 4.19 mostra essa realizada.

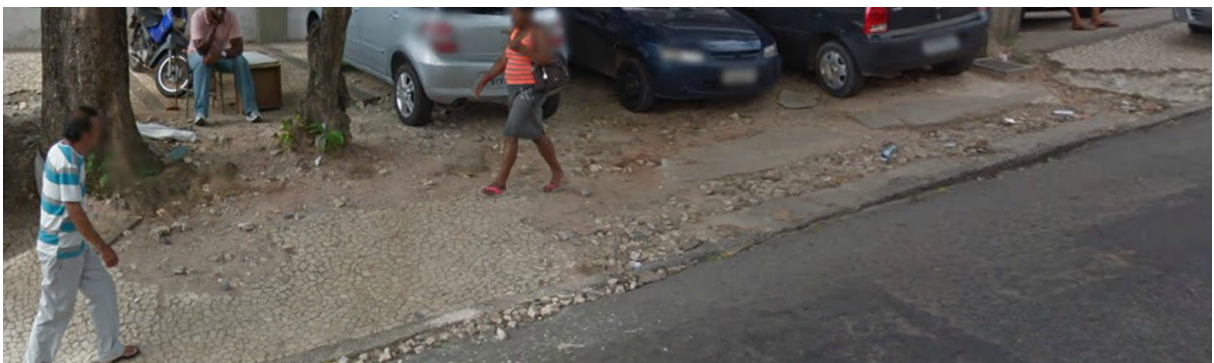


Figura 4.19 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 12. Fonte: Autor (2012).

Outro problema enfrentado pelos pacientes para terem acesso ao Ambulatório é o uso por carros de particulares e até mesmo públicos da calçada de acesso ao ambulatório como local de estacionamento provisório (ver Figura 4.20).



Figura 4.20 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 13. Fonte: Autor (2012).

Tal procedimento além de acelerar o processo de deterioração da calçada, dificulta o acesso dos pedestres, quando não bloqueia totalmente o acesso de cadeirantes e usuários de muletas que acabam muitas vezes tendo que arriscar-se na pista para seguir seu percurso como pode ser visto na Figura 4.21.



Figura 4.21 - Problemas de acessibilidade ao Ambulatório exemplo 14. Fonte: Autor (2012).

É nesse contexto que chegamos ao Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto. Após ter acesso a recepção principal da unidade, onde existe a presença costumeira dois seguranças e três recepcionistas que se reparam, temos acesso a ALA 1, através da rampa (ver Figura 4.22) que liga a recepção principal, onde são dadas as instruções gerais e a recepção do Ambulatório de Geriatria, Nutrição e Neurociências, nosso local principal de pesquisa.



Figura 4.22 - Rampa de acesso à recepção do Ambulatório de Geriatria. Fonte: Autor (2012).

Apesar da existência de elevadores para acesso aos andares, a rampa é ainda o melhor meio de acesso. Vale ressaltar que nos dias em que foram realizadas as observações estruturadas, apenas um elevador funcionava e o seu posicionamento não favorece a quem deseja utilizar o Ambulatório de Geriatria, Nutrição e Neurociências. Apesar da rampa de acesso ao Ambulatório ter uma inclinação adequada para o deslocamento de pacientes, observa-se a ausência de corrimões para apoio e descanso durante a subida. Foi observada a presença de pacientes descansando no meio da rampa se sustentando apenas na parede lisa. Ademais, foi observado um cadeirante pedindo ajuda aos que passavam no local para se segurar, de modo que pudesse descansar no meio da rampa. Entendemos desse modo, que a existência de um corrimão ajudaria bastante nesse processo de acessibilidade.

Inaugurado em 1996, o ambulatório já apresenta sinais de desgaste e necessidade de reparos e reformas urgentes. Ao chegar ao Ambulatório de Geriatria fora possível identificar um forte odor devido aos sanitários, situados próximos a recepção não apresentarem adequada circulação de ar ou exaustão. A recepção do Ambulatório também não apresentava refrigeração durante os dias em que foram realizadas as visitas de observação.

Tal situação de carência na refrigeração foi sinalizada pelos entrevistados, que sugeriram até mesmo a instalação de simples ventiladores: “[...] ventilador, [...] tem muita gente, né?” (ENTREVISTADO B). Ideia que é compartilhada por outros entrevistados.

O Entrevistado E (2013), por exemplo, comenta: “[...] banheiro tá precário a limpeza, precisando de reforma; não tem ventilação aqui [...] Nem que não tivesse ar condicionado, mas ventilador.”

Já o Entrevistado E, ao se mudar de posição na recepção, sendo questionado sobre a proposta de melhorias no sanitário e na refrigeração, afirma: “[...] Ah! Precisa sim. Tipo assim. Tudo bem que está pegando esse arzinho aqui tá quente. Eu vim para aqui porque tá mais fresquinha.” (ENTREVISTADO D, 2013).

Na recepção do Ambulatório de Geriatria existem dois sanitários, um masculino e outro feminino, compostos de dois ambientes, separados por uma porta, um com uma pia e o outro com o vaso sanitário.

Segundo o Entrevistado E (2013), a sinalização é um problema a ser solucionado, especialmente na área dos sanitários: “Tá um pouco precário [...] Tá. Precisando melhorar”. Mesmo pensamento apresentado pelo Entrevistado B.

Apesar de terem sido observados dois sanitários, não havia, nos dias da pesquisa de campo de observação, a indicação de qual era para uso exclusivo masculino e qual

para uso exclusivo feminino. A falta de indicação leva a alguns pacientes a pensarem que havia apenas um sanitário e que a outra porta corresponderia algum tipo de depósito:

Essa aí é a parte que eu... E também a relação banheiro aqui. Banheiro aqui, a parte de banheiro aqui tá péssima [...] Separado também, né? Masculino e feminino. (ENTREVISTADO B, 2013)

Ainda com relação aos sanitários, outro entrevistado complementa:

É, o banheiro. O banheiro devia mudar. Eu acho. Ali mesmo, por exemplo, está masculino e feminino junto, né? Acho que podia ser uma coisa separada. (ENTREVISTADO D, 2013)

É perceptível na Figura 4.24 o estado de abandono do local. Não havia iluminação em nenhum dos ambientes do banheiro masculino no período da pesquisa. A imagem “A” indica a ausência do bocal e a presença de fios expostos onde deveria estar uma luminária com lâmpada, no ambiente onde se encontra o vaso sanitário. Ainda nesse ambiente, com a porta fechada, imagem “B”, é possível ter uma noção de como fica o primeiro ambiente, imagem “C”, onde está a pia, quando a porta principal do banheiro e a porta do segundo ambiente estão fechadas. Total escuridão, dificultando a atividade de lavar as mãos.



Figura 4.23 - Sanitários da recepção de atendimento do Ambulatório. Fonte: Autor (2012).



Não há adaptação do local para o uso por portadores de necessidades especiais. A Figura 4.24 revela a ausência de barras de apoio para cadeirantes ou idosos com dificuldades de locomoção, assim como a presença de um vaso não adaptado para tais necessidades.



Figura 4.24 – Ausência sistema de apoio nos sanitários. Fonte: Autor (2012).

É impossível ao cadeirante ou a um idoso com muletas conseguir se deslocar dentro dos dois ambientes do sanitário (Figura 4.24), especialmente no segundo ambiente onde fica o vaso sanitário.

Outra questão sinalizada pelos entrevistados durante a pesquisa de campo foi em relação aos filtros e bebedouros: “[...] a questão é a água. Que eu já vi que os filtros são [interrupção para a entrevistada atender ao telefone] O filtro da [...] Os filtros de água são vencidos na maioria” (ENTREVISTADO E, 2013).

Ainda neste sentido, outro paciente comenta:

E também a questão de água. Você beber água. Eu sei que os bebedores, aqui mesmo nessa parte aqui ta sem bebedor. Aí, você fica com sede, tem que ir lá embaixo. Ai você pode ir lá na frente beber água, quando voltar você foi chamado e você não viu. Ai, essa parte aqui [...] (ENTREVISTADO B, 2013).

A Figura 4.25, mostra uma realidade identificada em todos os dias em que visitamos a unidade de saúde: a superlotação, ausência de assentos suficientes para o número de atendimento, a presença de pacientes/acompanhantes próximos ou encostados nas portas dos banheiros, dificultando o acesso ao local, tanto para quem quer entrar no sanitário quanto para quem deseja sair.



Figura 4.25 - Superlotação no atendimento. Fonte: Autor (2012).

Durante entrevista, o Entrevistado E, que trouxe sua mãe paciente do ambulatório para atendimento, pôde-se ter uma noção da situação dos mobiliários de assentos da recepção, quando uma outra paciente foi procurar um lugar para sentar e se deparou com uma cadeira sem encosto e com o assento improvisado com um pedaço de madeira:

Ela agora foi pegar uma cadeira, olha só o estado da cadeira! Isso, essa questão de administração. Tá faltando isso. É. Mas aqui sempre foi assim. Né? A reforma já tem mais de 5 anos (risos) [...] Vamos ver

se esse governo acabar, se vai se assim (risos) [...] Daqui a dois anos quando entrar o próximo, ninguém sabe, né? (ENTREVISTADO E, 2013).

Apesar de compartilhar a necessidade de uma melhoria no mobiliário da recepção, o Entrevistado B, lembra que a população precisa contribuir com a conservação do bem público:

Às vezes tem muita gente, né? [...] E não tem muita cadeira. Tem muita gente e não tem muita cadeira. Deveria ter mais, né? Agora, eu acho também que deveria ter uma fiscalização relacionada ao, ao equipamento que a gente usa, porque a população, na verdade, não tem cuidado com as coisas. E as pessoas fiscalizar para poder fazer com que a população tivesse mais cuidado com, com, com os equipamentos públicos de modo geral. E eu falo isso porque eu vejo as pessoas quebrando as coisas e não só não só os paciente, não. Às vezes até funcionário também, viu? Tem funcionário também que quebra as coisas. (ENTREVISTADO B, 2013).

A seguir podemos ter uma noção da superlotação da recepção do Ambulatório nos momentos de pico nos dias de atendimento.

Tal superlotação ocasiona a necessidade das pessoas se acomodarem nos degraus e rampas de acesso ao Ambulatório (ver Figura 4.26), dificultando a circulação dos demais pacientes, médicos e funcionários que utilizam as rampas para transitarem de um ambiente para outro.



Figura 4.26 – Pacientes aguardam atendimento na rampa de acesso aos andares. Fonte: Autor (2012).

Quando o número de pacientes excede a capacidade da recepção, alguns pacientes e acompanhantes passam a improvisar um local de acomodação, e acabam sentando nos degraus de acesso ao andar superior, como pode ser visto na Figura 4.27:



Figura 4.27 - Pacientes acomodados nos degraus. Fonte: Autor (2012).

Foi identificada, também, a ausência de um assento em um dos bancos improvisado com o uso de uma peça de madeira, o que compromete a segurança e bem-estar dos pacientes.

Sabemos que questões ligadas à superlotação dos serviços de atendimento de saúde é uma realidade em todo o país. O que nos leva a pensar na necessidade de se desenvolver uma ampliação do número de unidades de atendimento, uma questão que passa por um viés político e governamental.

Questionado com relação a autonomia concedida ao gestor público na área de saúde quanto a realização de melhorias físicas em uma unidade de saúde, o Entrevistado F, especialista em saúde pública, informou-nos como ocorre esse processo de liberação:

Todo gasto não só em saúde, mas todo gasto na área pública, tem que estar condicionado à previsão legal. Que esteja lá no orçamento, na lei orçamentária, no plano plurianual. Se tiver previsto a orçamentação para isso, aí a gente tem os repasses da saúde, e eles se dividem de duas formas: Repasse para Custeio e Repasse para Investimento. As verbas que vem mensalmente, para custeio da saúde, não podem ser utilizadas em ampliação de unidade, não pode ser utilizada em construção de novas unidades. Pode ser utilizada até em reformas. Já os recursos públicos tanto municipais, quanto estaduais, desde que previsto no orçamento, eles podem sim ser utilizados para isso (ENTREVISTADO F, 2013).

Quanto à delimitação e descrição do tipo de reformas ou reparos que possam ser realizados por um gestor público em uma unidade saúde, o Entrevistado F, informou-nos que:

Não. Não existe limite. A gente tem alguns projetos hoje no Ministério, de reforma de unidade de base. Que o Ministério, de acordo com a previsão do que vai ser reformado em cada unidade, ele repassa o recurso, e o município executa aquela obra. Tem recurso também de aumento, no caso de ampliação de unidade de saúde, tem recurso de construção. Agora assim: todo projeto, tanto de reforma quanto de ampliação e a própria construção de unidade, tem que seguir norma técnica. Tem legislação sanitária, tem as normas dos ministérios respectivos, que orientam como cada [...] as normas de ergonomia, de acessibilidade, e tem a legislação sanitária que estabelece através das chamadas RDCs, como uma unidade tem que estar preparada para acolher um determinado atendimento. (ENTREVISTADO F, 2013).

Outro questionamento feito ao especialista em gestão da saúde pública foi quanto a existência de órgãos que fiscalizam o serviço de atendimento público na área de saúde:

Tudo que é feito na área de saúde, tudo que é realizado, ele vai desembocar numa coisa que a gente chama de indicadores de saúde. Esses indicadores de saúde, eles são medidos pelo Ministério da Saúde anualmente e não só anualmente. Periodicamente existe essa avaliação e isso é reportado, os ministérios também fazem o seu controle e avaliação. A comprovação do que é feito é com base nesses indicadores de saúde. O município tem metas que pactuam e isso aí é

avaliado periodicamente. A obrigatoriedade legal é que o município faça um relatório, chamado relatório de gestão, em que ele vai apontar as metas que ele pactuou de acordo com o que estava previsto no outro instrumento chamado Plano Municipal de Saúde. No plano você define o que você vai fazer. Este plano tem que ter a aprovação da comunidade, através do Conselho Municipal de Saúde, e no relatório você tem que dizer daquele plano, o que você atingiu, o que não atingiu, que não é atingido. Lógico tudo associado à programação orçamentária também que existe no município através da lei orçamentária anual, da lei de diretrizes orçamentária e do ano, do PPA. (ENTREVISTADO F, 2013).

Por fim, o especialista em saúde pública foi indagado sobre a existência de algum órgão ou entidade que cobre do gestor público o cumprimento dos direitos do idoso dentro do processo do atendimento público em saúde:

Bem, hoje, a gente tem diversas políticas que são implementadas no Ministério. Tanto de atenção à saúde materno infantil, quanto ao idoso, ao adolescente, e tem áreas específicas, como controle de hipertensão e diabetes, de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, então a gente tem áreas, urgência e emergência. Então em cada uma dessas áreas, o idoso vai estar inserido. Lógico que a gente tem uma política também em atenção à saúde do idoso, que é voltada para aquelas doenças relativa ao próprio envelhecimento da população. Tínhamos até um indicador de saúde que é taxa de hospitalização por fratura de fêmur. Temos uma taxa de internação por AVC. Então, a gente tem uma série de indicadores. Esses indicadores, conforme eu falei, são medidos e avaliados no decorrer de cada período e isso aí que faz a aferição se um município, ou se uma localidade, estado, ele está bem em relação a indicadores, em relação ao atendimento à saúde da mulher, da criança, do idoso. (ENTREVISTADO F, 2013).

A seguir, apresentam-se os dados coletados através das entrevistas e pesquisa de observação quanto ao processo de atendimento do Ambulatório.

#### **4.1.5 Características do processo de atendimento**

O processo de atendimento é composto por recepcionistas, que se revezam. Foi observado que o posto de trabalho além de não ser ergonômico, comprometendo a

saúde postural das atendentes, compromete também a saúde dos pacientes, que precisam, muitas vezes, inclinar-se para conversar com a recepcionista que atende sentada no nível da mesa. Na ausência de um balcão de atendimento, três mesas de escritório foram adaptadas para a função.

Ao se aproximar da mesa de atendimento para obter informações, ou dar entrada no processo de atendimento, os pacientes tendem a se curvar para falarem com as recepcionistas, que estão sentadas na maioria das vezes (ver Figura 4.28).

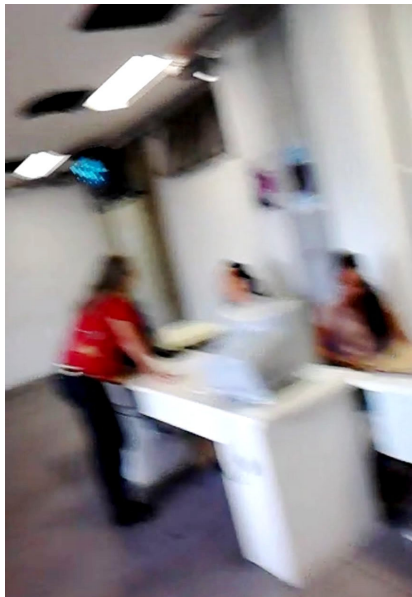


Figura 4.28 - Problemas de ergonomia no balcão da recepção – exemplo 1. Fonte: Autor (2012).

Aqueles que precisam obter alguma informação na recepção não contam com uma cadeira para sentar e conversar com a recepcionista, comprometendo sua postura.

O sistema de atendimento é realizado por meio da entrega da requisição do paciente na mesa da recepção. A partir desse momento, a recepcionista transcreve os dados da requisição para uma folha de papel, listando, por ordem de chegada, a sequência de atendimento. Existe uma ficha para cada especialidade a ser atendida no dia. Após a chegada do médico plantonista, os nomes são chamados e as pessoas encaminhadas

às salas de consultório para atendimento. A saída do paciente indica à recepção a liberação para a chamada do paciente seguinte.

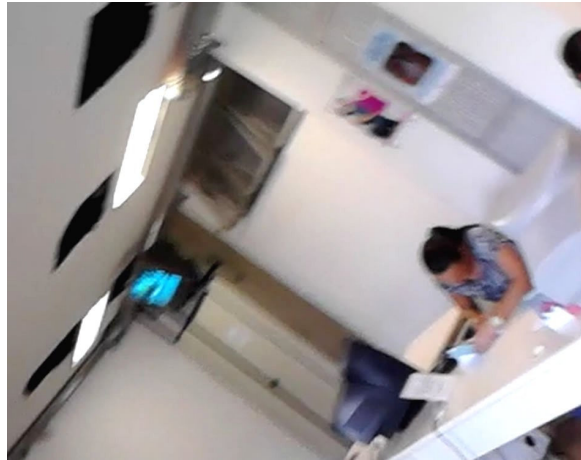


Figura 4.29 - Problemas de ergonomia no balcão da recepção – exemplo 2. – Fonte: Autor (2012).

Paralelos ao processo de organização do acesso dos pacientes às salas de atendimento ocorrem atividades de cadastro e registro de dados, sendo realizados pelas recepcionistas através de pasta de fichários. Não há um planejamento adequado para o armazenamento das pastas dos pacientes, sendo as mesmas empilhadas de forma improvisada no ambiente da recepção.

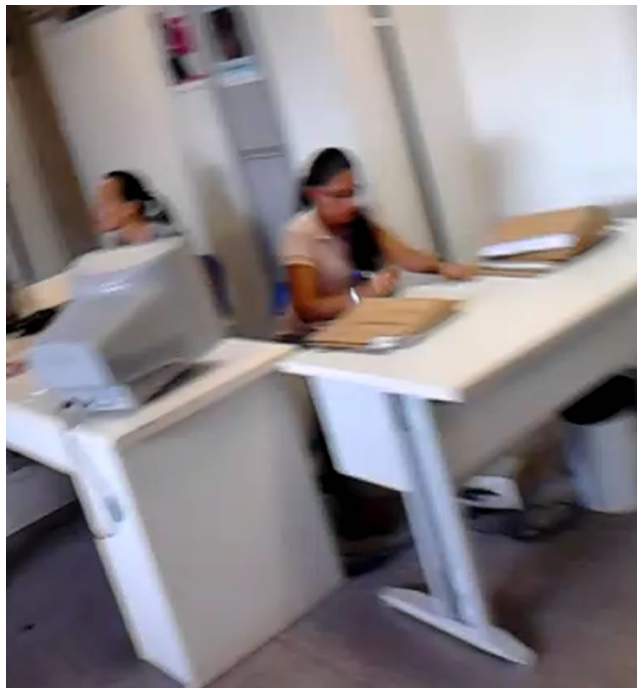


Figura 4.30 - Problemas de ergonomia no balcão da recepção – exemplo 3. Fonte: Autor (2012).



Outro fator observado é o acesso facilitado dos pacientes e acompanhantes aos documentos expostos nas mesas da recepção, devido a configuração e montagem da recepção. Fator esse que presenciamos algumas vezes as recepcionistas pedindo ajuda a outros funcionários para que ficassem na recepção, enquanto elas se deslocavam para o sanitário ou o corredor das salas de atendimento.

A filha de uma paciente, acompanhante no Ambulatório, questionada sobre o atendimento das recepcionistas comentou que:

Atendem, [bem] né? Mas deveria, assim, se inteirar, interagir mais com a gente e perguntar assim... [pausa] Tá vendo que ela é deficiente, né? [...] Também tem que ver a dificuldade da pessoa, né? [...] O nível da, da, da doença [para agilizar o atendimento] (ENTREVISTADO E, 2013).

Um fator que observamos que contribui para a demora no atendimento se dá pelo elevado número de pacientes que aparecem sem prévia marcação de consulta e são incluídos na programação de atendimento, os chamados “extras”. Muitas vezes foi observado que os extras de um turno atrapalhavam o reinício do atendimento no horário correto do turno seguinte, proporcionando atrasos, que pode chegar a até 6 horas de espera, como relatou o Entrevistado D:

Olha, a primeira vez eu tive, eu cheguei aqui, eu estava marcado para 1 hora da tarde, sai daqui ia dar 7 da noite. Porque também tinha muita gente na minha frente, e eu já tinha sido, entrado de penetra, né? [risos]. Me deixaram por último; me deixaram por último mas eu fiquei na boa, fiquei tranquilo. Mas de lá p cá, graças a Deus, vou logo, tá me chamando logo também. (ENTREVISTADO D, 2013).

Quando questionado sobre se depois dessa experiência ele ainda continuava vindo como extra o paciente respondeu: “Com horário marcado. Não, com horário marcado, horário marcado.” (ENTREVISTADO D, 2013).

Quanto à interação entre recepcionistas e pacientes, dentro do processo de atendimento, a Entrevistado A (2013), ao falar das recepcionistas, declara que “[...] É. Às vezes sim, às vezes não, né? Às vezes tá de mau humor, às vezes tá de bem, né?”.

Quanto à interação entre a recepção e os médicos, a mesma ocorre, pelo menos nos dias em que estivemos realizando a pesquisa, pouco dinâmica. A atendente da recepção se deslocando até a sala de atendimento para informa ao médico a lista de pacientes e dar início ao processo de chamada dos mesmos para atendimento.

Foi constatado que apesar da existência de dois computadores e monitores (ver ilustração na Figura 4.31), onde um estava em funcionamento e ligado, e o outro desligado, ambos não eram utilizados para promover uma maior agilidade no processo de atendimento.



Figura 4.31 - Etapas do serviço da Recepção. Fonte: Autor (2013).

Após a Fase 1, onde fizemos uma breve descrição das impressões e dos depoimentos colhidos através das entrevistas. Iniciamos a fase da aplicação da metodologia do Design de Serviços no Ambulatório, como veremos no tópico a seguir.

## 4.2 FASE 2 – APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DO DESIGN DE SERVIÇOS

Após a qualificação do espaço estudado, foi iniciada a Fase 2. É importante salientar que na metodologia do design de serviços é possível que haja, a qualquer momento nesta fase, um retorno à fase anterior para refazer ou complementar os dados já coletados.

A análise dos dados coletados na Fase 1 está sistematizada com base na metodologia do design de serviços, conforme segue:

- 1) Etapas dos Serviços;
- 2) Sistematização do Serviço;
- 3) Pontos Contato do Serviço
  - a. Visíveis ao Usuário;
  - b. Invisíveis ao Usuário;
- 4) Análise de Dados e Tomada de Decisão.

O objetivo dessa Fase é promover a organização dos dados coletados e a sua análise a partir do uso das ferramentas da metodologia do design de serviços.

### 4.2.1 Etapas do serviço

Esta etapa foi realizada com uso das ferramentas: *Blueprint*, *Walkthrough Cognitive*, *Interação Construtiva* e *Avaliação Heurística*. Como resultado da pesquisa de campo, observação estruturada, análise da tarefa e entrevistas, o serviço de atendimento ao idoso no Ambulatório de Geriatria foi subdividido em 4 sub-etapas, apresentadas na Tabela 4.1, a seguir:

Tabela 4.1 - Subdivisão do serviço em etapas

Etapas	Serviço	Descrição
1	Entrada	Esta subdividida em outras duas sub-etapas: A primeira é a Acessibilidade Urbana, onde limitamos o trajeto da chegada ao local do Ambulatório à partir dos dois principais pontos de ônibus ou por carro particular, da porta do Ambulatório. Consideramos nessa sub-etapa, as barreiras enfrentadas pelo idoso para ter acesso ao Ambulatório (Ver Cap. 3, desta dissertação). A segunda sub-etapa considera a acessibilidade do idoso dentro do Ambulatório, assim como outros elementos como segurança, elevadores, rampa de acesso, sinalização, identificação, etc.
2	Espera	Esta etapa corresponde a chegada do paciente a ALA do Ambulatório de Geriatria até a entrada do paciente na sala de consulta. Esta subdividida em: Triagem, Acomodação, Comunicação entre a Recepção e o Médico e a Comunicação entre a Recepção e o Paciente anunciando-o para o Médico. Nesta etapa são analisadas também as ações realizadas pelos pacientes durante o período de espera pelo atendimento médico.
3	Consulta	Esta é a etapa onde o paciente é recebido pelo médico na sala de atendimento. Está subdividida em três sub-etapas a saber: Anamnese, Exame e por fim Diagnóstico e prescrição.
4	Saída	A última etapa do atendimento, consiste na saída do paciente da sala de atendimento médico e retorno a recepção do Ambulatório de Geriatria. Está subdividido em três sub-etapas: Saída da Sala de Atendimento, Comunicação entre o Paciente e a Recepção e Saída do paciente da Ala de Geriatria e do Ambulatório Magalhães Neto. Corresponde ao fim do serviço.

Fonte: Autor (2013).

Como visto na tabela acima, é perceptível que, em sua maioria, as etapas do serviço de atendimento seguem uma sequência lógica, onde apenas após o término de uma etapa passa-se para outra.

Cada etapa do serviço pode ser subdividida em sub-etapas para melhor compreensão do processo. Sub-etapas de uma mesma etapa, podem ocorrer simultaneamente, como vemos na etapa 2, denominada Espera (ver Tabela 4.1) onde nesta etapa, ocorre simultaneamente as sub-etapas de triagem e acomodação.

Confira a seguir as 4 etapas do serviço, identificadas através das ferramentas: *Blueprint*, *Walkthrough Cognitive*, Interação Construtiva e Avaliação Heurística, na Figura 4.32:

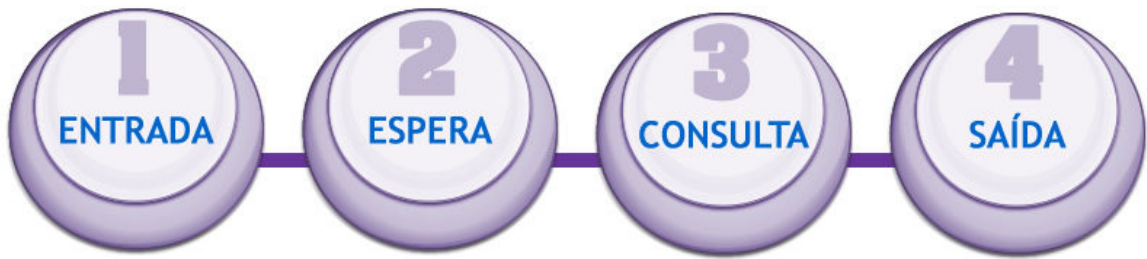


Figura 4.32 – Etapas do serviço de atendimento do Ambulatório de Geriatria. Fonte: Autor (2013).

A primeira etapa do serviço foi denominada de Entrada que está subdividida em outras duas sub-etapas: A Acessibilidade Urbana e a Acessibilidade Local. Na primeira limitamos o trajeto da chegada do paciente ao Ambulatório à partir dos dois principais pontos de ônibus mais perto do Ambulatório ou através de transporte particular, partindo da porta do Ambulatório.

Consideramos na sub-etapa Acessibilidade Urbana, as barreiras enfrentadas pelo idoso para ter acesso ao Ambulatório (Ver Cap. 3, desta dissertação). A segunda sub-etapa é a Acessibilidade Local, que corresponde aos elementos envolvidos durante o processo de acessibilidade do paciente até a recepção da ALA 1, o Ambulatório de Geriatria. São considerados a: segurança do local, elevadores e rampas de acesso, sinalização, identificação na portaria principal, etc. (Ver Figura 4.33).

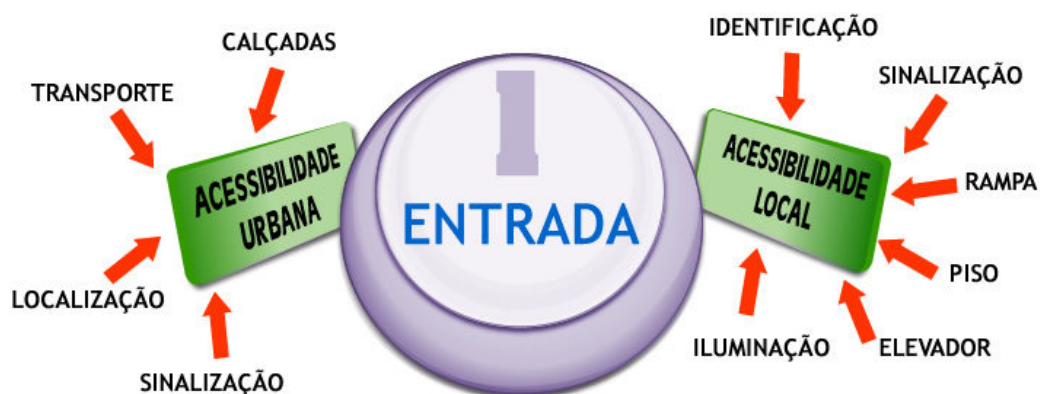


Figura 4.33 – Primeira etapa do serviço: entrada. Fonte: Autor (2013).

A segunda etapa do serviço é denominada de etapa de Espera. Ela é subdividida em outras 4 sub-etapas menores, a saber: Triagem, Acomodação, Recepção-Médico e Recepção-Paciente.

Vejamos a seguir a descrição das quatro sub-etapas apresentadas acima:

- **Triagem:** Processo que ocorre após a chegada do paciente no Ambulatório de Geriatria, onde o mesmo identifica-se para a funcionária da recepção. Onde é feito o cadastro por ordem de chegada os pacientes que marcação de atendimento para aquele dia e a inclusão na lista de atendimento para os pacientes que veem sem hora marcada os denominados “extras”. É ainda na triagem que são passadas as primeiras informações e tiradas as dúvidas iniciais dos pacientes quanto ao atendimento, presença do médico, atividades de apoio como sanitário, bebedouro, etc.
- **Acomodação:** Após a triagem ocorre o processo seguinte de acomodação do paciente onde o mesmo pode utilizar outros serviços do ambulatório enquanto espera o momento do atendimento. O uso do bebedouro, do sanitário e assento nas cadeiras de espera. Nessa sub-etapa o usuário do serviço passa a ter uma maior percepção quanto a climatização, limpeza e conservação do ambiente de espera pelo atendimento.
- **Recepção-Médico:** Processo de comunicação entre a Recepcionista e o Médico informando o número de pacientes a espera e informações sobre os pacientes a espera.
- **Recepção-Paciente:** Processo final da etapa 2 de serviço, onde o paciente é chamado pela recepcionista em alta voz, na sala de recepção já cheia, com em média 50 a 80 pacientes. Desse modo, mesmo sem considerar questões pertinentes a saúde auditiva dos pacientes, tal procedimento pode vir no futuro a comprometer a saúde da atendente da recepção.

É possível ver na Figura 4.34 abaixo a ilustração da etapa de Espera, segunda Etapa de serviço do atendimento:



Figura 4.34 – Segunda etapa do serviço: espera. Fonte: Autor (2013).

A terceira etapa do serviço é denominada de etapa de Consulta. Devido a questões administrativas não foi nos permitido ter acompanhado e ter acesso ao processo de atendimento de um paciente no Ambulatório. Todavia, foi possível através de entrevistas, definir o processo de consulta de uma paciente no Ambulatório de Geriatria que se subdivide em 3 sub-etapas do serviço de consulta:

- **Anamnese:** Processo de entrevista entre o médico e o paciente onde são identificadas as queixas e incômodos do paciente, assim como são tiradas suas dúvidas. Nessa sub-etapa, o paciente fornece dados ao médico para iniciar a construção das hipóteses sobre o estado do paciente, que se confirmarão ou não através dos exames clínicos e/ou laboratoriais;
- **Exame:** Quanto o médico examina fisicamente o paciente, através de instrumentos de precisão identificando e buscando confirmar ou descartar suas suspeitas adquiridas na fase anterior. Muitas vezes o tempo ou a limitação instrumental impede que tal etapa seja concluída no atendimento clínico no mesmo momento da consulta, necessitando de uma avaliação mais precisa através de exames mais complexos.
- **Diagnóstico e Prescrição:** Etapa onde a médica diagnóstica a situação do paciente ou indica qual é o diagnóstico parcial, ficando a espera de exames

mais complexos para a confirmação das suspeitas. Podem ser prescritos outros exames, medicamentos ou procedimentos para que após um determinado período haja uma nova avaliação do quadro de saúde do paciente.

A figura abaixo apresenta a ilustração do processo compreendido pela 3ª etapa do atendimento do serviço no Ambulatório:



Figura 4.35 – Terceira etapa do serviço: consulta. Fonte: Autor (2013).

A 4ª e última etapa identificada pelo serviço de atendimento com a ajuda das ferramentas de design *Blueprint*, *Walkthrough Cognitive*, *Interação Construtiva* e *Avaliação Heurística*, é a etapa de Saída. Tal etapa está subdividida em outras três etapas, a saber:

- **Saída da Sala de Atendimento:** Percurso de despedida e deslocamento do paciente da Sala do atendimento médico para a sala da recepção.
- **Paciente-Recepção:** Ao retornar a recepção o paciente em alguns casos passa recados para a recepcionista sobre disponibilidade para o próximo atendimento por exemplo. Nessa etapa são devolvidos documentos e dadas demais orientações aos pacientes.



- **Saída do Ambulatório:** Inicia-se o processo de saída do paciente do atendimento pesquisado quando o mesmo sai da ALA 1 do ambulatório de geriatria pela rampa de acesso e saída pela porta principal do Ambulatório do Complexo Hospitalar.

A seguir temos a ilustração (ver Figura 4.36) que corresponde ao processo de saída do paciente e conseqüentemente o término dos serviços prestados pelos ambulatório.



Figura 4.36 - Quarta etapa do serviço: saída. Fonte: Autor (2013).

Após o uso das ferramentas do Design de Serviços *Blueprint*, *Walkthrough Cognitive*, *Interação Construtiva* e *Avaliação Heurística*, para a definição das etapas e sub-etapas dos serviços pesquisados, utilizaremos as ferramentas *Interação Construtiva* e *System Map*, para a construção do Mapa do Sistema de Atendimento do Ambulatório no tópico a seguir.

#### 4.2.2 Sistematização do serviço

O processo de sistematização do serviço é mais uma etapa utilizada no design de serviços na busca de diagnosticar o serviço assim como conduzir o pesquisador na

busca de soluções. Nesta etapa, foram utilizadas as ferramentas do design de serviços: Interação Construtiva e *System Map*.

Muito utilizado na área de Ergonomia, a sistematização do serviço é uma importante ferramenta do design de serviços nela é possível ter uma visão do que se espera do serviço em um correto funcionamento, como a alimentação do sistema, suas entradas, o sistema alvo, a meta do serviço, os requisitos e restrições, sua saída e sistema uterior. É possível também conhecer os prováveis desvios no serviço de modo a evita-los. A aplicação da sistematização do serviço em estudo é apresentada na Figura 4.37.

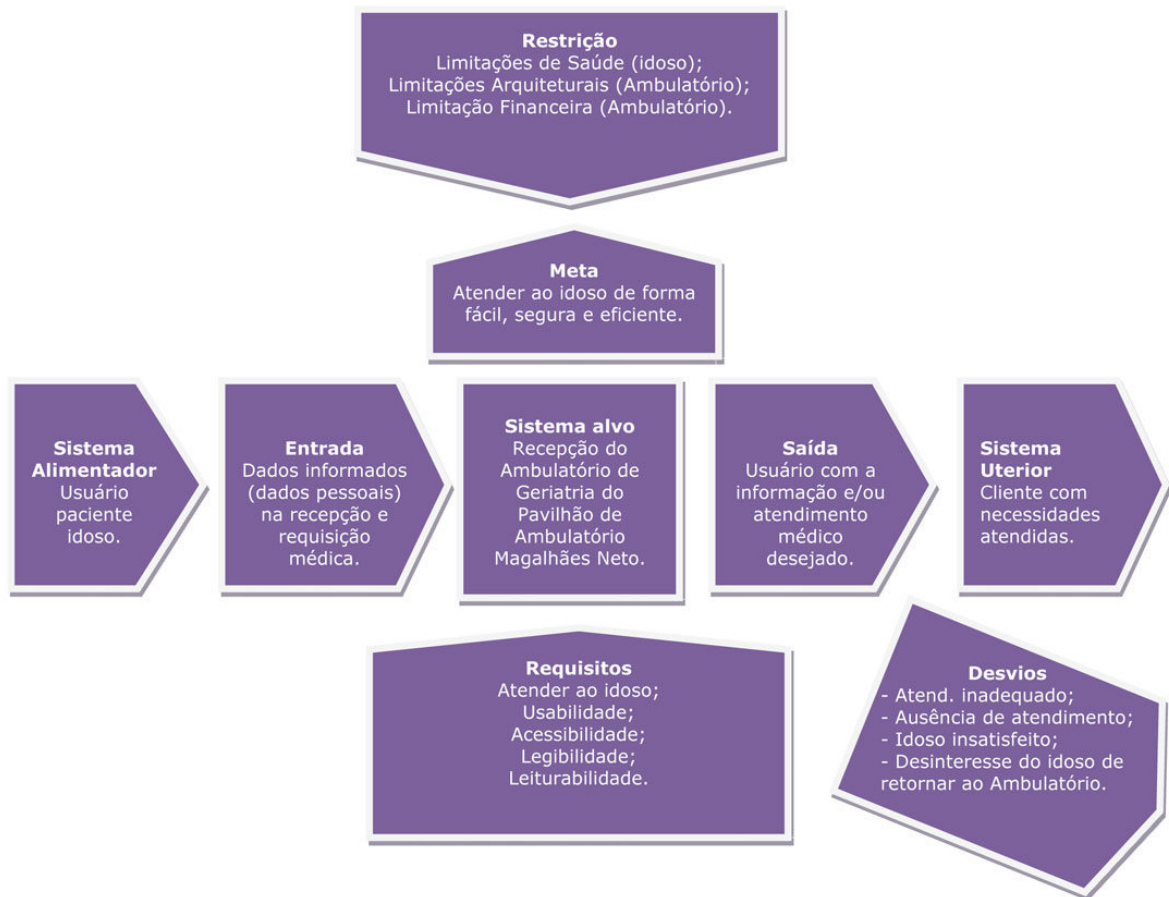


Figura 4.37 – Sistematização do serviço – Fonte: Autor (2013).

A seguir faremos algumas breves considerações sobre a sistematização do serviço:

- **Sistema alimentador:** O sistema do atendimento do paciente idoso no Ambulatório é o próprio paciente idoso. Sem ele não existe atendimento, nem a necessidade do serviço. É ele quem dá o *start* no serviço;
- **Entrada:** O alimentador do sistema, no caso o paciente idoso, da entrada no nele com os dados documentais que permitem o início do serviço. É na recepção que esse processo ocorre com a entrega dos documentos pessoais e a requisição médica, no caso de encaminhamento. Como vimos anteriormente, em alguns casos a entrada do serviço ocorre pelo processo de atendimento denominado “extras”, e não pacientes com data e hora marcada;
- **Sistema Alvo:** O Sistema alvo é o local onde a proposta de análise e/ou intervenção no serviço em estudo ocorre, nesta pesquisa na Recepção do Ambulatório de Geriatria do Pavilhão de Ambulatório Magalhães Neto.
- **Meta:** A meta indica o resultado esperado da correta funcionalidade do sistema: Atender o paciente idoso de forma fácil, segura e eficiente;
- **Requisitos:** São descritos os requisitos a serem considerados de modo a promover um bom serviço de atendimento, atendendo o idoso fazendo uso da acessibilidade, usabilidade, legibilidade, leiturabilidade;
- **Restrições:** Apresentam as limitações do processo de atendimento ou mesmo do projeto a ser implantado. O pesquisador precisa considerar tais restrições de modo a trabalhar com formas alternativas que permitam cumprir com eficácia a meta;
- **Saída:** Pode subdividir-se em dois caminhos: 1) quando o idoso ou qualquer usuário do serviço deseja apenas obter uma informação sobre procedimentos, presença de médico ou a indicação de um determinado local, quanto 2) o paciente após o atendimento desejado pelo mesmo;
- **Sistema ulterior:** O resultado final esperado corresponde ao desejo da satisfação das necessidades do usuário do serviço sendo supridas;
- **Desvios:** Em todo o processo, especialmente de serviço, pode ocorrer o desvio dos objetivos e metas traçadas. A definição desses possíveis desvios permite ao pesquisados considerar as situações que precisa evitar, assim como lhe dá um parâmetro sobre a qualidade do serviço a ser evitada;

Durante o processo de aplicação da etapa de Sistematização nesta pesquisa, foi possível ter uma visão mais ampla do serviço de atendimento prestado ao idoso no ambulatório pesquisado. Diferente das Etapas de Serviços que subdividem o serviço

de atendimento em estruturas menores, a Sistematização permitiu-nos conhecer o sistema de atendimento a forma como o mesmo é alimentado, as entradas e saídas. Outra contribuição dessa etapa, apresentada na Figura 4.14, são os requisitos e restrições que ela nos forneceu, norteando a pesquisa mantendo-nos no foco do trabalho. Por último, podemos salientar a importância da indicação dos Desvios do processo, trazido pela etapa de Sistematização, que compreende todos os resultados indesejados e por tanto evitáveis no serviço de atendimento.

A seguir, analisaremos o serviço de atendimento ao idoso, através da terceira etapa da metodologia do design de serviços utilizada em nossa pesquisa denominada: Pontos de Contato do Serviço. Tal etapa analisará o serviço de atendimento do ponto de vista do idoso, considerando os pontos de contato dele com o serviço, divididos em dois grupos: Os Pontos de Contato Visíveis ao idoso e os Pontos de Contato Invisíveis ao idoso, mas presentes em seu processo de atendimento.

### **4.2.3 Pontos de contato do serviço**

O idoso entra em contato com o serviço de atendimento na unidade de saúde por meio dos Pontos de Serviço, também conhecidos como Pontos de Contato. Os pontos de contato podem se comportar tendo características visíveis ou invisíveis ao usuário do serviço.

A Figura 4.38 apresenta esse conceito, com o usuário idoso consciente dos pontos de contato visíveis, ou seja, os pontos em que ele interage com o serviço e vê os resultados dessa interação. Do outro lado da ilustração, separado por uma parede, estão os pontos de contato dos serviços em que o usuário idoso não tem acesso ou até mesmo desconhece sua existência, mas que contribuem para que a realização do serviço seja satisfatória.

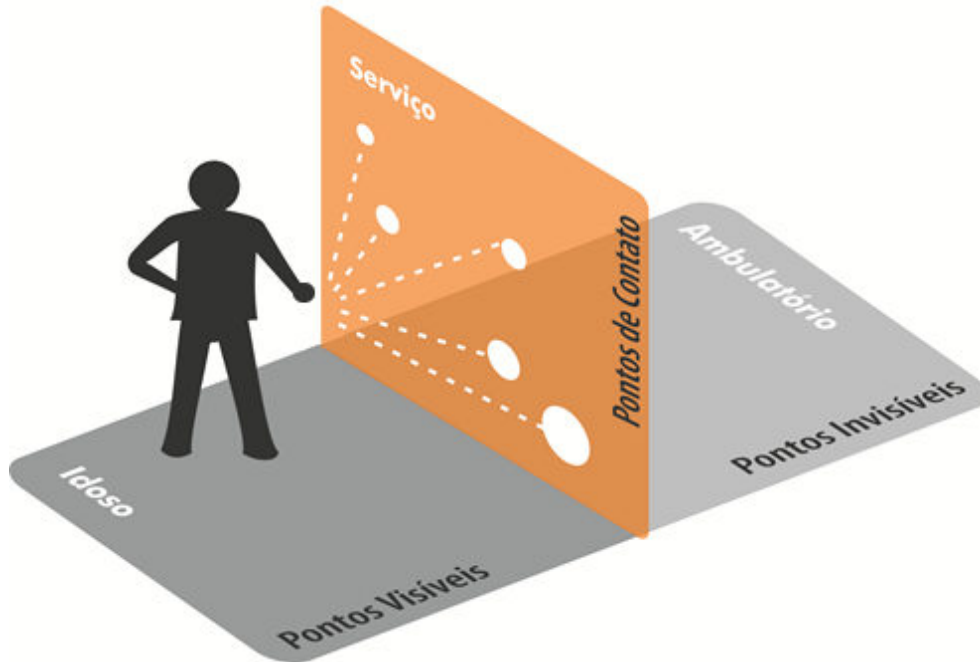


Figura 4.38 – Pontos de contato do serviço. Fonte: Autor (2013).

Para identificarmos quais são os pontos visíveis e invisíveis do atendimento ao idoso nesta pesquisa, foram utilizados métodos como: Entrevistas, Diários de Campo e Observações Estruturadas. Iniciamos a aplicação da ferramenta Pontos de Contato do Serviço com o estudo dos Pontos Visíveis ao idoso, por serem mais rápidos de serem identificados.

Durante a pesquisa, através do uso das ferramentas do design de serviços: *Design thinking*, Mapa da Jornada do Cliente e da Avaliação Holística, concluímos que existem quatro principais pontos de contatos visíveis identificados por todos os idosos, pesquisados, são eles:

1. Contato inicial com a atendente;
2. Acomodação;
3. Tempo de espera para o atendimento; e
4. Atendimento realizado pelo médico.

Alguns pontos de contatos são percebíveis por alguns pacientes e outros pontos não. Isso ocorre por diversos fatores, desde a experiência espacial, até a ansiedade ou cansaço físico durante a espera do atendimento. A seguir listamos todos os pontos de

contatos visíveis sinalizados pelos entrevistados. O método para essa coleta de pontos de contato visíveis foi realizado através da ferramenta do design de serviços: Mapa da Jornada do Cliente ou *Customer Journey Map*.

Elaboramos um gráfico (Ver Figura 4.39) onde foi apresentada aos idosos sua jornada desde a entrada nos portões do Ambulatório até o local de atendimento. Nesse gráfico, os idosos iam incluindo os elementos que eles viam ser parte de sua interação na experiência do atendimento da prestação de do serviço.

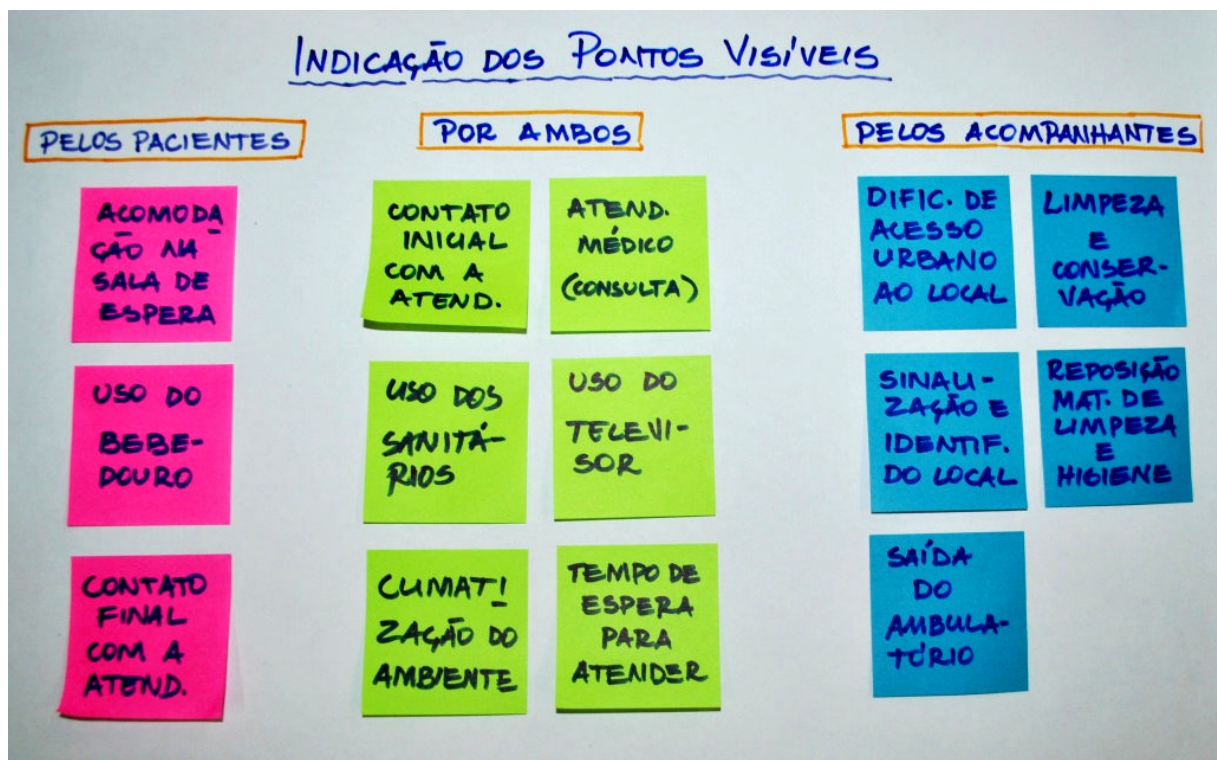


Figura 4.39 – Mapa de identificação dos pontos visíveis: paciente/acompanhante. Fonte: Autor (2013).

A seguir temos a lista dos 14 pontos identificados pelos idosos como parte visível do serviço de atendimento:

1. Dificuldades de acesso urbano ao local do atendimento
2. Sinalização e Identificação no local do atendimento
3. Contato inicial com a atendente

4. Acomodação
5. Tempo de Espera
6. Climatização e ventilação do ambiente
7. Limpeza e conservação
8. Reposição de material de higiene pessoal
9. Uso do bebedouro
10. Uso do televisor
11. Uso dos sanitários
12. Atendimento médico
13. Último contato com a recepção
14. Saída do Ambulatório

Durante a aplicação da ferramenta, observamos que existem outros pontos de contato mais visíveis pelos acompanhantes dos pacientes idosos, na sua maioria filhos, netos ou cuidadores, são eles:

1. A sinalização e identificação;
2. Dificuldades de acesso;
3. Limpeza e conservação;
4. Climatização e ventilação do ambiente; e
5. Uso dos sanitários.

Na Tabela 4.2, a seguir, observaremos o contraste entre o ponto de contato visível identificado pelos pacientes idosos e pelos seus acompanhantes:

**Tabela 4.2 - Pontos de contatos visíveis percebidos pelos idosos e pelos acompanhantes**

Serviços	Idoso	Acompanhante
Acomodação	X	
Atendimento médico	X	X
Climatização e ventilação do ambiente		X
Contato inicial com a atendente	X	
Dificuldades de acesso até o local do atendimento	X	X
Limpeza e conservação	X	X

Continua...

...Continuação

Serviços	Idoso	Acompanhante
Reposição de material de limpeza		X
Saída do Atendimento	X	X
Sinalização e Identificação do local do atendimento		X
Tempo de Espera	X	X
Último contato com a recepção		X
Uso do bebedouro	X	X
Uso do televisor		X
Uso dos sanitários	X	X

Fonte: Autor (2013).

As dificuldades de acesso até o local do atendimento são percebíveis mais pelos acompanhantes que pelos idosos. Estes últimos a percebem melhor quando se deslocam para o Ambulatório sem a presença de algum acompanhante.

Com base nos dados obtidos pela ferramenta *Blueprint*, onde pacientes e acompanhantes apresentaram os pontos de contato visíveis por eles identificados, com o uso da ferramenta de Mapa da Jornada do Usuário e a Avaliação Holística, é possível ver, na Figura 4.40, logo a seguir, como se dá a jornada do paciente idoso dentro do serviço de atendimento:

Já a identificação dos pontos invisíveis no serviço de atendimento foi-nos possível através da observação e análise dos processos que o alimentam e que proporcionam a realização dos mesmos. Por exemplo, a escala de limpeza do ambiente de atendimento é realizada por uma empresa terceirizada, onde sua construção e exigüidade são pontos de contatos invisíveis ao usuário paciente. Por outro lado, o mesmo paciente percebe o ponto de contato visível Limpeza e Conservação, mesmo desconhecendo a estrutura montada para que tal contato visível seja realizado satisfatoriamente.



# MAPA DA JORNADA DO IDOSO DENTRO DO SERVIÇO

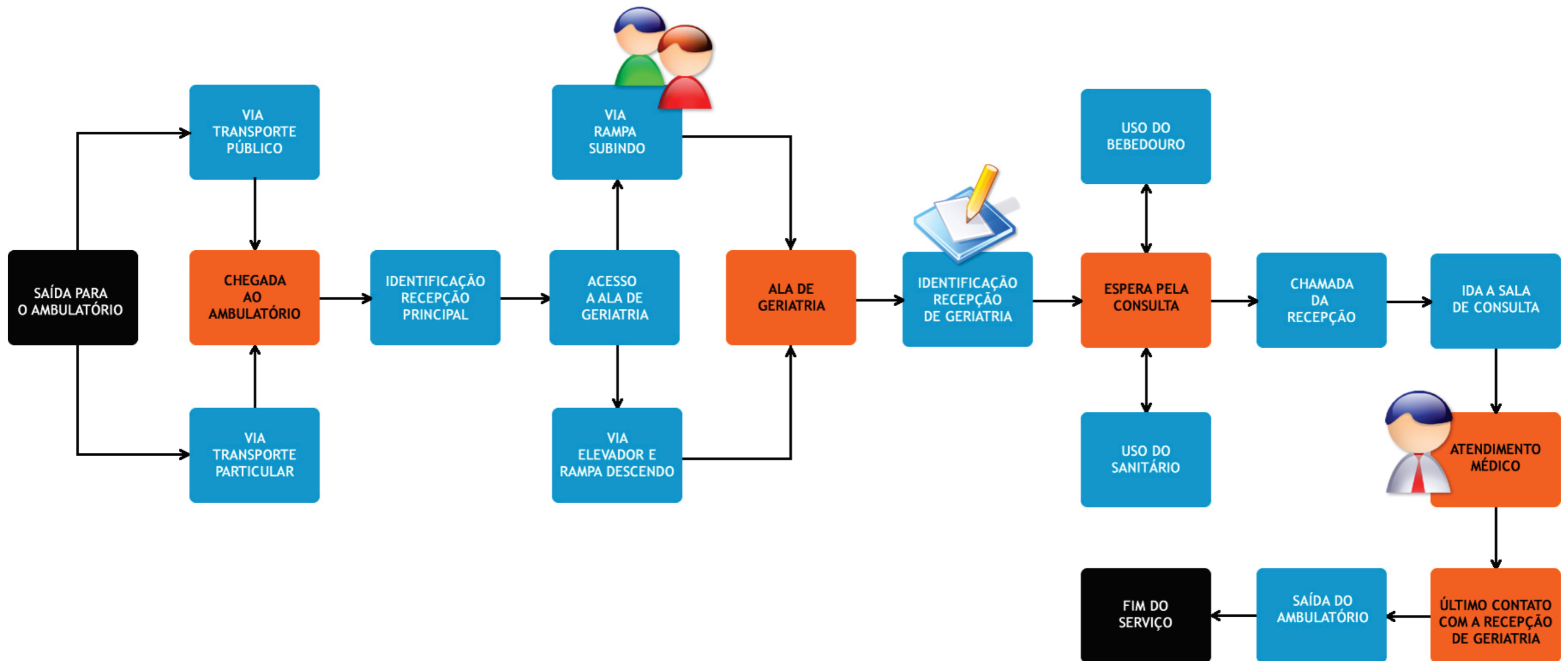


Figura 4.40 – Jornada do idoso dentro do serviço. Fonte: Autor (2013).

Para a análise dos pontos de contatos invisíveis aos usuários do atendimento no Ambulatório utilizaremos as ferramentas Interação Construtiva e Mágico de Oz. Essas ferramentas já não possuem a interação com o usuário do serviço, até por que se trata dos pontos de contato que o usuário não enxerga ou até mesmo nem tem noção da sua existência. As ferramentas Interação Construtiva e Mágico de Oz analisam um serviço ao percorrer a jornada de um cliente. Também conhecido como análise da tarefa, analisa a tarefa de trabalho das atendentes do Ambulatório, dos médicos, dos funcionários e todo o processo interno pelo qual o paciente passa até a sua saída do serviço. A seguir vemos Figura 4.41 resultado da aplicação da ferramenta Mágico de Oz:

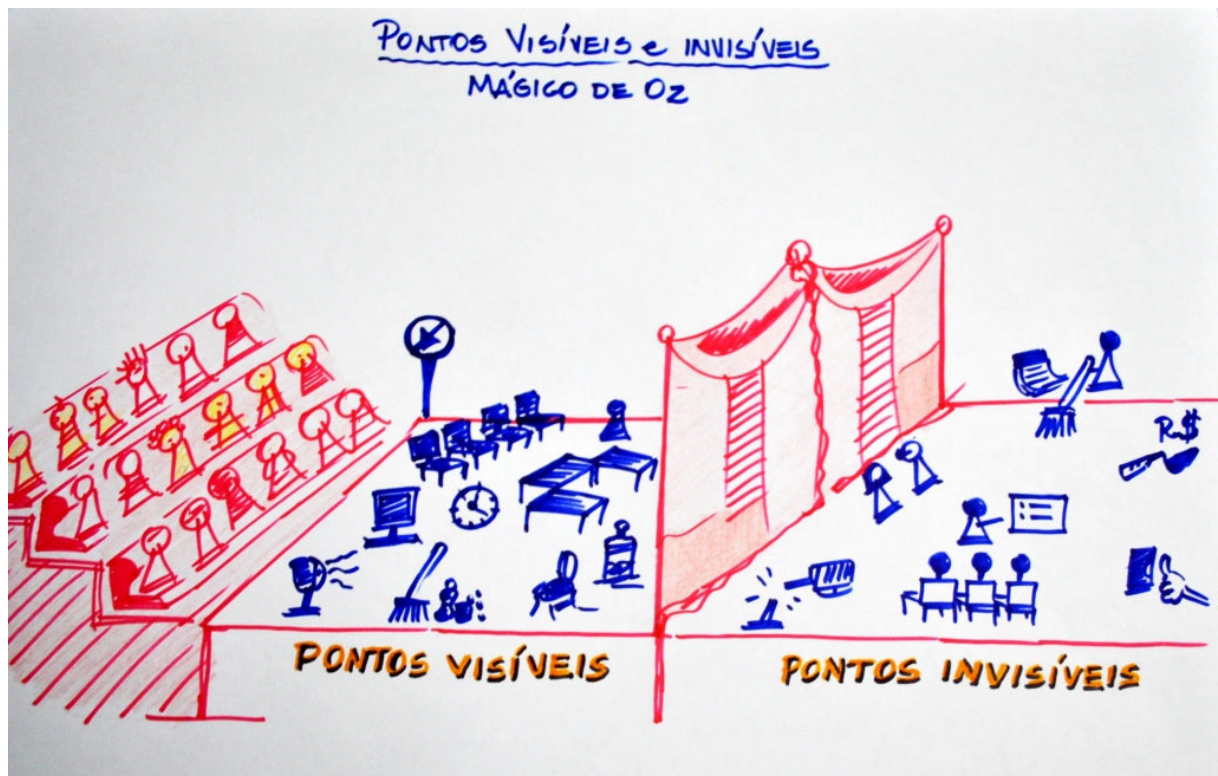


Figura 4.41 – Mágico de Oz – pontos de contato invisíveis e visíveis. Fonte: Autor (2013).

Destacamos a seguir, os pontos de contato invisíveis, identificados na pesquisa. Assim, como nos pontos de contato visíveis, os pontos invisíveis estão listados em ordem crescente alfabética e não por ordem de importância ou prioridade:

1. Comunicação entre o médico e a atendente
2. Controle de ponto dos funcionários
3. Controle de ponto dos médicos
4. Escala de limpeza
5. Manutenção de equipamentos
6. Política de atendimento
7. Processo de seleção para médicos e funcionários
8. Recursos para reparos e reformas
9. Reposição de material hospitalar
10. Sistema de gerenciamento de atendimento (informatizado ou não)
11. Treinamento de médicos e funcionários

A etapa dos pontos de contato, na pesquisa, permitiu-nos refletir sobre a estrutura de engrenagem em que o processo de serviço precisa estar atento, onde o ajuste das etapas e o dinamismo do processo precisam ocorrer de tal modo que o usuário possa ter uma experiência satisfatória dentro do serviço de atendimento. Mesmo não compreendendo todo o processo o usuário precisa que seus pontos de contatos visíveis sejam satisfeitos.

Após a aplicação das três etapas da metodologia do design de serviços, a saber: 1) Etapas de Serviço; 2) Sistematização; e 3) Pontos de Contato, na recepção do Ambulatório de Geriatria, Nutrição e Neurociências, na ALA 1, do Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto. Apresentam-se, a seguir, algumas considerações e sugestões de melhorias no ambiente.

#### **4.2.4 Análise e sugestões de melhorias no atendimento**

Durante o processo de aplicação da metodologia do design de serviços, percebemos em cada uma as três etapas realizadas indicavam a necessidade de melhorias nos processos, fluxos e postos de trabalhos de modo a permitirem maior qualidade no atendimento ao idoso no Ambulatório. Desse modo, apresentamos as principais melhorias no sugeridas, após esta pesquisa, organizadas nos seguintes tópicos:

- Fluxos de acesso;
- Aumento no número de assentos;
- Posto de trabalho da recepcionista;
- Televisor e/ou painel de senha de atendimento;
- Portas, corrimões e acessibilidade; e
- Lavatório e sanitários.

#### 4.2.4.1 Fluxos de acesso

Uma das mais importantes contribuições do design de serviços é quando é percebível mudanças a serem realizadas sem o acréscimo de nenhum custo ou quando o mesmo é indispensável por valores baixos. A mudança no processo de fluxo dentro do sistema de atendimento permite ainda a redução dos conflitos por espaço ou circulação ocasionados por um ambiente não projetado, onde a maioria dos serviços se organiza espacialmente de tal forma que dificulta até mesmo o transito de pessoas não promovendo a sensação de bem estar e tranquilidade, por uma de tensão e conflitos.

Ao observarmos o Ambulatório identificamos que os serviços ali realizados poderiam ser mais bem distribuídos para que a circulação dos pacientes, médicos, funcionários e acompanhantes melhor ocorrem-se. A Figura 4.42, apresenta a organização atual da recepção do ambulatório.

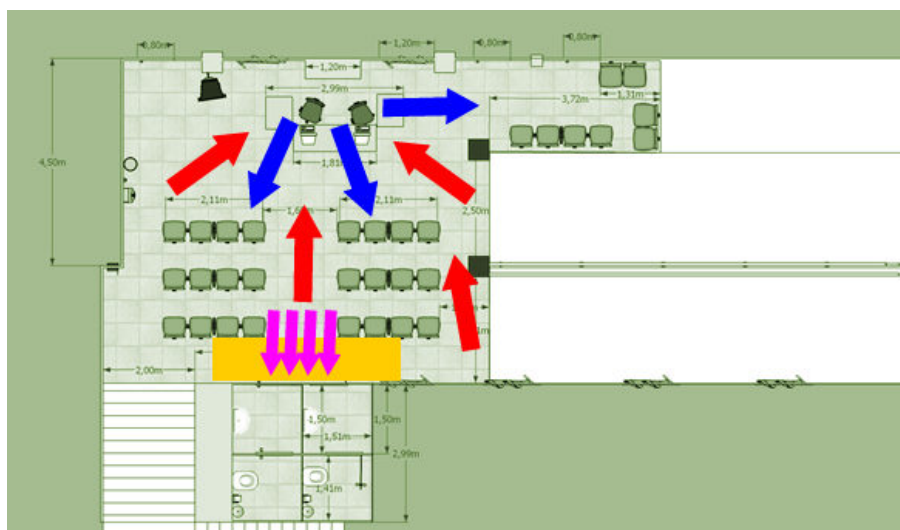


Figura 4.42 - Fluxo atual da recepção. Fonte: Autor (2013).

Antes de apresentarmos a proposta de melhoria do fluxo de trabalho e atendimento, para o ambulatório, identificado através da metodologia do design de serviços, vale salientar a importância de um trabalho de equipe multidisciplinar. No sistema proposto (ver Figura 4.43), originário da aplicação da metodologia do design de serviços, existem apenas dois fluxos de contato do paciente com a recepção para atendimento, indicado pelas setas vermelhas, facilitando a circulação de pessoas, como mostra a Figura 4.43.

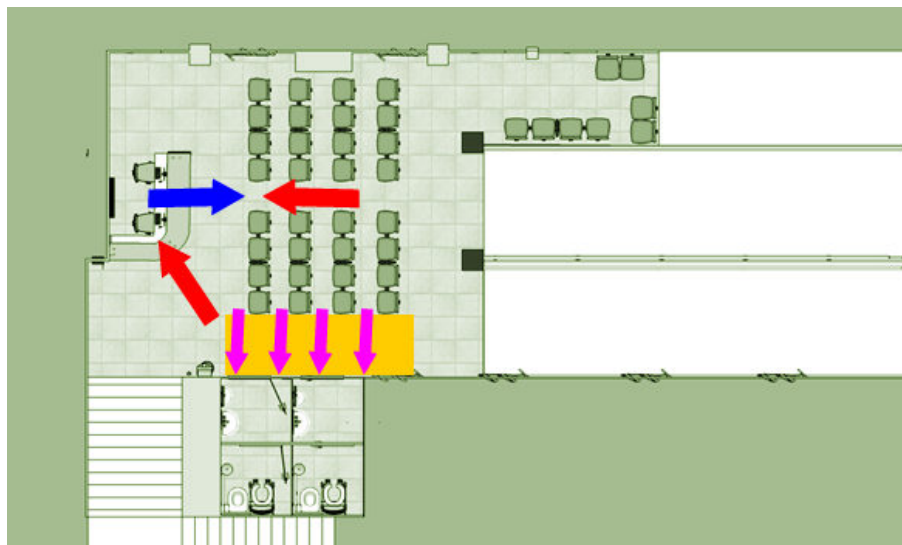


Figura 4.43 - Proposta de novo fluxo de atendimento. Fonte: Autor (2013).

Tal mudança reduziu em 50% o número de rotas de atendimento atualmente necessárias para atendimento, ver Figura 4.42. Outra contribuição na alteração do fluxo ocorre na ampliação do espaço útil para o uso dos sanitários, como poderá ser identificado nas Figuras 4.42 e Figura 4.43, pela área amarela, proveniente da remodelação do posicionamento dos assentos em um ângulo de 90°. Com essa proposta de mudança, todas as fileiras passam a ter acesso facilitado aos sanitários, como pode ser visto nas figuras pela seta cor de rosa.

Outro fator importante, representado pela seta na cor azul (ver Figura 4.43) é o fluxo de atendimento das recepcionistas, que na Figura 4.42, ocorre em três sentidos, visto que o corredor central ser muito largo o que força a recepcionista a ter que dividir

sua atenção para dois pontos à sua frente, além de ter que atender o fluxo que vem do lado esquerdo do seu posto de trabalho.

Propõe-se com a alteração do posicionamento dos assentos e do posto de trabalho da recepcionista, uma redução de fluxos de visão no atendimento de três para um permitindo maior visibilidade a recepção que com apenas uma única recepcionista passa a ter uma visão geral de todos os usuários do serviço dispostos em um único fluxo de visão, como pode ser visto na Figura 4.44, a seguir:



Figura 4.44 – Simulação da vista do novo fluxo da recepção. Fonte: Autor (2013).

#### 4.2.4.2 Aumento no número de assentos

Durante nossa pesquisa *in loco* observamos que o Ambulatório tem atualmente capacidade acomodação total de 32 pacientes sentados. Como vimos no início deste capítulo tal número de assentos é insuficiente para acomodar satisfatoriamente os pacientes que na maioria das vezes, devido à lotação dos assentos, acabam esperando em pé ou improvisando assentos na escada de acesso ao pavimento superior (ver Figura 4.45).

Entendemos que a solução ideal seria uma ampliação estrutural no espaço de espera do atendimento para a aquisição de mais assentos.



Figura 4.45 – Simulação da vista do paciente do ambiente de atendimento. Fonte: Autor (2013).

Porém, com a proposta de reposicionamento dos fluxos de atendimento (ver Figura 4. 35), foi possível simularmos virtualmente, respeitando as dimensões do ambiente, o acréscimo de mais oito assentos ao local, um aumento de 25% passando de 32 para 40 lugares. Apesar de não ser um aumento expressivo, tal acréscimo permitiria uma maior acomodação aos pacientes usuários do serviço.

#### 4.2.4.3 Posto de trabalho das recepcionistas

Após análise da tarefa no posto de trabalho da recepção, observamos a necessidade de se repensar um ambiente que promovesse uma melhor qualidade de trabalho e ergonomia às recepcionistas com as mínimas condições para a realização das tarefas rotineiras.

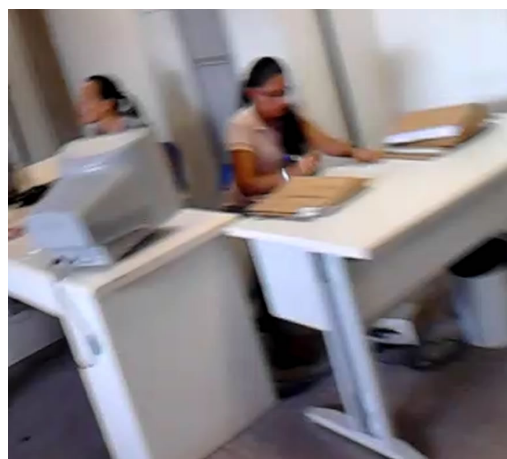


Figura 4.46 – Vista diagonal posto de trabalho da recepção. Fonte: Autor (2012).

Na Figura 4.46 e Figura 4.47, podemos perceber a situação atual do posto de trabalho da recepção. Um local improvisado com o uso de três mesas de escritório dispostas em formato de “U”. Na mesa central existem dois monitores convencionais, com formatos inadequados, de fabricantes diferentes, com teclado acima da mesa.

As mesas laterais são usadas para acomodar documentos e pastas e usado para uma das recepcionistas preencherem formulários. Entretanto tais documentos ficam expostos a visualização e ao alcance dos transeuntes sem alguma limitação de acesso da mesma forma as informações contidas nas telas dos monitores. Em um dos dias da nossa pesquisa de campo observamos que pastas estavam até armazenadas no chão, sob as mesas.



Figura 4.47 - Vistas diversas do posto de trabalho da recepção. Fonte: Autor (2013).

Através do uso das ferramentas de design de serviços Interação Construtiva e Avaliação Heurística, foi possível observar e analisar todo o ambiente de trabalho das recepcionistas no seu posto de trabalho. A ferramenta de Interação Construtiva permitiu-nos analisar cada etapa do serviço da recepção baseado na observação das atividades desenvolvidas pelas recepcionistas.



Após a análise do posto de trabalho e com base nas informações obtidas em nossa pesquisa com o uso das ferramentas de Interação Construtiva e Avaliação Heurística, iniciamos o desenvolvimento de uma proposta de posto de trabalho, tendo como requisito o design ergonômico, permitindo sigilo quanto a manipulação dos documentos, que acomode confortavelmente duas recepcionistas, com dois computadores e espaço na bancada para armazenamento de pastas e preenchimento de documentos.

Possuindo uma bancada superior de vidro temperado na cor azul, combinando com a proposta visual da instituição e dos elementos já presentes na pintura das paredes, colunas e assento. Uma bancada inferior pra acomodar dois monitores LCD, com teclado e mouse, assim como espaço útil para manipulação e armazenamento temporário de documentos. Quanto às cadeiras giratórias com altura adaptada para atendimento de balcão e apoio para os pés. Sugerimos que o material utilizado seja o MDF, revestida de fórmica cor cinza. A bancada foi desenvolvida de modo a permitir flexibilidade no atendimento ao público podendo ocorrer tanto com a recepcionista sentada quanto em pé. A bancada possui formato em “L” que se adapta à parede (ver Figura 4.48), proporcionando uma única entrada e saída de acesso à bancada virada para a porta do corredor de acesso ao atendimento clínico, por ser o local de deslocamento da recepcionista quando não está na recepção.

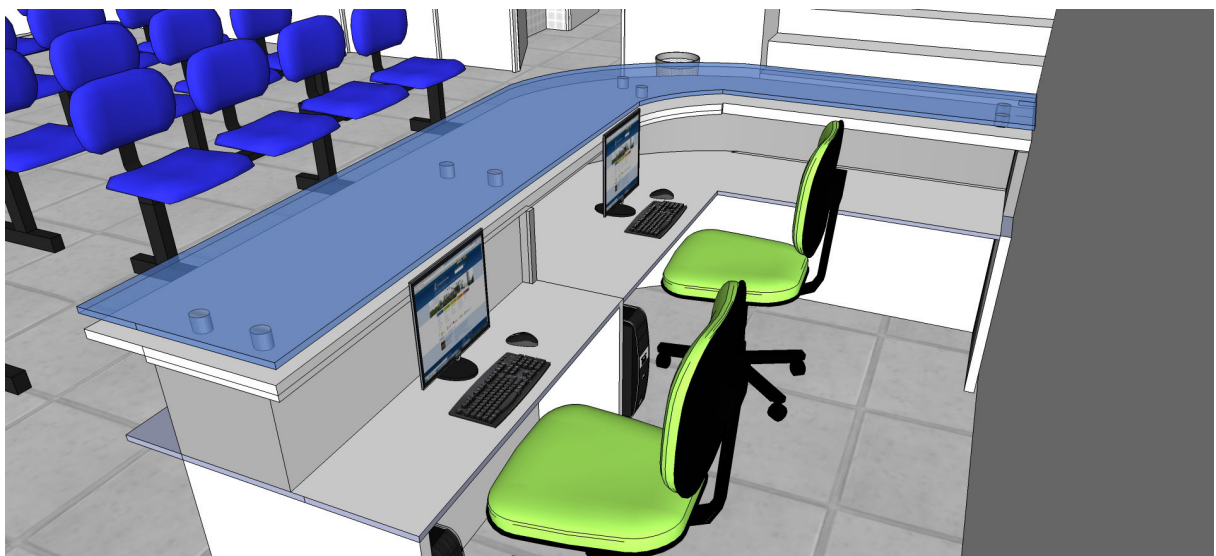


Figura 4.48 – Proposta do posto de trabalho da recepção. Fonte: Autor (2013).

Sugerimos a contratação de empresa especializada ou a aquisição de software próprio para atendimento, de modo a permitir uma melhor dinâmica no processo de cadastro, marcação de consultas e comunicação com o médico em sua sala de atendimento, sem a necessidade do deslocamento da recepcionista até sua sala.

Todavia, através das ferramentas do design de serviço, Interação Construtiva e Avaliação Heurística e dos princípios de ergonomia informacional, apresentamos a seguir os parâmetros básicos para nortear o desenvolvimento do software de comunicação supracitado:

- Ícones e símbolos de fácil identificação e associação ao serviço a ser por eles acionados;
- Linguagem de programação aberta de modo que possa ser customizado para necessidades específicas que possam surgir ao passar do tempo;
- Comunicação de voz e texto entre a recepção e o médico no local do atendimento;
- Envio, recebimento e consulta de relatórios compartilhado entre médico e recepção referente a marcação, diagnóstico e prescrição, agendamento, inclusão de extra e previsão de atendimento;
- Disponibilidade médica para próximo atendimento;
- Consulta a atendimentos anteriores formando um Histórico de Atendimento;
- Leiturabilidade, Usabilidade e Legibilidade do sistema e sua linguagem de comunicação;
- Integração do sistema de chamadas com o Painel Eletrônico que permita ao paciente uma maior tranquilidade quanto ao momento da chamada para o atendimento.

Outra proposta a ser apresentada concentra-se no Televisor e Painel de Senha de Atendimento que poderá ser visto no próximo tópico.

#### 4.2.4.4 Televisor e painel de senha de atendimento

Outra alteração proposta é a substituição da TV convencional por uma TV LCD, assim como seu reposicionamento saindo do ângulo diagonal em que se encontra para um posicionamento frontal aos assentos, preso à parede acima do balcão da recepção com inclinação de dez graus para baixo facilitando a visualização de todos na recepção em espera de atendimento, como pode ser visto na Figura 4.49. Além de concentrar a atenção dos pacientes para o balcão o que permitiria uma melhor comunicação visual das recepcionistas com os usuários do serviço.



Figura 4.49 – Layout de painel eletrônico e recepção. Fonte: Autor (2013).

Sugerimos também a instalação de um sistema de chamada por senha o que daria mais agilidade, transparência e tranquilidade para os que estão esperando o atendimento por poderem ter uma noção de tempo até o seu atendimento, além de fornecer dados importantes para a administração do ambulatório quanto ao número de pacientes e o seu período de espera para atendimento em tempo real, através do sistema informatizado, que seguiria a estrutura do fluxograma apresentado na Figura 4.50, mostrada a seguir:

# FLUXOGRAMA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO

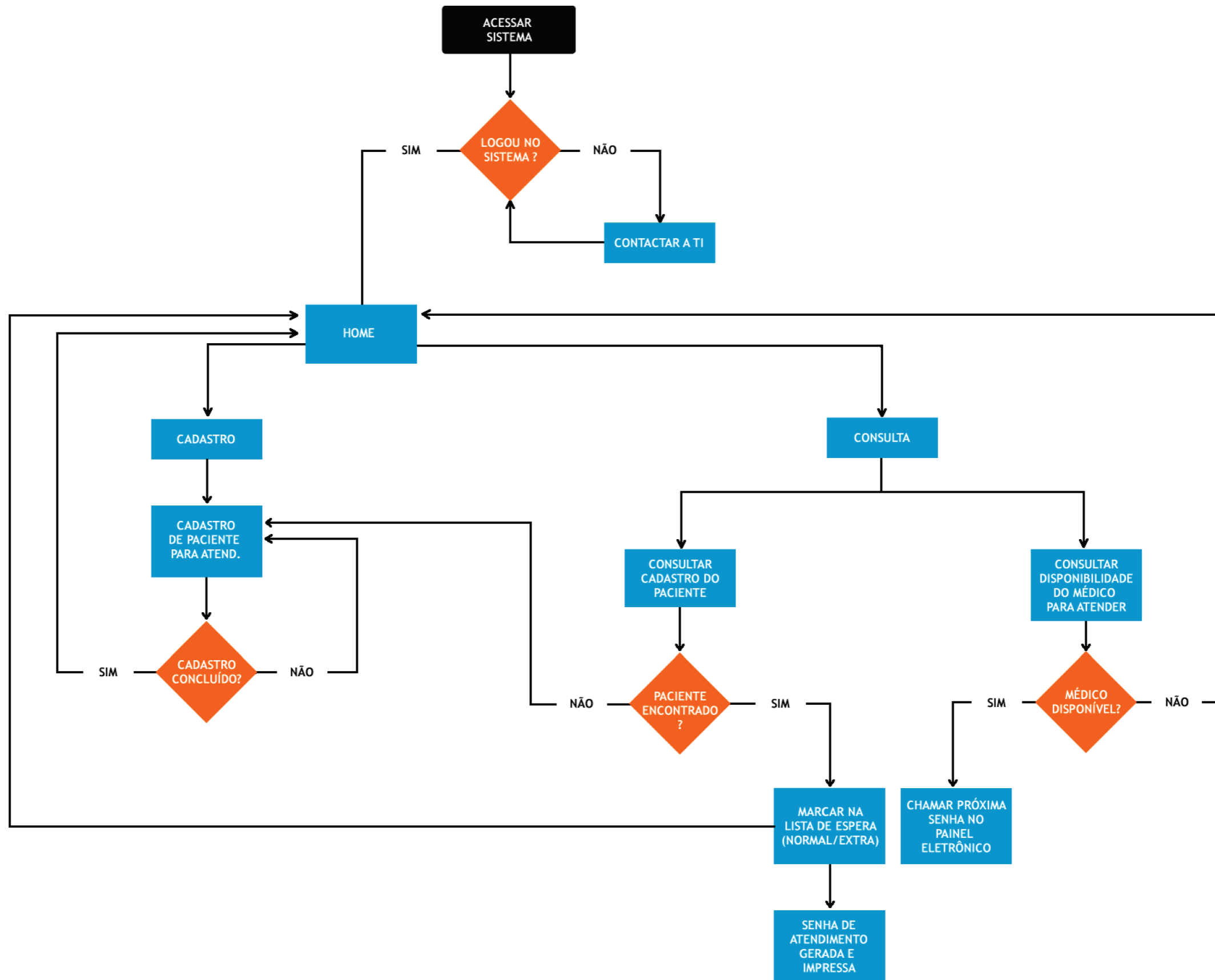


Figura 4.50 – Fluxograma do sistema de atendimento da recepção. Fonte: Autor (2013).

Sistemas similares já podem ser vistos em algumas unidades de atendimento público como nos SAC's - Serviços de Atendimento ao Cidadão, programa desenvolvido pelo governo do estado da Bahia, que concentra em suas unidades os mais diversos tipos de serviços públicos.



Figura 4.41 - Proposta de painel eletrônico. Fonte: Autor (2013).

Nessas unidades do SAC, o monitor é apresentado ao cidadão na espera do atendimento, dividido em duas partes. Uma contendo conteúdo educativo, apresentando publicidade de campanhas de saúde e cidadania e a outra parte da tela, apresenta o sistema de atendimento eletrônico via senha. Concentrando a atenção do usuário.

No sistema de saúde pública da capital baiana tal exemplo pode ser visto no Hospital São Rafael, próximo ao bairro da Paralela. O tamanho da Tela e sua distância dos assentos devem respeitar ao padrão brasileiro de ergonomia informacional.

A união do entretenimento e da informação promove uma sensação de conforto que segundo as ferramentas de design de serviços Interação Construtiva e Mapa da Jornada do Usuário, diminui a sensação de demora e pode até aumentar o tempo de tolerância de um paciente que não é entretido.

#### 4.2.4.5 Portas, maçanetas, corrimãos e acessibilidade

Propomos a substituição de todas as maçanetas das portas, para uma maior adequação às necessidades dos pacientes do Ambulatório. Além de idosos, são atendidos nos local pacientes com diversas patologias, dentre elas mal de Parkinson, demência e mal de Alzheimer.

Desse modo, é imprescindível que as estruturas sejam adaptadas, permitindo a inclusão social. Tal estudo é identificado no design universal e design de serviços como manuseio operacional. O manuseio operacional consiste no ato de pegar, movimentar, puxar, empurrar, girar e torcer, objetos. Neste caso específico seria o puxar e girar a maçaneta da porta.

Uma pega inadequada pode ocasionar problemas a curto e longo prazo. Em curto tratando-se da limitação de acesso, ou dificuldade de acesso ocasionado por uma pega inadequada. Em longo prazo pelo uso constante que pode acarretar problemas como LER – Lesão por esforço repetitivo. (FILHO, 2003, p. 38).

No Ambulatório, propomos a troca das maçanetas de rosqueamento, giratórias, por maçanetas de barra nas portas, como pode ser visto na Figura 4.40. As maçanetas rosqueadas não correspondem ao princípio do design universal, pois são exclusivas. Para ter acesso a um ambiente utilizando maçanetas rosquiável o usuário precisa realizar a ação de segurar, firmar e girar.

Tratando-se de uma proposta universal que seja utilizável por todas as maçanetas rosqueáveis em sua maioria, não dispõe de ranhuras que permitam ao usuário maior firmeza para o giro. As maçanetas de barra ou também chamadas de maçanetas retas, não exigem que seu acionamento se dê através do pegar e girar, como a ação dela para liberar a abertura da porta se dá pelo ceder a barra da maçaneta, esta pode ser feita pela mão, sem muitas dificuldades e sem a necessidade de uma precisão de movimentos como a maçaneta rosquiável. O simples peso vertical já aciona seu movimento de destravamento da porta.

É comum vemos usuários com as mãos ocupadas realizarem o destravamento da porta através do cotovelo por exemplo. Para um ambiente em que temos contato com idosos com diversas patologias dentre elas as que afetam o sistema nervoso e comprometem a precisão e a pega, necessárias para se abrir uma porta com maçaneta por rosqueamento, o uso de maçanetas barras é o mais recomendável.

A seguir podemos ver na Figura 4.52, os dois modelos de maçanetas comentados. O primeiro é o da maçaneta rosquiável e a segunda imagem o modelo da maçaneta de barra, que é a indicada para o Ambulatório.



Figura 4.52 - Modelos de maçanetas de portas. Fonte: Autor (2013).

Através da metodologia do design de serviços e do uso da ferramenta de Mapa da Jornada do Usuário, considerando que a largura mínima de uma porta para passagem de cadeirante é de 70 cm, foi identificada a necessidade do aumento da largura das portas de 70 cm para 75 cm, nas oito portas presente no local de atendimento permitindo assim livre transito de cadeirantes aos ambientes do Ambulatório de Geriatria. Tal aumento se dá pela necessidade mínima de uma pessoa com estatura mediana de ter um espaço de 72 cm para passagem, tratando-se de um usuário de muletas. Tal aumento da largura das portas proporcionará um maior conforto tanto para os cadeirantes quanto para os usuários de muletas. (FILHO, 2003; LOPES, 2006).

A maioria dos entrevistados declara que a rampa é uma ótima solução, melhor que a escada para o deslocamento entre os andares do prédio do Complexo Ambulatorial, ainda mais nos momentos em que os elevadores estão em manutenção ou quebrados, como afirma o entrevistado “A rampa é ótima. Eu acho, na minha opinião. Melhor que a escada, né? Elevador, tem um quebrado, um funcionando... [risos]” (ENTREVISTADO D, 2013). O Entrevistado C concorda com o Entrevistado D e acrescenta: “Pra mim, a rampa é legal porque eu tenho problema nas perna e no pé, ó. [...] Melhor. Inchado” (ENTREVISTADO C, 2013). Para o Entrevistado E, acompanhante, de sua mãe, paciente do ambulatório que é cadeirante, a rampa facilita o deslocamento (ENTREVISTADO E, 2013).

Apesar dos depoimentos acima, durante a nossa observação *in loco* identificamos a necessidade da inclusão de mais dois corrimões nas rampas de acesso à recepção. Atualmente cada rampa possui apenas 1 corrimão, o que ocasiona muitas vezes a necessidade de quem transita pelo outro lado da rampa, sem corrimãos, sustentar-se e apoiar-se na parede.

Como a rampa tem um comprimento de aproximadamente 15m, idosos, cadeirantes e usuários de muletas, muitas vezes param no meio da rampa, porém sem local para apoio durante o descanso.

A Figura 4.53, a seguir mostra a rampa na situação atual sem o corrimão na parede à esquerda, e a Figura 4.54 apresenta a proposta de intervenção em seguida com o corrimão.

Outro problema identificado foi que na rampa que sai da recepção e dá acesso ao pavimento superior, devido a presença de corrimãos apenas em um dos lados, os pacientes chegavam a se apoiar na grade, parede à direita, para continuarem a subida na rampa. Como a grade aparece até certo ponto da rampa, aqueles que precisavam se apoiar para continuar a subida acabava fazendo-o na parede.



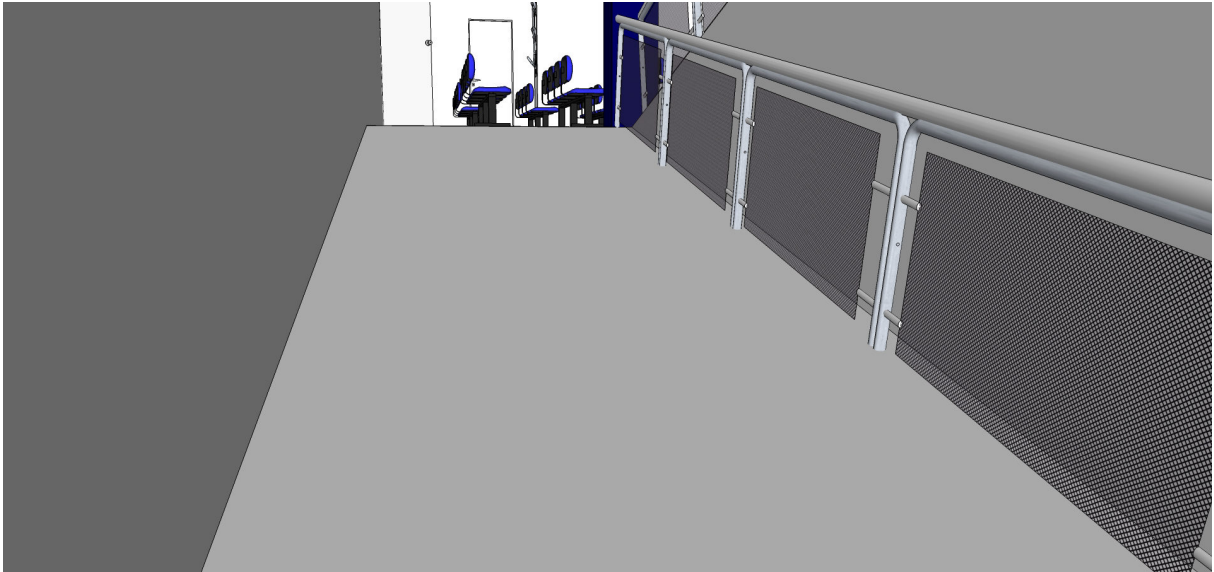


Figura 4.53 – Vista atual da rampa inferior sem corrimão à esquerda. Fonte: Autor (2013).

Logo a seguir a ilustração da rampa ilustrada com a proposta intervenção na Figura 4.54, com a presença de corrimão na parede à esquerda.



Figura 4.54 – Proposta de corrimão da rampa de acesso ao Ambulatório. Fonte: Autor (2013).

Logo abaixo na Figura 4.55, é possível ser vista a ilustração da rampa de acesso superior ao ambulatório. Na montagem, é possível ser vista a rampa sem corrimão à

direta, primeira imagem e logo abaixo a proposta de intervenção com o corrimão na rampa.

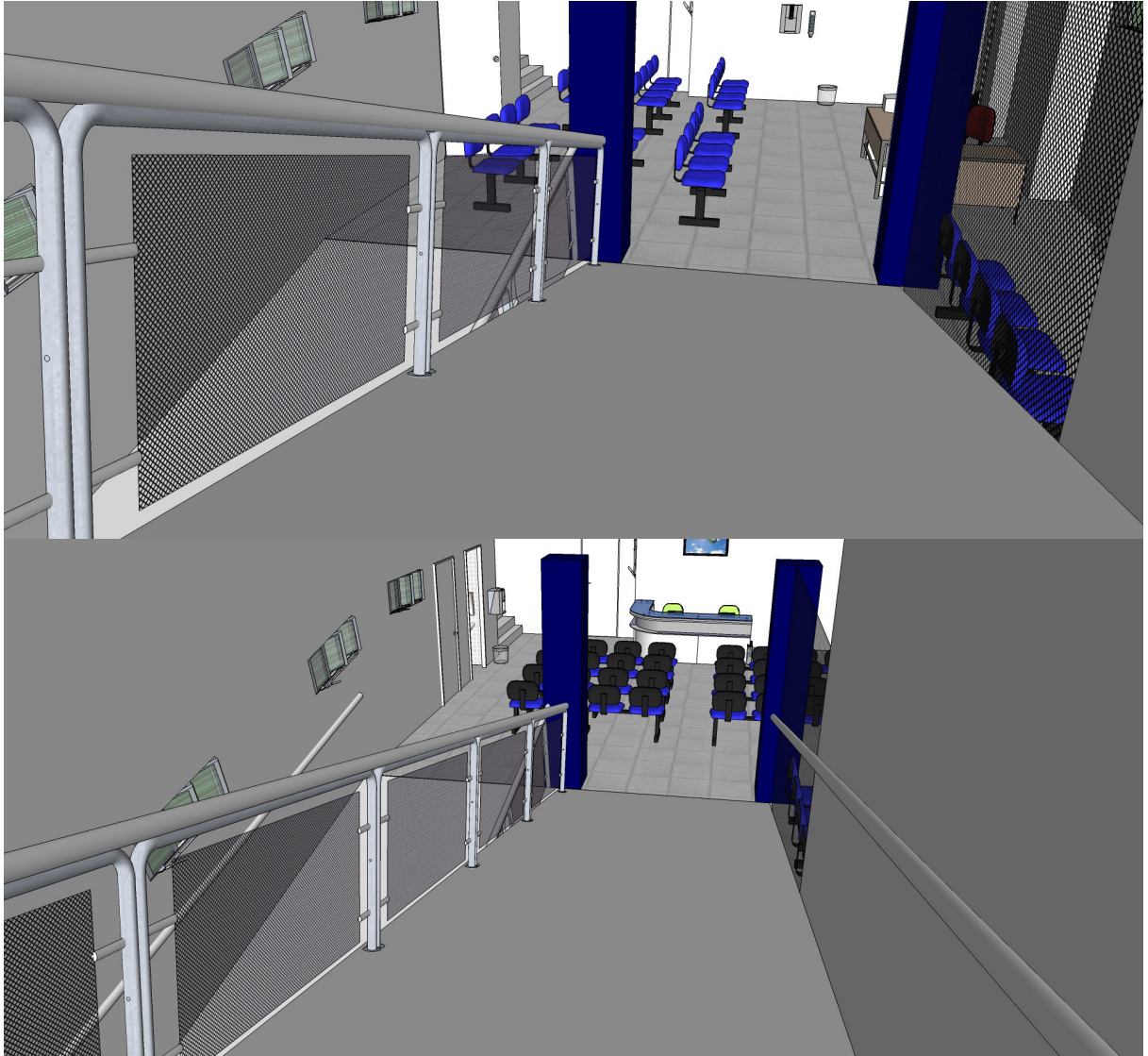


Figura 4.55- Proposta de corrimão da rampa de acesso a Ala superior. Fonte: Autor (2013).

Através do design de serviço especialmente da ferramenta Mapa da Jornada do Usuário, planificação da recepção do atendimento e da Avaliação Heurística é sugerida a alteração da posição da bancada da recepção, e o reposicionamento do bebedouro para próximo a entrada dos sanitários e visíveis a todos no ambiente assim como acessível a todos que circulam. Tal mudança é apresentada na Figura 4.56, através da seta em vermelho.

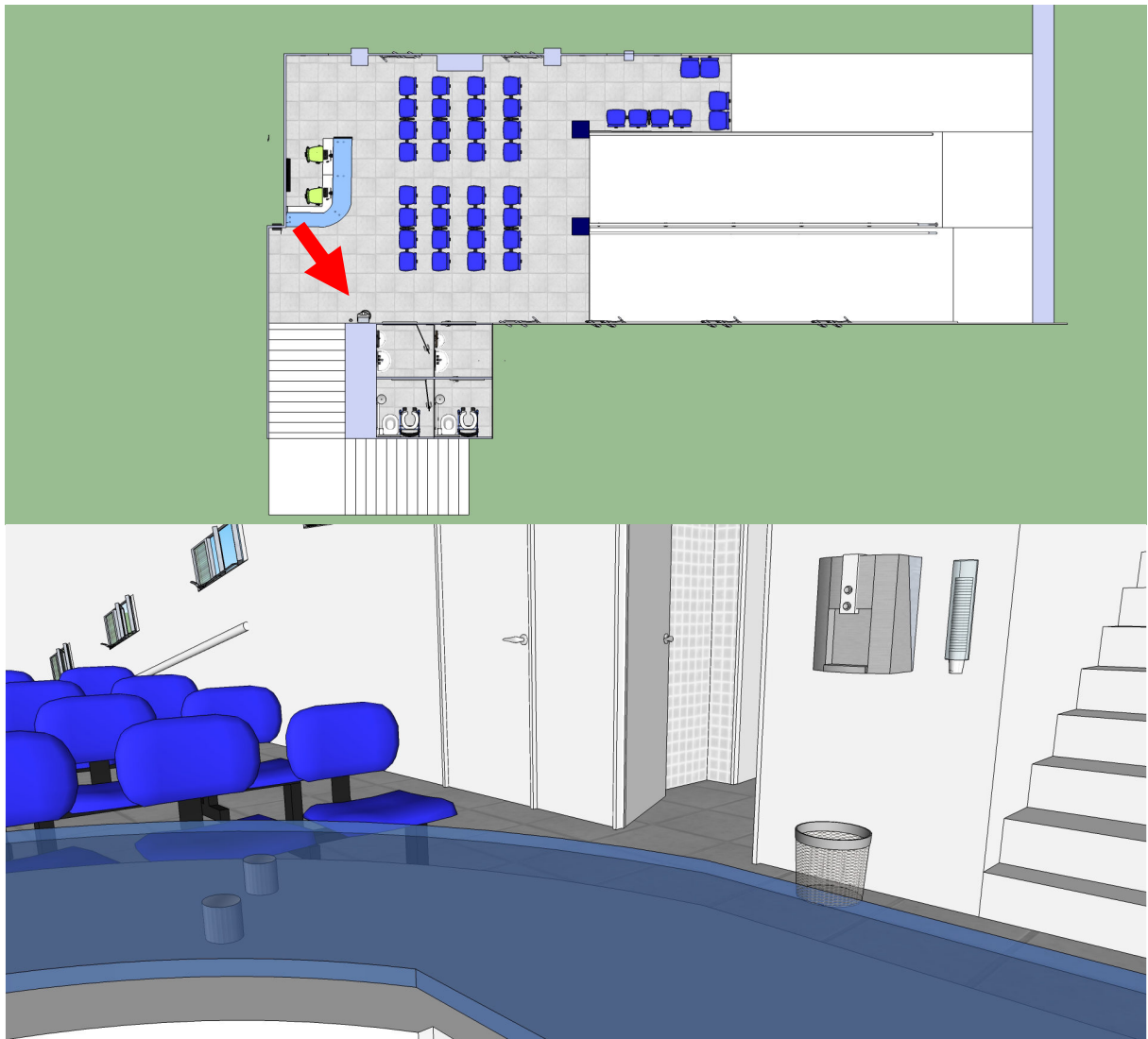


Figura 4.56 – Proposta de realocação do bebedouro. Fonte: Autor (2013).

Estas intervenções através do design de serviços permitem uma fluidez maior no fluxo de acesso a recepção, reduzindo a possibilidade de acúmulo de pacientes e funcionários no balcão da recepção por conta do bebedouro ao lado da bancada.

#### 4.2.4.6 Lavatório e sanitários

Um grande problema percebido na pesquisa de campo, observações estruturadas e relatado nas entrevistas foram às dificuldades de acessibilidade e usabilidade nos sanitários. Os mesmos não foram adaptados para atender as necessidades dos cadeirantes, nem dos idosos. Os sanitários são divididos em dois ambientes. O primeiro corresponde atualmente ao lavatório com a existência de uma pia. O segundo compartimento possui o vaso sanitário com suporte para papel e lixeira. As

Figuras 4.24 e a 4.25, presentes no início deste capítulo, demonstram as condições em que se encontram os sanitários. Ausência de iluminação artificial nos dois ambientes, ausência de espelho, mofo, infiltrações e limitações com relação à acessibilidade. Desse modo, com o uso da ferramenta de Mapa da Jornada do Usuário, tomando como base a melhoria da circulação nos corredores assim como de acesso aos sanitários, propomos as seguintes intervenções e melhorias nos sanitários do Ambulatório, que podem ser vistas na Figura 4.57:

1. Ampliação das portas;
2. Inclusão de uma nova pia adaptada para cadeirantes;
3. Espelhos: um para pia padrão e outro com inclinação de 10° para a pia dos cadeirantes;
4. Troca das maçanetas;
5. Iluminação; e
6. Exaustor para purificar o ambiente.



Figura 4.57 – Proposta do primeiro ambiente do sanitário. Fonte: Autor (2013).

A Figura 4.58, apresenta a proposta para o segundo ambiente dos sanitários, com a inclusão de barras de apoio para cadeirantes, idosos e deficientes, assim como cadeira adaptada para vaso sanitário. Vale salientar que segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas deve ser reservado um espaço para rotação da cadeira

de rodas de 90° ou um círculo com 1,50m de diâmetro, para uma volta completa (NBR 9050, 1994).



Figura 4.58 - Proposta do segundo ambiente do sanitário. Fonte: Autor (2013).

Não apenas a identificação dos sanitários, mas também a sinalização do fluxo de acesso ao ambulatório foram relatados como itens a serem melhorados.

O único problema que eu tou tendo ultimamente aqui é essa relação à portaria aqui, que tem, tá com duas entradas e aí as pessoas que tá ficando lá no fundo, na fila lá no fundo, e aí, na hora que abre o portão daqui, tem muita gente lá na fila lá do fundo, eles abriram o portão daqui da frente, da rua principal, e aí o pessoal que chegou, que tá lá no fundo, na parte do fundo, chegou mais cedo, certo? Eles abre o portão daqui da frente, da rua principal, aí o pessoal da rua principal que está na frente entra na frente de quem chegou que está lá na parte do fundo. Entendeu? Aí, é uma coisa errada que devia concentrar a fila só num lugar só. Ou abre, eu, ou bota pra entrar pela parte, rua principal, ou, ou pelo fundo, pela parte do fundo. Né? Porque aí tá sendo complicado. Aí quem chega primeiro fica lá na fila ao fundo, lá no fundo, na hora que chega cá, ele abriu os dois, o portão da frente da porta principal, e aí, quem chegou lá, quem, o pessoal daqui da frente, da parte principal chega na frente de quem está lá na parte do fundo. Né? (ENTREVISTADO B, 2013).

Em um estudo posterior, é possível darmos continuidade a esta pesquisa de modo a atender a questão da sinalização externa de acesso ao Ambulatório de Geriatria.

Nesta pesquisa nos limitamos a analisar a sinalização interna e identificação do espaço da Recepção do Ambulatório de Geriatria apenas, que apontou falhas na identificação dos sanitários.

#### **4.2.5 - Mapa estratégico de sugestão de melhorias para o gestor do ambulatório**

O Mapa de sugestão de melhorias para o gestor em saúde é uma ferramenta importante no processo de melhoria da qualidade do serviço. Através dele será possível ao gestor ter uma visão geral do serviço de atendimento, além de conhecer as propostas e sugestões de ações a serem realizadas na busca da melhoria do atendimento.

O Mapa apresenta as sugestões divididas por etapa do serviço. Isso permite ao gestor realizar ações planejadas, pontuais e sequenciais, sem comprometer o andamento do serviço como um todo em parte dele com as intervenções. A aplicação da metodologia do design de serviços por meio de três de suas etapas permitiu-nos desenvolver soluções e propostas quanto ao processo de atendimento no ambulatório pesquisado. A Figura 4.59 apresenta sugestões de ordem gerencial e estratégicas para a melhoria do serviço de atendimento no ambulatório.

No capítulo seguinte, apresentam-se as considerações finais do estudo, com foco nos resultados do estudo de caso e as possíveis contribuições desta pesquisa para o atendimento público de saúde ao idoso.

# MAPA DE SUGESTÕES DE MELHORIAS PARA GESTOR DO AMBULATÓRIO

## ETAPAS DO SERVIÇO

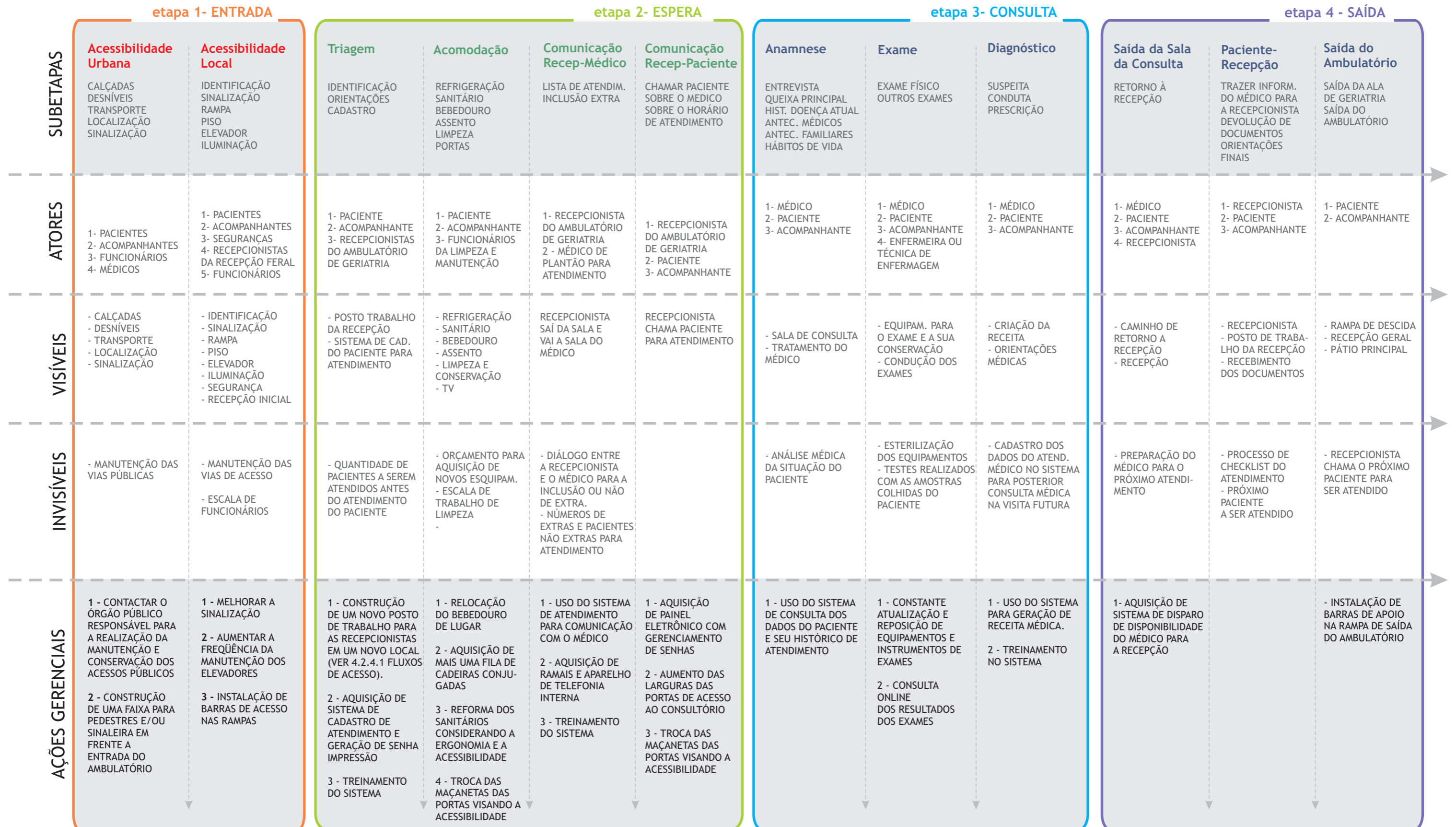


Figura 4.59 - Mapa estratégico de sugestão de melhorias para o gestor do ambulatório.

## CAPÍTULO V

---

# CONSIDERAÇÕES FINAIS



## CAPÍTULO V

---

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

#### 5.1 CONCLUSÃO

O processo de atendimento público em saúde, especialmente voltado à população idosa, não pode se pautar apenas na oferta do serviço em uma unidade de saúde, mas também na sua acessibilidade, o que envolve um trabalho em conjunto de diversos órgãos e setores governamentais e não-governamentais. Não basta apenas levar o serviço ao cidadão, mas fazê-lo com qualidade, para que a experiência do atendimento possa, pelo menos, amenizar o sofrimento pelo estado de saúde em que se encontra o paciente. Cabe à sociedade ter ciência de suas necessidades e lutar por essas melhorias, assim como para os profissionais de design ver novas possibilidades e campos de atuação, especialmente os ligados aos serviços. Ademais, as condições de atendimento de saúde devem envolver aspectos como a inclusão social, pois temos uma população com crenças, interesses, formação e necessidades diferentes.

O desenvolvimento deste estudo propôs reflexões acerca das questões de partida, permitindo inferências dos pressupostos anteriormente levantados no primeiro capítulo desta dissertação:

Q<sup>1</sup> O design de serviços pode contribuir para a melhoria do serviço de atendimento público em saúde para a população idosa?

Observamos que sim, visto que a aplicabilidade da metodologia do design de serviços nos permitiu confirmar algumas carências no atendimento público na unidade de saúde pesquisada, assim como nos trouxe novos elementos, até então não percebíveis, necessários de serem sanados que contribuem para deficitária qualidade do atendimento no serviço de saúde pesquisado. Tais melhorias a serem realizadas pelo gestor em saúde foram apontadas no Mapa estratégico de sugestões de melhorias do serviço para o gestor do ambulatório (Figura 4.59).

As características da metodologia do design de serviços, colocando o usuário como elemento central de importância no processo, assim como um co-autor do mesmo, leva-nos a perceber que sua utilização pode ir além de soluções que beneficiam apenas a população idosa usuária do serviço, como também funcionários, médicos, acompanhantes e transeuntes do local. Isso se deve a transdisciplinariedade da metodologia do design de serviços, que ultrapassa a esfera do design e agrega a busca de soluções conhecimentos oriundos de diversas áreas. Desse modo, entendemos que o design de serviços pode, sim, contribuir para a melhoria do atendimento público na área de saúde voltado para a população idosa, a partir das seguintes reflexões:

- 1) A metodologia do design de serviços pode dar importantes contribuições em outras áreas de serviços em nosso país e estado, especialmente pelo fato de nossa economia se pautar em considerável parte em serviços;
- 2) A aplicabilidade da metodologia do design de serviços pode promover também benefícios aos demais setores da sociedade. Os benefícios de acessibilidade, por exemplo, atingem usuários de muletas, cadeirantes e demais pessoas com dificuldades de locomoção, permanentes ou temporárias. Outros beneficiados vão desde portadores de doenças que dificultam o sistema locomotor até crianças, passando por portadores de deficiências visuais ou baixa visibilidade.

A segunda questão de partida foi:

**Q<sup>2</sup>** Quais as ferramentas do design de serviços passíveis de serem aplicados no universo de atendimento público de saúde para a população idosa.

Nesta pesquisa observamos uma riqueza de possibilidades em se trabalhar com a metodologia do design de serviços. Organizada em quatro etapas, a saber:

1. Etapas do Serviço; 2. Sistematização do Serviço; 3. Pontos de Contato; e por fim, 4. Análise dos dados Coletados e Tomada de Decisão.

Há diversas ferramentas que podem ser aplicadas dentro das etapas da metodologia do design de serviços. Em nossa pesquisa, utilizamos oito ferramentas do design de serviços para a execução das etapas (ver Tabela 2.9). Para a escolha de qual ferramenta a ser utilizada, deve-se primeiro analisar o tipo de atividade de serviço, seus processos e, principalmente, seu público-alvo.

É possível que outras ferramentas, dentre as sessenta e sete, da metodologia do design de serviços descrita por Tassi (2008), e, no ano seguinte, reduzidas para quarenta por Tassi e Gorla (2009), possam ser perfeitamente aplicadas na melhoria do atendimento público na área de saúde (Tabela 2.8). Todavia, por uma questão de limitação de tempo, testamos apenas oito destas, com as quais podemos responder afirmativamente a segunda questão de partida, quanto a eficácia de ferramentas do design de serviços na contribuição da melhoria do atendimento público a população idosa. As ferramentas utilizadas foram: *Design thinking*, *Blueprint*, *Walkthrough Cognitive*, *Interação Construtiva*, *Mapa da Jornada do Cliente*, *Avaliação Heurística*, *System Map* e *O Mágico de Oz*. A Tabela 5.1, contextualiza o uso das ferramentas de design de serviços nesta pesquisa:

**Tabela 5.1 - Ferramentas do design de serviços e sua aplicação nesta pesquisa**

<i>Etapa</i>	<i>Ferramenta utilizada</i>	<i>Onde foi utilizada</i>	<i>Como foi utilizada</i>
Definição das etapas do serviço e suas sub-etapas	<i>Blueprint</i>	Definição das Etapas de Serviço	Subdivisão dos serviços do atendimento em etapas menores, para facilitar a análise das etapas.
	<i>Walkthrough Cognitive</i>	Definição das Etapas de Serviço e seus desmembramentos em Sub-etapas	Análise da tarefa da recepção em seu posto de trabalho.
	<b>Interação Construtiva</b>	Revisão das Etapas de serviços identificadas para confirma-las ou não.	Observação do trajeto do paciente idoso durante o atendimento no Ambulatório.
	<b>Avaliação Heurística</b>	Avaliação da Usabilidade do serviço	Identificação de fragilidades e deficiências do serviço durante o processo de atendimento do paciente idoso

Continua...

...Continuação

<i>Etapa</i>	<i>Ferramenta utilizada</i>	<i>Onde foi utilizada</i>	<i>Como foi utilizada</i>
Sistematização do Serviço	<i>System Map</i>	Construção do Mapa de Sistematização do Serviço	Elaboração de uma sistematização do serviço de atendimento com as alimentações, entradas, saídas e desvios em forma de gráfico.
	<b>Interação Construtiva</b>	Auxiliar na Construção do Mapa de Sistematização do Serviço	Observação do trajeto do paciente idoso durante o atendimento no Ambulatório.
Pontos de Contato <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visíveis</li> </ul>	<b>Mapa da Jornada do Cliente</b>	Identificação dos pontos de contatos visíveis	Construção do Mapa dos Pontos Visíveis com base na co-participação dos pacientes idosos do serviço.
	<b>Avaliação Heurística</b>	Identificação dos pontos de contatos visíveis	Análise da acessibilidade nas etapas do serviço dentro do percurso do paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invisíveis</li> </ul>	<b>O Mágico de Oz</b>	Identificação dos pontos de contatos invisíveis	Construção do Mapa de Contatos Visíveis e Invisíveis na Jornada do Serviço.
	<b>Interação Construtiva</b>	Identificação dos pontos de contatos invisíveis	Observação do trajeto do paciente; identificação das ações que ocorrem sem o seu conhecimento do usuário, mas que fazem parte do serviço.
Análise dos dados Coletados e Tomada de Decisão	<i>Design thinking</i>	Uso de elementos visuais, símbolos e ilustrações para representar o pensamento na solução de problemas.	Uso de soluções multidisciplinares, ligada a ergonomia, usabilidade, acessibilidade para auxiliar ao projeto.

Fonte: Autor (2011).

## 5.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

Uma das mais importantes contribuições dessa pesquisa faz-se devido à escassez de literatura especializada sobre design de serviços, sobretudo no cenário nacional. Acreditamos que esta dissertação contribui para estabelecer um marco no processo de conhecimento do designer nacional sobre o uso da metodologia do design de serviços e suas ferramentas.

## 5.3 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS

A implementação da metodologia do design de serviços na área de atendimento público voltado para a população idosa, como proposta nesta dissertação, seria um

avanço benéfico para a sociedade. A execução da proposta apresentada em uma unidade de saúde poderia vir a ser não apenas um benefício social, mas também um vislumbre para as autoridades quanto à contribuição do designer na melhoria da qualidade do atendimento público para a sociedade. Mesmo dentro de uma equipe multidisciplinar, o designer poderia contribuir mais do que hoje é visto pela sociedade e pelos poderes públicos, visto que normalmente tais profissionais não são comumente inseridos em projetos dessa natureza, o que acaba conduzindo-os para projetos mais individuais. Outra contribuição dessa pesquisa é a possibilidade de sua replicação em outras áreas de atendimento público, não somente o de saúde ou para o público-alvo aqui estabelecido, a população idosa, mas também em outras áreas.

#### 5.4 LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO

Pretende-se dar continuidade aos trabalhos de investigação a partir da aplicação das propostas apresentadas, através de uma experiência piloto de modo a avaliar a execução das propostas e a possibilidade de melhorias e ajustes. Acredita-se ainda que seja possível realizar experimentos dessa metodologia em outras áreas de atendimento de saúde, de modo a expandir sua aplicação em todo o Complexo Hospitalar Professor Edgar Santos, Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia. Pretende-se estudar outros ambientes de atendimento público em áreas como a educação, por exemplo. Cremos que esta experiência de pesquisa seja apenas um passo inicial para um degrau maior de conhecimento pessoal e prestação de serviços a sociedade.

---

## **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

---

AINAMO, Antti. "Services innovation and operations: learning from services marketing". In: KIMBELL, Lucy; SEIDEL, Victor (orgs.). *Designing for services - multidisciplinary perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology-based enterprises*. ed 1ª. Oxford: Saïd Business School, Park End Street, 2008.

ARRUDA, S.M.B.O. A sociedade dos descartáveis. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Ano VI, 1986.

AKAKA, M.; VARGO, S.; MAGLIO, P. On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal*, v. 26, nº. 3, p. 145-152. doi: 10.1016/j.emj.2008.04.003, 2008.

ALVES, Catharina E. Rodriguez Alves. *Humanismo: definições e interpretações histórico-filosóficas*. Revista Científica SER – Saber, Educação e Reflexão, v. 1, nº. 1, p. 45-55. Faculdade de Agudos. Agudos/SP, Jan-Jun/2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 9050, *Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências e Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos*. Rio de Janeiro – Brasil, 1994.

BAINES et al. State-of-atr in product-service systems. In: *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part B: Journal of Engineering Manufacture*. v. 221, nº. 10/2007. Professional Engineering Publishing. London, UK: 2007.

BALLONE, G J - Alterações Emocionais no Envelhecimento, in. *PsiquWeb, Psiquiatria Geral*, 2002. Internet, disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/geriat/andropausa.html> acessado em 19/06.2012.

BARRY, A., BORN, G; WESZKALNYS, G. *Logics of interdisciplinarity, Economy and Society*, v. 37, nº.1.2008.

BELLINI, Fábio A. T.; DOS SANTOS, Maria Cecília L. Diretrizes para mobiliário urbano nacional como instrumento de democratização. In: *Anais do Seminário Acessibilidade no Cotidiano*. Rio de Janeiro: 2004.

BERNARDI, Núbia; DORIS, Kowaltowski. Reflexões sobre a aplicação dos conceitos do desenho universal no processo de projeto de arquitetura. Departamento de Arquitetura e Construção, Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo – FEC. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2005.

BERTOLA, Paola. II design nelpensieroscientifico: verso una fenomenologia del design. In: P. Bertola e E. Manzini (Ed.). Design Multiverso: appunti di fenomenologia del design. Milano: Edizioni POLI. design, 2004. II design nelpensieroscientifico: verso una fenomenologia del design. p.25-40.

BETTENCOURT, L. A.; ULWICK, A. W. The customer-centered innovation map. Harvard business review, v. 86, n. 5, p. 109-14, 130, 2008.

BINS ELY, VERA H. M.; CAVALCANTI, Patrícia B. Avaliação dos Asilos para Idosos em Florianópolis. Relatório de pesquisa PETARQ-UFSC. Florianópolis: 2006.

BLACKMON, Kate. *“Designing for services: design thinking and operations management – converging or parallel worlds?”*. KIMBELL, Lucy; SEIDEL, Victor (orgs.). Designing for services - multidisciplinary perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology-based enterprises. 1ª ed. Oxford: Saïd Business School, Park End Street, 2008.

BOSI, Ecléa. Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos. 8ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

BRASIL - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010. nº. 27.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL - Secretaria Nacional do Transporte e da Mobilidade Urbana. Brasil acessível: Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana - Implementação de Políticas municipais de acessibilidade. Brasília; 2009. nº. 4

BRITTO DA MOTTA, Alda. Terceira Idade - Género, Classe Social e Moda Teórica, XX Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, MG, outubro, 1996.

BUCHANAN. R.; MARGOLIN, V (Eds.) Discovering design: explorations in design. In Design studies. Cidade: University of Chicago Press, 195, p. 122.

BUCHANAN, R. Wicked problems in design thinking. Design Issues, v. 8, nº. 2, p. 5-21. MIT Press, 1992.

BÜRDEK, B. E. Diseño, Historia, Teoría y Práctica del Diseño Industrial. Barcelona. Gustavo Gili, 1994.



CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira, IPEA, RJ. 2008.

CAMARANO, Ana Amélia. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: Neri, A. L. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade, São Paulo: Edições SESC, 2007, p 169-190.

CASTELLACCI, Innovation, diffusion and catching up in the fifth long wave, *Futures Journal*, Vol. 38, No. 7, September 2006, 841-863, Oxford and Amsterdam: Elsevier.2006.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Pretice Hall, 2002.

CHESBROUGH, H.; SPOHRER, J. A research manifesto for services science. *Communications of the ACM*, v. 49, n. 7, p. 40. ACM, 2006.

CHIZZOTTI, Antônio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, 2003, 16 (2), pág. 221-236. 2003, CIED - Universidade do Minho. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/374/37416210.pdf>> Acessado em 12 dez. 2012.

CORREIA, Albano José P. O Design como estratégia de inclusão. Dissertação de Mestrado em Design Industrial. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Escola Superior de Arte e Design de Matosinhos, Porto, 2004.

COUTINHO, Afrânio. Humanismo. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. v. 4, 1958, p. 80-90.

CROSS, N. IV Designer ways of knowing: design discipline versus design science. *Design Issues*, v. 17, n. 3, p. 49-55. MIT Press, 2001.

CAUTELA, C.; RIZZO, F.; ZURLO, F. Service design logic. An approach based on different service categories. *Design*, p. 4317-4326, 2009.

DAMATTA, Roberto. *Relativizando. Uma introdução à antropologia social*. Rocco, Rio de Janeiro, 1987.

DENZIN, Norman K. LINCON, Ivonna S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In DENZIN, Norman K. LINCON, Ivonna S. (Orgs.) *O planejamento da pesquisa qualitativa. Teoria e abordagens*. Porto Alegre. Artmed. 2006.

DRECH, Dilvane Rita; POMATTI, Dalva Maria; DORING, Marlene. Prevalência de acidentes domésticos em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. São Paulo. Universidade de Passo Fundo. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 87-97, jan./abr. 2009.

DUARTE, Rosária. Entrevista em pesquisas qualitativas. Revista Educar, Curitiba, nº 24, p. 213-225, 2004. Disponível em:

<[ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/download/2216/1859](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/download/2216/1859)> Acessado em 12 dezembro de 2012.

DUARTE, Rosária. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, nº1 115, mar. 2002.

EDMAN, K. W. Exploring Overlaps and Differences in Service Dominant Logic and Design. Design for skning. 2009.

EDVARDSSON, B.; GUSTAFSSON, A.; ROOS, I. Service portraits in service research: a critical review. International Journal of Service Industry Management, v. 16, n. 1, p. 107-121. Emerald, 60/62 Toller Lane, Bradford, West Yorkshire, BD 8 9 BY, UK, 2005.

EGYDIO, E; MARTINS, K; PASHOARELLI, L. Avaliação técnica, normativa e ergonômica de andares para idosos. In: Anais do VII EROGODESIGN – Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Homem-Tecnologia: Produtos, Informações, Ambiente Construído, transporte. [CD-ROM]. Balneário Camboriú: UNIVALI, 2007, p.6.

EIGLIER, P., Langeard, P. Serviços de marketing de Consumo: novas percepções. Cambridge. Mass Marketing Science Institute, 1977, p. 128.

ELY, Vera M. B; DORNELES, Vanessa Goulart. Acessibilidade Espacial do Idoso no Espaço Livre Urbano. In: Anais do ABERGO 2006, 14º Congresso Brasileiro de Ergonomia. Curitiba: ABERGO, 2006.

ESTATUTO DO IDOSO: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. – 5. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. Administração de serviços. Operações, estratégia e tecnologia de informação. 2.ed. Bookman, Porto Alegre, 2000.

FILHO, João Gomes. Ergonomia do Objeto: Sistema Técnico de Leitura Ergonômica. Escrituras Editora, São Paulo, 2003.

FRASCARA, Jorge. Design and Social Sciences: making connections. New York: Tylor& Francis. 2002. p. 238.

FRY, Tony. Contra uma teoria essencial de necessidade: algumas considerações para a teoria do design. Revista Design em Foco, v.II, nº.1, Salvador: EDUNEB, 2005, p. 63-77.

FREIRE, Karine; DAMAZIO, Vera. Design de serviços: conceitos e reflexões sobre o futuro da disciplina. In: 9º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design, São Paulo. 2010.

GADOTTI, Moacir. A educação contra a educação, Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1984.

GARRIDO R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasil Psiquiatria*, 2002; 24 (supl I): 3-6.

GERENTE, Melissa M. Introduzindo diretrizes de projeto para acessibilidade em Sítios históricos a partir do estudo de caso de São Francisco do Sul. Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDSTEIN, S.; JOHNSTON, R.; DUFFY, J.; RAO, J. The service concept: the missing link in service design research? *Journal of Operations Management*, v. 20, nº. 2, p. 121-134. Elsevier, 2002.

GOLDENBERG, Mirian. A arte de pesquisar: como fazer uma pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2003.

GOOGLE MAPAS: imagem de satélite. Salvador: Pavilhão de Ambulatórios Magalhães Neto, 2012. 1 fotografia aérea. Escala 1:100.000. Canais 3, 4 e composição colorida 3, 4 e 5.

GRÖNROOS, C. Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, v. 20, n. 4, p. 298-314. doi: 10.1108/09555340810886585, 2008.

GRÖNROOS, C. Marketing, Gerenciamento e Serviços: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 973.

HALEN, Cees Van. VEZZOLI, Carlo; WIMMER, Robert. Methodology for product service system innovation: how to implement clean, clever and competitive strategies in European industries. Royal Van Gorcum. Assen, The Netherlands, 2005.

HILL, T.P. On goods and services. *Review of Income and Wealth*, 1976, p. 315-38.

- HILL, T.P. "Tangibles, intangibles and services: a new taxonomy for the classification of output". *Revue Canadienne d'Economie*, Canada: v. 32, nº 2, april 1999, p. 426-446.
- HOLLINS, Bill; HOLLINS, Gillian. *Over the Horizon: planning products today for success tomorrow*. London: John Wiley & Sons Ltd. 1999, p. 243.
- HOLMLID, S. *Interaction design and service design: Expanding a comparison of design disciplines*. Nordes. Stockholm, 2007.
- HOLMLID, S., HEGEMAN, J. *Workshop: Learning from failure*. *Touchpoint*, 1(3):38-39, 2010.
- HUGENTOBLER, H.K., *Designing a methods platform for design and design research*. In Redmond, J; Durling, D; De Bono, A. (Eds.), *Futureground*, Design Research Society, International Conference, Monash University, Australia. 2004.
- JAHNKE, M. *Innovation Through Design Thinking*. p.1-26. Gothenburg, 2009.
- JOHANSSON, U.; WOODILLA, J. *Towards a better paradigmatic partnership between design and management*. In: *International DMI Education Conference*, April. Anais. p.14-15, 2008.
- KIMBELL, Lucy; SEIDEL, Victor (orgs.). *Designing for services - multidisciplinary perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology-based enterprises*. ed 1ª. Oxford: Saïd Business School, Park End Street, 2008.
- KON, Anita. "Sobre as atividades de serviço: revendo conceitos e tipologias". *Revista de Economia Política*, São Paulo: vol. 19, nº 2 (74), abril-junho/1999, 64-83.
- KUMAR, V.; WHITNEY, P. *Daily life, not markets: customer-centered design*. *Journal of Business Strategy*, v. 28, n. 4, p. 46-58. doi: 10.1108/02756660710760944, 2007.
- LABOV, W; FANSHEL, David. *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press, 1977.
- LAZZARINI, S. G. *Estudos de caso: aplicabilidade e limitações do método para fins de pesquisa*. *Economia e Empresa*, v. 2, n. 4, p. 17-26, 1998.
- LEITE, Edmundo. *Eleições sem acessibilidade*. Fotos de Antonio Milena/AE. disponível em [http://blog.estadao.com.br/blog/eleicoes2008/?title=eleicao\\_sem\\_acessibilidade](http://blog.estadao.com.br/blog/eleicoes2008/?title=eleicao_sem_acessibilidade) acessado em 24/06.2012.

LIMA-COSTA, M. F; UCHOA E; PEIXOTO S. V; GIACOMIN KC. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(6):13-20.

LIMA, Renata U. M. O universal design no projeto paisagístico. In: *Anais do Seminário Acessibilidade no Cotidiano*. Rio de Janeiro, 2004.

LIMA, Telma C. S. de; MIOTO, Regina Célia T; PRÁ, Keli Regina Dal. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre. Ver. 6, nº 1. p. 93-104. jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1048/3234>> Acessado em 10 dez. 2012.

LOPES, Maria Valéria Affonso. Ergonomia Aplicada à Habitação: o caso do Usuário Enfermo. Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MAGER, Birgit. Service Design as an emerging field. In: (Ed) *Design services with innovative methods*. Keuruu: University of Art and Design Helsinki, v. 1, 2009, Service Design as an emerging field, p. 28-43.

MAGER, B. Service design: A review. Koln: Koln International School of Design. 2004.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa e elaboração, análise e interpretação de dados*. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MANHÃES, Maurício C. A inovação em serviços e o processo de criação do conhecimento: uma proposta de método para o design de serviço. Dissertação de mestrado em engenharia de gestão do conhecimento. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MANZINI, Ezio. II design in um mondo fluido. In: P. Bertola e E. Manzini (Ed.). *Design Multiverso: appunti di fenomenologia del design*. Milano: Edizioni POLI. design, II design in um mondo fluido, p. 17-24, 2004.

MANZINI, Ezio. Design, environment and social quality: from “existenzminimum” to quality maximum”. *Design Issues*, 10, nº 1. Cambridge: MIT Press, 1994. P. 37-43.

MANZINI, Ezio; VEZZOLI, Carlo. *O desenvolvimento de produtos sustentáveis: os requisitos ambientais dos produtos industriais*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2002. P. 367.

- MANZINI, Ezio. Keynote Presentation, Dott 07 Creative Community Awards 16 October, BALTIC Centre for contemporary art, Baltic Square, Newcastle upon Tyne, 2007.
- MANZO, Abelardo J. Manual para lapreparación de monografias: uma guia para presentar informes y tesis. 2. ed. Buenos Aires: Humanitas, 1971.
- MARX, Karl (1867) O Capital. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1985.
- MASLOW, A. H. Introdução à Psicologia do Ser. 2. ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 2010.
- MARSHALL, J. N. e WOOD, P.A. Services & Space: Key Aspects of Urban and Regional Development. Longman Scientific & Technical Publishers, 1995.
- MEDEIROS, Maria; LANDIM, Paula da. Sistemas produto-serviço: um caminho para a sustentabilidade. II Simpósio brasileiro de design sustentável. Rede Brasil de design sustentável. São Paulo, 2009.
- MEIRELLIS, Dimária Silva e. O Conceito de Serviço. Revista de Economia Política, vol. 26, nº 1 (101), pp. 119-136 janeiro-março/2006.
- MELLO, Carlos; SALGADO, Eduardo. Mapeamento dos processos em serviço: estudo de caso em duas pequenas empresas da área de saúde In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 25º, 2005. Porto Alegre. Anais, ABEPRO, p. 1715-1722.
- MILES, Matthew B; HUBERMAN, A. Michael. Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods. Beverly Hills, CA: Sage, p. 263, 1984.
- MONTAÑO, Carlos. Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- MORAES, Anamaria; MONT'ALVÃO, Cláudia. Ergonomia, conceitos e aplicações. 2. ed. Rio de Janeiro: 2AB, 2000.
- MORELLI, N. Projetando produtos e serviços de sistemas. A exploração metodológica. Questões de projeto. 3ª ed. p.3-17, 2002.
- MORELLI, N. Social Innovation and New Industrial Contexts: Can Designers — Industrialize || Socially Responsible Solutions? 1. Design, v. 23, n. 4, p. 3-21, 2007.
- MORITZ, S. Service Design: Practical access to an evolving field. Cologne, Germany: Köln International School of Design, 2005.

NEWS, Bocão. Frota de Taxi de Salvador. Salvador. Disponível em <<http://www.bocaonews.com.br/noticias/principal/geral/15686,taxi-esta-mais-caro-em-salvador.html>> acessado em 20/12.2011.

NIELSEN, Jakob, *Projetando Websites*, Ed. Campus, Rio de Janeiro, 5ª Ed. 2000.

NEVES, José Luiz. Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração. São Paulo, v.1, nº. 3, p. 1-5, 2º sem, 1996.

NORMAN, D.A. *Design Emocional*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 2004.

NORMANN, R. *Service Management: strategy and leadership in service business*. Chichester, New York, Willey, 2000.

NORMANN, R. *Reframing business - when the map changes the landscape*. Chichester: John Wiley & Sons. 2001.

NUSBAUMER, Jacques. *Les services: nouvelle donne de l'économie*. Paris: Economica, 1984.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. *Terceira Idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis*, Ed. Paulinas, São Paulo: 1999.

OLIVIER. J. C; Djilani M; Fahmy S; Couet W. In situ nasal absorption of midazolam in rats. *Int J Pharm.* p. 213: 187-192. 2001.

PAIVA, Marie Monique B; SANTOS, Vilma Maria. Ergonomia no Ambiente Construído em Moradia Coletiva Para Idosos: Estudo de Caso em Portugal. *Revista Ação Ergonômica*, v.VII, n.3, Salvador: EDUNEB, 2012, p. 56-75.

PARRA, Domingos F.; SANTOS, João A. *Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Futura, 1998.

PEIXOTO, Clarice. De Volta às Aulas ou Como Ser Estudante aos 60 anos. X Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, Salvador, abril, 1996.

POOL, I. Age - structural transition sand policy: towards frameworks. In: Seminar IUSSP/Asian Meta-Centre, Age-Structural Transitions and Policy, Phuket, Dec. 2000.

PRADO, Tania Maria B. *Participação: um estudo sobre idosos*. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Jurídical e Econômicas - Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 2006.

RAMASWAMY, Rohit. *Design and Management of service process? Keeping customer for life*. United States of America. 1996.

RAMIREZ, Rafael; MANNERVIK, Ulf. "Designing value-creating systems". KIMBELL, Lucy; SEIDEL, Victor (orgs.). Designing for services - multidisciplinary perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology-based enterprises. ed 1ª. Oxford: Saïd Business School, Park End Street, 2008.

RENEKER, Maxine H. A qualitative study of information seeking among members of na academic community: methodological issues and problems. *Library Quarterly*, v. 63, n. 4, p. 487-507, Oct. 1993.

RIPSA. Indicadores de Dados Básicos para a saúde(IDB). Rede Interagencial de Informações para a Saúde da Bahia. Bahia, 2012.

RYLANDER, Anna. Design Thinking as Knowledge Work: Epistemological Foundations and Practical Implications. *Design Management Journal*. Volume 4, Issue 1, pages 7-19, October, 2009.

ROY, Thomas F. Architectural Styles and the Design of Network-based Software Architectures. Tese of Doctor of Philosophy. University of California, Irvine, 2000.

SALGADO, Sebastião. Idoso ou Velho. disponível em <<http://www.techway.com.br>> acessado em 20/06/2012.

SAMPSON, S; FROEHLE, C. Foundations and implications of a proposed unified services theory. *Production and Operations Management*, v. 15, n. 2, p. 329. The University of Baltimore, 2006.

SANTOS, Luciano Costa. Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SHARP, H., ROGERS, Y. e PREECE, J. *Interaction Design: Beyond Human-Computer Interaction*, 2nd Edition, Wiley, 2007.

SAY, Jean-Baptiste (1803) *Tratado de Economia Política*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SERVIN, G. ABC of Knowledge Management. *National Library for Health: Knowledge Management*, n. July, p. 1-68, 2005.

SHOSTACK, L. G.; Como criar um serviço. *Europeu Journal of Marketing*. Madri, p. 49-63, 16 jan. 1982.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4ª Ed. Florianópolis. UFSC 2005. Disponível em



<<http://soniaa.arq.prof.ufsc.br/roteirosmetodologicos/metpesq.pdf>> Acessado em 11 de dez. 2012

SIQUEIRA, Maria Eliane Catunda da. *“Velhice e políticas públicas”*. NERI, Anita Liberalesso (orgs.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 1ª ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2009.

SMITH, Adam. Riqueza das Nações. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

SCORTEGAGNA, Paola Andressa. Políticas públicas e a educação para a terceira idade: contornos, controvérsias e possibilidade. 2010. 185f. (Dissertação de Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Ponta Grossa.

TASSI, R. Design della Comunicazione e Design dei Servizi: Il progetto della comunicazione per la fase di implementazione. Design, 2008.

TASSI, R.; GORLA, M. Service Design Tools. Retrieved from <<http://www.servicedesigntools.org/>>, 2009. Acessado em 06/10/2012.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. 1ª edição. São Paulo: Atlas Editora. 1987.

TRUJILLO, F.A. Metodologia da ciência (3a ed.). Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

UNEP: United Nations Environmental Program. Disponível em <<http://www.unep.org/>>. Acesso em: 25 de jun. 2011.

UNFPA. Relatório sobre a situação da população mundial 2011: pessoas e possibilidades em um mundo de 7 bilhões Fundo da População das Nações Unidas., 2011.

YOUNG, Robert. *“A perspective on design theory and service design practice”*. KIMBELL, Lucy; SEIDEL, Victor (orgs.). Designing for services - multidisciplinary perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology - based enterprises. ed 1ª. p. 43 e 44. Oxford: Saïd Business School, Park End Street, 2008.

VARGO, S. L. & LUSCH, R. F. Service-dominant logic: continuing the evolution, Journal of the Academy of Marketing Science 36(1): 1-10, published online 1 August 2007.

VEZZOLI, Carlo. Design de sistemas para a sustentabilidade: teoria, métodos e ferramentas para o design sustentável de “sistemas de satisfação”. Salvador: EDUFBA, 2010. 343 p.

VIEIRA, Evaldo. Estado e miséria social no Brasil: de Getulio a Geisel. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VIEIRA PINTO, Álvaro. Sete lições sobre a educação de adultos. Ed. Cortez, SP. Autoras, 1989.

VILLAROUCO, V. Construindo uma metodologia de avaliação ergonômica do ambiente. In: Anais do 15º Congresso Brasileiro de Ergonomia – Porto Seguro, Bahia, ABERGO, 2008.

WALKER, Richard. Is there a service economy? *Science and Society*, vol. 49, nº 1, p. 42-83, 1985.

WHITE, Anna. *“Reflections on the designing for services project”*. KIMBELL, Lucy; SEIDEL, Victor (orgs.). *Designing for services - multidisciplinary perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology-based enterprises*. ed 1ª. Oxford: Saïd Business School, Park End Street, 2008.

WHITE, Ellen G. *Educação*. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 10 ed. p. 13, 20, 2010.

WHYTE, Jennifer. *“Visualization and the design of services”*. KIMBELL, Lucy; SEIDEL, Victor (orgs.). *Designing for services - multidisciplinary perspectives: proceedings from the exploratory project on designing for services in science and technology-based enterprises*. ed 1ª. p. 47 e 48. Oxford: Saïd Business School, Park End Street, 2008.

WILLIAMS, B; SMART, J. J. C. *Utilitarianism: For and Against*. Cambridge University Press, 1973.

---

## APÊNDICE

## APÊNDICE

---

<b>Entrevistado</b>	<b>Situação em relação ao serviço de atendimento no Ambulatório</b>
ENTREVISTADO A	<b>PACIENTE</b> - Moradora do interior do estado da Bahia vem à capital baiana com frequência para receber atendimento no Ambulatório para tratamento contra a doença de Lúpus.
ENTREVISTADO B	<b>PACIENTE</b> - Senhor, meia idade, sofre da Apneia do Sono e também recebe tratamento dermatológico. Veio ao ambulatório no dia da entrevista especialmente para pegar relatório médico a ser entregue a Defensoria Pública a fim de poder realizar o exame de polissonografia.
ENTREVISTADO C	<b>PACIENTE</b> - Idosa, paciente do Ambulatório para tratamento reumático. Já esteve no Ambulatório para atendimento com hora marcada e como "extra". Também já recebeu tratamento no ambulatório para doenças no fígado.
ENTREVISTADO D	<b>PACIENTE</b> - Senhor, paciente antigo do Ambulatório, desde seus primeiros anos de funcionamento. Atualmente faz tratamento contra a doença de Lúpus. Também recebe tratamento de reumatismo, Já foi tratado no ambulatório de nefrologia.
ENTREVISTADO E	<b>ACOMPANHANTE</b> - Mulher, 46 anos, acompanhante de sua mãe idosa para atendimento geriátrico. Sua mãe é cadeirante e precisa de auxílio para deslocar-se.
ENTREVISTADO F	<b>ESPECIALISTA</b> - Trabalhou durante anos no Ministério da Saúde como Analista em Saúde dos Municípios. Tem 48 anos, é Especialista em Gestão Municipal de Saúde e Planejamento, atualmente desenvolve projetos para a área de saúde do município de Dias D'Ávila/BA.

Fonte: Autor (2013).