"Inovação e Sustentabilidade na Gestão de Processos de Negócios"
XXV SIMPEP Simpósio de Engenharia de Produção
07, 08 e 09 de Novembro de 2018

PROJETO DE MELHORIA DE ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: O CASO DO HUPE/UERJ

ANDREA SANTOS CABRAL - andreascabral3@gmail.com
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

RICARDO MIYASHITA - ricardomiya@gmail.com
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

THAÍS SPIEGEL - thais@eng.uerj.br
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

Área: *1 - GESTÃO DA PRODUÇÃO*
Sub-Área: *1.8 - GESTÃO DE OPERAÇÕES E SERVIÇOS*

Resumo: *ATUALMENTE, A HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE É UM TEMA COMUM, QUE VEM SENDO DISCUTIDO PELOS ATUANTES E ENVOLVIDOS NA ÁREA. DEVIDO O DISTANCIAMENTO DOS MÉDICOS COM OS PACIENTES E FUNCIONÁRIOS, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PERCEBEU A NECESSIDADE DEE CRIAR UMA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) A FIM DE ABORDAR O TEMA. ESTE PROJETO TEVE COMO OBJETIVO SUGERIR AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO SEGUINDO AS DIRETRIZES DO SUS E ENFOCANDO OS TRÊS GRUPOS DE USUÁRIOS ENVOLVIDOS (PACIENTES, EQUIPE DE SAÚDE E ACOMPANHANTES) ESPECIFICAMENTE NO SETOR DE ACOLHIMENTO DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE) DO RIO DE JANEIRO. ATRAVÉS DO MÉTODO DE DESIGN THINKING, QUE ENVOLVEU FASES DE DESCOBERTA DE PROBLEMAS ENCONTRADOS NO AMBULATÓRIO, DE DEFINIÇÃO DO QUE SERIA REALIZADO, E DE DESENVOLVIMENTO E ENTREGA DE PROPOSTAS E MELHORIAS, FOI POSSÍVEL ENCONTRAR SOLUÇÕES QUE ATENDESSEM AS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO. DESTA MANEIRA, CONSEGUIU-SE APRESENTAR QUATORZE SUGESTÕES PARA APLICAÇÃO NO HOSPITAL, TENTANDO ATINGIR O OBJETIVO DE HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA DA SAÚDE.*

Palavras-chaves: *HUMANIZAÇÃO; SAÚDE; ACOLHIMENTO;DESIGN THINKING.*

IMPROVING WELFARE AND HUMANIZED ACTIONS IN A HEATH UNIT: THE CASE OF HUPE/UERJ

Abstract: *NOWADAYS, HUMANIZATION IN HEALTH CARE IS REALLY DISCUSSED BY THOSE INVOLVED IN THE AREA. DUE TO THE DISTANCING BETWEEN DOCTORS AND PATIENTS, THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM (SUS) HAS REALIZED THE NEED TO CREATE A NATIONAL HUMANIZATION POLICE (PPNH) TO DEBATE THE TOPIC. THIS PROJECT HAS THE AIM TO SUGGEST HUMANIZATION ACTIONS FOLLOWING SUS'S GUIDELINES AND FOCUSING ON THE THREE GROUPS OF USERS INVOLVED (PATIENTS, WORKERS AND DOCTORS) IN PEDRO ERNESTO UNIVERSITY HOSPITAL (HUPE) IN RIO DE JANEIRO. THROUGH THE DESIGN THINKING METHOD, WHICH INVOLVED PHASES OF DISCOVERING THE PROBLEMS, DEFINING THE DESIGN BRIEF AND DEVELOPPING AND DELIVERING IDEIAS AND IMPROVEMENTS, IT WAS POSSIBLE TO FIND HUMANIZED SOLUTIONS THAT COULD BE APPLIED IN THE HOSPITAL. IN THIS WAY, FOURTEEN PROPOSALS WERE MADE, TRYING TO REACH THE GOAL OF HUMANIZE THE BRAZILIAN HEALTH CARE.*

Keyword: *HUMANIZATION; HEALTH-CARE; RECEIVING;DESINGTHINKING.*

1. Introdução

A humanização é um tema que vem sendo discutido em vários setores da sociedade e está sendo vista como um meio importante de discutir as relações interpessoais, principalmente nas áreas onde o humano é o próprio objeto de estudo, como no setor de saúde. O termo "humanizar" refere-se à valorização e ao respeito do humano de acordo com princípios éticos e morais, e constitui um meio de transformação cultural através de ações coletivas que visam o bem-estar e a integridade da pessoa (RIOS, 2009).

No sistema brasileiro de saúde, é frequente a ausência de procedimentos que atuam na questão social e psicológica do paciente, além da falta de tratamento humanizado aos mesmos, seus acompanhantes e aos funcionários de um hospital público.

O Sistema Unificado de Saúde (SUS), entendendo a necessidade de explorar o tema, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAH) com a finalidade de determinar diretrizes aos hospitais públicos para "ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos cuidados e das condições de trabalho dos profissionais" (RIOS, 2009).

É importante que as ações humanizadas na saúdesejam percebidasnão apenas como atitudes éticas, mas sim como objetivo a ser proporcionado pela melhoria dos aspectos organizacionais do sistema e serviços de saúde. Portanto, “como a abordagem do tema de humanização pode contribuir para a melhoria no tratamento de pacientes?”e “de que forma esse estudo pode ser transformado em ações práticas que contribuam para uma melhor organização do sistema de saúde e para o atingimento de seus objetivos?” foram perguntas que nortearam o projeto ao longo de seu desenvolvimento.

Foi necessário restringir o âmbito de atuação ao setor ambulatorial do Hospital Universitário Pedro Ernestro (HUPE), fazendo com que o objetivo central do projeto fosse asugestão de ações de humanização da saúde seguindo as diretrizes do SUS e enfocando os três grupos de usuários envolvidos (pacientes, equipe de saúde e acompanhantes) especificamente no setor de acolhimento dos pacientes ambulatoriais do HUPE.

O método Design Thinking, utilizada no projeto, contribuiu para que houvesse aproximação efetiva de todos os envolvidos no processo, e buscou “estabelecer correspondências entre as necessidades humanas com recursos técnicos disponíveis, considerando as restrições práticas dos negócios” (BROWN, 2010, p.3).

2. Revisão Bibliográfica

É importante conceituar o termo "humanização" na área da saúde e entender de que forma os cuidados humanizados podem ajudar o hospital universitário Pedro Ernesto – objeto de estudo deste projeto.

Na literatura associada ao conceito de Humanização, encontra-se a derivação do termo pela palavra “humanismo”, que pode ser definida como uma doutrina filosófica cuja visão é centrada na importância do humano e de seus valores (DESLANDES, 2006). Já na área da saúde, o “humanismo” surge como busca da valorização da pessoa humana e das relações das pessoas envolvidas no ambiente hospitalar (RIOS, 2009).

Howard (1975) acreditava que a realização das práticas humanizadas deveria ser atrelada a dimensões ideológicas e psicológicas intrínsecos às partes envolvidas, sendo elas: o reconhecimento da vida humana; a afirmação de que cada ser humano é insubstituível; a identificação das pessoas em sua integralidade, percebendo os aspectos relevantes de sua vida; e por fim, a empatia e o afeto das partes envolvidas.

É importante destacar que práticas humanizadas estiveram presentes durante toda a evolução e construção do sistema de saúde brasileiro atual. Com a criação do Sistema Único de Saúde o país (SUS) em 1988 e a "asseguração da saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado" (MORAES, 2000), os princípios doutrinários que regulamentaram o SUS basearam-se na Universalidade, na Equidade ena Integralidade.

No entanto, foi somente em 2000, que o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAH), após a observação de situações alarmantes e desumanas nos hospitais. A PNAH surgiu como forma de promover uma cultura que auxiliasse a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, focando nas relações entre os trabalhadores de saúde, usuários e profissionais, e hospitais e comunidades (RIOS, 2009).

Em 2003, a política sofreu uma mudança no nome, passando para Política Nacional de Humanização (PNH), e definiu diretrizes com o objetivo de “construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras” (BRASIL, 2004).

Na diretriz de Acolhimento, ponto de atuação deste projeto, a cartilha do SUS (BRASIL, 2010) define acolher com sentido de “estar com” ou “próximo de”, expressando a metodologia de inclusão do indivíduo na gestão do sistema de saúde proposto pelo programa.

O acolhimento deve ser utilizado como "ferramenta relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na

resolutividade dos serviços" (BRASIL, 2010). Portanto, não deve ser visto como um local e horário determinados, mas sim como uma atitude de toda a equipe em todos os locais e a todos os pacientes, desde o momento que o mesmo chega para ser atendido até sua saída.

Para atingir um bom acolhimento, é necessário analisar, segundo a cartilha do PNH (BRASIL, 2010): o caminho percorrido pelo paciente durante sua visita ao hospital; qual o ponto de acesso do mesmo e suas condições; por quem o usuário é recebido e quem o atende; as informações dadas aos pacientes (seja pelos funcionários ou por sinalizações); a percepção das necessidades dos usuários; e a participação de todos os funcionários.

Por fim, fez-se necessário conceituar a metodologia de Desing Thinking utilizada no projeto, que irá auxiliar e ser colaborativa para o tema proposto. Isto se deve pela sua abordagem de focar no ser humano. Segundo Brown (2010, p.38) o verdadeiro desafio dos DesignThinkers é “ajudar as pessoas a articular as necessidades latentes que podem nem saber que têm”.

Lokewood (2011, p.11) ainda definiu conceito como sendo "um processo inovador centrado no ser humano que enfatiza a observação, colaboração”. Ou seja, este processo busca atender as necessidades reais do usuário, considerando todo o sistema em questão e envolvendo todos os indivíduos.

A literatura sugere inúmeras nomenclaturas para as etapas do processo, porém basicamente todos abordam as mesmas etapas. Brown (2010) sugere etapas de inspiração, em que será definido o problema, oportunidade ou necessidade; de idealização, em que se formula e se desenvolve ideias visando solucionar os problemas encontrados; e de implementação, que é o caminho que a ideia percorre até ser executada.

A IDEO (2011) propõe uma fase (ouvir) de coleta de inspirações e histórias de pessoas; uma fase de criação, que seria a tradução do que foi escutado em oportunidades e soluções; e, por fim, uma etapa de implementação, que concretiza as soluções levantadas.

Há ainda a abordagem denominada de *Double Diamond*, trazida pelo *British Design Council* (2007), que tem como característica mapear as etapas divergentes e convergentes do processo. O modelo ocidental de pensamento convergente, em que se analisam as informações e depois as converge em uma única resposta, é uma forma prática de decisão, porém é limitada a uma investigação que não cria novas possibilidades (BROWN, 2010). Desta forma, anterior ao pensamento convergente, o método sugere um pensamento divergente com o objetivo de “multiplicar as opções para criar escolhas e chegar a uma solução”. (Brown, p. 62 2010)

Portanto, o *Double Diamond* propõe a abordagem de quatro processos: a fase de Descobertas, onde são identificados problemas, oportunidades e necessidades e busca criar inspirações de atuação; a fase de Definição, com o objetivo de analisar os dados descobertos na etapa anterior, sintetizar as descobertas e definir claramente o problema; a fase de Desenvolvimento, que busca desenvolver as instruções definidas anteriormente em testes e experimentos de produtos ou serviços; e, por fim, a fase de Entrega, ou seja, o momento em que o produto ou serviço já foi desenvolvido e será implementado. É nessa etapa que os detalhes finais são ajustados e finalizados. (BRITISH DESIGN COUNCIL, 2007).

Desta forma, pode-se perceber que o *Design Thinking* pode contribuir com o projeto ao focar na necessidade dos usuários e no ser humano, de acordo com sua integralidade e seu valor.

3. Metodologia

A etapa de definição do escopo do projeto é o passo inicial para a determinação e a delimitação das fases do trabalho. Portanto, foi necessário definir qual seria o tema do projeto e, a partir daí, perceber a relevância e a importância do assunto, o contexto do trabalho, o objetivo do mesmo, as limitações do tema e como o estudo seria desenvolvido.

Para desenvolver o estudo e dar suporte às pesquisas realizadas pelo *Design Thinking*, foi importante fazer uma revisão sistemática da literatura para se aprofundar e entender melhor o tema.

A metodologia *Design Thinking* escolhida é um conjunto de métodos e processos, que utiliza uma série de ferramentas para criar novas soluções centradas nos seres humanos (IDEO, 2011). O processo inicia no *design,* a partir da necessidade da pessoa, examinando seus desejos e comportamentos, e buscando ouvir e entender suas carências, visando à resolução dos problemas. A nomenclatura utilizada no projeto foi da abordagem *Double Diamond*, contemplando as seguintes fases: Descobertas, Definição, Desenvolvimento e Entrega.

Na fase de Descobertas, foram utilizadas as técnicas de *shadowing* e *brainstorming*. A proposta do*shadowing* é que o pesquisador entre na vida do consumidor e faça uma "sombra" sobre as ações e comportamentos das pessoas sem que ocorram interferências por parte do mesmo (BRITISH DESIGN COUNCIL, 2007). Já o *brainstorming* estimula a criação de

ideias em grupos e pretende inspirar pessoas a partir da discussão e análise do projeto em conjunto.

Na fase de Definição, foram criadas *personas*, que são personagens fictícios que representam os comportamentos dos usuários, trazendo uma síntese de como geralmente as pessoas reagem ao seu serviço ou como reagiriam mediante mudanças (BRITISH DESIGN COUNCIL, 2007) e definido o*designbriefing* do projeto, ou seja, foi definida de forma objetiva, as informações e instruções sobre a tarefa a ser executada.

Por fim, foram utilizadas técnicas de Quadro de Valor dos pacientes, na fase de Desenvolvimento, demonstrando os serviços e produtos pensados para gerar ganhos e diminuir as dores de cada *persona*, e o QFD (*Quality function deployment*) utilizado na fase de entrega. Esta técnica utiliza das abordagens da voz do cliente (o que eles necessitam ou querem), dos requisitos criados pela engenharia para atender essas necessidades (como serão resolvidos os problemas e anseios), da análise de concorrência com outras empresas (no caso deste trabalho foi trabalhado concorrência entre as próprias propostas), e de comparação técnica (em relação aos recursos utilizados pelos concorrentes).

Além disso, pode-se dizer que o método de Design Thinking apresenta suas limitações. A técnica não fornece uma solução determinística e certa, porém tem se mostrado um bom meio para a criação de soluções e melhoria do serviço ao usuário.

Portanto, uma etapa de análise de resultados, após a finalização das fases propostas pelo Double Diamond fez necessária. Pretende-se observar se as respostas encontradas através do desenvolvimento da técnica condizem com o escopo de humanização. Ao final, será realizada uma reflexão sobre o trabalho como um todo, através da conclusão deste estudo.

4. Aplicação do Método

4.1. Fase das Descobertas

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) está localizado no bairro de Vila Isabel no Rio de Janeiro e caracteriza-se como um hospital geral, terciário e de grande porte. Ou seja, a instituição é responsável por doenças e tratamentos de alta complexidade (serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo ou risco, como quimioterapia, radioterapia, tomografia, cirurgias cardíacas, transplantes etc.) e não apresenta setor de emergência. No entanto, o hospital engloba também algumas funções de nível secundário, contendo consultas médicas especializadas e serviços de diagnose e terapia. Apresenta atendimento ambulatorial, internações em enfermarias, centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva, além das

atividades de ensino e pesquisa. Desta forma, o paciente pode ser encaminhado por uma unidade básica de saúde (de nível primário) a partir de uma avaliação de um médico de família, ou ser encaminhado por um especialista para realização de ações de nível terciário.

O ambulatório do hospital está localizado em uma construção auxiliar, onde atende-se 21 especialidades diferentes. O paciente, ao chegar ao ambulatório, deve se direcionar a um posto de atendimento para registro no sistema e, então, ser encaminhado ao consultório de sua especialidade. Os agendamentos são realizados em apenas dois horários: 8 horas da manhã e 13 horas da tarde.

A organização das filas é realizada pelos auxiliares das salas e não há um padrão ou procedimentos para a mesma. A maioria das salas organiza a filas por chegada dos pacientes.

Através de observações, entrevistas com pacientes, acompanhantes e especialistas, e o processo de *shadowing* foi possível mapear as dificuldades e necessidades que os usuários do hospital apresentaram. Ao todo foram realizadas entrevistas com 28 pacientes e acompanhantes e 5 especialistas (pessoas ligadas ao Hospital Pedro Ernesto, incluindo outros alunos que realizaram trabalhos e projetos no local e funcionários com funções de coordenação). Como o foco das entrevistas era o percebimento de problemas pela visão do usuário, não se fez necessário o agrupamento destes a partir de suas características físicas, psicológicas ou demográficas.

O processo de *shadowing* foi utilizado para observar os procedimentos e caminhos percorridos pelo usuário até chegar a uma consulta no ambulatório do HUPE. Foram acompanhadas uma senhora e sua filha, que estavam indo a uma consulta com um Gastroenterolongista pela primeira vez ao hospital.

Dito isso, foram descritas as reivindicações e percepções das necessidades de acolhimento no hospital.

Uma das maiores dificuldades encontradas foi a falta de informação. É importante perceber a dificuldade de encontrar o ambulatório no espaço do hospital, que se encontra "escondido", faltando orientações para o paciente chegar até ele. No processo de *shadowing*, essa dificuldade ficou evidente. As pacientes precisaram pedir informações para outros pacientes durante todo o percurso até chegar à consulta, devido à falta de placas de direcionamento e pessoas para recebê-las.

Ao chegar ao ambulatório, tampouco existe uma estrutura de acolhimento para os usuários. É difícil identificar o balcão de informações e é possível perceber pessoas perdidas na entrada e na região do balcão de atendimento. Foi comum ouvir dos pacientes durante as entrevistas sobre a falta de informação no hospital em geral e no ambulatório. A maioria foi

direcionada à falta de uma pessoa que pudesse orientar tanto sobre procedimentos, quanto sobre o local.

Além disso, a maior parte dos usuários do HUPEnão se habituou ao novo sistema implementado pelo Estado (o SISREG). Como a maioria dos pacientes são antigos e estão acostumados com o processo anterior, reclamam do novo modelo, em que é necessário marcar uma consulta em outra unidade de atendimento - a Clínica da Família.

Reclamações sobre atraso no atendimento da consulta também foram constantes. Pacientes queixaram de esperar até quatro horas por um atendimento, sem nenhuma distração. Inclusive, nas entrevistas com especialistas, foi enfatizada a importância de mudar o tipo de agendamento atual, que gera grandes esperas por parte do paciente e uma sobrecarga das funções dos auxiliares.

Outra dificuldade comum comentada pelos usuários é a maneira como são organizadas as filas do ambulatório, onde, muitas vezes, não se faz controle de chegada do paciente no consultório e a organização é feita por sobreposição de cartões de identificação, tornando o processo confuso e desorganizado. É importante citar também o momento de convocação do paciente ao consultório. Os usuários mencionaram que não se consegue ouvir o nome o paciente quando o auxiliar ou médico o chama, por conta da movimentação do local.

Por fim, especialistas lembraram da alta taxa de absenteísmo por parte dos pacientes encaminhados por unidades externas ao hospital e o erro de diagnóstico realizado também em outras unidades e, poucos pacientes reivindicaram a falta de remédios no hospital, falta de vagas para internação e problema de transporte para edifícios auxiliares.

4.2. Fase de Definição

A partir das descobertas realizadas na etapa anterior, fez-se necessário analisar os diferentes perfis de pacientes que existem no hospital e definir o *design brief* do projeto, ou seja, a proposta deste trabalho.

Desta forma, foi realizada uma etapa de criação de *personas*, baseada nas características percebidas dos pacientes através das entrevistas, e uma etapa de reflexão de suas necessidades pensando em três pontos: nas tarefas de cada um (quais são as necessidades a serem satisfeitas?); nos ganhos que poderão obter com os serviços (quais benefícios cada perfil espera?); e nas dores que poderão existir (o que pode incomodá-los?). As personas e as reflexões estão detalhadas abaixo:

QUADRO 1 – Definição das Personas e Descrição de seus Ganhos e Dores.

Perfil	Ganhos	Dores
Sr. Pedro: 67 anos, morador do bairro de Santa Cruz- RJ, não possui escolaridade e é analfabeto. Aposentado há 10 anos, procura um oftalmologista. Já realiza tratamento na oftalmologia do HUPE há cinco anos.	Fica satisfeito em simplesmente ser atendido (não é crítico quanto à espera); não tem outras referências de hospital (não é exigente).	Tem dificuldade de ler informações; tem dificuldade de entender o novo sistema (SISREG)
Ivan: 32 anos, morador de Vila Isabel, possui Ensino Médio completo, sabendo ler e escrever. Atualmente está desempregado. Foi encaminhado pela Clínica da Família para consulta na especialidade de urologia do ambulatório.	Atendimento rápido é um ganho (é crítico quanto à espera); espera ser bem atendido e conseguir realizar o tratamento.	Por ser a primeira consulta, pode se perder nos direcionamentos do hospital.
Lucia: 42 anos, moradora de Laranjeiras, exerce cargo de gerente de uma revista. Acompanha sua mãe, de 74 anos, ao consultório de Neurologia. Um médico conhecido indicou o tratamento de sua mãe no Hospital Pedro Ernesto	Ter atendimento de qualidade; obter informações detalhadas sobre os tratamentos e procedimentos.	Não fica satisfeita em apenas ser atendida: um atendimento ruim é uma dor; é exigente em relação ao ambiente, barulho, local etc.

Por fim, o *design brief* do projeto foi definido: **propor iniciativas e soluções** que **visam** à melhoria do recebimento no Hospital Pedro Ernesto, **de modo que** os pacientes se sintam acolhidos, com maior facilidade de orientação e direcionamento, com melhor obtenção de informação, evitando perdas de tempo e deslocamentos desnecessários, pretendendo também diminuir o tempo de fila e melhorar o conforto dos usuários.

4.3. Fase de Desenvolvimento

A fase de desenvolvimento tem como objetivo desenvolver o que foi definido pelo *Design Brief*do projeto. Portanto, a partir das etapas anteriores, foi realizada uma atividade com a finalidade de identificar as dificuldades encontradas pelos usuários e propor ideias de soluções e iniciativas que visam à melhoria do acolhimento do ambulatório.

Primeiramente, com a organização de todas as necessidades do usuário (levantadas na etapa de descoberta), foi necessário identificar os problemas raízes do sistema, sistematizadas no quadro a seguir:

QUADRO 2 – Definição das Personas e Descrição de seus Ganhos e Dores.

Causas Raízes	Qual aspecto de Humanização não foi atendido?
Sinalização Falha	Falta de um pensamento do paciente em sua integralidade: o paciente com suas condições sociais e fisiológicas (analfabetos, deficientes visuais etc.) precisam de sinalizações e direcionamentos que o atenda.
Falta de Posto para dar Informações	Não identificação das necessidades do usuário.
Falta de Organização das Filas	Falta de reconhecimento do paciente em sua integralidade e falta de empatia (ninguém deveria ficar mais de 3 horas em uma fila).
Funcionários treinados apenas para processos operacionais	Falta de reconhecimento do paciente como um ser insubstituível (que precisa ser escutado, que merece atenção).
Falta de um ambiente agradável	Falta de reconhecimento do paciente em sua integralidade e falta de empatia.

Em um segundo momento, foi possível gerar ideias que solucionassem os problemas levantados anteriormente e refletir se cada ideia gerada agregaria valor para as personas criadas na etapa de Definição. As soluções foram pensadas de forma com que atendessem, ou ao menos, fossem direcionados pelos conceitos de Humanização e Acolhimento. Algumas ideias geradas, considerando os perfis dos personagens, estão descritas a seguir:

QUADRO 3 – Propostas para as personas.

Sr. Pedro	Ivan	Lucia
Pessoa para acolher e conversar sobre seus problemas	Pessoa para acolher e conversar sobre seus problemas	Ambiente com distrações
TV e Alto-Falante para organização das filas	Ligação para o paciente para confirmar consulta	Ambiente aconchegante
Sinalização Visual	Sinalização Escrita	Funcionários treinados
Cores diferentes nas portas de cada sala	Funcionários treinados	Balcão de informação mais pessoal
Explicação sobre o sistema (SISREG) do SUS	Balcão de informação mais pessoal	
Balcão de informação mais pessoal		

4.4. Fase de Entrega

Na etapa de entrega, foi necessário estruturar as ideias geradas na fase anterior e avaliá-las com funcionários e especialistas a fim de analisar se a proposta atenderia as necessidades dos usuários e se seria aplicável à realidade do Hospital.

QUADRO 4 – Descrição das Propostas

Propostas	Descrição
Placa de Direcionamento	Placas visuais (com desenhos e pictogramas) nos pontos onde os pacientes apresentam dúvidas para onde seguir.
Marcações Visuais	Marcação dos caminhos que o paciente pode realizar, através de fitas adesivas coloridas
Balcão de Acolhimento	Tornar o Balcão de Informação mais próximo dos usuários e transformá-lo em um local onde os pacientes teriam o primeiro contato com o Ambulatório
O Voluntário Bom Ouvinte	Voluntário que pudesse percorrer pelos corredores do ambulatório, tentando conversar e captar os problemas dos usuários.
Treinamento Pessoal de Funcionários	Demonstrar e definir a função de cada funcionário e setor do ambulatório, entendendo não só cada função, mas os processos do hospital em geral.
Mural Informativo	Utilizar o mural presente no ambulatório para oferecer informações que frequentemente são negligenciadas pelos funcionários, como por exemplo, como funciona a organização da fila.
Secretarias Unificadas	Unificar as secretarias de todos os consultórios, existindo um único ponto de contato ao paciente que chega ao local de atendimento.
Nova Agenda	Mudar os horários de agendamento do hospital, a partir de um estudo realizado em cada especialidade para observar os diferentes tempos de atendimento.
Painel Visual	Painel onde os pacientes poderiam visualizar seu nome na hora do atendimento
Alto-falante	Anunciação do nome e consultório do paciente em um alto-falante
Criação de Distrações	Atrativos e detalhes para distrair a espera (revistas, jogos).
Ambiente Feliz	Criar um ambiente mais aconchegante e alegre ao ambulatório, pintando seus corredores e trazendo recursos visuais às pessoas.
Central de Telefonia	Central de ligações para a confirmação das consultas agendadas em unidades externas.
Investigação SUS	Investigação entre os pontos de ligação com unidades externas e com o Sistema único de Saúde (SUS).

Depois disso, foi pensando em uma forma de tentar priorizar essas ideias, utilizado o método de Desdobramento da Função Qualidade (QFD) para projetar a qualidade do serviço proposto.Primeiramente, foi necessário realizar uma Relação entre necessidades dos usuários e as Propostas. Foi criada uma priorização das necessidades dos usuários, de acordo com a quantidade de vezes que os usuários demandavam àquela necessidade e das observações realizadas pelos especialistas e pelo projeto. Os pesos foram definidos em uma escala de 1 a 5, sendo que o índice 5 contemplava as necessidades mais importantes. Além disso, foi feita uma escala que correlacionasse proposta e necessidade, sendo: 0 – Relação inexistente; 1 – Relação Fraca; 3 - Relação Média; 5 – Relação Forte. Por fim, a pontuação dessa relação foi calculada através da soma das multiplicações entre o peso das necessidades dos usuários pelo índice de relação entre demanda e proposta.

A relação entre dificuldades e as propostas também se fez importante. Foram analisadas três dificuldades técnicas, com as respectivas escalas: Recursos Tecnológicos (0 –

Alto Custo, 1 – Médio Custo, 3 – Baixo Custo, 5 – Sem Custo); Recursos Humanos (0 – Necessidade de muitos funcionários realocados ou contratados, 1 – Necessidade de alguns funcionários; 3 – Necessidade de poucos funcionários, 5 – Não há necessidade de contratação ou alocação); e Tempo de Implementação (0 – Muito Tempo, 1 – Médio Tempo, 3 – Pouco Tempo, 5 – Imediato). A pontuação dessa relação foi dada a partir das somas desses fatores para cada proposta. Por fim, foi calculada a pontuação total, através da multiplicação da pontuação de cada relação descrita anteriormente, divida por 10. A divisão foi realizada apenas para os valores não serem tão altos.

O resultado está apresentado a seguir:

Figura 1: Matriz QFD das Propostas de Humanização

															DIFICULDADES
		5	5	3	0	3	3	3	0	5	5	0	1	1	0	Recursos Tecnológicos
		3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	1	0	5	Recursos Humanos
		1	0	1	5	3	3	3	3	0	1	5	3	1	1	Tempo para Implementação
NECESSIDADES DO USUARIO	PESO	Voluntário Bom Ouvinte	Treinamento Pessoal de Funcionários	Balcão de Acolhimento	Alto-Falante	Placa de Direcionamento	Marcações Visuais	Mural Informativo	Painel Visual	Investigação SUS	Nova Agenda	Criação de Distrações	Central de Telefonia	Secretarias Unificadas	Ambiente Feliz	
O usuário entende com facilidade a informação	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	0	0	1	3	0	
O usuário sente atenção individualizada e prestativa	5	5	5	5	1	3	3	3	1	1	0	0	3	5	0	
O usuário sente que suas necessidades são compreendidas pelos funcionários	5	5	5	5	3	0	0	0	3	3	0	1	3	5	0	
O tempo de espera é reduzido	5	1	0	0	0	0	0	0	0	3	5	1	0	0	0	
O usuário consegue se direcionar e se orientar	4	3	3	3	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	
O usuário recebe informações com facilidade	4	5	5	5	3	3	3	5	3	1	0	0	1	3	0	
O usuário consegue compreender a organização da fila	3	3	3	3	3	0	0	5	3	0	1	0	0	5	0	
O usuário consegue perceber quando será sua consulta	3	0	1	0	5	0	0	0	5	0	5	0	0	5	0	
O usuário sente que o ambiente é aconchegante	2	3	3	3	0	1	1	0	0	0	0	5	0	1	5	
O tempo de espera é preenchido com distrações	2	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	
O usuário entende as mudanças no sistema de saúde	1	5	1	3	0	0	0	0	0	5	0	0	3	0	0	
A taxa de absenteísmo dos pacientes é reduzida	1	1	1	1	3	1	1	0	3	5	1	0	5	0	0	
Pontuação (Necessidades x Propostas)		**143**	**127**	**128**	**84**	**75**	**75**	**75**	**84**	**54**	**44**	**30**	**47**	**109**	**10**	
Pontuação (Dificuldades X Propostas)		**9**	**8**	**7**	**10**	**11**	**11**	**11**	**8**	**10**	**11**	**10**	**5**	**2**	**6**	
Pontuação Total		**129**	**102**	**90**	**84**	**83**	**83**	**83**	**67**	**54**	**48**	**30**	**24**	**22**	**6**	

5. Análise dos Resultados e Conclusão

É importante observar que o método de *Design Thinking* se mostrou extremamente adequado e significativo para a obtenção de propostas de soluções sobre o tema de Humanização abordado. A concepção de colocar o cliente como foco do projeto e o objetivo de resolver e ajudar as necessidades das pessoas desempenhou corretamente a função que a humanização propõe de realizar práticas seguindo quatro dimensões: o reconhecimento da vida humana, a afirmação do ser humano como insubstituível, a identificação das pessoas em sua integralidade e a empatia e o afeto pelas partes envolvidas.

Além disso, pôde-se perceber que durante a aplicação do método e de suas ferramentas, diversos aspectos sugeridos pela cartilha do Ministério da Saúde sobre a Política de Humanização Nacional (PNH) foram analisados: as técnicas de *shadowing* ajudaram a perceber o caminho percorrido pelo paciente durante a visita ao hospital, os pontos de acesso do paciente e suas condições; e por quem e quais informações eram dadas a esses usuários. As entrevistas com pacientes e com funcionários e a criação de *personas* também foram necessárias principalmente para a percepção das necessidades dos pacientes e para o entendimento da participação de todos os funcionários nos processos internos e na trajetória percorrida pelos usuários.

6. Conclusão

Quando se pensa na palavra Humanização, características relacionadas à ética e ao reconhecimento da pessoa humana são lembradas. No entanto, não se percebe como o tema deveria ser abordado em todas as ações da sociedade e como humanizar deveria ser uma prática comum. Este projeto tentou, portanto, efetivar os ideais de humanização e as diretrizes do SUS em ações. Pode-se dizer que o objetivo de sugerir ações de humanização da saúde seguindo as diretrizes do SUS foi atingida, de forma que cada proposta também apresentou abordagem em acolhimento.

É necessário observar, no entanto, que, apesar das propostas estarem interligadas com as diretrizes e conceitos desenvolvidos pela teoria do projeto, a maioria das ideias não contemplaram diretamente e profundamente a proposta de integrar gestão, funcionários e pacientes; a ampliação da autonomia das pessoas envolvidas no sistema e a diminuição de diferenças e hierarquizações.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*, 2004.

BRASIL; Ministerio da Saude. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*, HumanizaSUS 1ª Ed., Brasilia, 2010

British Design Council, *Design methods for developing services*; 2011

BROWN, T. *Design Thinking: Uma Metodologia Poderosa para decretar o fim das velhas ideias*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

DESLANDES, S.F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

HOWARD, Jan, STRAUSS, Anselm. *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975, IDEO, ***Human Centered Design***, Toolkit, 2nd Edition, 2011

IDEO, *Human Centered Design*, Toolkit, 2nd Edition, 2011

LOKEWOOD, T. *Design thinking: integrating innovation, customer experience and brand value*. New York: Allworth Press. 285p, 2011

MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional*, 2000, 7 ed. Editora Atlas

RIOS, I. *Caminhos da Humanização na saúde***:** Prática e Reflexão. São Paulo: Editora Áurea, 2009.