

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESIGN
NÍVEL MESTRADO**

RAFAEL DE MELLO TUCCI

**A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR:
A perspectiva do design de serviços a partir da Teoria dos *Appraisals***

São Leopoldo

2016

RAFAEL DE MELLO TUCCI

A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR:
A PERSPECTIVA DO DESIGN DE SERVIÇOS A PARTIR DA TEORIA DOS
APPRAISALS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Filipe Campelo Xavier da Costa

São Leopoldo

2016

T886e Tucci, Rafael de Mello

A experiência do usuário em serviços de urgência hospitalar :
a perspectiva do design de serviços a partir da Teoria dos
Appraisals / por Rafael de Mello Tucci. – 2016.

118 f. : il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Design, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Filipe Campelo Xavier da Costa.

Catálogo na Fonte:

Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

RAFAEL DE MELLO TUCCI

A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR:
A PERSPECTIVA DO DESIGN DE SERVIÇOS A PARTIR DA TEORIA DOS
APPRAISALS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Filipe Campelo Xavier da Costa (orientador) – UNISINOS

Prof. Dr. Leandro Miletto Tonetto – UNISINOS

Prof. Dr. Vinicius Gadis Ribeiro – UNIRITTER

RESUMO

O design para emoção, área que une os conhecimentos de design e psicologia cognitiva, cresceu em relevância a partir do final dos anos 90. Nela, o intuito dos projetos reside em desenvolver soluções que estimulem ou evitem determinadas emoções. Nesse contexto, Desmet (2007) trouxe da psicologia cognitiva a Teoria dos *Appraisals* que estabelece a visão de uma relação causal entre estímulos projetáveis pelo design e reações emocionais. O presente estudo procura entender como a Teoria dos *Appraisals* pode contribuir para projetos em design de serviços. O tema tem a sua aplicação em um contexto de urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre. Para responder a essas perguntas foi desenvolvida uma *survey on line* com indivíduos que utilizaram alguma urgência hospitalar privada nos últimos seis meses na Grande Porto Alegre. Após o tratamento dos resultados dessa primeira etapa, os insumos foram utilizados como parte da observação participante de um exercício projetual com designers, arquitetos especializados no setor da saúde hospitalar e um profissional da saúde com experiência em urgências hospitalares privadas. Em seguida foram realizadas entrevistas em profundidade com os mesmos participantes. Os resultados observados sugerem que a teoria dos *Appraisals* contribui em projetos de design de serviços ao trazer uma forma diferente de incluir o usuário, facilitar a confirmação a resposta do *briefing* de projeto, diretrizes de projeto, elementos e dados consistentes para o processo de projeto.

Palavras-chave: teoria dos *Appraisals*, design para emoção, design de serviços, projeto em design de serviços, urgências hospitalares privadas

ABSTRACT

The design for emotion, an area that unites the design expertise and cognitive psychology, grew in importance since the late 90s. The purpose of the projects in this area lies in developing solutions that encourage or prevent certain emotions. In this context, Desmet (2007) brought from the cognitive psychology the Appraisal theory, which establishes the vision of a causal relationship between projectable stimuli for design and emotional reactions. This study seeks to understand how the Appraisal theory can contribute to projects in service design. The topic has its application in the context of private hospital emergency rooms in the Great Area of Porto Alegre. To answer to these questions, a survey online was developed with individuals who used any private hospital emergency in the last six months in the Great Area of Porto Alegre. With the results of this first stage, the inputs were used as part of participant observation of a projectual exercise with designers, architects specializing in the health sector hospital and a health professional with experience in private hospital emergency room. After, in-depth interviews were conducted with the same participants. The results suggest that the Appraisals theory contributes in service design projects bringing a different way to include the user, facilitate confirmation of the project briefing response, design guidelines, consistent elements and data to the design process.

Key-words: *Appraisal theory, design for emotion, service design, Project in service design, private emergency rooms*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de sistema de saúde centrado no usuário	<u>1244</u>
Figura 2 – Modelo básico de compreensão sobre emoções em relação a produtos	<u>1514</u>
Figura 3 – Relação das categorias de Design de Serviços	<u>1948</u>
Figura 4 – Diagrama do processo de Design de Serviços	<u>2049</u>
Figura 5 – Representação do Processo de Design de Serviços	<u>2120</u>
Figura 6 – <i>Double Diamond</i>	<u>2120</u>
Figura 7 – Níveis de processamento da informação	<u>2726</u>
Figura 8 – Modelo básico de compreensão sobre emoções em relação a produtos	<u>2827</u>
Figura 9 – Etapas de pesquisa do estudo	<u>3332</u>
Figura 10 – <i>Self-Assessment Manikin</i> - SAM	<u>3635</u>
Figura 11 – <i>Expressive Service Blueprint</i>	<u>4645</u>
Figura 12 – Etapas da pesquisa.....	<u>5150</u>
Figura 13 – Sala onde exercício projetual foi realizado	<u>6665</u>
Figura 14 – Dados usados para a apresentação de slides	<u>6867</u>
Figura 15 – Resultado do <i>brainstorm</i> desenvolvido no workshop	<u>7274</u>
Figura 16 – Resultado da folha de definição do problema desenvolvida no workshop	<u>7473</u>
Figura 17 – Resultado do <i>Storyboard</i> desenvolvido no workshop.....	<u>7675</u>
Figura 18 – Resultado do <i>expressive service blueprint</i> desenvolvido no workshop	<u>7877</u>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes de <i>Appraisals</i>	3029
Quadro 2 – Relação dos atributos técnicos presentes no atendimento em urgências hospitalares com os itens de questionário	3736
Quadro 3 – Visão das tarefas para a preparação do exercício projetual.....	4140
Quadro 4 – Análise de conteúdo das entrevistas em profundidade	8786

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de assuntos por blocos da <i>survey</i>	<u>3837</u>
Tabela 2 – Atividades desenvolvidas no exercício projetual	<u>4342</u>
Tabela 3 – Relação de participantes	<u>4746</u>
Tabela 4– Coeficientes de Correlação de Pearson entre as subescalas do SAM (N=99)	<u>5352</u>
Tabela 5 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre os escores das subescalas do SAM e a avaliação da experiência dos pacientes (N=99)	<u>5453</u>
Tabela 6 – Agrupamento da escala de avaliação geral da experiência	<u>5655</u>
Tabela 7 – Resultado das ANOVAs	<u>5756</u>
Tabela 8 – Análise de variância entre os elementos de projeto em uma urgência hospitalar e a avaliação geral da experiência.....	<u>6160</u>
Tabela 9 – Resultados descritivos da coleta de dados	<u>6264</u>
Tabela 10 – Tempo para execução das atividades	<u>7069</u>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	16
1.1.1 Objetivo Geral	16
1.1.2 Objetivos Específicos	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 DESIGN DE SERVIÇOS	18
2.1.1 Detalhamento das etapas da ação projetual	22
2.1.2. A experiência do usuário sob a ótica do design para serviços	24
2.2 DESIGN PARA EMOÇÃO E A TEORIA DOS <i>APPRAISALS</i>	25
2.2.1 A Teoria dos <i>Appraisals</i> e a experiência do usuário	27
2.2.1.1. Abordagens na Teoria dos Appraisals: temática e componencial	29
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
3.1 ETAPA 1 – ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO (<i>SURVEY</i>)	34
3.1.1 Público participante	34
3.1.2 Procedimentos e técnica de coleta de dados	35
3.1.3 Técnica de análise de dados	39
3.2 ETAPA 2 - ESTUDO QUALITATIVO	40
3.2.1 Caracterização do exercício projetual	40
3.2.2 Público participante	46
3.2.3. Procedimentos e técnicas de coleta de dados	47
3.2.4. Procedimentos e técnicas de análise de dados	49
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
4.1 ETAPA 1 – AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	51
4.1.1 Perfil da amostra	52
4.1.2 Experiência emocional, SAM e os motivos (<i>ANOVA</i>)	53
4.1.2.1. Correlação entre subescalas de SAM e entre as subescalas de SAM e a avaliação geral da experiência	53
4.1.2.2. Análise de variância entre os elementos de projeto em uma urgência hospitalar e a avaliação geral da experiência – <i>ANOVA</i>	55
4.1.2.3. Componente central de <i>appraisal</i>	62
4.1.3. Discussão dos resultados da <i>Survey</i>	63
4.2. ETAPA 2 – EXERCÍCIO PROJETUAL	65

4.2.1. Descrição sobre o exercício projetual.....	65
4.2.2 Análise e discussão dos resultados do exercício projetual.....	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE PARTICIPANTE DO PRÉ TESTE.....	96
APÊNDICE B – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE.....	97
APÊNDICE C – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTE EXERCÍCIO PROJETUAL.....	99
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO – <i>SURVEY ONLINE</i>	100
APÊNDICE E – ROTEIRO ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE.....	111
APÊNDICE F – TABELAS DE REFERÊNCIA A <i>SURVEY</i>	112
APÊNDICE G – SLIDES USADOS PARA APRESENTAR A TAREFA DE SENSIBILIZAÇÃO NO EXERCÍCIO PROJETUAL.....	116
ANEXO A – MODELO DE <i>EXPRESSIVE SERVICE BLUEPRINT</i> E <i>SERVICE BLUEPRINT</i>	118

1 INTRODUÇÃO

O setor de serviços passou a ter maior relevância a partir dos anos 80 em função da sua crescente participação nas principais economias. O setor representava, em 2012, 68,5% do produto interno bruto (PIB) no Brasil, próximo dos 74,5% que é a média dos países membros da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (Conselho Nacional da Indústria - CNI, 2014). Ou seja, boa parte dos empregos gerados e do que é produzido ocorre através do setor. A mudança da centralidade dos bens de consumo para a oferta de serviços em larga escala como telecomunicações, energia, saúde, educação e transporte redesenham as economias como as conhecemos hoje. Nesse contexto, as características que compõem um serviço, desafiaram os empresários a se diferenciarem e repensarem os seus modelos de negócio.

Um serviço pode ser definido como um ato, atividade ou processo que envolva a oferta econômica de uma solução intangível, perecível, heterogênea e que é produzida e consumida no mesmo momento. (QUINN et al. apud ZEITHAML et. al., 2011). Isto é, diferentemente de um produto tangível, o valor econômico existente em um serviço está sobretudo nas interações que ocorrem ao longo da prestação do mesmo.

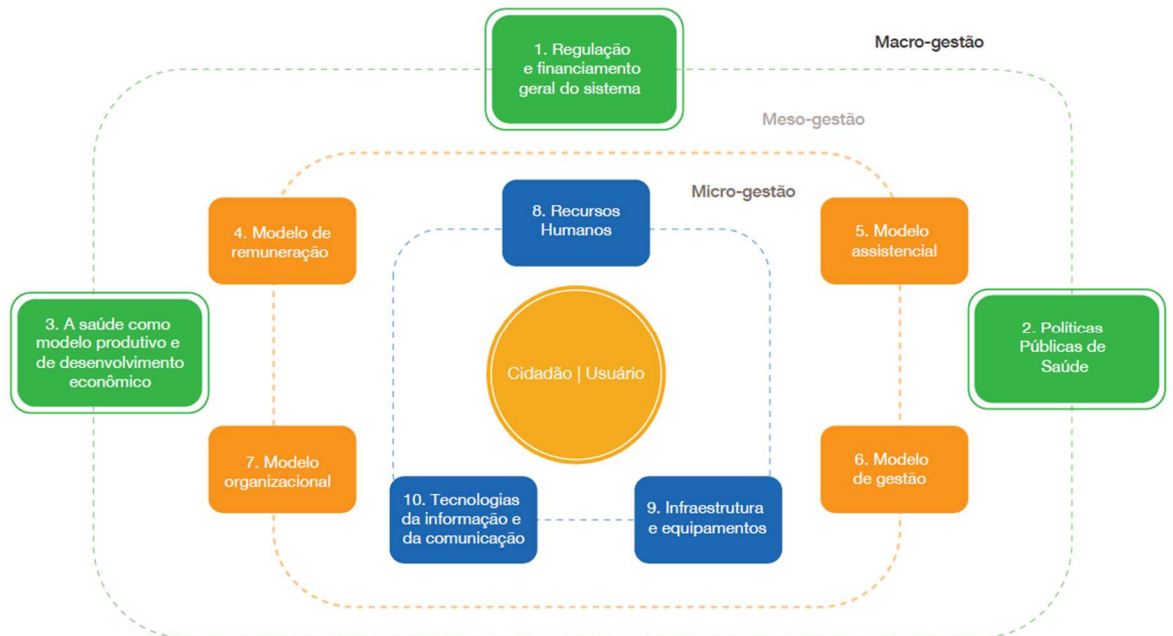
No Brasil, uma das áreas que tem mais participação no setor de serviços é a saúde, que movimentou cerca de R\$ 484 bilhões em 2013. Esse valor representa 10% do PIB do período (Conselho Nacional de Saúde - CNS, 2014). Além disso, é um campo que engloba serviços de distintas complexidades e notória importância para a sociedade. Segundo a pesquisa “Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área da saúde” (DATAFOLHA, 2014), que foi realizada em todo o país, a percepção de 60% da população brasileira é a de que a saúde no Brasil merece uma nota entre 0 e 4 em uma escala de 0 a 10. Ao expandir essa compreensão até a nota 7 chega-se a 92% dos entrevistados. De acordo com o estudo, 29% da amostra possui plano de saúde e avalia de forma mais crítica que a média da pesquisa. Cerca de 67% dos respondentes que possuem plano de saúde deram notas de 0 a 4 e 95% dos mesmos, notas entre 0 a 7. Segundo a Pricewaterhouse Coopers (PWC) (2014), o país em 2012 possuía aproximadamente 48 milhões de segurados, o que no período representava algo em torno de 25% da população brasileira. Os pacientes privados, foco do presente estudo, em 56% dos casos utilizam o atendimento de urgência como a sua

principal porta de entrada no sistema de saúde. (DATAFOLHA, 2014). As estatísticas acima apresentam a relevância que a unidade de pesquisa proposta (urgências hospitalares privadas) possui e o espaço que o design tem para atuar.

Apesar das diferenças que exigem uma separação entre as urgências hospitalares públicas e privadas, elas são muito integradas. Cerca de 80% dos hospitais no país e 91,2% no Sul possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). (O'DWYER et al., 2009). Isto é, os hospitais privados mantêm uma área de atendimento gratuito e como contrapartida, ela é remunerada pelo Estado, seja nas esferas federal, estadual ou municipal. Além disso, a própria Constituição Brasileira prevê que qualquer instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS (BRASIL, 1988). Ou seja, em grande parte dos casos, o que mais distingue o público do privado não são os procedimentos técnicos, mas sim os espaços ofertados, níveis de prioridade, atendimento e outros benefícios que os segurados normalmente possuem.

Assim como no SUS, as urgências privadas possuem cinco etapas no processo de atendimento em urgências hospitalares. A primeira é acolher (recepção) o paciente e identifica-lo. Após, ele passa pela triagem e é classificado com um nível de prioridade. Posteriormente, o médico diagnostica o usuário e orienta a aplicação de medidas terapêuticas (tratamento). Por fim, o paciente é encaminhado para dar continuidade ao tratamento (alta/liberação) (Secretária de Saúde do Estado do Paraná, 2014). Ao longo de cada uma dessas etapas, o paciente se relaciona com diversos atributos próprios da realidade hospitalar, como infraestrutura, equipamentos, recursos humanos e outros elementos de suporte a essa atividade. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP, 2014) propõe dez eixos temáticos, conforme figura 1, na gestão dos hospitais que se encontram com as etapas de atendimento. Nesse enfoque o usuário é central e se relaciona diretamente com nível denominado de micro-gestão.

Figura 1 – Modelo de sistema de saúde centrado no usuário



Fonte: ANAHP, 2014

No caso das urgências hospitalares privadas, conforme a figura 1, o principal espaço para atuar é no entorno dos protocolos e portarias que regulam esse serviço. Mesmo sendo um cenário com muitas regras, é possível trabalhar as interações prévias e posteriores ao atendimento propriamente dito. Um exemplo dessa possibilidade seria uma melhor orientação de quando buscar uma urgência ou atendimento ambulatorial. Segundo O'Dwyer et al (2009), 65% dos atendimentos em urgências no Brasil poderiam ter sido direcionados para ambulatórios. Isto é, o paciente se desloca até uma urgência e espera por horas, enquanto poderia ter sido atendido em outro local mais rapidamente com uma qualidade igual ou superior. Nesse contexto, o design vem se ocupando de qualificar a oferta de serviços através do seu caráter universal de atuação em assuntos relacionados a experiência humana. (BUCHANAN, 1992 apud MERONI e SANGIOGI, 2011).

O design de serviços como área surgiu no início dos anos 90, a partir da percepção da necessidade de uma nova agenda de design por parte de uma série de autores como Morello (1991), Hollins e Hollins (1991), Manzini (1993), Erlhoff et al (1997) e Pacenti (1998). (MERONI e SANGIROGI, 2011). Dentre os principais trabalhos na área destacam-se as publicações de Moritz (2004), Meroni e Sangiorgi

(2011) e Stickdorn e Schneider (2011), que são os mais estudados e discutidos no campo.

Moritz (2004) possui um entendimento amplo do significado de design de serviços, mas alinhado com a definição de serviços de Quinn et al. (2011). Para Moritz (2004, p. 39), o design de serviços é “o projeto de toda a experiência de serviço, desde o processo de design até a estratégia para fornecer o serviço em questão”. Meroni e Sangiorgi (2011, p. 416) entendem que o design de serviços “se move do design de experiências intangíveis para o design de elementos tangíveis que permitem que as experiências desejadas ocorram de forma coerente.”. Isto é, existe um foco maior em entender a interação que a inseparabilidade da produção e consumo gera nos serviços. Justamente a partir dessa interação, surge oportunidade para que o design crie valor nesse contexto.

Segundo Forlizzi e Batterbee (2004), é a partir da interação com o produto que a emoção e a experiência são evocadas. Ou seja, a experiência do usuário ocorre através da interação entre ele mesmo e algum produto. Meroni e Sangiorgi (2011) entendem que a experiência com um artefato é composta de diferentes componentes como: físico, sensual, cognitivo, emocional e estético. Ao observar esses elementos torna-se possível projetar experiências com maiores chances de atingir os objetivos propostos. Sob a ótica do design de serviços, sua importância se torna ainda mais nítida, pois é na interação que a experiência ocorre.

Para entender a perspectiva da experiência do usuário em design de serviços é necessário discutir inicialmente o seu processo projetual. Van Dijk, Raijmakers e Kelly (apud STICKDORN; SCHNEIDER, 2011) separam o projeto em três grandes fases: (i) explorar, (ii) criar e refletir e (iii) implementar. Ao longo dessas etapas, o projeto se apoia em cinco princípios: centrado no usuário, co-criativo, sequencial, visualizável (tangível) e holístico. (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011). Assim, o design de serviços busca garantir um bom entendimento dos objetivos, motivações e necessidades latentes do usuário. (MORITZ, 2004).

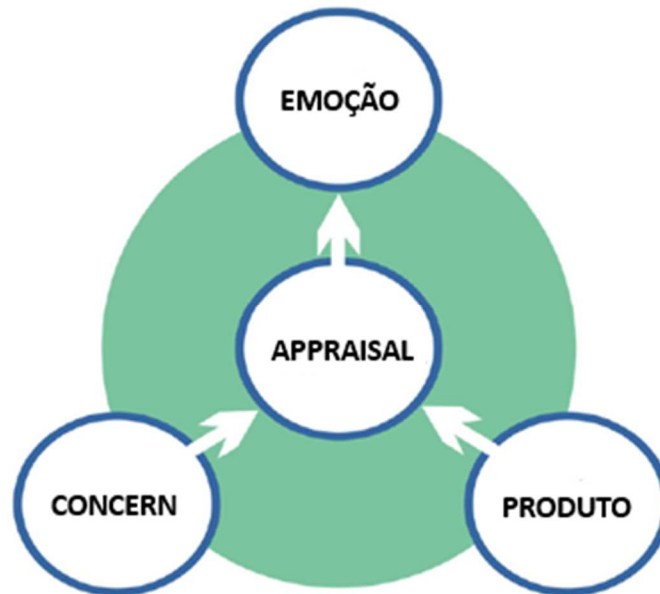
O entendimento da experiência do usuário sob a ótica do design de serviços é construído ao longo do caminho de projeto. Na primeira etapa procura-se gerar empatia com o usuário para que o designer consiga compreendê-lo melhor. Para tal, se utiliza alguns dos princípios de projeto como o ter foco no usuário, trazer uma abordagem holística e co-criativa. Ou seja, os designers apoiam-se no entendimento construído nessa fase inicial para trazer o olhar do usuário ao longo do projeto e propor

soluções mais eficazes e coerentes. As saídas criadas passam por validações (criar e refletir) que levam em conta a experiência do usuário para que possam ser posteriormente implementadas (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011). Essas soluções comumente tem a experiência emocional do usuário como uma preocupação central.

A perspectiva do design para emoção com relação a avaliação da experiência do usuário segue outro caminho da apresentada pela abordagem normalmente utilizada em design de serviços. O design para emoção tem a experiência emocional como aspecto central ao projetar com a intenção de gerar ou evitar uma determinada emoção. (DEMIR et al., 2009). Os gatilhos que despertam a emoção assumem o protagonismo como principal fonte de insumos projetuais. Entre as principais correntes de investigação sobre o tema, Desmet (2002) propõe a utilização da Teoria dos *Appraisals* (do inglês, “avaliações”) como forma de avaliar os aspectos emocionais da experiência do usuário.

Essa abordagem tem a sua origem nos anos 60 no campo da Psicologia Cognitiva tendo como fundamento a compreensão de que as emoções são respostas automáticas do usuário em relação ao efeito de um produto sob seu bem-estar. O processo de *appraisal* é a etapa imediatamente anterior a emoção. É nesse momento que o indivíduo avalia o estímulo gerado a partir da interação que teve com o produto em questão. Com base nesse *appraisal* ocorre uma determinada emoção. Os critérios para essa avaliação têm a sua origem nos *concerns* do usuário, que podem ser representados pelas atitudes, padrões aprendidos pelos usuários e crenças em relação ao produto/serviço. Desta forma, a interação entre *concerns* e o produto geram um *appraisal* que resulta na expressão de alguma emoção por parte do usuário (DESMET, 2002; TONETTO; COSTA, 2011). A figura 2 ilustra esse processo.

Figura 2 – Modelo básico de compreensão sobre emoções em relação a produtos



Fonte: Desmet e Hekkert (2007). Adaptado de Desmet (2002)

Ao desenvolver produtos, nos estudos sobre a relação entre emoção e design, é comum que sejam consideradas as três dimensões que compõe o estado emocional de um indivíduo/usuário (LANG, 1980 apud BRADLEY; LANG, 1994). A valência, primeira das três dimensões, é a que mede o nível de prazer e desprazer do usuário. A segunda, alerta, mede o nível de excitação e relaxamento do indivíduo. Já a dominância, terceira dimensão, avalia o quanto no controle ou não a pessoa se sente na experiência em questão. São essas dimensões que representaram o *appraisal* da experiência do usuário com o produto.

Tanto a Teoria dos *Appraisals* quanto o Design de Serviços levam em conta a experiência emocional. No entanto, apenas a primeira traz uma abordagem que se apoia mais fortemente na teoria da psicologia, o que normalmente não é utilizado em um processo de Design de Serviços. Desta maneira, é proposto o problema de pesquisa do presente estudo: **Qual é a contribuição que a avaliação da experiência do usuário a partir do modelo dos *Appraisals* gera em um processo de design de serviços na saúde?**

Esse questionamento é relevante pois o modelo dos *Appraisals*, proposto por Desmet (2002), foi concebido considerando a experiência do usuário exclusivamente com a interação com produtos. Além disso, apenas a partir do editorial escrito por

Desmet e Hekkert (2009) da edição especial em Design para Emoção do *International Journal of Design* (2009) que os serviços passaram a ser considerados como campo de atuação da área. Outro aspecto pertinente é o de entender em que partes do processo de design de serviços o modelo dos *Appraisals* assume ou não relevância para as direções de projeto.

Com relação a área de aplicação do estudo, o mesmo trabalha com o contexto da saúde, limitado aos espaços de atendimento privado dos serviços de urgência hospitalar na Grande Porto Alegre. O motivo da escolha por urgências se dá pelo fato dela ser a principal porta de entrada dos usuários no sistema. (O'DWYER et al., 2009). Com tamanha demanda, os serviços geralmente são locais de estresse e pressão. Já a escolha por serviços privados foi feita pela grande diferença entre este e o cenário público. Eles são distintos em termos de usuários, expectativas desses usuários, tempo de atendimento, forma de atendimento e outras motivações. Isso ocorre mesmo nos casos em que o hospital atende pacientes dos dois tipos. Além disso, percebe-se um cenário de insatisfação mais crítico por parte dos usuários de serviços privados, conforme os dados da pesquisa "Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área da saúde." (DATAFOLHA, 2014). No design, a área da saúde tem sido espaço de pesquisa constante em design de serviços. Dois exemplos recentes de interações entre o contexto hospitalar e o design podem ser identificados nos estudos de Rosa (2013) e Fante (2015). No presente estudo, a experiência do usuário no ambiente de urgências é investigada como insumos para o desenvolvimento de projetos de design de serviços, empregando a abordagem da Teoria dos *Appraisals*.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender como a análise da experiência dos usuários a partir do modelo dos *Appraisals* pode contribuir para um processo de design de serviços em urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Mapear a experiência dos usuários pacientes de planos de saúde em serviços de urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre a partir do modelo dos *Appraisals*,
- b) Mensurar a valência da experiência dos usuários de planos de saúde em serviços de urgência hospitalares privadas na Grande Porto Alegre,
- c) Avaliar a dimensão de alerta da experiência dos usuários de planos de saúde em serviços de urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre,
- d) Identificar os índices de dominância da experiência dos usuários de planos de saúde em serviços de urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre,
- e) Compreender de que forma designers e projetistas podem utilizar os dados de um mapeamento de *appraisals* em um projeto de serviços.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

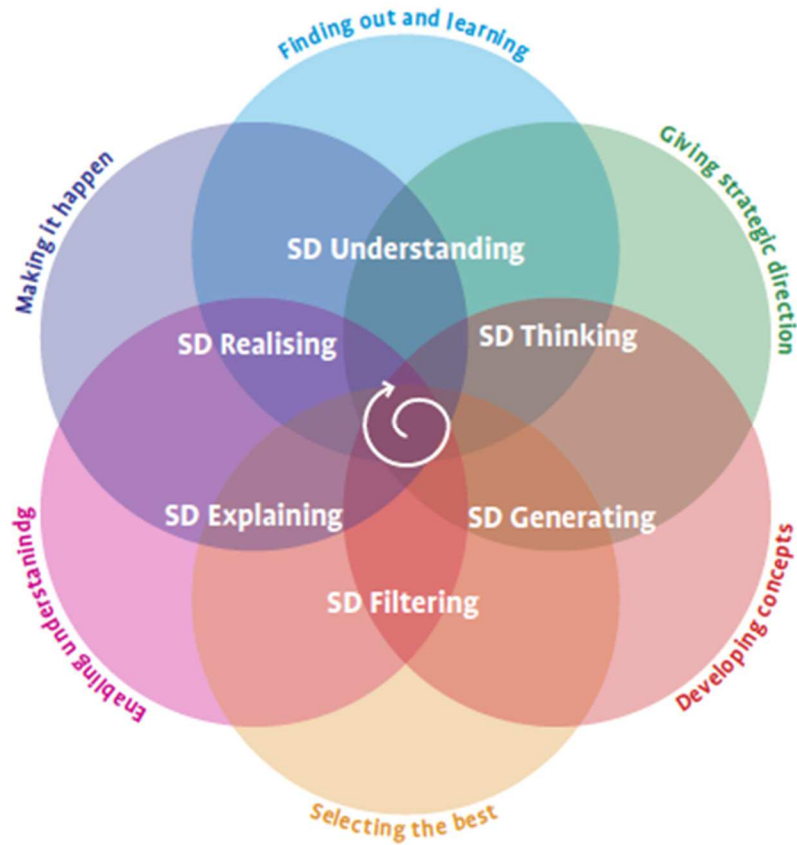
O presente capítulo é dividido em duas partes. A primeira seção discute a ação projetual que o design de serviços propõe, assim como a experiência do usuário a partir dessa ótica. Já a segunda seção trata do design para emoção dando ênfase a relação da experiência do usuário com o modelo dos *Appraisals*.

2.1 DESIGN DE SERVIÇOS

O Design de Serviços é uma área em desenvolvimento que surgiu junto da evolução do setor de serviços. Ao passo que este último crescia, o design como área passou a olhar com mais atenção para o intangível. As interações se tornaram centrais, pois é a partir delas que as experiências surgem e conseqüentemente os serviços. (MAGER; SUNG, 2011). Os autores entendem que o “design de serviços procura garantir interfaces úteis, usáveis, desejáveis do ponto de vista do cliente e efetivas, eficientes e únicas sob a ótica do fornecedor”. (MAGER; SUNG, 2011, p.1).

Existem diversos caminhos propostos na ação projetual sob a ótica de design de serviços. Os trabalhos de Moritz (2004), Meroni e Sangiorgi (2011) e Stickdorn e Schneider (2011) são três dos principais da área. A escolha das três obras se deu pelas mesmas serem difundidas e referenciadas por pesquisadores. Moritz (2004) entende que o projeto deve considerar seis etapas. A primeira delas – **entender** - tem como foco aprender sobre os usuários, contextos e sobre o próprio prestador do serviço. A etapa seguinte é a **pensar**, que procura dar direcionamento estratégico ao projeto. **Gerar** é a fase onde o designer desenvolverá os conceitos e criará soluções. A etapa **filtrar**, como o nome diz, tem como objetivo selecionar as melhores soluções propostas. Na etapa **explicar** o designer procura tornar tangível os conceitos escolhidos. O último passo é o **realizar** que trata de colocar em prática toda a construção desenvolvida nas fases anteriores. A figura 3 apresenta a proposta de Moritz (2004). É possível observar a transversalidade das diferentes etapas, assim como o ciclo contínuo e sequencial.

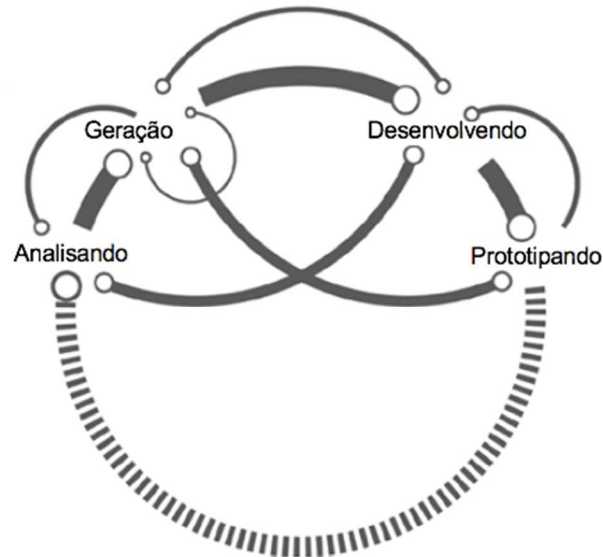
Figura 3 – Relação das categorias de Design de Serviços



Fonte: Moritz (2004).

Meroni e Sangiorgi (2011) utilizam uma lógica de quatro etapas. Análise, geração, desenvolvimento e prototipagem. A **análise** é uma etapa na qual o objetivo consiste em capturar o máximo de informações. A **geração** objetiva dar sentido ao que foi coletado, através de diferentes formas de visualização. **Desenvolver** é o momento de consolidação e desenvolvimento de ideias de forma mais estruturada. Por fim, a **prototipagem** se destina a testar de forma rápida as ideias propostas.

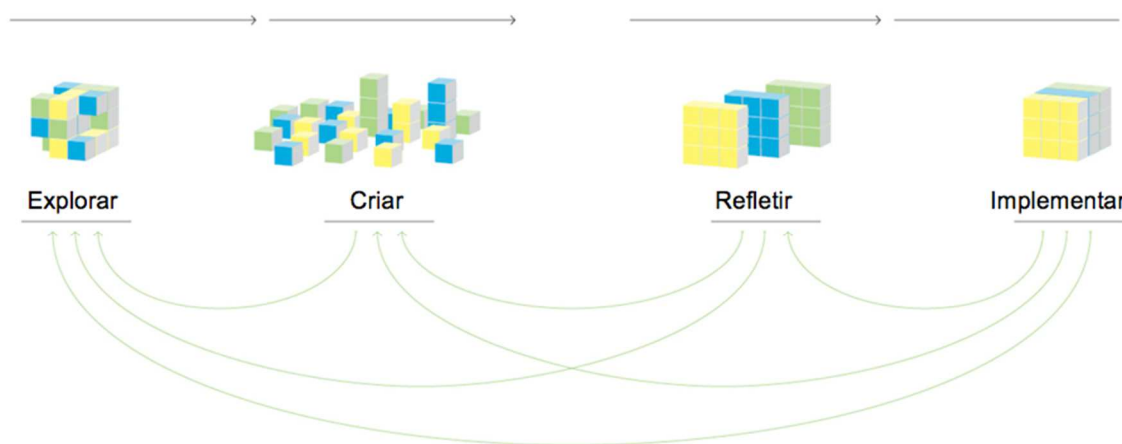
Figura 4 – Diagrama do processo de Design de Serviços



Fonte: Meroni e Sangiorgi (2011)

A abordagem apresentada por Stickdorn e Schneider (2011), já apresentada na Introdução, separa a ação projetual em três grandes fases: (i) **explorar**, (ii) **criar e refletir** e (iii) **implementar**. Os estágios criar e refletir são tratados como um grande momento do projeto pela inter-relação entre ambos na geração de soluções rápidas.

Figura 5 – Representação do Processo de Design de Serviços

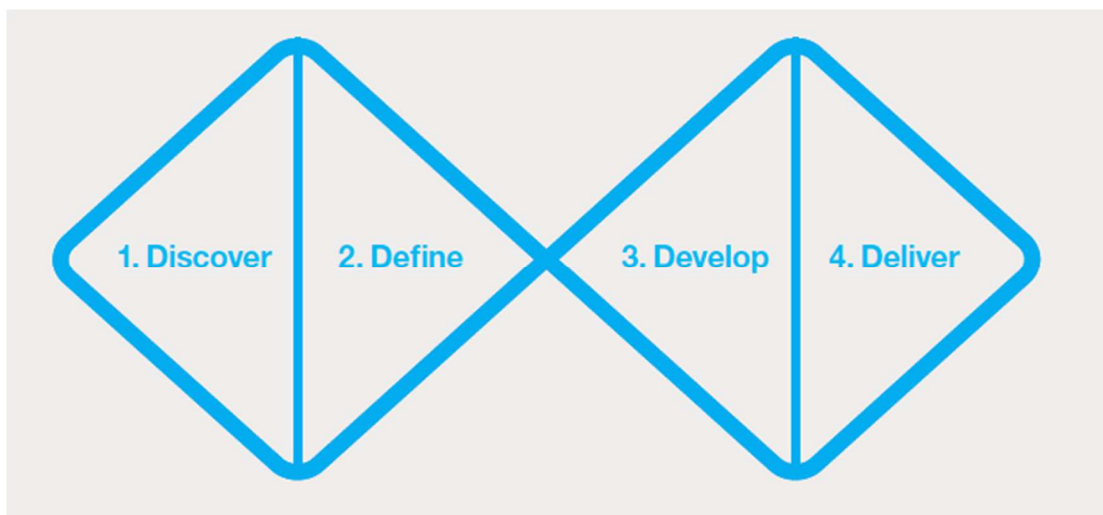


Fonte: Stickdorn e Schneider (2011)

Ao observar as figuras apresentadas é possível notar que todas as abordagens compartilham da mesma lógica, tendo como principal diferença o grau de profundidade e importância dada aos diferentes momentos de projeto. O processo normalmente inicia na tentativa de gerar empatia e compreender o desafio. Após, procura-se consolidar esse entendimento. Posteriormente, se propõe alternativas para que em seguida se criem pequenos esboços de soluções. Apesar de todas as perspectivas proporem uma lógica onde as etapas ocorrem de forma sequencial, muitas vezes os participantes do projeto circulam entre elas podendo retornar para etapas passadas e pular para fases futuras previstas (MERONI E SANGIORGI, 2011). Essa estrutura, de forma organizada, abre um espaço para a criatividade sem deixar de lado a objetividade.

A partir dessa lógica, o *Design Council* (2014) criou o modelo “*Double Diamond*”, em tradução literal, “diamante duplo”. Da mesma forma que todas as abordagens apresentadas anteriormente, o *Double Diamond* sugere uma lógica com quatro etapas onde a primeira e a terceira são mais abertas e a segunda e quarta fazem um fechamento do que foi desenvolvido na etapa anterior. A figura 6 representa a proposta dessa abordagem.

Figura 6 – *Double Diamond*



Fonte: adaptado de Design Council (2014)

2.1.1 Detalhamento das etapas da ação projetual

A abordagem utilizada como base para a pesquisa dessa dissertação foi a proposta por Stickdorn e Schneider (2011). A escolha dessa abordagem se deu pela mesma ser difundida no Brasil e no exterior. Essa obra já foi inclusive suporte para outras dissertações relacionadas ao tema no mesmo Programa de Pós-Graduação como Rosa (2013). Ela apoia o processo de projeto em design de serviços que compõe parte dos procedimentos metodológicos. Como já apresentado anteriormente, a abordagem é composta por quatro estágios divididos em três grandes fases.

A primeira delas é a **explorar** que busca informações a respeito do usuário, da empresa contratante, do setor, da cultura que permeia esses atores e do espaço que existe para o designer atuar. Com base nisso é possível começar a aproximação do problema, da sua relevância ou da existência de outras dificuldades mais latentes que demandam solução. Por fim, procura-se visualizar o que foi identificado de uma forma mais consolidada. (STICKDORN; SCHNEIDER, 2011). Essa etapa se alinha com as duas primeiras etapas propostas por Moritz (2004), onde a primeira procura aprender sobre os aspectos relevantes para o projeto e a outra dar o direcionamento correto para o mesmo.

Para a execução dessa etapa, a área utiliza com mais frequência uma abordagem etnográfica com ferramentas como a observação participante e

entrevistas em profundidade, por exemplo. Também é possível utilizar ferramentas como o mapa da jornada do consumidor, no qual se pode visualizar e aprender com o relacionamento do usuário e o serviço. Através desse instrumento é possível consolidar algumas premissas de projeto (MERONI; SANGIORGI, 2011). Outra ferramenta que traz uma visão complementar é o Mapa de atores, que permite entender quem são os atores e como se dão suas relações. (STICKDORN; SCHNEIDER, 2011).

É importante observar que nessa fase a compreensão do usuário tem grande relevância, pois é neste momento em que os direcionadores que alimentam todas as outras fases são construídos. Além disso, é quando ocorre a consolidação do entendimento de qual é o problema a ser atacado.

As etapas seguintes, **criar e refletir**, são tratadas como um único estágio pois é no refletir que são testadas as propostas geradas no criar. Essa relação é próxima pois um dos principais ganhos do processo de projeto em design de serviços é justamente a possibilidade de errar rápido. Esse processo reduz a probabilidade de maiores prejuízos e outros problemas não previstos (STICKDORN; SCHNEIDER, 2011). Este é o momento onde o usuário é envolvido com maior frequência e pode auxiliar tanto na criação de conceitos como a prototipar as soluções.

O objetivo da etapa **criar** é gerar propostas a partir dos insumos da etapa exploratória e do entendimento do problema de projeto correto. Um estímulo utilizado frequentemente é o *storyboard*, ferramenta aplicada para criar ilustrações e contextualizar as interações. Ele pode ser usado conjuntamente na etapa criar e refletir pois ajuda a estimular discussões sobre propostas e até mesmo prototipar conceitos criados. (STICKDORN; SCHNEIDER, 2011).

Na fase **refletir** ocorre a construção das soluções propostas na fase anterior através de ferramentas de prototipagem rápida. Da mesma forma que na fase anterior, os usuários e outros atores que fazem parte do projeto podem ser convidados a auxiliar. Outra possível ferramenta a ser utilizada nessas duas etapas é a prototipagem de serviço, que consiste em desenvolver desde uma encenação simples e informal até o detalhamento de cada parte do serviço que está sendo proposto. (STICKDORN; SCHNEIDER, 2011).

O estágio **implementar** consiste em executar o que foi proposto nas fases anteriores. Stickdorn e Schneider (2011) sugerem que, para isso ocorrer, é preciso que todos os atores sejam envolvidos desde a etapa criar. É nela em que começa o

desenvolvimento da solução a ser implementada. Através desse envolvimento os atores passariam a defender, compreender e entender melhor a importância do projeto para a organização.

Uma ferramenta que pode auxiliar nessa etapa é a FASPE - abreviatura do inglês para prototipagem de serviço rápida e simulação para avaliação. Através de protótipos em papel e dramatização das atividades, a ferramenta permite uma maior clareza de como será a experiência do usuário ao longo da solução proposta. (MERONI; SANGIORGI, 2011). Outro instrumento que traz um olhar completo é o *expressive service blueprint*. Nele, além de se desenhar todo o processo a partir da ótica do cliente, como por exemplo no *storyboard*, também é possível visualizar todas as interações que não são aparentes para o cliente. São interações tanto físicas, através de ações, como emocionais. Nas interações emocionais, os designers e projetistas definem quais emoções deveriam ser observadas em cada ponto de contato do serviço que está sendo proposto. (MERONI; SANGIORGI, 2011). O *expressive service blueprint* será detalhado no capítulo 3, junto aos procedimentos metodológicos.

As ferramentas apresentadas acima não têm o intuito de serem exaustivas, mas apenas exibem algumas possibilidades existentes sob a ótica do design de serviços no contexto projetual proposto.

2.1.2. A experiência do usuário sob a ótica do design para serviços

Os trajetos projetuais propostos pelos autores apresentados previamente indicam que a base da abordagem do design de serviços está apoiada na compreensão do usuário e da sua experiência ao longo do serviço proposto. Meroni e Sangiorgi (2011) são incisivas ao afirmar que hoje não é possível desenvolver um serviço sem que haja uma discussão com os usuários, que sejam escutados e que também testem os produtos. Dos cinco princípios apresentados por Stickdorn e Schneider (2011), dois deles tratam da centralidade do usuário e dele como parte do processo de criação. Apesar da abordagem do design orientada pelo usuário envolverlo em todas as fases de projeto, é no início do mesmo (etapa explorar) que o designer procura entender como é e/ou como será a experiência desse usuário ao longo do serviço. Isso ocorre, pois, é o primeiro momento em que o designer se aproxima e adquire suas observações e direcionamentos iniciais sobre quem é realmente o

usuário. No entanto, Stickdorn e Schneider (2011) afirmam que “apesar de objetivo do design de serviços é colocar o usuário no centro, raramente o projeto começa com o envolvimento do mesmo”. (STICKDORN; SCHNEIDER, 2011, p.120).

Diferentemente do enfoque proposto acima, a Teoria dos *Appraisals*, brevemente apresentada na introdução e que será melhor aprofundada a seguir, propõe um olhar centrado na pesquisa direta com usuários. (DESMET; HEKKERT, 2009). A teoria procura entender o usuário medindo respostas emocionais geradas a partir da sua experiência com um artefato, enquanto o design de serviços é mais comumente orientado pelo usuário, procurando entendê-lo a partir de um maior envolvimento com o mesmo sob uma ótica etnográfica e co-criativa.

2.2 DESIGN PARA EMOÇÃO E A TEORIA DOS *APPRAISALS*

O Design para emoção é um campo ainda em consolidação e que vem evoluindo ao longo das últimas duas décadas. Demir et al. (2009) definem a área como projetar com a intenção de evocar ou evitar uma determinada emoção. É a emoção que une os campos do design com a psicologia. O senso comum define uma emoção por palavras como medo, felicidade, raiva, entre outras. No entanto, Russell (2003) explica que essa compreensão é originada por conceitos ancestrais e nem mesmo entre os teóricos existe um consenso. Segundo Scherer et.al. (2001), os autores da área direcionam os seus esforços no entendimento de um conceito mais amplo, que é chamado de episódio emocional prototípico, caracterizado por componentes que possuem diferentes funções no estímulo da construção de um episódio emocional. (HOUWER; HERMANS, 2010). Componentes ligados a sentimentos, cognição, motivação e estado de alerta são alguns exemplos. (HOUWER; HERMANS, 2010). Com base neste entendimento, o mais relevante é entender o que ocorre entre o momento do(s) estímulo(s) inicial(is) até o episódio emocional. (HOWER; HERMANS, 2010). Nesse contexto, é possível observar que, a partir do entendimento dos diversos componentes identificados, o designer não projeta uma emoção, mas sim o contexto para que esta ocorra. (DESMET; HEKKERT, 2007).

A pesquisa do design para emoção pode ser dividida, segundo Desmet e Hekkert (2009), em quatro pontos de vista. O primeiro é uma abordagem orientada pelo usuário, que defende sua aproximação nas diferentes fases de concepção do projeto. O segundo é uma perspectiva que tem o enfoque no designer, entendendo

que o design para emoção é o resultado da visão ou princípios do designer. (DESMET; HEKKERT, 2009). A ótica do design orientado pela pesquisa, terceiro tipo de abordagem, procura identificar e quantificar a relação do design do produto com as respostas emocionais a ele. A quarta abordagem é a orientada pela teoria, em que se busca, com *insights* teóricos, entender como os artefatos estimulam emoções.

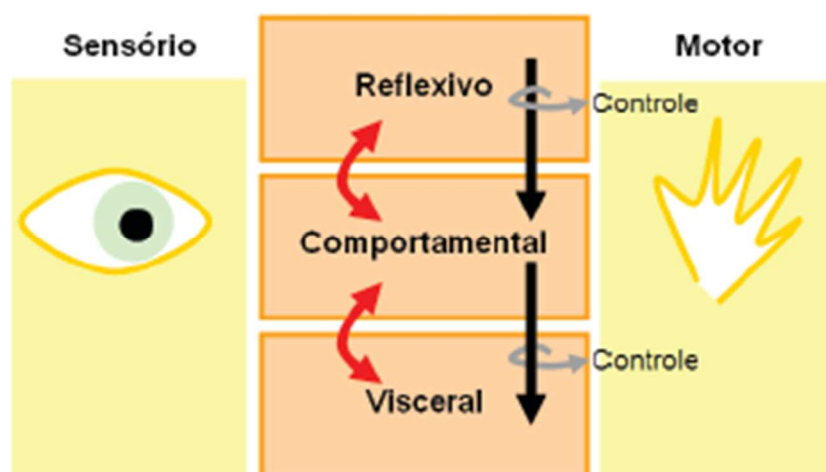
Jordan (1999), Desmet (2002) e Norman (2004) se destacam como os principais direcionadores do campo. (DEMIR et al, 2009; TONETTO; COSTA, 2011). Jordan (1999) entende que diferentes fontes de prazer estão relacionadas aos objetos. Essa abordagem não se preocupa em entender o porquê de as pessoas sentirem prazer. Através da abordagem proposta por Jordan (1999) os designers adquirem uma visão completa de quais prazeres um produto pode proporcionar. (DEMIR et al, 2009). O autor classifica os tipos de prazeres em quatro categorias: fisiológico, psicológico, sociológico e ideológico.

O prazer fisiológico está ligado aos sentidos, ou seja, ocorre através do tato, olfato, audição, visão e também o prazer sensual. O prazer sociológico surge da relação com outras pessoas como amigos, família mais frequentemente e a sociedade de forma geral. O prazer psicológico deriva das reações emocionais e cognitivas das pessoas. A expectativa ao se utilizar um processador de texto é um exemplo de prazer psicológico. Já o prazer ideológico refere-se aos valores das pessoas. Jordan (2002) entende que esse prazer surge de artefatos como livros, música e arte. Naturalmente, os quatro componentes de prazer trabalham juntos em níveis de intensidade diferentes dependendo da situação.

Norman (2004), a partir de uma discussão sobre os processamentos cognitivos feitos pelos indivíduos na relação com artefatos, propõe determinados tipos de abordagens de design a essas relações. O autor desdobra essas ligações em três níveis. O primeiro nível é o design visceral (percepção direta), que é mais instintivo e reativo. Para Norman (2004), o design visceral envolve reações automáticas, ou seja, são as nossas respostas mais primitivas e inseridas na nossa genética. A preferência do homem por lugares com clima e iluminação agradáveis é um exemplo desse funcionamento. Ao projetar uma loja, o designer pode levar em consideração esses ensinamentos. O design comportamental (respostas automaticamente aprendidas), segundo nível, depende de aspectos culturais e das experiências passadas das pessoas. O design comportamental é ligado a função, facilidade de compreensão, usabilidade e a forma como ele é sentido (TONETTO; COSTA, 2011). Por fim, o

terceiro nível é o design reflexivo (pensamento consciente). O nível reflexivo é o tipo mais complexo, pois lida com aspectos de cultura e significado. O ato de projetar nesse nível envolve a construção de marcas e outras formas de diferenciação, que permitem ao usuário criar uma autoimagem. A figura 7 resume a abordagem de Norman (2004).

Figura 7 – Níveis de processamento da informação



Fonte: Tonetto e Costa (2011). Adaptado de Norman (2004)

É possível observar que o design reflexivo não tem contato com a parte sensorial ou de controle de comportamento. Ela fica acima tentando influenciar o comportamento a distância e reflete para atuar. (NORMAN, 2004).

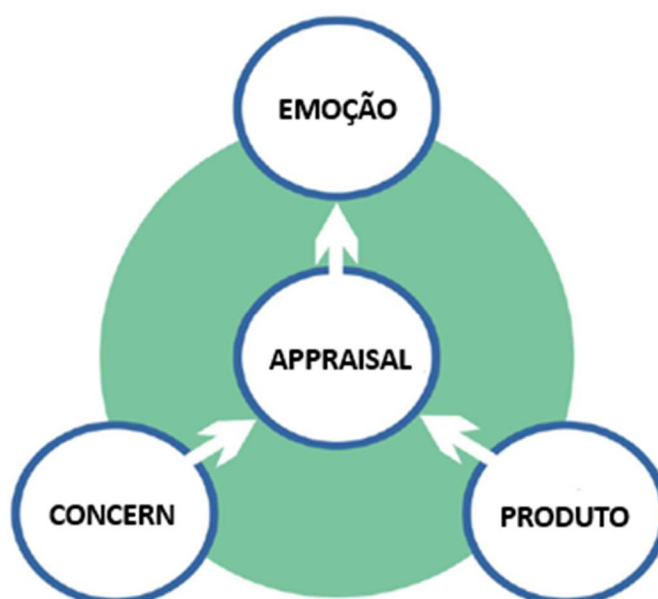
2.2.1 A Teoria dos *Appraisals* e a experiência do usuário

A Teoria dos *Appraisals* tem sua origem na Psicologia Cognitiva e sugere que as emoções derivam de avaliações (*appraisals*) de eventos e situações vividas pelo usuário. (SCHERER et al., 2001). O termo foi cunhado por Arnold (1960) para se referir ao processo cognitivo envolvido na elicitacão da emoção. (HOUWER; HERMANS, 2010). Conseqüentemente, os teóricos da área entendem que a cognição antecede a evocacão da emoção, que também pode ser chamada de episódio emocional.

Desmet (2002) adapta a Teoria dos *Appraisals* para o design ao estudar como a aparência de um produto pode evocar emoções. Apesar da adaptacão da teoria

apresentada ter sido concebida para projetos de produtos, no presente estudo ela será utilizada em serviços. O próprio entendimento de Scherer et al. (2001), de como os *appraisals* são gerados a partir dessa teoria, considera as interações de insumo chave no processo de avaliação do usuário. A figura 8, conforme já apresentado na introdução, mostra como as emoções são projetadas, de acordo com a adaptação da teoria proposta por Desmet (2002).

Figura 8 – Modelo básico de compreensão sobre emoções em relação a produtos



Fonte: Desmet e Hekkert (2007). Adaptado de Desmet (2002).

Os *concerns* são os interesses e preocupações do usuário, e o produto (artefato) é o que está sendo oferecido. A avaliação (*appraisal*) do usuário gera por consequência uma emoção. Observar o que o usuário entende por bem-estar é determinante para uma projeção bem-sucedida. Para isso, é fundamental ter clareza sobre os *concerns* do usuário. A maior contribuição dessa abordagem é a possibilidade de identificar e avaliar estímulos emocionais e traduzi-los em projetos de design. (DEMIR et al., 2009). Entender como o artefato provoca ou evita emoções e o papel dos *concerns* no processo podem auxiliar a entender melhor as diferentes problemáticas que envolvem as urgências hospitalares privadas, caso desse estudo.

2.2.1.1. Abordagens na Teoria dos Appraisals: temática e componencial

A Teoria dos *Appraisals*, segundo Demir et al. (2009), pode ser distinguida em duas: temática e componencial. A primeira, tem um viés mais holístico, pelo qual procura entender a avaliação geral que um usuário faz em relação a um acontecimento. Essa avaliação se dá a partir de uma questão principal: “O que isso significa para o seu bem-estar?” (TONETTO; COSTA, 2011). Naturalmente, o resultado é mais genérico e subjetivo. Desta forma, existe uma limitação prática pela dificuldade em detalhar melhor o entendimento do usuário.

A abordagem componencial é um enfoque que, segundo Hower e Hermans (2010), procura entender a relação entre um padrão de *appraisal* e um determinado episódio emocional. Esse padrão é composto pela combinação, em diferentes intensidades, dos componentes considerados. Desta forma, é possível ter direcionamentos de projeto mais fechados. Essa perspectiva considera sete tipos de componentes como relevantes na experiência com o produto. (DEMIR et. al., 2009):

1. A consistência do motivo que demonstra a capacidade de um produto entregar o que se espera dele em termos de performance e auto expressão. Isto é, se ele funciona como prometido, mas também se está alinhado aos gostos e preferências do usuário.
2. O prazer intrínseco está ligado a questões sensoriais, como determinada trilha sonora de uma loja e a leveza de um computador, por exemplo.
3. Confirmação das expectativas, como o nome diz, relaciona-se a expectativa pelo cumprimento das promessas de um determinado produto. Uma outra forma de entender seria a compreensão sobre se o produto cumpre com o que o cliente entende que lhe foi prometido.
4. A agência refere-se à responsabilidade da causa de algo. Tonetto e Costa (2011) usam como exemplo a dificuldade em dirigir um carro, que pode gerar uma percepção por parte do motorista que ele é o problema, mesmo que não seja o caso.
5. Conformidade com padrões é a avaliação do produto baseado nos parâmetros de comparação existentes no mercado. Por exemplo, uma geladeira possuir um selo que atesta um baixo consumo de energia quando comparada com as suas concorrentes.

6. A certeza é a garantia de que o produto vai corresponder quando demandado. Ao ligar um computador velho, pode-se ter medo que ele falhe, por exemplo.
7. O potencial de *coping* lida com a resistência à frustração do usuário. Um produto pode ter alguns problemas, mas entregar o principal, como por exemplo, um carro que leva o usuário aos lugares apesar do ar condicionado apresentar constantemente problemas.

Abaixo, o quadro 1, expõe as perguntas que se relacionam com cada um dos componentes apresentados.

Quadro 1 – Componentes de *Appraisals*

Componente de <i>Appraisal</i>	Exemplo de questão relacionada
Consistência do motivo	O produto ajuda a atingir meu objetivo com seu uso?
Prazer intrínseco	O produto é prazeroso?
Confirmação de expectativas	O produto atinge minhas expectativas?
Agência	Quem (ou o quê) é responsável por esse / causador desse estímulo?
Conformidade com padrões	Esse produto está adequado de acordo com as normas sociais e padrões conhecidos por mim?
Certeza	O quanto certo estou de que esse produto continuará a suprir minhas necessidades no futuro?
Potencial de coping	Eu consigo lidar com o produto e/ou com situações desfavoráveis que possam vir a acontecer em relação a ele?

Fonte: Tonetto (2012). Adaptado de Tonetto e Desmet (2012).

Ambas as abordagens contribuem para o processo de projeto, no entanto, possuem usos distintos conforme o tempo e sobretudo a necessidade de aprofundamento do que está sendo pesquisado. No presente estudo será utilizada a abordagem temática. A escolha por esse enfoque se deu pelo fato de não ser exequível no tempo disponível para o estudo decompor os *appraisals* através do modelo componencial, que exige um material de pesquisa extenso. Em um caso que se busca uma direção e não um detalhamento maior das respostas, a abordagem temática tem condições de suprir a demanda.

A escolha de entender a contribuição do modelo dos *appraisals* em um contexto de design de serviços se dá em primeiro lugar pela sua capacidade em lidar com

ambientes heterogêneos, que é uma das características dos serviços. (MERONI; SANGIORGI, 2011). Em segundo lugar, ela pode vir a complementar as atuais práticas de projeto em serviços. O mapeamento do usuário a partir da Teoria dos *Appraisals* em um processo de design de serviços pode acontecer ao longo de todo o processo. No entanto, a própria natureza da pesquisa, através dessa abordagem, tende a trazer resultados que sirvam como consolidadores de algumas premissas no processo de projeto. Isso ocorre tanto na abordagem temática quanto na componencial. Esses insumos costumam auxiliar na definição mais apropriada do problema de projeto. Desta forma, o design como ciência aplicada tem a possibilidade de contribuir tanto para academia como para o mercado se apropriando de teorias que consigam tornar o processo de projeto ainda mais consistente.

Outro motivo, já apresentado na introdução, é a ampliação da agenda da área de design para emoção (DESMET; HEKKERT, 2009) que passou a considerar a pesquisa em serviços relevante. Desta forma, a aproximação da área e consequentemente do modelo proposto nesse trabalho com o design de serviços é um processo natural, mas que tem sido pouco explorado. Por fim, a própria relevância do setor de serviços na economia suscita a necessidade do aprofundamento da compreensão da emoção nesse contexto.

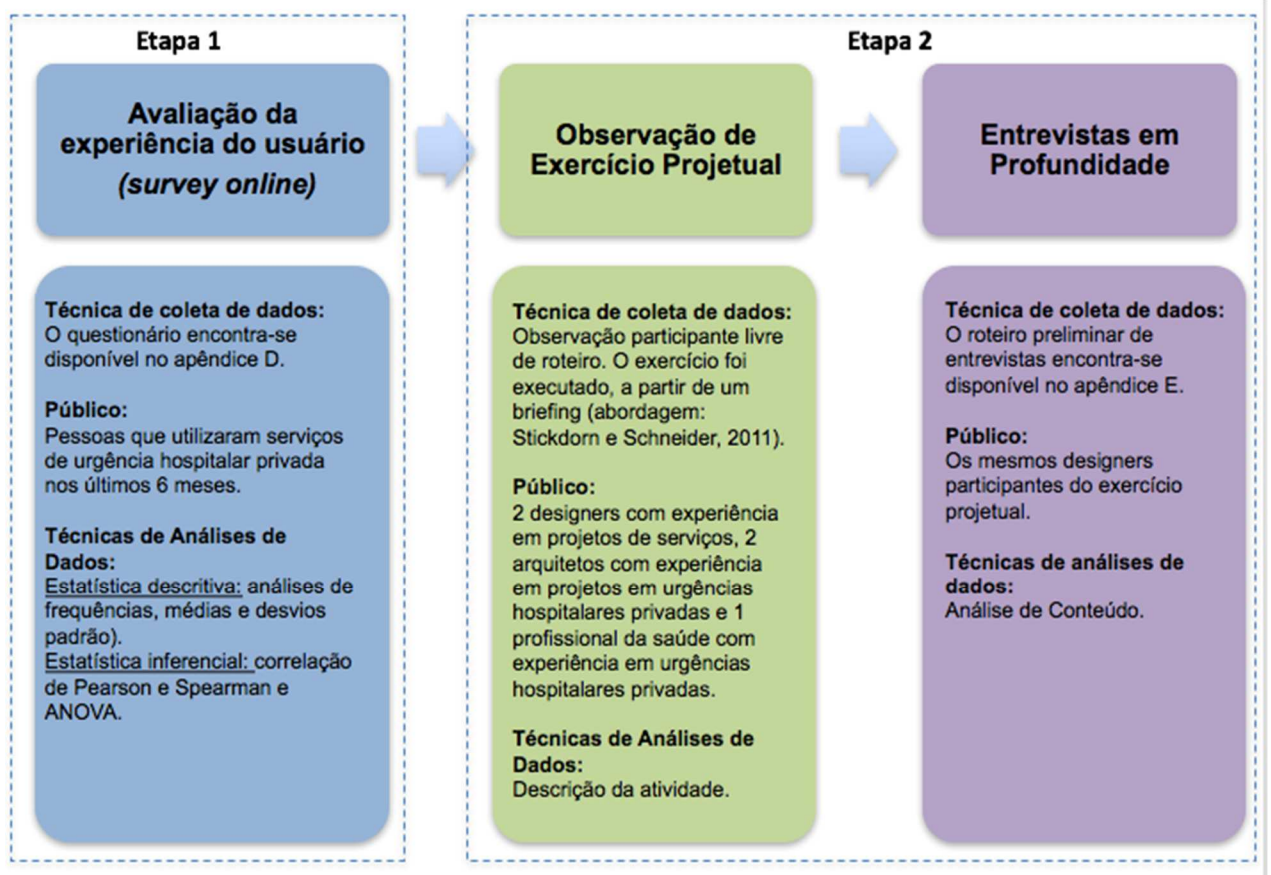
A seguir, encontra-se descrito os procedimentos metodológicos utilizados para responder aos objetivos propostos na introdução.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa é de natureza exploratória, pois segundo Gil (2009), o enfoque exploratório visa delimitar e esclarecer um determinado assunto e para isso trabalha com menor rigidez no planejamento e com uma estrutura mais aberta.

O estudo foi dividido em duas etapas. A primeira delas descritiva e composta de uma *survey* online com usuários que utilizaram o serviço de alguma urgência hospitalar privada na Grande Porto Alegre nos seis meses anteriores ao período em que o questionário foi aplicado (dias 4 de outubro e 17 de novembro de 2015). Ela busca atender aos objetivos específicos “a”, “b”, “c” e “d” apresentados no primeiro capítulo. A segunda etapa do estudo foi qualitativa e ocorreu a partir de uma abordagem exploratória. Primeiramente foi desenvolvido um exercício projetual com base nos insumos gerados na etapa anterior. Nesta etapa foram selecionados para participação designers com experiência em serviços, arquitetos com experiência em ambientes hospitalares privados e um profissional da saúde com experiência em urgências hospitalares privadas. A escolha dos profissionais se deu através da rede de contatos do pesquisador. A coleta dos dados se deu através de observação participante, a descrição é apresentada na seção 4.2.1. Por fim, foram realizadas entrevistas em profundidade com os participantes do exercício projetual com o objetivo de entender se a *survey* desenvolvida na primeira etapa contribuiu ao longo do exercício projetual realizado e de que maneira se deu esta contribuição. A análise de conteúdo das entrevistas em profundidade visa responder ao objetivo específico “e”. A figura 9 apresenta essas etapas de forma sequencial.

Figura 9 – Etapas de pesquisa do estudo



Fonte: o autor

Destaca-se que os procedimentos éticos gerais seguiram a resolução CNS 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os pacientes/usuários que responderam ao questionário da *survey* e os participantes do exercício projetual e da entrevista em profundidade receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa sobre o caráter anônimo e voluntário da pesquisa. O modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado com os respondentes do pré-teste da *survey* e da *survey* propriamente dita podem ser encontrados nos apêndices A e B, respectivamente. O modelo para os participantes da etapa 2 pode ser encontrado no apêndice C. O projeto e os respectivos termos utilizados foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS sob o número CEP 15/134 no dia 14 de Setembro de 2015.

3.1 ETAPA 1 – ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO (*SURVEY*)

Uma *survey* é caracterizada pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. (GIL, 2009). Esse tipo de pesquisa tem vantagens, como a capacidade de quantificar e correlacionar às informações adquiridas, além de evitar interpretações equivocadas do pesquisador. (GIL, 2009). No entanto, a opção por esse caminho de coleta se justifica sobretudo para evitar possível desconforto ao usuário com uma entrevista em um momento de estresse e tensão. Portanto, apesar das limitações, entende-se como mais coerente um mapeamento realizado dessa forma. A sua natureza mais fechada, que não abre espaço para capturar e coletar as nuances da experiência pode caracterizar uma limitação. O fato de que experiência investigada ter acontecido em um momento anterior, também pode ter um efeito limitador por fazer com que as respostas sejam baseadas na recordação do participante sobre a experiência.

3.1.1 Público participante

A *survey* teve como público participante indivíduos que utilizaram o serviço de alguma urgência hospitalar particular na Grande Porto Alegre nos últimos seis meses, incluindo apenas os pacientes e não os possíveis acompanhantes. O tempo máximo da última experiência em uma urgência foi proposto devido ao efeito da memória que pode fazer com que as lembranças se tornarem menos fidedignas com o tempo. A amostra dessa pesquisa apresenta um total de 191 respondentes, sendo 99 resultados considerados válidos. Para que um resultado considerado válido, o paciente deveria responder o questionário até a penúltima questão. A última questão era aberta e não obrigatória.

A aplicação da *survey* foi anônima e realizada através de uma plataforma online especializada (*Qualtrics*). Os respondentes foram buscados por meio das redes sociais, e-mail e indicações que fazem parte da rede de contatos pessoal do pesquisador (amostragem por “bola de neve”). É importante destacar que nenhum respondente foi abordado no ambiente hospitalar, sendo toda a coleta de dados realizada de forma online e anônima.

3.1.2 Procedimentos e técnica de coleta de dados

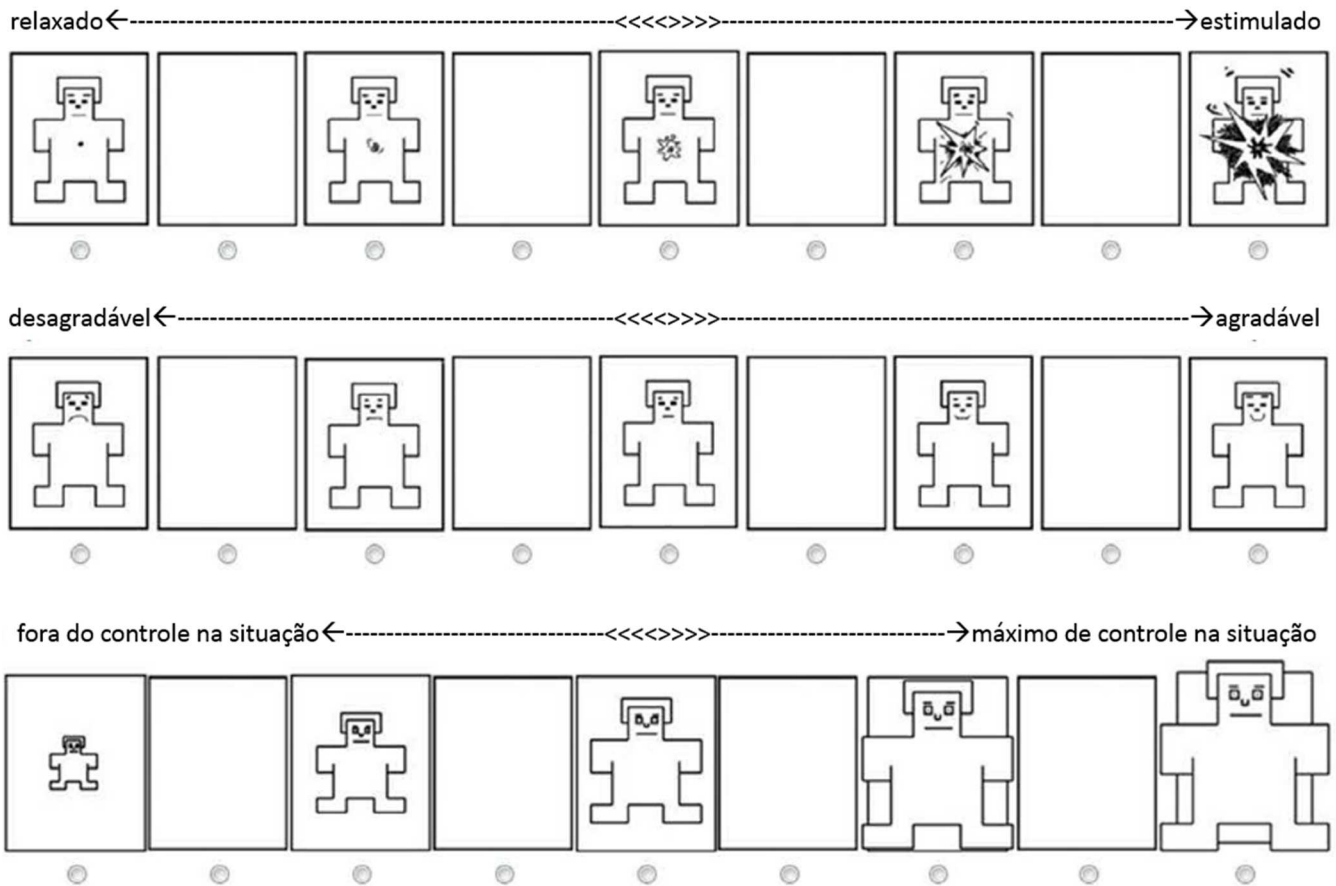
A pesquisa utilizou uma *survey online* como técnica de coleta de dados (ver apêndice A). A amostra analisada foi coletada entre os dias 4 de outubro e 17 de novembro de 2015.

Sua estrutura é composta por quatro blocos. O primeiro é composto por dezessete perguntas. As três questões iniciais foram desenvolvidas a partir do recorte proposto na pesquisa. Isto é, pacientes que estiveram em alguma urgência hospitalar privada na Grande Porto Alegre nos últimos seis meses. As cinco perguntas seguintes foram sócio demográficas. Após, mais sete perguntas tratavam de questões ligadas especificamente à última experiência do paciente em alguma urgência hospitalar privada na Grande Porto Alegre.

O segundo bloco teve como objetivo mensurar as dimensões (valência, alerta e dominância) que compõe o estado emocional dos pacientes com relação aos serviços de urgência hospitalar. A mensuração ocorreu através do *Self-Assessment Manikin (SAM)*. Elas auxiliaram na resposta dos objetivos específicos “a”, “b”, “c” e “d”.

O SAM é um instrumento pictórico não verbal desenvolvido por Lang (1980 apud BRADLEY; LANG, 1994) para mensurar as três dimensões consideradas relevantes no processo de avaliação da emoção: valência, alerta e dominância. A partir de estudos quantitativos, Osgood et al. (1957, apud BRADLEY; LANG, 1994) descobriram que as duas primeiras, valência e alerta, são as mais relevantes. A valência avalia a percepção do nível de prazer ou desprazer de um estímulo, enquanto o alerta mensura o nível de excitação ou calma. A terceira dimensão é a dominância que avalia o nível de controle ou submissão que o usuário percebe ter sob a experiência. A Figura 10 apresenta uma escala com cinco figuras para cada uma das três dimensões.

Figura 10 – Self-Assessment Manikin - SAM



Fonte: adaptado de BRADLEY e LANG, 1994

O respondente foi orientado a marcar a figura que julgava mais próxima da sua avaliação emocional de um determinado estímulo. Apesar de cinco figuras para cada dimensão, o respondente teve a possibilidade de marcar entre elas também, o que gera uma escala de nove pontos. Kensinger e Corkin (2004, apud PRUJA, 2013) entendem que a valência é considerada negativa quando está igual ou abaixo de 3,99; a neutra está entre 4 e 6,99; e a positiva entre 7 e 9. Já o alerta emocional é negativo quando fica igual ou abaixo de 5,99 e excitante quando fica entre 6 e 9.

O terceiro bloco de perguntas busca entender como os diferentes elementos técnicos de projetos de serviço na saúde impactam na avaliação anterior. Esses atributos estão relacionados com as etapas pelas quais o usuário passa ao longo de sua jornada nas urgências hospitalares (recepção, triagem, diagnóstico, medicação e liberação/alta), apresentados na introdução (Figura 1 – Modelo de Sistema de Saúde Centrado no Usuário, pg. 11). O quadro 2 relaciona alguns deles com os tópicos das questões.

Quadro 2 – Relação dos atributos técnicos presentes no atendimento em urgências hospitalares com os itens de questionário

Atributos técnicos presentes no atendimento em urgências hospitalares	Item de questionário
Etapas de atendimento	Tempo de espera para o atendimento
Etapas de atendimento	Conforto ao longo da experiência
Infraestrutura e equipamentos	Limpeza e organização
Recursos Humanos	Qualidade dos profissionais da saúde
TI e Comunicação	Tempo de espera previsto

Fonte: o autor

Um sexto atributo também foi levado em conta para a composição dos elementos técnicos de projeto. Ele é a infraestrutura e ambiente do hospital. O terceiro bloco possui vinte e duas perguntas. A primeira delas procura entender a avaliação geral do respondente na sua última experiência em uma urgência hospitalar. As vinte e uma questões seguintes são organizadas em seis categorias e pedem que o respondente as relacione com a razão da nota geral dada na primeira questão do terceiro bloco. As cinco primeiras categorias fazem referência a cada etapa (recepção, triagem, atendimento, tratamento e liberação) do atendimento em uma urgência e a sexta trata da estrutura e ambiente da urgência. Dentre a amplitude do ambiente hospitalar, esses atributos foram considerados como de interesse do design.

Por fim, o último bloco trabalha com a componente central de *appraisal* que, através de uma única pergunta, procura entender a causa principal da avaliação geral feita na primeira pergunta do bloco três. Como complemento, a última questão pergunta o motivo da escolha na questão anterior. Ela é aberta e, diferentemente de todas anteriores, é opcional. A tabela X resume os temas trabalhados em cada bloco.

Tabela 1 – Relação de assuntos por blocos da *survey*

Bloco	Tema de cada bloco
1	Perfil amostra
2	Dimensões emocionais
3	Elementos técnicos de projeto
4	Componente central de <i>appraisal</i> .

Fonte: o autor

O questionário apresentado passou por ajustes propostos pela banca de qualificação de mestrado em Design da Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos) e posteriormente, por uma avaliação do Comitê de Ética da UNISINOS (CEP 15/134) Além disso, houve a avaliação de um comitê de juízes. O questionário foi enviado a três médicos com experiência em urgências hospitalares para garantir a adequação dos itens propostos. Os médicos fazem parte da rede de contatos pessoal do pesquisador e possuem ao menos oito anos de formados em medicina.

Após, foi realizado um pré-teste do questionário em um grupo de dez pessoas¹, seguido de um *debriefing*. O *debriefing*, no caso desse estudo, foi uma forma de verificar a coerência do questionário a partir da perspectiva do respondente. Procurou-se, através de uma conversa individual, verificar se o respondente percebia clareza no sentido proposto para as questões, nas expressões utilizadas, na sua forma e na sequência das perguntas. Tanto o pré-teste como o comitê de juízes são instrumentos que visam diminuir o risco de problemas de compreensão e exposição dos respondentes. Após as validações e ajustes, o questionário foi utilizado para a pesquisa.

As análises dos resultados da *survey* foram desenvolvidas considerando o objetivo de apresentar um material que contivesse a abordagem dos *appraisals* de forma mais neutra possível, para que fosse verificada a sua relevância em um exercício projetual.

¹ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pacientes que responderam ao pré-teste disponível no apêndice A.

3.1.3 Técnica de análise de dados

Os dados da *survey* foram exportados do *Qualtrics* para o software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Através dele foram desenvolvidas análises por meio de estatística descritiva e inferencial. Em um primeiro momento foram analisadas as médias, desvios padrão, pesos em porcentagem e frequências da amostra. Após, através de estatística inferencial, foram utilizadas as correlações de Pearson, Spearman e análise de variância (ANOVA – *analysis of variance*).

A primeira análise feita foi à correlação de Pearson, que permite analisar o grau de relacionamento entre duas variáveis contínuas (STEVENSON, 1981). No presente estudo, a correlação de Pearson possibilita entender como as dimensões emocionais das subescalas do SAM se relacionavam. Quando a correlação entre as variáveis é positiva, significa que possuem uma relação direta, fazendo com que as variáveis se movam juntas, na mesma direção. Já uma correlação negativa demonstra uma relação inversa. No caso de uma variável mover-se em uma determinada direção a outra irá para o sentido contrário à primeira.

Após, a correlação de Spearman foi aplicada para entender a relação entre a avaliação geral da experiência e as dimensões emocionais. Esse instrumento é uma técnica não paramétrica normalmente utilizada para avaliar o grau de relação entre duas variáveis. (STEVENSON, 1981). A principal diferença da correlação de Pearson é que a correlação de Spearman procura entender até que ponto dois conjuntos concordam ou discordam (STEVENSON, 1981). Nesse caso, a ferramenta permite equilibrar escalas de diferentes tamanhos tornando-as comparáveis. As subescalas do SAM vão de “1” a “9” enquanto a avaliação geral da experiência de “1” a “5”.

Por fim, foi utilizada a ANOVA para entender o grau de influência que cada elemento das etapas de atendimento sobre a avaliação geral da experiência. Esse tipo de análise tem o objetivo de comparar ao mesmo tempo as médias de mais de dois grupos (BISQUERRA et al., 2004). Para essa análise, a escala utilizada na avaliação geral que ia de 1, negativa, a 5, positiva, foi agrupada. As notas 1 e 2 receberam a legenda de “muito ou pouco negativa”. Já o outro extremo, 4 e 5, receberam a legenda “muito ou pouco positiva”. A nota 3 foi chamada de “neutra”. A partir das três legendas foram feitas as análises com relação a cada um dos vinte e um elementos (ver *survey* no apêndice D) que compõem as etapas de atendimento em uma urgência hospitalar.

3.2 ETAPA 2 - ESTUDO QUALITATIVO

Esta etapa é dividida em dois momentos: o exercício projetual (workshop) e as entrevistas em profundidade com os participantes. Essa etapa buscou responder ao objetivo específico “e”, ou seja, compreender de que forma os designers e projetistas podem utilizar os dados de um mapeamento de *appraisals* em um projeto de serviços.

3.2.1 Caracterização do exercício projetual

O exercício projetual proposto na segunda etapa do trabalho foi desenvolvido por meio de um workshop. Este não teve a intenção de servir como um processo de coleta de dados e sim como um estímulo para que houvesse elementos para as entrevistas em profundidade que ocorreram posteriormente.

Segundo Fraga (2010), o workshop em design é uma ação projetual focada e criativa, sua estrutura é previamente organizada e ocorre com o apoio de coordenadores que auxiliam o direcionamento das ações e objetivos propostos. Normalmente, os workshops se dividem em uma primeira etapa de definição do problema, seguida de uma etapa de propostas de soluções e pôr fim a visualização das soluções. Ele teve uma etapa preparatória (pré-workshop), com a duração de aproximadamente dois meses seguido da atividade propriamente dita.

O pré-workshop contemplou um conjunto de pequenas tarefas desenvolvidas pelo pesquisador em paralelo. O quadro 3 apresenta uma visão macro das tarefas.

Quadro 3 – Visão das tarefas para a preparação do exercício projetual

Agenda	Detalhamento das etapas do <i>workshop</i> e sua duração
Perfil	Identificar profissionais Aceite + disponibilidade
Estrutura	Disponibilidade sala Câmera Café da manhã Contratação bolsista
Material de suporte	Survey Análise dos resultados Apresentação da análise
	Instrumentos Selecionar instrumentos Organiza-los dentro da dinâmica proposta
	Sensibilização Definição da atividade Execução por parte dos participantes Organização
	Preparação da apresentação

Fonte: o autor

A primeira tarefa foi detalhar uma proposta de agenda e identificar a necessidade de tempo para cada atividade. Após, foram identificados possíveis participantes com o perfil necessário para a atividade. Com a definição do grupo e o seu aceite, foi marcada a data do exercício projetual. Para a data, foram consideradas a disponibilidade dos participantes e de sala na unidade da Unisinos em Porto Alegre. Em paralelo, foram reservadas duas câmeras pertencentes ao PPG do Design para a data do workshop. A bolsista selecionada para auxiliar na observação da atividade é estudante de graduação do Design da Unisinos e foi contratada por indicação do orientador desse estudo. Os itens necessários para o café da manhã foram detalhados e organizados apenas na véspera da atividade. Apesar de trivial, foi dado maior

atenção do que de costume ao café da manhã, para que gerasse o máximo de conforto e tranquilidade entre os participantes.

No do material de suporte, os resultados da análise da *survey* demandaram alguns ajustes no *briefing* e em como apresentar os resultados ao grupo de participantes. A simplificação dos *appraisals* se deu ao tornar a informação mais fácil de ser interpretada. Para tal, foi construído um material (Figura 14 pg.67) que permitiu aos profissionais menos acostumados com estatística a interpretarem as informações resultantes da *survey*. Ao mesmo tempo, foi cuidado para que as informações não fossem interpretadas pelos participantes e criassem qualquer tipo de direcionamento. Os instrumentos foram escolhidos com base nos objetivos de pesquisa, mas sofreram alguns ajustes e simplificações em função do pouco tempo disponível para o exercício projetual. Entendeu-se a necessidade de desenvolver uma etapa prévia de sensibilização para estimular nos participantes do workshop um paralelo entre as suas atividades profissionais e a experiência de um paciente em uma urgência hospitalar. Inicialmente cada participante foi convidado a compartilhar, por e-mail, uma experiência positiva e outra negativa relativas a serviços que costuma utilizar, bem como os motivos dessas escolhas. Os resultados recebidos foram organizados e inseridos, de forma anônima, na apresentação introdutória do workshop. A apresentação foi desenvolvida com o objetivo de auxiliar os participantes na contextualização de todo o processo do exercício projetual.

O exercício projetual teve a duração de aproximadamente quatro horas e ocorreu na manhã do dia 21 de novembro de 2015, na sala 103 na unidade de Porto Alegre da Unisinos. Para o seu desenvolvimento, o presente estudo utilizou a abordagem apresentada na introdução e proposto no livro organizado por Stickdorn e Schneider (2011). Sendo assim, o workshop teve duas fases: (i) explorar e (ii) criar e refletir. (STICKDORN; SCHNEIDER, 2011). A escolha dessa abordagem se deu pela adequação aos objetivos, por permitir a reflexão com base nos dados da primeira etapa (*survey*) antes de projetar. No entanto, é importante ressaltar que a etapa implementar, que faz parte do processo de projeto em design de serviços não foi considerada para o presente estudo, pois não fazia parte dos objetivos. A tabela 2 apresenta as atividades desenvolvidas no exercício projetual.

Tabela 2 – Atividades desenvolvidas no exercício projetual

Atividade	Duração prevista (min)
Agenda	5
Sensibilização	5
<i>Briefing</i>	5
Apresentação dos resultados da pesquisa	45
Apresentação dos instrumentos	15
Projeto fase inicial	60
Apresentação parcial	15
Projeto segunda fase	60
Apresentação e discussão final	30
Total	240 (4 horas)

Fonte: o autor

A agenda serviu para apresentar aos participantes a dinâmica do exercício projetual como um todo, além de esclarecer dúvidas e evitar possíveis desconfortos. O perfil dos participantes se encontra na Tabela 3 (pg. 46). No momento seguinte, de sensibilização, foram apresentados os insumos compartilhados pelos participantes sobre experiências positivas e negativas com serviços, conforme solicitado na semana anterior ao workshop. Esta sensibilização foi especialmente importante dado que parte dos participantes do exercício atua como prestadores de serviços nas urgências hospitalares ou em atividades correlatas. Essa característica dos participantes poderia gerar dificuldade para que, durante o workshop, os mesmos assumissem o ponto de vista dos pacientes. Isso se daria em função dos participantes possuírem à consciência de questões que limitam, em muitos casos, um melhor atendimento dos pacientes. Na sequência foi apresentado o *briefing*: “Criar um projeto que estimule experiências positivas com base nos resultados da pesquisa apresentada”. Os participantes foram orientados a trabalhar a partir dele e das informações coletadas na *survey* online com os pacientes e a experiência de cada um dos participantes serviram como insumos. O material desenvolvido para o exercício projetual levou em conta os três últimos blocos da *survey*. Isso se deu, pois apenas estes estão ligados ao objetivo da pesquisa. O primeiro bloco teve como função alinhar o perfil dos participantes no recorte definido. Ou seja, os pacientes que estiveram nos últimos seis

meses em uma urgência hospitalar privada na região da Grande Porto Alegre. Além disso, serviu como aquecimento para as etapas seguintes. O material usado durante a atividade projetual será apresentado após a análise quantitativa na seção 4.2.1 que descreve o exercício projetual.

Os instrumentos selecionados para o exercício são: *brainstorm*, folha de definição do problema, *storyboard* e o *expressive service blueprint*. O *brainstorm* é uma ferramenta usada para estimular os participantes na busca de geração rápida de conceitos e ideias em grupo. (KUMAR, 2012). Nesse estudo ela foi utilizada na etapa Explorar do projeto, mas a mesma pode ser útil também na etapa seguinte, Criar, na consolidação dos principais pontos do projeto. Ao aplicar esse instrumento, é importante ficar atento a conceitos que gerem valor para os *stakeholders*, o negócio, a economia, a sociedade e o meio ambiente. (KUMAR, 2012).

A folha de definição do problema propõe facilitar a consolidação da proposta de valor que a solução desenvolvida irá entregar. Ela é uma adaptação da ferramenta Hipótese de valor (*Value Hypothesis*) apresentada no livro *101 Design Methods*. (KUMAR, 2012, p.891). A ferramenta traz algumas perguntas que se assemelham a folha entregue para os participantes do workshop. São elas:

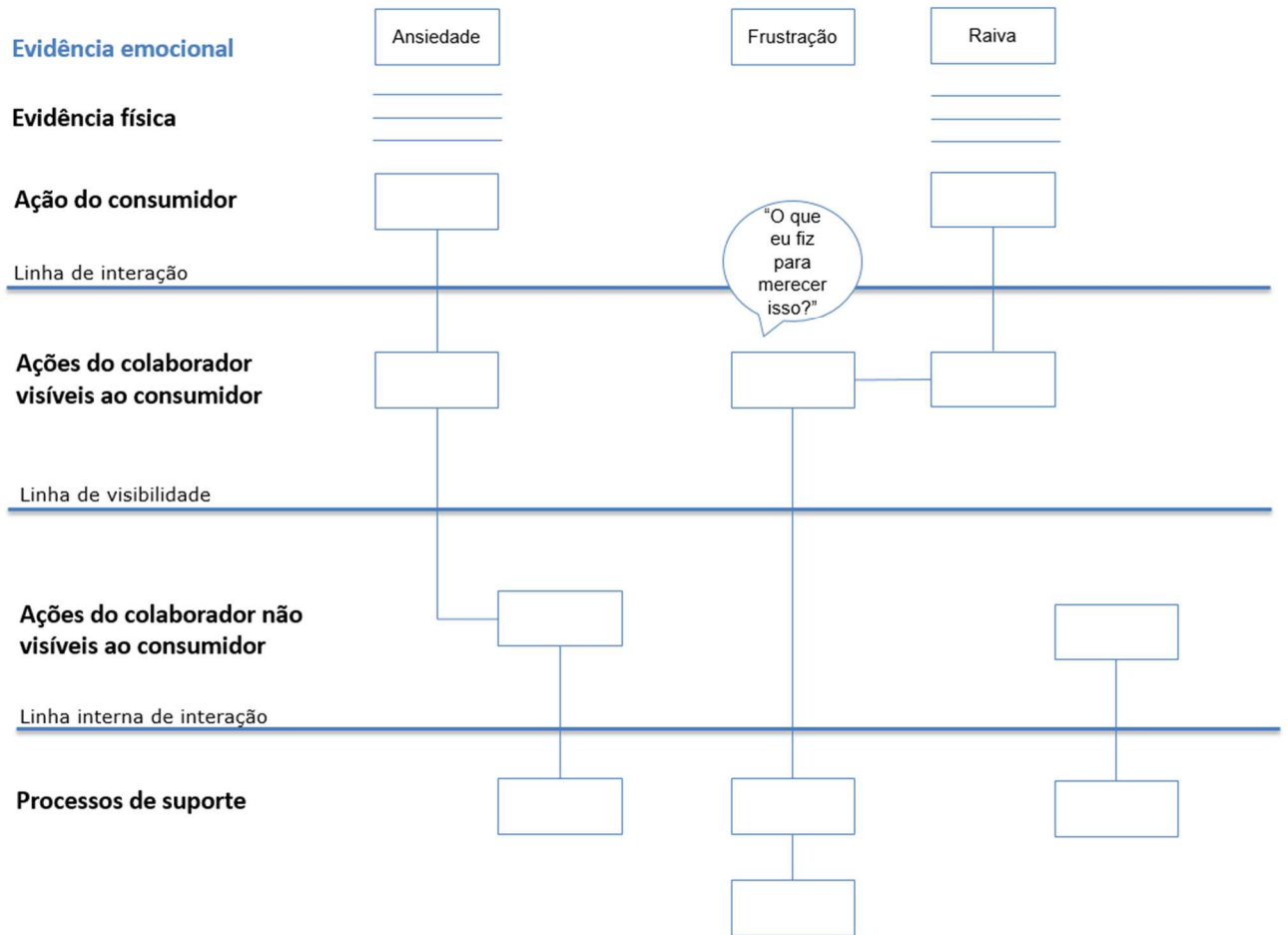
1. Quem são usuários que se busca atingir?
2. Quais são as suas necessidades não cumpridas?
3. Qual é a nova proposta?
4. Quais são os benefícios para os usuários?
5. Por que os usuários escolherão essas ofertas em relação a da competição?

Na comparação da abordagem de Stickdorn e Schneider (2011) com o *Double Diamond*, (2014), é este o momento onde é feito um primeiro fechamento do que está sendo proposto, contemplando as etapas “criar” e “definir”.

A ferramenta seguinte, *Storyboard*, é uma narrativa que conecta o tempo, espaço, evidências físicas e as interações entre pessoas. Ele ajuda a imaginar as interações e a estimular as discussões sobre o serviço (MERONI; SANGIORGI, 2011). É importante definir a ordem dos quadros, dispor de uma quantidade adequada de detalhes e precisão dos elementos que influenciam a experiência do usuário. (MERONI; SANGIORGI, 2011). Esse instrumento serviu como um elemento de

reflexão para o que havia sido proposto até então. Trata-se de um primeiro esboço da solução de projeto desenvolvida pelos participantes.

A última ferramenta proposta foi o *expressive service blueprint*, que consiste em uma adaptação da *service blueprint*, instrumento desenvolvido para relacionar a jornada do consumidor às ações necessárias para que ela ocorra como previsto. (MERONI; SANGIORGI, 2011). A principal diferença entre o *expressive service blueprint* e o *service blueprint* é a dimensão qualitativa dos comportamentos e estados emocionais ao longo do serviço (MERONI; SANGIORGI, 2011). Com esse instrumento é possível expressar os estados emocionais gerados ou esperados a partir do determinado serviço. Além disso, é possível também utilizar frases que expressem a situação emocional. O *expressive service blueprint* pode ser separado em duas partes. Na parte inferior da ferramenta está a fase na qual ocorrem os processos internos que compõem o serviço prestado, na qual apenas os colaboradores do prestador de serviço conseguem ver as interações. A parte superior apresenta as etapas do serviço que o cliente vê, não só a evidência física, mas algumas das atividades do provedor do serviço. O colaborador é quem une as duas partes sendo o ponto de contato entre elas. Um exemplo de um quadro genérico do *expressive service blue print* pode ser observado na figura 11, onde as reações emocionais acompanham a jornada do consumidor com uma visão externa e interna do serviço.

Figura 11 – *Expressive Service Blueprint*

Fonte: Adaptado de Zeithaml, Bitner et al (2006) e Meroni e Sangiorgi (2011)

A ferramenta *expressive service blueprint* foi usada pelos participantes na última etapa do workshop como forma de detalhar e refletir o que foi proposto como solução de projeto.

3.2.2 Público participante

Os participantes do exercício projetual foram dois designers com experiência em design de serviços, dois arquitetos com experiência em projetos na área de serviços em urgência hospitalar e um enfermeiro com experiência em urgências hospitalares. A tabela 3, apresenta o perfil dos participantes.

Tabela 3 – Relação de participantes

Profissional	Nível superior e o ano de conclusão do curso	Tempo que atua profissionalmente
Arquiteto 1	Arquitetura (1975) Mestrado em arquitetura (1977)	+ de 40 anos
Arquiteto 2	Arquitetura (2006)	+ de 10 anos
Designer 1	Designer de produto (2008)	+ de 8 anos
Designer 2	Desenho industrial (2010)	+ de 8 anos
Profissional da saúde 1	Enfermagem (2004) Mestrado em saúde coletiva (2010)	+ de 10 anos

Fonte: o autor

O objetivo inicial era desenvolver o workshop com dois trios compostos por um componente de cada especialidade. No entanto, devido ao cancelamento da participação, na semana do evento, por parte de um dos profissionais da saúde, a alternativa foi trabalhar com apenas um grupo de cinco pessoas. A seleção dos participantes se deu por meio de indicações que suprissem os pré-requisitos apresentados. O contato inicial se deu por e-mail ou telefone para a apresentação do projeto. O segundo contato ocorreu para confirmar a data, horário e local com os participantes e tirar possíveis dúvidas. Foi enviado um e-mail para todos os participantes formalizando o combinado por telefone e solicitando que fizessem o exercício de sensibilização proposto. Por fim, um último e-mail continha a lembrança do *workshop* e da necessidade de envio do exercício de sensibilização para os que não haviam ainda enviado. Conforme apresentado na seção anterior, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice C) no dia do workshop. Ele informava o caráter voluntário e a possibilidade de desistir da participação em qualquer momento.

3.2.3. Procedimentos e técnicas de coleta de dados

No presente estudo foi empregada a observação participante ao longo do exercício projetual, e o autor do projeto e a bolsista contratada foram os observadores. Para Angrosino (2010), a observação participante é mais uma maneira que o

pesquisador pode adotar em sua investigação do que um método propriamente dito. Ela é geralmente utilizada para contextualizar algum tema a ser melhor trabalhado em entrevistas ou outros instrumentos (ANGROSINO, 2010). Na maior parte do tempo, durante o processo, os pesquisadores observam o seu entorno e tomam notas do que julgarem relevante. No presente estudo, a observação foi realizada ao longo do exercício projetual proposto com os participantes. Através dessa prática procurou-se analisar quais recursos os participantes empregaram no desenvolvimento do que foi sugerido. Essa análise pôde ser confrontada com as entrevistas em profundidade realizadas com os mesmos. O registro em vídeo serviu como um fator de segurança no caso de se mostrar necessário confrontar alguma discrepância entre as anotações dos observadores e também do que foi comentado durante as entrevistas.

As entrevistas, segundo Angrosino (2010), são um meio de conduzir um diálogo com o intuito de extrair informações relevantes. As entrevistas em profundidade têm uma natureza aberta deixando espaço para descobertas. Essa abordagem é importante pois, conforme Angrosino (2010), esse tipo de técnica vai além do questionário e visa entender as sutilezas que perguntas mais objetivas podem deixar passar. O presente estudo tem com um dos seus objetivos entender a contribuição da avaliação da experiência do usuário a partir do modelo dos *Appraisals* em um processo de design de serviços e, portanto, teve na entrevista um instrumento fundamental. Para Duarte (2004), as entrevistas se tornam imprescindíveis quando os objetivos do trabalho são compostos de mapeamento de práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos. Entrevistar os profissionais participantes do exercício projetual é determinante para compreender como o modelo dos *Appraisals* impactou no processo de projeto. As entrevistas (ver o roteiro no apêndice E) ocorreram na semana seguinte ao exercício projetual, nos locais e horários de maior conveniência para os entrevistados. O roteiro para a entrevista foi organizado a fim de tentar compreender alguns pontos centrais, como: se houve contribuição da avaliação da experiência do usuário apresentada (resultados da etapa de pesquisa quantitativa) no processo de projeto em design de serviços na avaliação dos entrevistados, como ela se deu, que tipo de contribuição foi percebida, em que momentos do projeto e o seu nível de impacto. As entrevistas foram realizadas com os profissionais que participaram do exercício projetual e foram registradas com um gravador e posteriormente transcritas.

3.2.4. Procedimentos e técnicas de análise de dados

A análise dos dados coletados ao longo da etapa qualitativa se deu de forma diferente para o exercício projetual e as entrevistas em profundidade. No primeiro foi feita uma descrição do ocorrido. Já as entrevistas foram interpretadas através da análise de conteúdo.

Após o exercício projetual, as anotações resultantes da observação participante foram organizadas. A descrição do exercício projetual seguiu a ordem temporal da atividade sendo descrito o que foi observado em relação a atividade. Estrutura, ferramentas, e a conduta dos participantes ao longo do workshop foram pontos observados. As informações foram apenas descritas, sem qualquer tipo de interpretação do que foi observado. Angrosino (2010) lembra que nós todos possuímos nossos próprios filtros, portanto, apesar do esforço dos observadores em se manterem neutros, é impossível afirmar que houve uma isenção completa. A intenção dessa abordagem foi contextualizar o que houve durante o workshop e servir como insumo para as entrevistas em profundidade realizadas com os participantes da atividade.

As entrevistas em profundidade foram interpretadas através da análise de conteúdo que Moraes (1999) define como “uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos.” (MORAES, 1999, p.2). O autor divide o método em cinco momentos: preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades (unitarização), classificação das unidades em categorias (categorização), descrição e interpretação. Após as entrevistas em profundidade foi feita a organização de todo o conteúdo transcrevendo a gravação do áudio em arquivos separados. Em seguida, foram unitarizados os dados. As unidades de análise foram frases que trouxessem elementos que ajudassem a responder o objetivo específico “e”. A definição das categorias foi com base na fundamentação teórica. As três primeiras etapas de projeto (explorar, criar e refletir) em design de serviços propostas na obra de Stickdorn e Schneider (2011) foram aplicadas no exercício projetual. Já as subcategorias foram definidas de forma empírica, com base nos resultados das entrevistas. Essa lógica se justificou a partir da necessidade de suportar e evidenciar com clareza os objetivos do trabalho, conforme Moraes (1999) defende. No caso dessa dissertação, definir as categorias *a priori* ajuda a responder ao objetivo específico “e”, que procura entender como os

designers e projetistas podem utilizar a abordagem da Teoria dos *Appraisals* em um processo de design de serviços. Desta forma, foi possível relacionar as etapas do projeto em design de serviços com as unidades de análise identificadas resultantes das entrevistas. Foram levados em consideração os critérios sugeridos por Moraes (1999):

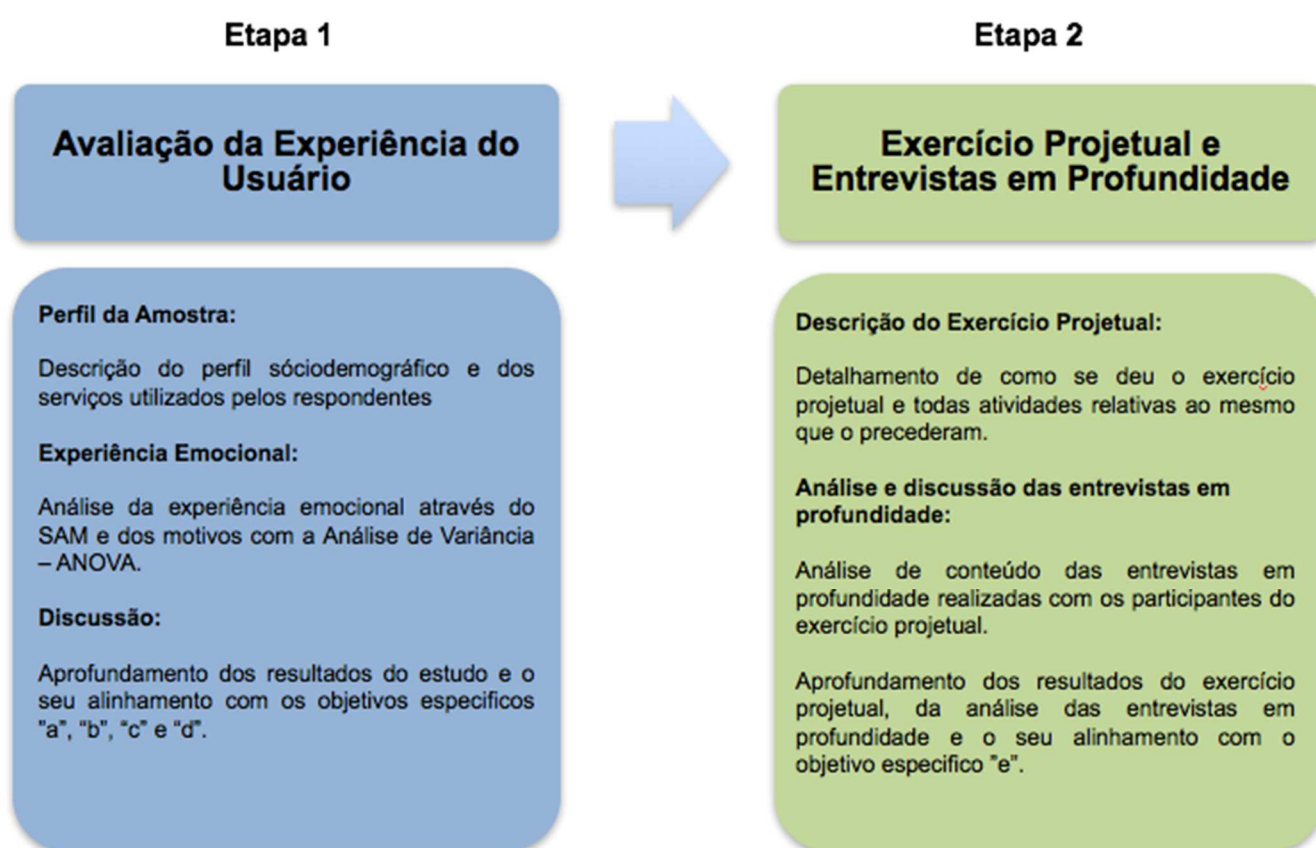
- Categorias válidas, pertinentes ou adequadas;
- Exaustividade ou inclusividade;
- Homogeneidade;
- Exclusividade ou exclusão mútua;
- Objetividade, consistência ou fidedignidade.

MORAES (1999, p. 6) argumenta que “o processo de categorização deve ser entendido em sua essência como um processo de redução de dados.”. Ainda foi feita a descrição do material com o apoio de uma tabela que consolidou as etapas anteriores. Por fim, os resultados foram interpretados, discutidos e relacionados com os objetivos da pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esse capítulo é dividido em dois subcapítulos. O primeiro é composto por três sessões e apresenta e discute os resultados da *survey* realizada sobre a experiência de pacientes em urgências hospitalares, a partir da teoria dos *Appraisals*. O subcapítulo seguinte, composto por duas sessões, apresenta e discute os resultados do exercício projetual realizado. A figura 12 ilustra o processo feito nesta dissertação e a divisão em duas etapas

Figura 12 – Etapas da pesquisa



Fonte: o autor

4.1 ETAPA 1 – AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

O presente subcapítulo, conforme apresentado na figura 12, procura responder os objetivos específicos "a", "b", "c" e "d". A primeira seção apresenta o perfil da amostra através do detalhamento dos dados sócio demográficos e da utilização dos serviços de urgência hospitalar privado por parte dos respondentes da *survey*. Para essa análise foi

usada estatística descritiva. A seção seguinte (4.1.2) analisa, através de estatística descritiva e inferencial, as dimensões emocionais da experiência do usuário. Em um primeiro momento foi aplicada a análise de correlação de Pearson entre as subescalas do SAM e a análise de correlação de Spearman entre as subescalas do SAM e a avaliação geral da experiência. Adicionado a essas análises foram desenvolvidas vinte e uma análises de variância (ANOVA) entre cada um dos itens que compõem as etapas de atendimento em uma urgência hospitalar e a avaliação geral da experiência. A terceira seção discute, com base nos objetivos do trabalho, as implicações dos resultados encontrados nessa primeira etapa da pesquisa.

4.1.1 Perfil da amostra

A amostra apresenta um perfil majoritariamente feminino com 75% dos respondentes. A idade média é de 35 anos e a escolaridade, ensino superior completo ou pós-graduação em 80% dos casos. A renda familiar em 54,5% dos casos fica acima de 8 salários mínimos, sendo que 32,3% é representada por famílias com renda superior a 13 salários mínimos. A ocupação de 50% da amostra é composta por profissionais da saúde, comunicação, professores, estudantes e empresários. No apêndice F é apresentado o detalhamento dessas informações.

A cidade de Porto Alegre representa 89% do total das localidades onde os respondentes deram entrada em alguma urgência hospitalar privada. Aproximadamente 65% optaram pelo Moinhos de Vento, Hospital Mãe de Deus ou São Lucas da PUC-RS. No entanto, 16 % dos respondentes estiveram em alguma outra urgência que os direcionou para o hospital em que foram atendidos.

Sobre os dias de atendimento, a distribuição dos dias da semana foi mais elevada na segunda-feira e no sábado com 15,20% e 17,20% respectivamente. Aproximadamente 72% dos pacientes foram atendidos em até um turno (ver apêndice F) e o horário mais concorrido foi o período da noite com 29,29% quando o paciente era atendido em um turno. Foi possível observar que quando o paciente foi atendido em dois turnos, o mesmo ocorria. As opções “Tarde/Noite” e “Noite/Madrugada” ficaram com 6,06% e 9,09% respectivamente, sendo o desvio padrão de 2,54. Em aproximadamente 66% dos casos, os pacientes foram atendidos em até duas horas. Cerca de 89% dos pacientes afirmaram conhecer a existência do protocolo de prioridade de atendimento. Desses, em torno de 72% disseram também conhecer as regras do protocolo. Durante o atendimento médico foram

usados em cerca de 90% dos casos até três serviços diferentes. Os mais usados foram consulta médica, raio X e imagens.

4.1.2 Experiência emocional, SAM e os motivos (ANOVA)

Nesta seção serão apresentados os resultados referentes às análises sobre experiência emocional dos pacientes respondentes da *survey*. Elas foram divididas em dois momentos. No primeiro são apresentadas duas correlações, a primeira para entender a relação entre as subescalas do SAM (valência, alerta e dominância) e a segunda entre as subescalas do SAM e a avaliação geral da experiência. Após serão apresentados os resultados das análises de variância (ANOVA) realizadas para entender como cada item das etapas de atendimento em um serviço urgência hospitalar impacta na geração de experiências positivas.

4.1.2.1. Correlação entre subescalas de SAM e entre as subescalas de SAM e a avaliação geral da experiência

Foram analisados 99 questionários onde as subescalas do SAM tiveram uma média para o binômio “relaxado x estimulado” de 5,29 (DP=2,32). Para o binômio “desagradável x agradável” a média foi de 3,91 (DP=2,57). Já para o “sem controle x com controle” a média foi de 4,43 (DP=2,51). Vale lembrar que as escalas têm 9 pontos onde o 1 está ligado ao primeiro termo dos binômios e o 9, ao segundo termo. A tabela 4 apresenta a correlação realizada entre as subescalas do SAM.

Tabela 4– Coeficientes de Correlação de Pearson entre as subescalas do SAM (N=99)

	Relaxado x Estimulado	Desagradável x Agradável	Sem controle x Com controle
Relaxado x Estimulado	1	-,460**	-,355**
Desagradável x Agradável	-,460**	1	,545**
Sem controle x Com controle	-,355**	,545**	1

**Correlações são significativas nos níveis de $p < 0.01$.

Fonte: o autor

Através dos resultados apresentados é possível observar a relação negativa entre a subescala de nível de alerta (relaxado x estimulado) e as outras duas escalas, valência (desagradável x agradável) e dominância (sem controle x com controle). Isto significa que as variáveis se movem em sentidos opostos, ou seja, ter uma pontuação mais baixa em uma escala significa ter uma mais alta na outra. Quanto mais relaxado o paciente estava, mais agradável e no controle da situação ele se sentia. Já na relação entre a valência e a dominância a correlação se mostrou positiva. Nos casos em que o paciente entendia a experiência como agradável também se sentia no controle da situação.

Na tabela 5, a análise procurou entender como se deu a correlação entre as dimensões emocionais e a avaliação geral da experiência pelos respondentes.

Tabela 5 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre os escores das subescalas do SAM e a avaliação da experiência dos pacientes (N=99)

	Em uma escala de 1 a 5, sendo 1 equivalente a muito negativa e 5 correspondente a muito positiva.
Relaxado X Estimulado	-,468**
Desagradável X Agradável	,682**
Sem controle x Com controle	,594**

**Correlações são significativas nos níveis de $p < 0.01$.

Fonte: o autor

No caso da tabela 5, o resultado seguiu a mesma lógica da análise anterior. A correlação é negativa no nível de alerta (relaxado x estimulado) e positiva nos casos de valência (desagradável x agradável) e dominância (sem controle x com controle). Isso significa que quanto mais relaxado o respondente, mais positiva é a sua experiência, quanto mais desagradável a experiência, menos positiva ela é e quanto maior o controle do respondente em relação à experiência na emergência do hospital, mais positiva sua experiência.

A relação de qualidade da experiência com aspectos emocionais é o resultado de uma correlação entre as três dimensões no processo de avaliação da emoção. O primeiro tem uma relação relevante de quanto melhor for a experiência mais relaxado o paciente se sente. Já o segundo é ligado ao componente de valência, isto é, quanto melhor foi a experiência mais agradável ela foi. Por fim, o terceiro aspecto relativo a dominância mostra também correlação com a experiência positiva e a percepção do paciente de se estar no

controle da situação. Ambas as correlações apresentadas dão elementos de projeto para a geração de experiências positivas.

4.1.2.2. Análise de variância entre os elementos de projeto em uma urgência hospitalar e a avaliação geral da experiência – ANOVA.

Foram feitas ANOVAs para desenvolver os resultados da tabela apresentada na figura 12. O objetivo dessa análise é entender quais atributos de projeto influenciam a avaliação da experiência em urgências hospitalares privadas. Para isso foram comparadas as variáveis ligadas as atividades em uma urgência hospitalar com três grupos que representavam as experiências negativa, neutra e positiva. Um dos pontos mais relevantes que surgiu foi que, apesar de todos os atributos ligados ao tempo de atendimento serem relevantes para gerar experiências positivas, estes também são considerados igualmente importantes nas experiências neutras e negativas. Por outro lado, a cordialidade possui maior influência na geração de avaliações positivas do que nas outras. Esse atributo surge como um diferencial na geração de experiências positivas.

Para que fosse possível compreender o nível de influência de cada atividade ao longo da experiência do usuário foram realizadas ANOVAs entre a avaliação geral da experiência e cada item que compõem as etapas de atendimento em um serviço de urgência hospitalar, totalizando 21 análises. O primeiro passo foi compilar as avaliações negativas e positivas em apenas uma resposta cada. Isto é, para as notas “1” e “2” foi dada a legenda de “muito ou um pouco negativa”. Já para a nota “3” foi dada a legenda “neutra”. Por fim, as notas “4” e “5” tiveram a legenda de “muito ou pouco positiva”. Desta forma, foi possível gerar apenas três grupos para cada atividade que compõe as etapas de atendimento. A comparação entre antes e depois do agrupamento pode ser observado na tabela 6, abaixo.

Tabela 6 – Agrupamento da escala de avaliação geral da experiência

Nota	Percentual	Agrupamento	Percentual
1	6,10%	Muito ou pouco negativa	28,30%
2	22,20%		
3	27,30%	Neutra	27,30
4	24,20%	Muito ou pouco positiva	44,40%
5	20,20%		
Total	100%	Total	100%

Fonte: o autor

A seguir, na tabela 7, é possível observar de forma mais detalhada o agrupamento da avaliação da experiência em cada coluna. Elas se relacionam com cada atividade que compõe as etapas de atendimento. Nela é possível notar uma variação no número de respondentes. Isso ocorreu, pois foram consideradas apenas as respostas numéricas. Além das opções de 0 e 10, haviam outras duas chamadas “não se aplica” e “não sei responder”. Como era obrigatório responder a todas as questões nessa fase da pesquisa, essas opções não numéricas se mostraram necessárias para evitar possíveis distorções. Elas poderiam ocorrer caso o paciente não concordasse com nenhuma das opções numéricas.

Tabela 7 – Resultado das ANOVAs

Etapa	Atividade	Muito ou um pouco negativa			Neutra			Muito ou um pouco positiva			Total		
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Recepção	Tempo de espera para ser chamado para o cadastro	28	6,39	3,49	26	6,62	3,02	41	7,71	3,23	95	7,02	3,28
	Cordialidade do atendimento do(a) recepcionista	28	5,64	3,25	26	5,65	3,14	41	7,66	2,79	95	6,52	3,16
	Tempo de realização do cadastro	27	4,78	3,26	26	5,12	3,14	40	7,48	3,16	93	6,03	3,40
Triagem	Tempo de espera para ser chamado para a triagem	28	7,96	2,81	26	7,31	2,68	40	7,78	2,86	94	7,70	2,78
	Cordialidade do atendimento na triagem	28	5,57	3,44	26	6,81	2,43	40	8,13	2,59	94	7,00	3,00
Diagnóstico	Tempo de espera para ser encaminhado da triagem para o atendimento médico	28	8,25	3,13	26	7,65	2,67	41	7,93	2,96	95	7,95	2,91
	Cordialidade do atendimento médico	28	5,86	3,09	27	6,56	3,30	41	8,71	2,02	96	7,27	3,00
	Consulta médica de pouca duração	28	5,71	3,79	27	5,81	3,69	39	6,49	3,42	94	6,06	3,59
	Cordialidade do atendimento da enfermagem	28	5,86	3,00	27	6,52	2,97	38	8,32	1,77	93	7,05	2,75
	Tempo para realizar os exames	24	6,46	3,28	22	7,77	2,71	36	8,42	1,86	82	7,67	2,67
	Tempo para receber o resultado dos exames	24	6,92	3,50	21	8,33	2,63	36	8,06	2,35	81	7,79	2,83

Etapa	Atividade	Muito ou um pouco negativa			Neutra			Muito ou um pouco positiva			Total		
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Tratamento	Tempo de espera para aplicação do tratamento	25	6,96	3,23	25	7,04	3,51	36	8,39	2,06	86	7,58	2,94
	Cordialidade do atendimento médico	27	5,11	3,38	25	6,44	3,36	37	8,22	2,17	89	6,78	3,18
	Cordialidade do atendimento da enfermagem	26	5,62	3,19	25	7,16	2,90	35	8,63	1,61	86	7,29	2,83
Alta (Liberação)	Tempo para encaminhar a liberação	27	7,19	3,63	25	6,40	3,29	39	7,85	2,28	91	7,25	3,04
	Orientação recebida	27	6,52	3,68	24	6,46	3,56	40	8,60	1,88	91	7,42	3,13
Ambiente do hospital	Conforto dos assentos	28	6,46	3,70	26	5,58	3,49	42	7,36	2,88	96	6,61	3,35
	Organização e limpeza	28	5,14	3,31	26	6,58	2,91	42	8,05	2,47	96	6,80	3,08
	Temperatura do ambiente interno	28	5,61	3,59	26	6,35	2,70	41	7,68	2,58	95	6,71	3,05
	Barulho presente no ambiente	28	5,61	3,27	25	5,92	3,64	41	7,46	2,64	94	6,50	3,20
	Iluminação do ambiente	28	4,75	3,30	26	6,00	2,62	41	7,29	2,91	95	6,19	3,12

Fonte: o autor

Com base nos resultados apresentados é possível observar o impacto que cada etapa tem sob a avaliação da experiência do usuário. Das três atividades na etapa “**Recepção**”, a primeira, “tempo de espera para ser chamado para o cadastro”, foi a única que não apresentou significância entre as possíveis avaliações dadas pelos usuários ($F(2,92)=1,634$, $p>0,05$). A média da nota considerando todas as avaliações foi 7. A atividade seguinte, “cordialidade do atendimento do(a) recepcionista” apresentou significância. ($F(2,92)=5,149$, $p<0,01$). Os testes *post-hoc* apontaram entre os grupos que essa variável dependente influencia mais as avaliações positivas (7,7) que as neutras (5,7) e as negativas (5,6). Da mesma forma o “tempo realização do cadastro” possui significância. ($F(2,90)=7,273$, $p<0,01$). Nos testes *post-hoc* também foi possível observar que essa atividade influencia mais as avaliações positivas (7,5) que as neutras (5,1) e negativas (4,8).

A **triagem** é composta por duas atividades. A primeira delas “tempo de espera para ser chamado para a triagem” (7,7) não apresentou significância ($F(2,91)=0,395$, $p>0,05$). No caso da “cordialidade do atendimento na triagem” ($F(2,91)=6,784$, $p<0,01$), houve interação entre a mesma e as avaliações da experiência. Os testes *post-hoc* evidenciaram que a atividade influencia as avaliações positivas (8,1) mais do que as negativas (5,6). No entanto, o mesmo não ocorre com relação as neutras (6,8).

A etapa de **diagnóstico** é composta por seis atividades. A primeira delas, “tempo de espera para ser encaminhado da triagem para o atendimento médico” ($F(2,92)=0,279$, $p>0,05$) apesar de ser considerado de grande importância para a avaliação da experiência (8), pelos respondentes da pesquisa, não apresentou significância. Diferentemente, a “cordialidade do atendimento médico” ($F(2,93)=10,217$, $p<0,001$) apresentou significância. Nesse caso, os testes *post-hoc* apresentaram que a avaliação positiva (8,7) da experiência foi mais influenciada do que a neutra (6,6) e a negativa (5,9). A “consulta médica de pouca duração” ($F(2,91)=0,464$, $p>0,05$) não apresentou significância sendo considerada de pouca influência por parte dos respondentes. Ela teve uma avaliação de 6,1. Já “cordialidade do atendimento da enfermagem” ($F(2,90)=8,287$, $p<0,001$) apresentou significância. Essa atividade influenciou mais a avaliação positiva (8,3) do que a neutra (6,5) e a negativa (5,9). O “tempo para realizar os exames” ($F(2,79)=4,198$, $p<0,05$), também apresentou significância. Nela, os testes *post-hoc* mostraram que essa atividade influencia mais as avaliações positivas (8,4) do que as negativas (6,5), mas não as neutras (7,8). Por fim, o “tempo para receber o resultado dos exames” ($F(2,78)=1,717$, $p>0,05$ mesmo sendo considerado influente (7,8) na avaliação da experiência pela amostra não apresentou significância.

Com relação a etapa do **tratamento**, duas das três atividades apresentaram significância. Não foi o caso da primeira delas “tempo de espera para aplicação do tratamento” ($F(2,83)=2,417$, $p>0,05$) com a avaliação média de 7,6. Já a “cordialidade do atendimento médico” ($F(2,86)=9,008$, $p<0,001$) apresentou significância. Neste caso, os testes *post-hoc* evidenciaram que a avaliação positiva (8,2) foi mais influenciada do que a negativa (5,1), mas não mais que a neutra (6,4). A “cordialidade do atendimento da enfermagem” ($F(2,83)=10,385$, $p<0,001$) da mesma forma apresentou significância. Os testes *post-hoc* demonstraram que as avaliações positivas (8,6) são mais influenciadas que a negativa (5,6), mas não mais que as neutras (7,2).

Na etapa da alta, o “tempo para encaminhar a liberação” ($F(2,88)=1,764$, $p>0,05$) não significância apesar de ser considerado bastante influente na avaliação com média de 7,3. A “orientação recebida” ($F(2,88)=5,615$, $p<0,05$) apresentou significância. Nos testes *post-hoc*, a amostra apresentou que a avaliação positiva (8,6) é mais influenciada que a neutra (6,5) e negativa (6,5).

Por fim, o ambiente do hospital apresentou significância em todas as atividades salvo a primeira delas, “conforto dos assentos” ($F(2,93)=2,377$, $p>0,05$). Além não ter significância, a sua avaliação média foi de 6,6, o que pode ser considerada baixa quando comparada com os outros itens avaliados. Os testes *post-hoc* realizados no item “organização e limpeza” ($F(2,93)=8,811$, $p<0,001$) mostraram que a avaliação positiva (8,1) sofre maior influencia do que a negativa (5,1), mas não mais que a neutra (6,6). Da mesma forma, os testes *post-hoc* no item “temperatura do ambiente interno” ($F(2,92)=4,402$, $p<0,05$) evidenciaram que a avaliação positiva (7,7) sofre maior influencia que a negativa (5,6), mas não mais que a neutra (6,4). Os testes *post-hoc* mostraram que a avaliação positiva (7,5) é mais influenciada que a negativa (5,6), mas não mais que a neutra (5,9) no item “barulho presente no ambiente” ($F(2,91)=3,538$, $p<0,05$). Na “iluminação do ambiente” ($F(2,92)=6,230$, $p<0,01$) ocorre o mesmo. A avaliação positiva (7,3) é mais influenciada que a negativa (4,8), mas não que a neutra (6).

A tabela 8, a seguir, foi criada para que fosse possível apresentar os resultados acima de forma mais simples e intuitiva. A mesma foi apresentada aos participantes como um dos insumos no exercício projetual.

Tabela 8 – Análise de variância entre os elementos de projeto em uma urgência hospitalar e a avaliação geral da experiência.

Item de Avaliação	Resultados (todos são referentes a avaliações de 0 a 10)	Grau de influência do item sobre a experiência positiva*
Recepção	O tempo de espera para cadastro influencia todas as avaliações igualmente (média 7).	Bastante influente
	A cordialidade da recepção influencia mais as avaliações positivas (7,7) que as neutras (5,7) e as negativas (5,6)	Bastante influente
	O tempo de cadastro influencia mais as avaliações positivas (7,5) que as neutras (5,1) e as negativas (4,8)	Bastante influente
Triagem	O tempo de espera para a triagem influencia todas as avaliações igualmente (média 7,7).	Bastante influente
	A cordialidade da triagem influencia mais as avaliações positivas (8,1) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (6,8).	Muito influente
Diagnóstico	O tempo de espera para o atendimento médico influencia todas as avaliações igualmente (média 8).	Muito influente
	A cordialidade do atendimento médico influencia mais as avaliações positivas (8,7) que as neutras (6,6) e as negativas (5,9)	Muito influente
	Uma consulta médica de pouca duração influencia todas as avaliações igualmente (média 6,1).	Um pouco influente
	A cordialidade do atendimento de enfermagem influencia mais as avaliações positivas (8,3) que as neutras (6,5) e as negativas (5,9)	Muito influente
	O tempo para realizar os exames influencia mais as avaliações positivas (8,4) que as negativas (6,5), mas não que as neutras (7,8).	Muito influente
	O tempo para avaliar os resultados dos exames influencia todas as avaliações igualmente (média 7,8).	Bastante influente
Tratamento	O tempo de espera para aplicação do tratamento influencia todas as avaliações igualmente (média 7,6).	Bastante influente
	A cordialidade do atendimento médico influencia mais as avaliações positivas (8,2) que as negativas (5,1), mas não que as neutras (6,4).	Muito influente
	A cordialidade do atendimento de enfermagem influencia mais as avaliações positivas (8,6) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (7,2).	Muito influente
Alta	O tempo para encaminhar a liberação influencia todas as avaliações igualmente (média 7,3).	Bastante influente
	A orientação recebida influencia mais as avaliações positivas (8,6) que as negativas (6,5) e as neutras (6,5).	Muito influente
Ambiente	O conforto dos assentos influencia todas as avaliações igualmente (média 6,6).	Um pouco influente
	A organização e a limpeza influencia mais as avaliações positivas (8,1) que as negativas (5,1), mas não que as neutras (6,6).	Muito influente
	A temperatura do ambiente interno influencia mais as avaliações positivas (7,7) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (6,4).	Bastante influente
	O barulho presente no ambiente influencia mais as avaliações positivas (7,5) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (5,9).	Bastante influente
	A iluminação do ambiente influencia mais as avaliações positivas (7,3) que as negativas (4,8), mas não que as neutras (6).	Bastante influente

*Parâmetros: Até 4,9 Influência irrelevante; 5-6,9 Um pouco influente; 7-7,9 Bastante influente; 8+ Muito influente

Fonte: o autor

A coluna à direita apresenta o grau de relevância de cada atividade na geração de uma experiência positiva. A classificação se baseou em parâmetros criados pelo autor dessa dissertação. Desta forma, é possível em uma única imagem identificar os elementos mais importantes na geração de uma experiência positiva, assim como, quais deles são mais influenciados em relação as outras possíveis avaliações. Os intervalos foram determinados em função do próprio resultado da pesquisa. Como grande parte das notas

dadas pelos participantes da pesquisa estavam acima de 5 e abaixo de 9, o autor procurou criar categorias que representassem essa realidade.

4.1.2.3. Componente central de *appraisal*

Os resultados da *survey* apresentaram que, para 34% dos respondentes, a principal causa da avaliação geral da experiência foi o “tempo de ser encaminhado da triagem para o atendimento médico”. O segundo motivo mais escolhido pelos participantes da pesquisa foi o “tempo de espera para a aplicação do tratamento” com 10% da amostra. A tabela 9 detalha os resultados coletados.

Tabela 9 – Resultados descritivos da coleta de dados

Atividade	Percentual
RECEPÇÃO: Tempo de espera para ser chamado para o cadastro	4,04%
RECEPÇÃO: Cordialidade do atendimento do(a) recepcionista	1,01%
RECEPÇÃO: Tempo de realização do cadastro	1,01%
TRIAGEM: Tempo de espera para ser chamado para a triagem	8,08%
TRIAGEM: Cordialidade do atendimento na triagem	2,02%
DIAGNÓSTICO: Tempo de espera para ser encaminhado da triagem para o atendimento médico	34,34%
DIAGNÓSTICO: Cordialidade do atendimento médico	7,07%
DIAGNÓSTICO: Consulta médica de pouca duração	6,06%
DIAGNÓSTICO: Tempo para realizar os exames	4,04%
DIAGNÓSTICO: Tempo para conhecer o resultado dos exames	6,06%
TRATAMENTO: Tempo de espera para aplicação do tratamento	10,10%
TRATAMENTO: Cordialidade do atendimento médico	6,06%
TRATAMENTO: Cordialidade do atendimento da enfermagem	1,01%
ALTA (LIBERAÇÃO): Tempo para encaminhar a liberação	2,02%
ALTA (LIBERAÇÃO): Orientação recebida	2,02%
AMBIENTE DO HOSPITAL: Organização e limpeza	3,03%
AMBIENTE DO HOSPITAL: Barulho presente no ambiente	1,01%
AMBIENTE DO HOSPITAL: Iluminação do ambiente	1,01%
Total	100,00%

Fonte: o autor

4.1.3. Discussão dos resultados da *Survey*

Este subcapítulo propõe uma discussão dos resultados da *survey* buscando relacionar elementos da teoria abordada na fundamentação teórica com os resultados analisados. Em um primeiro momento pretende-se entender, com base nos resultados dos estudos de correlação, como as dimensões emocionais (valência, nível de alerta e dominância) se relacionam com a experiência dos usuários de plano de saúde nas urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre. Essa compreensão responde os objetivos específicos “b”, “c” e “d” que tratam da mensuração das dimensões emocionais (valência, nível de alerta e dominância) da experiência desses usuários. Após, a discussão trata dos resultados do mapeamento da experiência do usuário de plano de saúde em urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre a partir da Teoria dos *Appraisals*. Foram desenvolvidas vinte e uma ANOVAs, além da identificação do componente central de *Appraisal*. Essa discussão responde ao objetivo específico “a” que propõe mapear a experiência dos usuários de planos de saúde em urgências hospitalares da Grande Porto Alegre.

Ao retomar o conceito de design para emoção, é possível observar que a área trata a experiência emocional como central no processo de estimular ou evitar uma determinada emoção. (DEMIR et al., 2009). Adicionado a isso, Scherer et. al. (2001) explica que a Teoria dos *Appraisals* entende que as emoções derivam das avaliações (*appraisals*) das situações que os indivíduos vivem. Segundo Scherer et. al. (2001), essas avaliações são inconscientes, automáticas e ocorrem no momento imediatamente anterior a emoção. Com base nisso, mensurar e entender como as três dimensões emocionais interagem entre si e como estas se relacionam com a avaliação geral da experiência no presente estudo é fundamental. Essa compreensão, quando relacionada ao mapeamento baseado na Teoria dos *Appraisals*, traz elementos para soluções de projeto que direcionem a forma correta de se trabalhar os componentes de *Appraisals*.

A correlação de Pearson aplicada entre as subescalas do SAM trouxe como resultado que a amostra de pacientes estudados entende que o prazer, a noção de controle e a sensação de relaxamento possuem uma relação direta em uma experiência em urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre. Da mesma forma, os respondentes consideram que a falta de controle, o desprazer e uma sensação de maior estimulação possuem relação direta. A correlação de Spearman foi desenvolvida para entender a relação entre as diferentes subescalas do SAM e a avaliação geral da

experiência. Os resultados trazem uma relação direta entre notas mais positivas e a noção de controle, prazer e relaxamento. Enquanto isso, as notas mais negativas se relacionam à percepção de falta de controle, desprazer e uma maior estimulação. Através dos resultados apresentados na análise das duas correlações percebe-se que a experiência emocional dentro de uma urgência hospitalar privada na Grande Porto Alegre ocorre de maneira conjunta em relação as dimensões emocionais. Isto é, para que se crie uma experiência positiva, por exemplo, é importante que se projete com o intuito de criar uma solução que dê tranquilidade (relaxamento), segurança (noção de controle) e alívio (prazer). Esses três elementos trabalham com níveis diferentes de intensidade com base nos resultados das correlações, no entanto, todos têm uma significância menor que 0,01 e, portanto, são igualmente relevantes. Os resultados trazem uma relação direta entre notas mais positivas e a noção de controle, prazer e relaxamento, enquanto as notas negativas se relacionam com uma percepção de falta de controle, desprazer e uma maior estimulação. Os resultados apresentados das duas correlações permitem que se entenda como cada dimensão emocional se relaciona com as experiências dos usuários de planos de saúde em urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre.

As ANOVAs realizadas explicitam quais elementos dentro das etapas de atendimento em uma urgência hospitalar privada contribuem para a avaliação geral da experiência por parte dos respondentes. No presente caso, é possível observar que a cordialidade e o tempo tem papel determinante na definição da experiência ser positiva, neutra ou negativa. Todas as atividades que tratavam da cordialidade de algum profissional tiveram maior influência sob as avaliações positivas do que as neutras ou negativas. Além disso, todas elas obtiveram notas superiores a 8 e em alguns casos chegando perto de 9 onde a escala ia de 0 a 10. No caso do tempo, este também possui grande influência na avaliação da experiência, no entanto, em alguns casos essa diferença não é pronunciada. Um exemplo disso é o caso do “tempo de espera para o atendimento médico” que não possui diferença na influência entre as avaliações positiva, neutra ou negativa experiência.

No caso do componente central de *Appraisal*, foi o “tempo de espera para o atendimento médico” considerado o fator mais importante sendo escolhido por 34% da amostra. O segundo elemento mais relevante segundo os respondentes foi o “tempo de espera para a aplicação do tratamento” com 10%.

No caso de uma aplicação do modelo dos *Appraisals* adaptado por Desmet (2002) com base nos resultados desse estudo, substitui-se o produto pelo serviço de urgência hospitalar privada. Com base na teoria que entende que os critérios para a geração do *appraisal* tem origem nos *concerns*, os principais *concerns* dos usuários poderiam ser a

necessidade de acolhimento (cordialidade) e questões ligadas ao tempo. É importante lembrar que os *concerns* podem ser representados por atitudes, padrões aprendidos pelos usuários e crenças em relação ao produto/serviço com os quais se relacionam.

Desta forma, o resultado das ANOVAs e do componente central de *Appraisal* demonstraram que os elementos com maior potencial de gerar uma avaliação positiva estão relacionados a cordialidade e ao tempo. Um projeto na área de aplicação desse estudo teria mais condições de ser bem-sucedido levando em conta esses elementos, assim como a forma com a qual as dimensões emocionais se relacionam com a avaliação da experiência nesse caso.

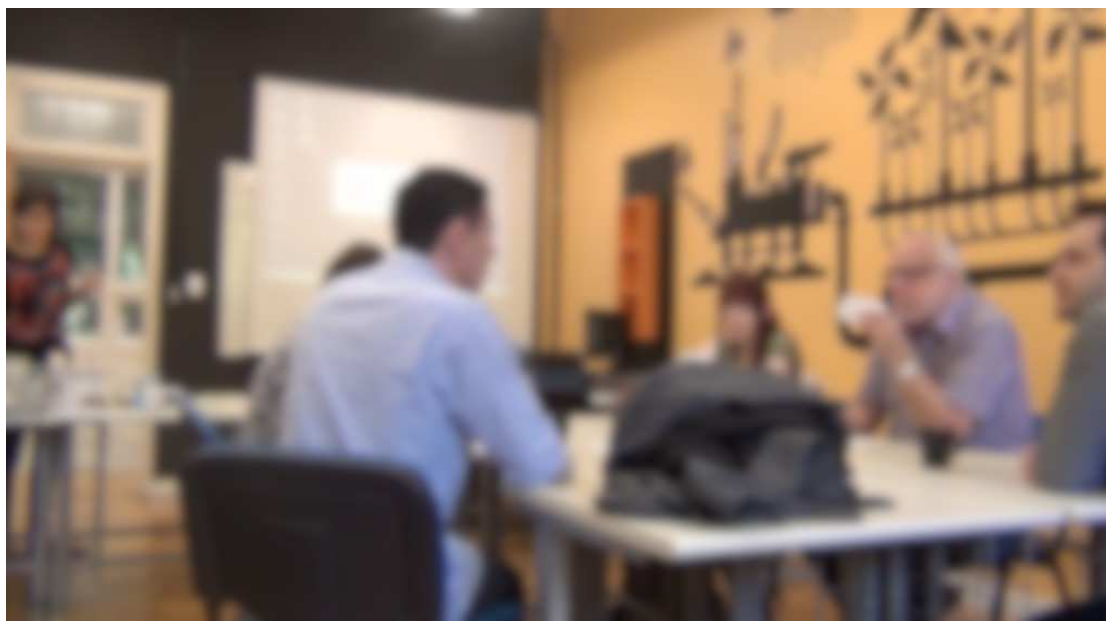
4.2. ETAPA 2 – EXERCÍCIO PROJETUAL

O presente subcapítulo visa analisar a percepção dos participantes sobre a contribuição das informações coletadas, com base na teoria dos *Appraisals*, terem contribuído ou não para o processo de projeto. Portanto, a seção seguinte (4.2.1) descreverá o exercício projetual como forma de contextualizar a dinâmica na qual se baseou os temas abordados nas entrevistas em profundidade. A seção seguinte (4.2.2) analisa o conteúdo e discute os resultados das entrevistas em profundidade realizadas com os participantes do exercício projetual.

4.2.1. Descrição sobre o exercício projetual

O exercício projetual foi realizado no período da manhã do sábado, dia 21 de novembro de 2015, na sala 103 da Unisinos Porto Alegre. Os participantes e a bolsista chegaram alguns minutos antes do horário previsto, conforme solicitado. Para tornar mais agradável a atividade, foi oferecido um café da manhã com diferentes opções. O café acabou servindo como um quebra gelo e ajudou a iniciar a socialização entre os participantes. Enquanto os participantes se aclimatavam, o facilitador juntou seis mesas para aproximar o grupo e permitir que trabalhassem em um único espaço.

Figura 13 – Sala onde exercício projetual foi realizado



Fonte: o autor

Logo após às 8h30, foi dado início ao workshop. Inicialmente, o facilitador da atividade, e também autor dessa dissertação, agradeceu a presença de todos e pediu que ficassem à vontade para levantar dúvidas e/ou tecer comentários ao longo da apresentação. A atividade prosseguiu conforme o detalhamento de divisão de tempo já apresentado na tabela 2 deste trabalho.

Foi pontuado que as atividades propostas poderiam sofrer ajustes no tempo conforme a necessidade do exercício.

Em seguida, foram apresentados os resultados da sensibilização. Nessa atividade, anterior ao workshop, foi demandando que os participantes contassem brevemente sobre um serviço que os irritam e outro que gostam, além das características que influenciaram nessa decisão. A intenção dessa proposta foi de criar uma correlação desses serviços e das experiências com as urgências hospitalares. Com base nisso, os participantes puderam, aos poucos, criar empatia com o tema a partir da ótica de usuário/paciente. Os resultados do exercício foram apresentados de forma anônima e podem ser observados no apêndice G.

Posteriormente, através de um slide foi apresentado o *briefing* do qual os participantes teriam que partir: “Criar um projeto que estimule experiências positivas com base nos resultados da pesquisa apresentada”. Este *briefing* ficou exposto através do projetor ao longo das atividades que os participantes realizaram durante o exercício. Até esse momento, os participantes se mantiveram passivos sem quaisquer comentários.

A atividade seguinte consistiu em apresentar os resultados da pesquisa já detalhada no subcapítulo anterior. Foram apresentadas apenas as informações ligadas à experiência emocional dos respondentes da pesquisa. A decisão de focar apenas nessa parte dos resultados da pesquisa se justifica com base nos objetivos definidos para esse trabalho de dissertação. Os resultados foram divididos em sete slides. Eles derivaram da tabela 8, já apresentada e discutida no subcapítulo anterior.

Figura 14 – Dados usados para a apresentação de slides

AValiação GERAL DA EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO ÀS EMOÇÕES EXPERIMENTADAS NO HOSPITAL:

AValiação GERAL DA EXPERIÊNCIA

- Muito ou um pouco negativa: 32% da amostra
- Neutra: 26%
- Muito ou um pouco positiva: 42%

RELAÇÃO DA QUALIDADE DA EXPERIÊNCIA COM ASPECTOS EMOCIONAIS

- Quanto melhor a experiência, mais relaxada estava a pessoa.
- Quanto melhor a experiência, mais agradável ela foi.
- Quanto melhor a experiência, mais no controle da situação a pessoa se sentiu.

PRINCIPAL CAUSA DA AValiação DA QUALIDADE DA EXPERIÊNCIA

- Tempo de espera para ser encaminhado da triagem para o atendimento médico (34%)

Item de Avaliação	Resultados (todos são referentes a avaliações de 0 a 10)	Grau de influência do item sobre a experiência positiva*
Recepção	O tempo de espera para cadastro influencia todas as avaliações igualmente (média 7).	Bastante influente
	A cordialidade da recepção influencia mais as avaliações positivas (7,7) que as neutras (5,7) e as negativas (5,6)	Bastante influente
	O tempo de cadastro influencia mais as avaliações positivas (7,5) que as neutras (5,1) e as negativas (4,8)	Bastante influente
Triagem	O tempo de espera para a triagem influencia todas as avaliações igualmente (média 7,7).	Bastante influente
	A cordialidade da triagem influencia mais as avaliações positivas (8,1) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (6,8).	Muito influente
Diagnóstico	O tempo de espera para o atendimento médico influencia todas as avaliações igualmente (média 8).	Muito influente
	A cordialidade do atendimento médico influencia mais as avaliações positivas (8,7) que as neutras (6,6) e as negativas (5,9)	Muito influente
	Uma consulta médica de pouca duração influencia todas as avaliações igualmente (média 6,1).	Um pouco influente
	A cordialidade do atendimento de enfermagem influencia mais as avaliações positivas (8,3) que as neutras (6,5) e as negativas (5,9)	Muito influente
	O tempo para realizar os exames influencia mais as avaliações positivas (8,4) que as negativas (6,5), mas não que as neutras (7,8).	Muito influente
	O tempo para avaliar os resultados dos exames influencia todas as avaliações igualmente (média 7,8).	Bastante influente
Tratamento	O tempo de espera para aplicação do tratamento influencia todas as avaliações igualmente (média 7,6).	Bastante influente
	A cordialidade do atendimento médico influencia mais as avaliações positivas (8,2) que as negativas (5,1), mas não que as neutras (6,4).	Muito influente
	A cordialidade do atendimento de enfermagem influencia mais as avaliações positivas (8,6) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (7,2).	Muito influente
Alta	O tempo para encaminhar a liberação influencia todas as avaliações igualmente (média 7,3).	Bastante influente
	A orientação recebida influencia mais as avaliações positivas (8,6) que as negativas (6,5) e as neutras (6,5).	Muito influente
Ambiente	O conforto dos assentos influencia todas as avaliações igualmente (média 6,6).	Um pouco influente
	A organização e a limpeza influencia mais as avaliações positivas (8,1) que as negativas (5,1), mas não que as neutras (6,6).	Muito influente
	A temperatura do ambiente interno influencia mais as avaliações positivas (7,7) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (6,4).	Bastante influente
	O barulho presente no ambiente influencia mais as avaliações positivas (7,5) que as negativas (5,6), mas não que as neutras (5,9).	Bastante influente
	A iluminação do ambiente influencia mais as avaliações positivas (7,3) que as negativas (4,8), mas não que as neutras (6).	Bastante influente

*Parâmetros: Até 4,9 Influência irrelevante; 5-6,9 Um pouco influente; 6-7,9 Bastante influente; 8+ Muito influente

Fonte: o autor

O quadro foi dividido dessa forma para que fosse possível dar a atenção necessária as informações. O primeiro slide era composto pelos dados que estão fora da tabela presente na figura 14. Eles são relacionados a avaliação geral da experiência, as três dimensões emocionais e ao componente central de *Appraisal*. Os slides seguintes foram divididos baseados nas etapas de atendimento. Conforme melhor detalhado na seção 4.1.2, os dados procuravam relacionar o quanto cada atividade, dentro das etapas de atendimento, influenciavam na geração de uma experiência positiva. Foram entregues duas folhas com os mesmos dados e formato da figura 14. Assim, a compreensão dos resultados pelos participantes seria facilitada, além auxiliá-los ao longo do exercício projetual. Também foi frisado que os dados eram anônimos, extraídos de uma plataforma online de pesquisa e trabalhados com o auxílio de um software estatístico com intenção de dar segurança com relação a qualidade dos dados considerando o tamanho da amostra.

A apresentação dos resultados provocou, por exemplo, a surpresa para os arquitetos sobre a baixa relevância dos assentos no impacto para se gerar uma experiência positiva. Também foi visto como surpreendente, com base nos comentários observados, que o tempo de consulta era pouco relevante para a geração de experiências positivas. Outro aspecto que foi notado é que apesar de o principal motivo para a avaliação geral da experiência ter sido o tempo entre a triagem e o atendimento médico, a maior nota para a geração de uma experiência positiva era cordialidade do atendimento médico (8,7), seguido da cordialidade do atendimento da enfermagem (8,6). Foi possível perceber que o tempo e cordialidade foram considerados centrais por parte dos participantes. Eles trataram o tempo como um fator óbvio e a cordialidade como um fator de peso, mas se surpreenderam com tamanha relevância. O profissional da saúde e o arquiteto 1 foram mais incisivos nessas observações.

Na sequência foram apresentados os instrumentos que deveriam ser utilizados ao longo do exercício projetual. Conforme exposto no capítulo 3, foram utilizados o *brainstorm*, a folha de definição de problema, o *storyboard* e o *expressive service blueprint*. O *brainstorm* foi apresentado com o apoio do referencial teórico de Kumar (2012) e trabalha a etapa de exploração no projeto. A partir dos dados da pesquisa e da experiência dos participantes a ferramenta foi aplicada. A folha de definição de problema é baseada na técnica Hipótese de Valor, instrumento que tem o objetivo central de consolidar uma proposta de valor para a solução de um problema. (KUMAR, 2012). Ela foi aplicada na segunda etapa, criar, e faz um primeiro fechamento dentro da lógica do *double diamond* apresentado na fundamentação teórica. O *storyboard* e o *expressive service blueprint* se apoiaram no trabalho de Meroni e Sangiorgi (2011). Ambos atuam no criar e refletir, só que

com níveis de profundidade diferentes. O *storyboard* se apropria do que foi desenvolvido na folha de definição de problema para criar uma solução partindo do olhar do usuário. Essa perspectiva ajudou a trazer uma primeira noção de tempo e espaço para a atividade. O *expressive service blueprint*, além de considerar o olhar do usuário, trouxe os elementos que o envolve ao longo de uma experiência em uma urgência de hospital. O fato de ele ser um instrumento mais profundo e detalhado não é suficiente para ser considerado parte da etapa implementar, apesar de haver um certo fechamento de conceitos e solução de projeto. Para o desenvolvimento do *expressive service blueprint* foram apresentados dois modelos como sugestão. Os momentos de apresentação parcial e final serviram como estímulo ao longo do workshop.

Após a apresentação dos instrumentos foi disponibilizado uma tabela com o tempo para cada atividade do exercício projetual propriamente dito.

Tabela 10 – Tempo para execução das atividades

Atividades	Duração
1. Brainstorming	20 min
1.1. Geração de ideias	10 min
1.2. Definição das ideias que se manterão	10 min
2. Folha de definição do problema	30 min
3. Storyboard	20 min
4. Apresentação e discussão	15 min
5. Expressive service blueprint	40 min
6. Apresentação e discussão final	30 min

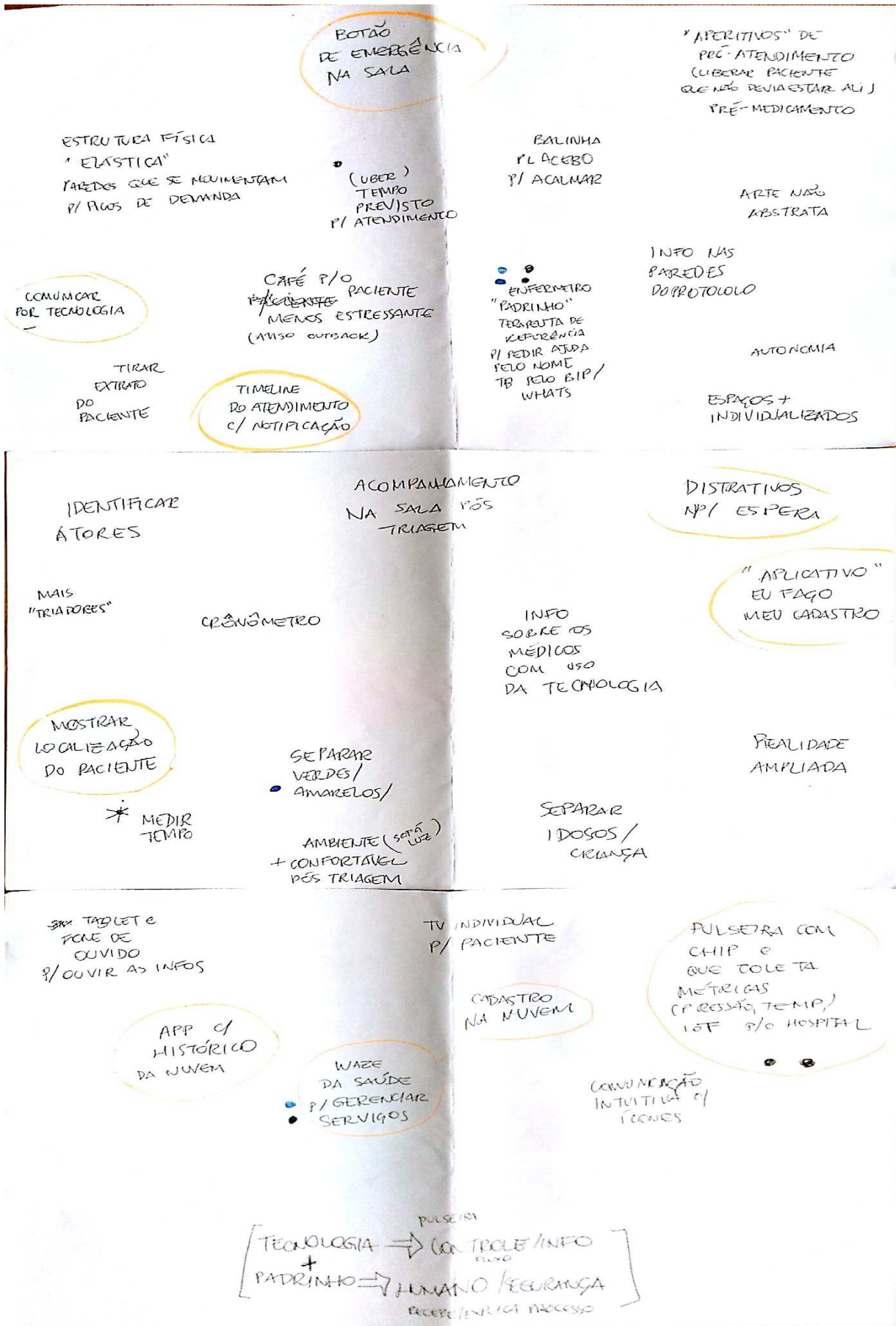
Fonte: o autor

Inicialmente o exercício havia sido previsto com dois trios compostos por um arquiteto com experiências na área hospitalar, um profissional da saúde e um designer. No entanto, como um dos profissionais da saúde teve um imprevisto, se fez necessário a criação de um único grupo de cinco pessoas. A atividade seguiu conforme estruturado, com pequenos ajustes de tempo para a realização de cada etapa. Tanto o *briefing* quanto um cronometro foram expostos com o projetor para que os participantes tivessem uma percepção do tempo que restava para cada atividade e pudessem visitar a demanda quando necessário.

A primeira fase teve seu início com o *brainstorm* a partir do *briefing* proposto. Como o tempo para esta etapa era limitado, surgiu a necessidade de estender um pouco mais o

tempo dessa ferramenta. A previsão de 20 minutos acabou tendo como tempo final 30 minutos. Esse tempo a mais foi compensado com a redução do tempo das duas atividades seguintes. Durante essa etapa de *brainstorming* foi possível perceber a utilização dos dados da pesquisa. A figura 15 mostra o material utilizado pelos participantes para organizar as ideias que surgiram ao longo da aplicação do instrumento.

Figura 15 – Resultado do *brainstorm* desenvolvido no workshop



Fonte: Participantes do workshop

Nesse momento, os designers assumiram o papel de preencher a folha com o que surgia ao longo da atividade. A designer 1 e o designer 2 observavam a pesquisa frequentemente enquanto discutiam com os outros componentes do grupo. No entanto, a designer 1, ao final da etapa, também revisou o que havia sido escrito nas folhas com o que a pesquisa apresentava. Já o designer 2 focou na gestão do tempo disponível ao longo de toda a atividade, porém, os participantes, de forma geral, reclamaram do pouco tempo para a aplicação dessa ferramenta. O profissional da saúde e os arquitetos 1 e 2 trouxeram pontos ligados aos resultados da pesquisa, mas sem citá-la diretamente. O arquiteto 1 usou o termo “tecnologia e humanização” e o profissional da saúde complementou “tecnologia para humanização”. A tecnologia se tornou instrumento central como caminho para a solução de projeto e os participantes passaram a discutir como aplicá-la. Tanto a designer 1 quanto o designer 2 também trouxeram experiências como pacientes e acompanhantes ao longo da discussão. Suas observações tinham relação com os dados da pesquisa, com as sugestões apresentadas pelo grupo e também como forma de propor alguma ideia.

A folha de definição do problema foi aplicada com relativa facilidade e rapidez. Os pontos circulados em amarelo nas folhas do *brainstorm* formaram a base da proposta. Nessa atividade, os participantes discutiram sobre quais seriam os pontos centrais da proposta de serviço. O papel da tecnologia como um facilitador em todo o caminho do paciente foi tratado de forma central. O grupo entendeu que a tecnologia poderia dar condições de melhorar questões ligadas ao tempo de espera, cordialidade, segurança e a informação como fonte de percepção de controle. A figura 16 expõe o desdobramento do que foi desenvolvido durante o *brainstorm*.

Figura 16 – Resultado da folha de definição do problema desenvolvida no workshop

14_proposta_conceito_A4-01.jpg 21/11/15 02:36

TRANSFORMANDO
meu serviço

MAR/2015

14 PROPOSTA CONCEITO

SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL XXX APROVEITA A PERCEPÇÃO DO ATENDIMENTO DEFICIENTE
[serviço/ marca] [oportunidade/ carência do mercado]

OFERECENDO UM SISTEMA DE CONTROLE DE CONDUZIR E CONTROLAR ATRAVÉS DA TECNOLOGIA E DO APADZINHAMENTO
[benefícios]

AOS PACIENTES, ACOMPANHANTES E COLABORADORES
[segmento de clientes]

PARA QUE ELES POSSAM SE RELACIONAR
[insight/ necessidade do cliente]

DE MANEIRA MAIS HUMANA E ORGANIZADA
[experiência]

E SE SENTIR SEGUROS, INFORMADOS, MAIS TRANQUILIZADOS,
[pertinente]

SLOGAN: MINHA SAÚDE NO PULSO [significado]
SAÚDE SOB CONTROLE

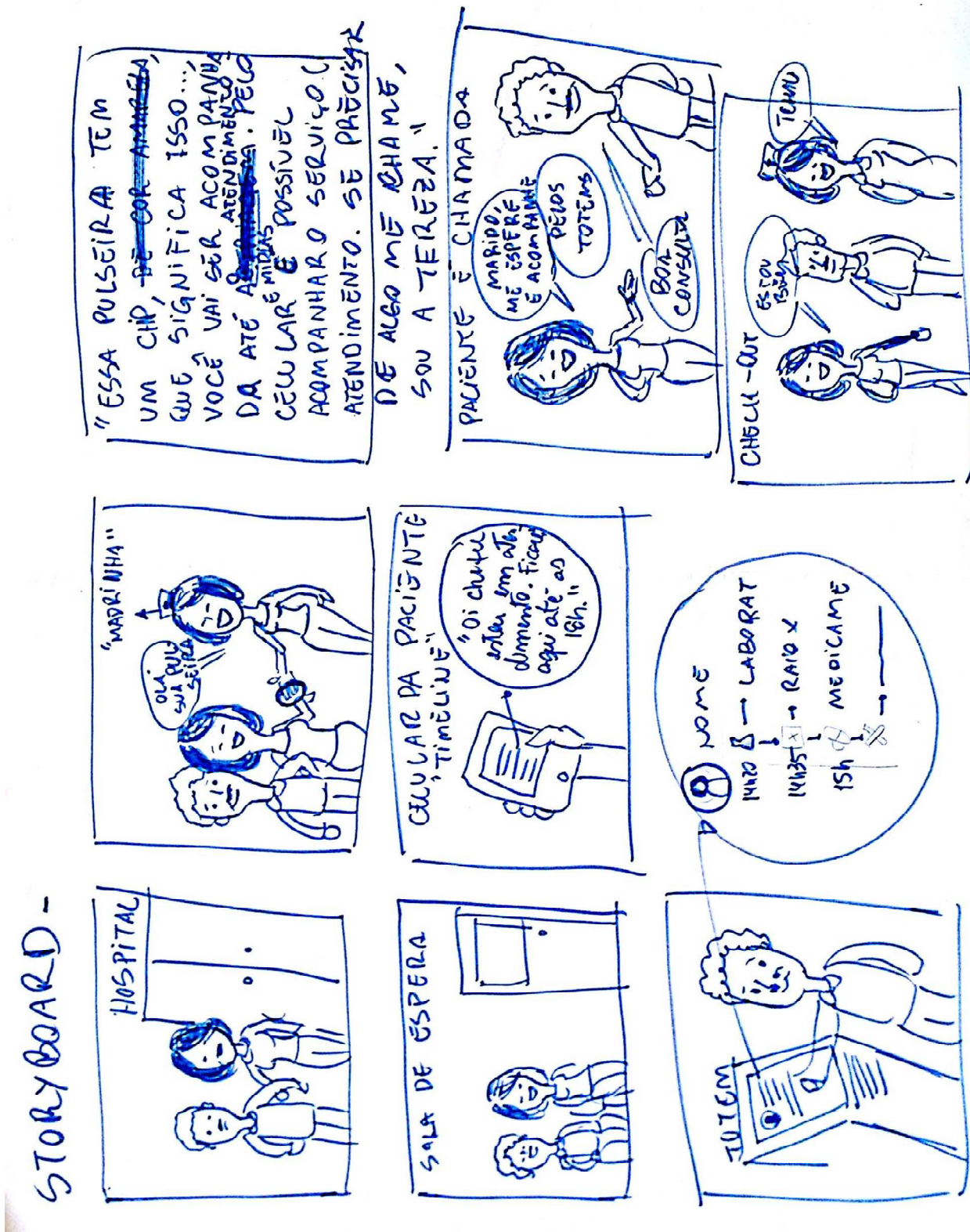
ESPAÇO PARA A EQUIPE INSERIR
UMA IMAGEM INSPIRADORA

about:blank Página 1 de 1

Fonte: participantes do workshop

A partir da consolidação da folha de problema, os participantes não designers retornaram com menor frequência aos dados da pesquisa. Com base na construção da ferramenta anterior, o *storyboard* foi desenvolvido contanto a trajetória do paciente em uma urgência hospitalar. Nessa atividade, os participantes transformaram os conceitos propostos nas fases anteriores em ações a partir da ótica do paciente. Durante o desenvolvimento dessa etapa, houve um maior envolvimento dos designers na representação visual e verbal dos conceitos. Nesse momento, os designers usaram a pesquisa para revisar a proposta que estava sendo construída. Com o estímulo deles, os outros participantes acabaram argumentando com tópicos ligados a pesquisa enquanto discutiam a melhor forma de expor a solução de projeto. A cordialidade no recebimento do paciente e acompanhamento ao longo de todo o processo foi definido como elemento chave. Atrelada à cordialidade, a tecnologia foi inserida para otimizar processos, eliminar assimetria informacional e retrabalho, o que consequentemente influencia no fator tempo. Foi possível observar que com a consolidação da proposta e perto do fim do tempo disponível para a atividade, os participantes se dispersaram um pouco indo ao banheiro ou se dirigindo até o local que o café estava disponível. A figura 17 apresenta o resultado dessa fase de *storyboard*.

Figura 17 – Resultado do Storyboard desenvolvido no workshop



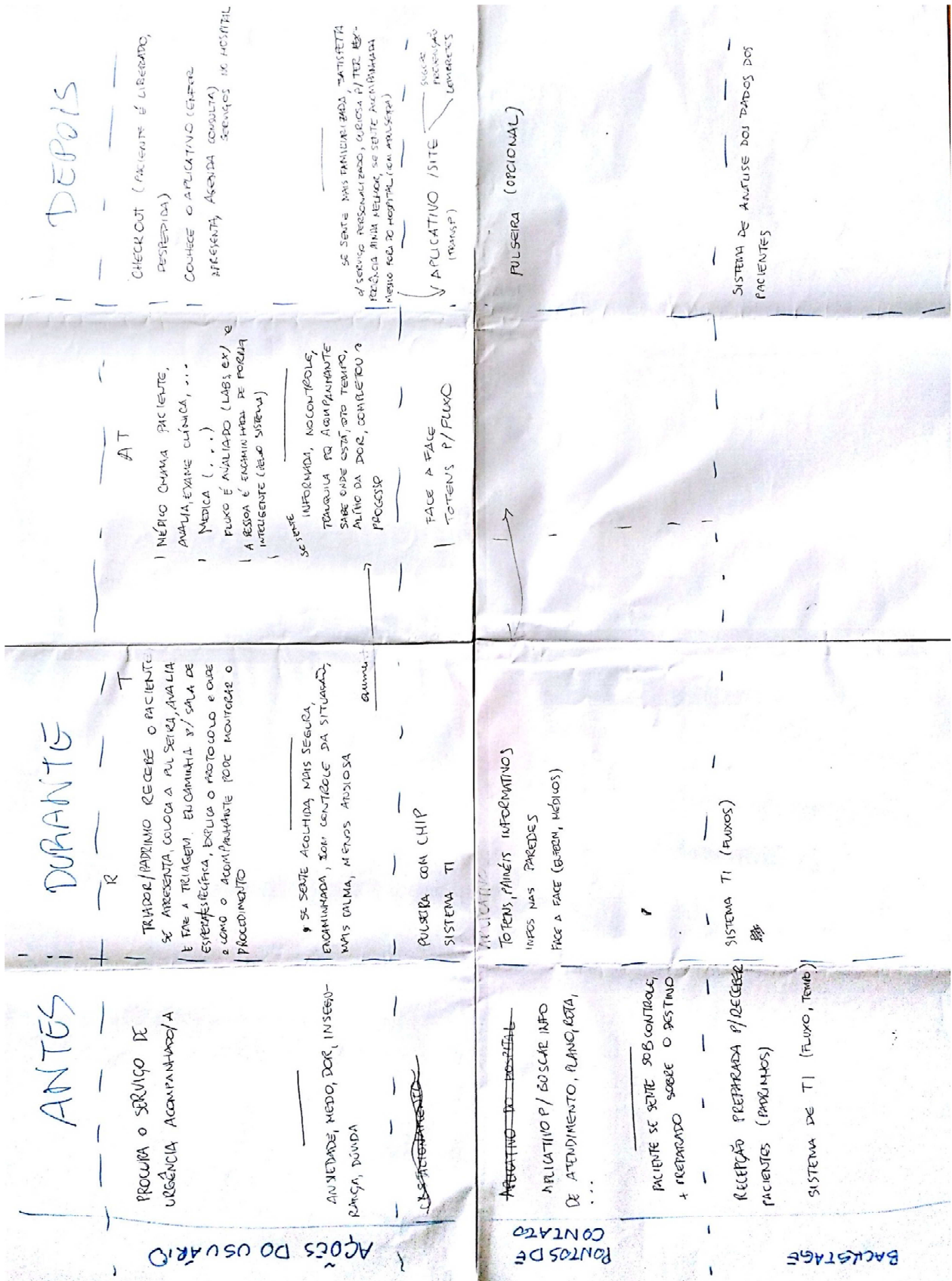
Fonte: participantes do workshop

O desenvolvimento do *storyboard* terminou por volta das 10h30 conforme o estimado. Em seguida, discutiram-se os resultados do trabalho conseguidos até o momento.

Na apresentação parcial dos resultados obtidos, os participantes comentaram sobre o que estavam propondo e suas percepções até então. Os comentários foram sobre o ponto de partida que utilizaram e como isso os levou até o resultado obtido.

A fase final se baseou exclusivamente no *Expressive service blue print* seguido da apresentação e discussão dos resultados. Os participantes tiveram acesso a um exemplo da ferramenta e também de um *service blueprint* genérico (ver anexo A). Uma alternativa em português foi sugerida para facilitar os participantes que não tivessem domínio do inglês. Durante a apresentação dos instrumentos antes do início do exercício projetual e durante a fase final foi lembrado da importância de se aplicar os conceitos do *Expressive service blueprint*. Além dos elementos presentes em um *blueprint* tradicional é necessário que se insira as emoções que seriam geradas em cada ponto de contato e frases que os envolvidos diriam com base na proposta. Os participantes optaram pelo segundo modelo do anexo A, no entanto, levaram em consideração os aspectos necessários para que a ferramenta utilizada pudesse ser considerada um *Expressive service blueprint*. A figura 18, abaixo apresenta o resultado do trabalho do grupo.

Figura 18 – Resultado do expressive service blueprint desenvolvido no workshop



Fonte: Participantes do workshop

Ao longo da execução, o arquiteto 1 comentou: “a cada passo vai diminuindo a ansiedade” e o profissional da saúde complementou: “deixar o paciente tomar algumas decisões quando possível”.

Apesar da complexidade existente na ferramenta, ela foi aplicada dentro do tempo previsto. O *storyboard* auxiliou o caminho do paciente que depois foi um pouco mais aprofundado e organizado. Assim como no *storyboard*, a pesquisa foi usada como um validador do que foi proposto e detalhado. A construção dos sentimentos que deveriam aparecer nos pontos de contato se baseou no que a pesquisa trouxe e no que já estava definido com base nas etapas anteriores. A experiência do profissional da saúde e dos arquitetos assumiu um papel de destaque com a tangibilização da proposta e um distanciamento maior das premissas usadas para a construção da solução de projeto.

A proposta final, gerada pelos participantes e apresentada na figura 18, propõe um sistema em que, ao chegar na urgência, o paciente seja recebido por um “padrinho” que coloca uma pulseira e o direciona para a sala de espera do seu respectivo nível de urgência. A intenção da segmentação em salas diferentes por nível de urgência visava reduzir a ansiedade e a percepção de estar sendo preterido. Através da pulseira, o acompanhante pode monitorar à distância, inclusive de fora do hospital, os passos do paciente durante o atendimento. Nessa etapa, os participantes esperavam gerar um efeito de acolhimento, segurança, controle da situação, calma e diminuição da ansiedade. A partir do atendimento médico e tratamento, a ordem de realização de exames e aplicação do tratamento é gerenciado com base nas pulseiras como um “Waze¹” da saúde, nas palavras do profissional da saúde. Estes dariam condições de equilibrar os níveis de prioridade com a capacidade de atendimento do hospital com o máximo de eficiência. Os participantes entenderam nessa etapa que os pacientes estariam ainda mais no controle e tranquilos pelo fato do acompanhante ter conhecimento do seu estado de saúde, alívio da dor e também mais seguros de que o problema estaria sendo solucionado. Na etapa de liberação/alta, o paciente seria orientado a usar um aplicativo ou website que apresenta os serviços do hospital e sugere um acompanhamento do tratamento. Desta forma, também seria possível

¹ Waze é um aplicativo de celular que através de geolocalização orienta os motoristas a tomarem as melhores rotas levando em conta o trânsito existente na região em que o usuário está localizado.

ver o seu histórico médico, tirar dúvidas de quando ir até uma urgência e orientações para prevenir novos problemas de saúde.

Ao longo de todas essas atividades, a cordialidade ou a humanização no atendimento foi considerada um elemento que permeia, junto com a tecnologia, o processo. O sentimento buscado com o projeto foi a satisfação pelo atendimento personalizado.

Após o término do exercício projetual foi aberto um espaço para a apresentação da proposta e discussão da atividade. A apresentação, nesse caso, pode ser considerada um estímulo na reflexão do que foi proposto. Nela, os participantes comentaram sobre as suas impressões do que foi proposto ao longo da manhã. O profissional da saúde disse que poderia continuar por mais tempo, pois estava achando muito interessante e produtivo. Gostou bastante do processo de trabalho proposto e afirmou que a solução era robusta o suficiente para ir para um estágio de implementação. Os designers disseram que, apesar do pouco tempo, acharam produtivo. Ressaltaram o pouco tempo durante o *brainstorm* para que os participantes pudessem se soltar mais. No entanto, também comentaram que isso aparentemente não afetou o trabalho. O designer 2 disse que as ferramentas usadas foram bem escolhidas e que o exercício funcionou bem considerando o *briefing*. Os arquitetos comentaram que a prática foi produtiva e que pôde confirmar algumas certezas que já tinham. O término do workshop deu-se um pouco antes do previsto, entre 12h e 12h30.

4.2.2 Análise e discussão dos resultados do exercício projetual

Essa seção pretende analisar o conteúdo das entrevistas realizadas após o exercício projetual e ao longo da análise discutir os resultados. Em alguns momentos serão trazidas descrições realizadas a partir da observação participante do exercício projetual como forma de aprofundar a discussão. As entrevistas em profundidade foram realizadas com os cinco participantes do exercício projetual. Elas tinham a intenção de responder ao objetivo específico “e”, que procura entender como os designers poderiam usar os dados de um mapeamento de *appraisals* em um projeto de serviços. De forma mais ampla, as entrevistas procuram responder ao objetivo geral que visa entender como a análise dos dados a partir da ótica dos *Appraisals* pode contribuir em um processo de design de serviços.

Conforme já apresentado nos procedimentos metodológicos, as categorias usadas são teóricas e baseadas nas etapas de projeto na abordagem do design de serviços. São elas: explorar, criar e refletir. A etapa implementar não foi considerada, pois o estudo foi sobre a criação de um serviço e não a sua implementação.

1. Explorar

Essa categoria relaciona as características da etapa de projeto “explorar” com as subcategorias de análises baseadas nas entrevistas. Nesse momento do projeto se procura entender a respeito do usuário, empresa ou organização, setor e os elementos culturais que impactam o espaço de estudo. A partir disso, é feita uma consolidação das principais ideias para que seja possível ter uma primeira visualização do que foi identificado como relevante (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011). Com base nisso, foram consideradas cinco subcategorias alinhadas a esse momento, conforme segue.

a. Pesquisa como ponto de partida para o projeto

Essa subcategoria expõe a percepção dos participantes que a *survey* pesquisa funcionou inicialmente como um ponto de partida para o projeto. Isto é, ela trouxe os elementos para o começo das discussões. O momento e contexto de uso podem ser validados a partir do que expõe o profissional da saúde que coloca em sua fala “para a gente ter a estimulação de arrancar” quando comentava sobre a qualidade da pesquisa apresentada. A designer 1 também colocou “Eu acho que a pesquisa foi o nosso ponto de partida.” quando comentava sobre a influência da pesquisa no processo de projeto.

b. A consistência dos dados como fator de segurança no processo de design

A presente subcategoria expõe que os participantes usaram a pesquisa como suporte no processo de projeto proposto. O designer 2 fala “Eu acho que sim, porque eu acho que na minha área a gente trabalha muito com pesquisa qualitativa né, e a gente não tem essa pesquisa prévia antes, e para mim não ter isso é, a gente não sabe no que vai dar, a gente não tem, a gente não toma decisões com tanta certeza, eu acho que tendo essas informações que tu trouxeste, a gente ficou mais seguro do que estava fazendo”. Complementando essa fala, a designer 1 também colocou uma observação similar “Eu acho que a gente muitas vezes faz esse tipo de

levantamento, mas não tão real como foi a pesquisa, não tão bem embasado.”. Ambas as falas se alinham a necessidade informacional que a etapa “explorar” demanda. Além disso, é possível observar que, a partir da fala do designer 2, a segurança que os dados da pesquisa trouxeram aos participantes permite que a visualização dos elementos elencados seja considerada relevante para a direção do projeto.

c. Confirmar concepções baseadas na experiência profissional

Ao longo das entrevistas foi possível observar, sobretudo entre os especialistas, que a pesquisa confirmou algumas questões, como por exemplo a questão do tempo. O arquiteto 2 comentou quando falava sobre a relevância da pesquisa “...ela acabou me confirmando algumas informações que eu tinha como verdade, aquela questão do tempo de espera...”. O arquiteto 1 também colocou “A pesquisa, a rigor, ela não me revelou grandes coisas, ela me ratificou o que eu já sabia, que o tempo de espera era sempre uma coisa muito dolorida, que na realidade o acolhimento é uma coisa importante né”. Essas duas falas expõem que a pesquisa ajudou a reforçar o que os especialistas, que também servem como insumo projetual através de sua experiência, tinham como verdade nas urgências hospitalares privadas.

d. Derrubar concepções baseadas na experiência do profissional

A pesquisa a partir do modelo dos *Appraisals*, da mesma forma que na subcategoria anterior pode confirmar características provenientes da experiência dos profissionais de saúde, assim como os elementos trazidos podem também servir como forma de questioná-las. Esses elementos, que os mesmos consideravam verdadeiros, poderiam direcionar o projeto para outros caminhos. A fala do arquiteto 1 demonstra a surpresa com os resultados da pesquisa onde ele comenta que “algumas coisas me surpreenderam, por exemplo a questão dos assentos” e “Como também me surpreendeu o fato de que eles não, digamos não é tão importante o tempo da consulta médica, me surpreendeu porque eu nunca parei para pensar bem, porque na verdade se no momento que o médico está atendendo, se ele vai identificar para mim 1 minutos ou 10 minutos ou 15, eu já estou satisfeito, porque eu já tenho um médico me atendendo né.”

e. Pesquisa como facilitadora do foco do projeto

A forma como essa subcategoria se relaciona com a etapa “explorar” pode ser observada na fala da designer 1 “Eu acho que a gente podia ter se perdido muito mais ou não ter focado em coisas importantes.” quando a mesma comentou sobre como seria o processo de projeto sem a pesquisa disponível. O designer 2 enquanto discutia sobre o papel da pesquisa ao longo do processo de projeto disse “aquilo eu acho que foi bem determinante assim para a gente saber para onde ir, saber o que desenvolver né”. Essas falas são exemplos que demonstram a importância que a pesquisa pode desempenhar ao longo dos momentos mais iniciais do projeto como no o caso da etapa “explorar”. A pesquisa traz uma espécie de estrutura e direção para apoiar processos naturalmente mais desestruturados, como é o caso do *brainstorm*.

2. Criar

Nessa etapa são geradas as propostas com base no no momento anterior. O usuário tende a ser mais envolvido durante essa etapa. Esse envolvimento pode ocorrer tanto com a sua participação ativa, como através da representação de sua caminhada ao longo da solução proposta (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011). Pesquisas como a construída a partir do modelo dos *Appraisals* também são usadas nessa etapa.

a. Pesquisa como elemento inspirador para o projeto

Ao comentar sobre em quais momentos a pesquisa foi mais útil, a designer 1 argumenta que “Acho que principalmente até a parte do *storyboard* ali, onde a gente fechou o problema.”. O designer 2 comentou que o processo de criação seria muito caótico “Mas eu acho que a gente a gente ia pensar em coisas gerais, a gente ia pensar em atendimento, a gente não ia pensar nos fatores que foram os mais, levantados como os mais importantes que eu acho que parte dos participantes focaram nessas, nos pontos chaves.” Os designers indicam que a pesquisa serviu também como inspiração para o projeto ao apresentar elementos e insumos de uma área na qual não são especialistas.

b. Incluir o usuário

A designer 1 comentou que a pesquisa complementou as práticas de inclusão do usuário. “Eu acho que é uma boa forma de incluir o usuário assim. Ou de trazer a visão do usuário, claro que isso não exclui que depois tu tenha que testar, prototipar e testar junto com o usuário, talvez tenha outro tipo de levantamento de dados, mas com certeza usaria.” Com base na fala da designer 1, a pesquisa com base na Teoria dos *Appraisal* possui condições de contribuir para a inclusão do usuário na criação da solução de projeto, mas como um elemento de suporte. Ela ainda considera o processo de design de serviços tradicional como essencial na construção de uma solução mais robusta. O profissional da saúde comenta que a pesquisa deu força para que as demandas do usuário fossem contempladas na solução de projeto. “Talvez os arquitetos iam citar mais problema de estrutura, quando veio o ponto de vista do usuário e ele já estava tencionado ali, ou pelo menos ele estava bem construído em relação a alguns recortes, eu acho que o exercício empático de pensar alternativas, para quem é o consumidor, ficou mais facilitado.”

3. Refletir

Nessa etapa de projeto são desenvolvidas as soluções propostas com ferramentas de prototipagem rápida. Normalmente são utilizadas ferramentas com um nível de detalhamento maior para entender como a solução proposta irá se comportar (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011). No caso desse estudo foi utilizado o *expressive service blueprint* como instrumento para facilitar a reflexão sobre as propostas geradas no momento anterior.

a. Pesquisa como confirmação da resposta ao *briefing*

Esta subcategoria sugere que os elementos provenientes da pesquisa quantitativa podem ser utilizados como uma verificação de que a solução proposta está alinhada ao *briefing*. A designer 1 trouxe duas falas que sugerem esse entendimento. “a pesquisa funcionou, como uma confirmação de que a gente conseguiu chegar onde deveria, mesmo que ela tenha sido mais importante ainda no começo.” e “Talvez no final a gente possa voltar e ter olhado “Olha, isso que a gente criou realmente faz sentido com aquilo que a pesquisa disse”.

A partir do que foi analisado é possível observar, respondendo ao objetivo específico “e”, onde e como a pesquisa a partir do modelo dos *Appraisals* pode ser empregada por designers e projetistas em um projeto de design de serviços. A teoria em *Appraisals* pode trazer diretrizes projetuais que auxiliam em um processo de projeto que tem como objetivo estimular determinadas emoções (DEMIR ET. AL; TONETTO, 2012). No presente estudo é possível observar esse tipo de contribuição por parte dessa abordagem.

Ao longo da etapa explorar, a pesquisa auxiliou a confirmar e derrubar preconcepções e também como um ponto de partida ao trazer elementos para discussão. Esses elementos projetuais apoiam uma das principais atividades nessa etapa que é compreender profundamente a situação e o usuário (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011). Essa última característica também contribuiu para o processo de projeto em design de serviços ao servir como um primeiro direcionador das atividades ao longo do workshop. Foi a partir da pesquisa que o *brainstorming* iniciou. A consistência dos dados foi outro fator que apoiou o processo de projeto. Essa percepção por parte dos participantes deu elementos para que as diretrizes de projeto fossem consideradas pertinentes, válidas e trazendo o foco necessário.

Na etapa de criação, as diretrizes projetuais que a *survey* trouxe serviram como inspiração para a consolidação para as propostas de projeto. Em paralelo, foi possível identificar nesse momento de forma mais acentuada a inclusão do usuário a partir de uma lógica diferente da habitual em um projeto de design de serviços (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011). Ao invés de envolver o usuário no processo, conforme a prática em design de serviços, o mesmo foi representado pelos dados da pesquisa. Conforme a fala da designer 1, esse tipo de abordagem pode ajudar a incluir o usuário de uma forma mais ampla. A contribuição da pesquisa na fase de inspiração do projeto traz elementos emocionais que a relação direta com os usuários nem sempre consegue captar.

Ao longo da etapa refletir, a principal contribuição do modelo dos *appraisals* foi servir como suporte para a confirmação de que o *briefing* estava sendo respondido. Essa contribuição se alinha a uma das principais preocupações nessa etapa de projeto que é criar um protótipo de serviço o mais próximo da realidade (STICKDORN E SCHNEIDER, 2011).

Foi possível observar que alguns elementos impactaram mais aos especialistas, como por exemplo, as questões ligadas a confirmação ou não de certas

preconcepções existentes. Por outro lado, os designers identificaram outros aspectos que são relevantes para a sua atuação em um projeto em design de serviços. Questões ligadas a consistência dos dados, foco de projeto e confirmação da resposta ao *briefing*, são alguns exemplos.

A consistência dos dados gerados a partir da *survey* que teve como base a teoria dos *appraisals*, por exemplo, é uma característica que pôde ser observada nesse estudo. Ao partir de dados mais consistentes, os projetistas podem ter mais facilidade em trabalhar com projetos que demandem soluções complexas, como é o caso de temas ligados a saúde. Um outro elemento que deve ser destacado nessa pesquisa, que partiu do modelo dos *appraisals*, foi a possibilidade de confirmar a adequação ao *briefing*.

Abaixo, o quadro 4, sintetizar o que foi apresentado ao longo dessa seção.

Quadro 4 – Análise de conteúdo das entrevistas em profundidade

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	BREVE DESCRIÇÃO
1. EXPLORAR	1.a. Pesquisa como ponto de partida para o projeto	A pesquisa serve como estímulo para o início das discussões entre os participantes do processo de projeto.
	1.b. A consistência dos dados como fator de segurança no processo de design	Os participantes percebem os dados como coerentes o suficiente para servir como base ao longo do processo de design.
	1.c. Confirmar preconcepções baseadas na experiência do profissional	Confirmar o entendimento prévio que os especialistas possuem sobre as urgências hospitalares privadas.
	1.d. Derrubar preconcepções baseadas na experiência do profissional	Derrubar o entendimento prévio que os especialistas possuem sobre as urgências hospitalares privadas.
	1.e. Pesquisa como facilitadora do foco do projeto	Os resultados da pesquisa ajudaram a colocar todos os participantes em um mesmo nível e facilitar o foco da resposta ao <i>briefing</i> .
2. CRIAR	2.a. Pesquisa como elemento inspirador para o projeto	A pesquisa trouxe ideias para resolver partes do <i>briefing</i> proposto.
	2.b. Incluir o usuário	Compreender como o usuário se relaciona com as soluções propostas ao longo do processo de criação.
3. REFLETIR	3.a. Pesquisa como confirmação da resposta ao <i>briefing</i>	A pesquisa servir como um fator de validação do que está sendo propondo como solução de projeto.

Fonte: elaborado pelo autor

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desse estudo - compreender como a análise da experiência dos usuários a partir do modelo dos *Appraisals* pode contribuir para um processo de design de serviços em urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre - foi respondido. É possível afirmar que a avaliação da experiência, com base nessa teoria, contribui para o projeto em design de serviços na área de aplicação proposta, pois sugere uma nova abordagem para incluir o usuário, facilita a confirmação a resposta do *briefing* de projeto, diretrizes de projeto e traz elementos e dados consistentes para o processo de projeto. Abaixo serão retomados os objetivos específicos para um maior detalhamento.

O objetivo específico “a” propõe mapear a experiência dos usuários de planos de saúde em serviços de urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre a partir do modelo dos *Appraisals*. Ele é respondido com o apoio das correlações de Pearson e Spearman, além das análises de variância realizadas e da identificação do componente central dos *Appraisals*. As correlações permitem entender, em primeiro lugar, como as dimensões emocionais se relacionam nesse caso e, em seguida, a relevância delas para uma avaliação positiva ou não por parte dos usuários. Após, as ANOVAs apresentaram como o usuário vê o impacto de cada etapa do atendimento na sua percepção da experiência. Atrelado a isso, o componente central de *Appraisal* trouxe elementos que colocam o momento “tempo da triagem para o atendimento médico” como crucial em todo o processo de avaliação por parte da amostra de usuários. Apesar de, em um primeiro momento, os resultados encontrados poderem ser considerados um tanto quanto óbvios, a confirmação dessas premissas dá à quem possa vir a utilizar as informações, segurança na sua decisão. A cordialidade e tempo, por exemplo, foram duas características observadas, com base nos resultados da pesquisa, que se tornaram central na solução de projeto proposta.

Com relação aos objetivos específicos “b”, “c” e “d” que procuravam mensurar as dimensões emocionais no espaço de aplicação do estudo, foi possível observar a correlação positiva entre as dimensões emocionais valência (desprazer x prazer) e nível de controle (sem controle x no controle). Já o nível de alerta (relaxado x estimulado) possui uma relação negativa com as outras duas dimensões. Isto é, anda em sentido oposto as outras duas. Da mesma forma, ao correlacionar as dimensões emocionais com a avaliação geral da experiência houve uma correlação positiva entre

o nível de controle e valência com avaliações mais positivas. O nível de alerta assim como na correlação entre as outras sub-escalas do SAM possui uma relação negativa com a avaliação da experiência. Isto é, quanto mais estimulado o paciente pior é a avaliação da experiência. Os resultados observados levaram aos participantes a criarem uma solução de projeto que propunha reduzir a ansiedade, aumentar o nível de controle, humanizar o atendimento, entre outros elementos ligados aos resultados das correlações. Foi possível identificar essa relação entre os resultados das análises e a solução de projeto a partir do que foi apresentado no *expressive service blueprint*, além das entrevistas em profundidade.

O objetivo “e”, que procura compreender como os designers e projetistas podem utilizar os dados do mapeamento em projetos de serviços, foi respondido através da realização de um exercício projetual e de entrevistas em profundidade com os participantes. Ao longo da atividade foi possível observar como, os participantes conseguiram dar uma direção clara ao projeto, otimizar processos de projeto ao reduzir a discussão entre especialistas e não especialistas e dar a segurança aos participantes de que os elementos considerados no projeto estavam bem embasados.

A partir dos objetivos específicos acima, a análise da experiência do usuário a partir de um modelo de *Appraisals* contribui para o processo em design de serviços não só com insumos de projeto, mas também ao facilitar o processo em si. Os elementos que esse tipo de pesquisa traz facilitam um processo cocriativo entre especialistas e não especialistas da área. Isso ocorre, em função da consistência dos dados que o método quantitativo é capaz de demonstrar estatisticamente e também pela estrutura e instrumentos de pesquisa que a abordagem dos *appraisals* propõe.

Conforme Tonetto (2012), projetar para emoção permite a descoberta/compreensão de diretrizes projetuais que ampliem a possibilidade de gerar os efeitos emocionais desejados. Com base nisso, observa-se que o modelo dos *appraisals* é uma possibilidade consistente o suficiente para ancorar o desenvolvimento de projetos em design de serviços, especificamente no contexto de urgências hospitalares privadas.

Os resultados da pesquisa sugerem uma abordagem paralela ao que o design de serviços costuma propor em relação ao olhar do usuário. Para Meroni e Sangiorgi (2011) um projeto de serviço até mais que no caso de produtos exige o envolvimento direto no processo de cocriação. Diferentemente o modelo a partir da teoria dos *Appraisals*, olha para o usuário com mais distância. No entanto, as respostas obtidas

também geram insumos de projeto que poderão ser utilizados pelos designers, projetistas e especialistas na construção de um serviço com base no processo de projeto do design. Especificamente em projetos de serviços em que há limitações na inclusão do usuário, como na aplicação desse estudo, gerar insumos sobre a avaliação da experiência do usuário, a partir da teoria dos *appraisals*, se torna uma vantagem. Essa possibilidade não diminui a importância do envolvimento do usuário ao longo do projeto. Desta maneira, a captura das informações com a teoria dos *Appraisals* pode também complementar as práticas usuais de projeto em design de serviços.

Entende-se que existem limitações na pesquisa, principalmente decorrente das escolhas metodológicas realizadas. O fato da coleta de dados da primeira etapa da pesquisa ter sido feita através de uma *survey online* limita as possibilidades sobre o controle amostral. Além disso, o número limitado de pessoas que responderam também gera uma limitação ao estudo. Outro ponto a ser considerado é que a maior parte dos respondentes 75% são do sexo feminino, o que também limita o estudo. O fato de a pesquisa ter sido através da amostragem por “bola de neve” também torna a mesma não probabilística, sem condições de extrapolar maiores conclusões. Isso ocorre em função desse tipo de análise estar mais sujeita a erros de previsão. Para que isso fosse evitado, o pesquisador teria que ter acesso a toda a população que frequente urgências hospitalares privadas na Grande Porto Alegre. Desta forma, a amostra poderia ser considerada probabilística (AAKER, KUMAR E DAY, 2004), o que não é exequível em uma pesquisa de dissertação. Um outro aspecto a ser considerado é a limitação geográfica da pesquisa que envolveu apenas pacientes na Grande Porto Alegre. O fato de ter sido usado apenas o modelo temático da teoria dos *Appraisals*, e não o componencial, pode ser considerado também uma limitação na avaliação quantitativa. A abordagem temática por ter um olhar mais holístico do que a abordagem componencial (Demit et. al., 2009) pode não conseguir identificar elementos que são relevantes apenas para as urgências hospitalares privadas.

Diferentes futuros estudos podem surgir do que foi proposto nesse trabalho. Para endereçar a fragilidade metodológica ligada a amostragem não probabilística e a quantidade de respondentes, poderia ser desenvolvido um estudo com a mesma cobertura geográfica, mas com uma amostra aleatória e com mais respondentes. Desta forma, seria possível validar, corrigir e/ou complementar os resultados do estudo. Com relação ao tipo de abordagem de *appraisal* utilizada e a relação com o o

projeto em design de serviços, um estudo futuro poderia aplicar a abordagem componencial para confrontar os resultados desse estudo. A partir dele, talvez seja possível entender quais elementos de projeto são mais relevantes com relação a aplicação na saúde e onde cada tipo de abordagem é mais eficaz considerando os aspectos teóricos na relação com o projeto em design de serviços. Outra possibilidade é desenvolver o estudo em diferentes áreas de aplicação e com diferentes dinâmicas de workshop. Isso daria condições de entender quais os elementos do exercício projetual trazem impacto nos resultados finais do projeto e tornam a abordagem dos *Appraisals* mais eficaz.

REFERÊNCIAS

AAKER, D.; KUMAR, V.; DAY, G. Pesquisa de Marketing . 2.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório ANAHP. Edição 6, 2014.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J.; MARTÍNEZ, F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

BRADLEY, M. M.; LANG, P. J. The Measuring emotion: The self-assessment manikin and the semantic differential. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 25, n. 1, p. 49-59, 1994

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3.^a edição ampliada. Série E. Legislação de Saúde, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regulação Médica das Urgências, Séria A. Normas e Manuais Técnicos. 2006.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Serviços e Competitividade Industrial no Brasil. Brasília, 2014.

(CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 2014).

DATAFOLHA. Opinião dos Brasileiros sobre o Atendimento na Área de Saúde. 2014.

Design Council, 2014

DESMET, P.; HEKKERT, P. Special issue editorial: Design & emotion. *International Journal of Design*, 3(2), 1-6, 2009.

DEMIR E.; DESMET, P.; HEKKERT, P. Appraisal patterns of emotions in human-product interaction. *International Journal of Design*, 3(2), 41-51. 2009.

DESMET, P.; HEKKERT, P. Framework of product experience. *International Journal of Design*, 1(1), 57-66, 2007.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisa qualitativas . Educar, Curitiba, n. 24, p. 213–225, Editora UFPR, 2004.

FANTE, A. *Ambiência: a contribuição do design estratégico para um serviço hospitalar de atenção à saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Design. Unisinos, 2015.

FORLIZZI, J.; BATTARBEE, K. *Understanding Experience in Interactive Systems*. DIS 2004, August 1-4, 2004, Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos.

FRAGA, E. *Workshops em design: Espaços de aprendizagens e geração de conhecimentos*. Dissertação de Mestrado em Design. Unisinos, 2011.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, SECRETARIA DE SAÚDE. *Norma Operacional de Regulação Médica*, 2014.

HOUWER, J.; HERMANS; D. *Cognition and Emotion: Reviews of Current Research and Theories*. Psychology Press, 2010.

JONES, P. **Design for Care: Innovating Healthcare Experience** Rosenfeld Media, LLC, New York, 2013.

KRISTENSEN, C.; GOMES, C.; JUSTO, A.; VIEIRA, K. *Normas brasileiras para o Affective Norms for English Words*. Trends Psychiatry Psychother. 2011;33(3) – 135-146. 2011.

KUMAR,V. *101 design methods: a structured approach for driving innovation in your organization*. John Wiley & Sons, 2013.

LAZARUS, R. *Emotion and Adaptation*, Oxford University Press, 1991.

MERONI, A.; SANGIORGI, D. *Design for Services*. Gower Publishing Limited, 2011

MAGER, B.; SUNG, T.J. *Special issue editorial: Designing for services*. International Journal of Design, 5(2), 1-3. (2011).

MORAES, R. *Análise de Conteúdo* . Revista Educação, Porto Alegre, 22(37), p. 7-32, 1999.

MORITZ, S. Service Design: Practical Access to an Evolving Field. Koln Interational School of Design, 2004.

NORMAN, D. **Emotional Design**: Why We Love (or Hate) Everyday Things, Basic Books, 2004.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S.; HORSTH, M. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1881-1890, 2009.

PRICEWATERHOUSECOOPERS. O Mercado de Serviços de Saúde no Brasil. 2014.

PRUJÁ, D. Sistema Produto Experiencial: Evitação de Experiências Negativas em Comunicação Verbal de Estrangeiros no Brasil pelo Design Estratégico. Dissertação de Mestrado em Design. Unisinos, 2013.

ROSA, M. Contribuições da integração do design baseado em evidências e experiências para um projeto em design de serviços no contexto hospitalar. Dissertação de Mestrado em Design. Unisinos, 2013.

SANGIORGI, D.; RENDIVILLE, A.; RICKETTS, A. Mapping and developing Service Design Research in the UK. Service Design Research UK Network 2014.

SANGIORGI, D. Building up a Framework for Service Design Research. 8th European Academy Of Design Conference - 1st, 2nd & 3rd April 2009, The Robert Gordon University, Aberdeen, Scotland.

SANGIORGI, D. PRENDIVILLE, A. A Theoretical Framework for Studying Service Design Practices: First steps to a mature field. 19th DMI: Academic Design Management Conference Design Management in an Era of Disruption London, 2–4 September 2014

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, Norma operacional de regulação médica, 2014).

SCHERER, K.; SCHORR, A.; JOHNSTONE, T. **Appraisal Processes in Emotion**. Oxford Universit Press, 2001.

STEVENSON, W. Estatística Aplicada à Administração, Editora HARBA Ltda, 1981

STICKDORN, M.; SCHNEIDER, J., Marc, Jakob. This is service design thinking. Basics — Tools — Cases. 2011 BIS Publishers.

TONETTO, L. A perspectiva cognitiva no design para emoção: análise de concerns em projetos para experiência. **Strategic Design Research Journal**, 5(3): 99-106 September-December 2012

TONETTO, L.; COSTA, F. Design Emocional: conceitos, abordagens e perspectivas de pesquisa. **Strategic Design Research Journal**, 4(3): 132-140 September-December, 2011.

ZEITHAML, V.; BITNER, M.; GREMLER, D. **Marketing de Serviços**: a empresa com foco no cliente. Bookman, 2011.

APÊNDICE A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE PARTICIPANTE DO PRÉ TESTE

O pesquisador Rafael de Mello Tucci, está realizando uma pesquisa que tem como principal objetivo compreender como a análise da experiência dos usuários pode contribuir para remodelar os serviços em urgências hospitalares privadas. A pesquisa é intitulada “A Experiência do Usuário em Serviços de Urgência Hospitalar: A perspectiva do Design de Serviços a partir da Teoria dos *Appraisals*”, e está vinculada ao trabalho de dissertação de mestrado do pesquisador, integrante do Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Tal estudo prevê a participação de pacientes que usaram alguma urgência hospitalar privada na cidade de Porto Alegre nos últimos seis meses. A atividade a ser desenvolvida envolve responder um questionário presencial seguido de uma breve conversa entre o pesquisador e o respondente. Ela servirá para verificar pontos de melhoria do questionário.

A sua identidade será preservada, pois não serão divulgados nomes ou informações que possam identificar os(as) envolvidos(as) e/ou local(is) da pesquisa, conforme previsto por lei. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de investigação. Você poderá obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados com o pesquisador responsável, Rafael de Mello Tucci, nos telefones (51) 8918. 4664 e (51) 3334.7604 e rafaelmtucci@gmail.com.

O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para a realização da pesquisa; ela não causa nenhuma interferência negativa em relação a você. Sua participação não lhe trará nenhum benefício pessoal direto. Entretanto, você colaborará para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos acerca da contribuição da análise da experiência dos usuários de emergências hospitalares em projetos de serviços na área. Salientamos também que a sua participação nesse estudo é completamente voluntária e que você poderá desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum tipo de consequência a sua pessoa.

Tenho conhecimento de que este estudo do qual manifesto intenção em participar foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio do Sinos (Unisinos, situado à Av. Unisinos, 950 – Bairro Cristo Rei, São Leopoldo/RS, CEP 93022-000, Brasil, telefone + 55 51 3591.1122.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Porto Alegre _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Rafael de Mello Tucci
Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é parte da dissertação de Rafael de Mello Tucci orientada pelo Prof. Dr. Filipe Campelo da Costa Xavier, professor do programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS.

Precisamos da participação de pessoas que tenham utilizado uma urgência hospitalar privada nos últimos seis meses. Se você está nesse perfil, gostaríamos, por favor, de sua participação, respondendo o questionário a seguir, que tem por objetivo conhecer como foi a sua ÚLTIMA experiência em uma urgência hospitalar privada na região da Grande Porto Alegre.

Antes de iniciar o questionário, por favor, leia atentamente o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO abaixo e, caso concorde com o mesmo, clique no botão “sim” na parte inferior esquerda logo após o termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O pesquisador Rafael de Mello Tucci, telefones (51) 8918.4664 e (51) 3334.7604, está realizando uma pesquisa que tem como principal objetivo compreender como a análise da experiência dos usuários pode contribuir para remodelar os serviços em urgências hospitalares privadas. A pesquisa é intitulada “A Experiência do Usuário em Serviços de Urgência Hospitalar: A perspectiva do Design de Serviços a partir da Teoria dos *Appraisals*”, e está vinculada ao trabalho de dissertação de mestrado do pesquisador Rafael de Mello Tucci, integrante do Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Tal estudo prevê a participação de pacientes. A atividade a ser desenvolvida envolve responder um questionário a ser realizado pela Internet.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis, conforme previsto por lei. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para a realização da pesquisa; ela não causa nenhuma interferência negativa em relação a você. Sua participação não lhe trará nenhum benefício pessoal direto. Entretanto, você colaborará para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos acerca da contribuição da análise da experiência dos usuários de urgências hospitalares em projetos de serviços na área. Salientamos também que a sua participação nesse estudo é completamente voluntária e que você poderá desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum tipo de consequência a sua pessoa.

Eu fui informado (a) sobre os objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), o desconforto previsto, tanto quanto o benefício esperado. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos, a qualquer momento, através dos telefones (51) 8918.4664 e (51) 3334.7604, com o próprio Pesquisador Responsável. Sei que

novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei a liberdade de retirar o consentimento da minha participação na pesquisa, em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial. Tenho conhecimento de que este estudo do qual manifesto intenção em participar foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio do Sinos (Unisinos, situado à Av. Unisinos, 950 – Bairro Cristo Rei, São Leopoldo/RS, CEP 93022-000, Brasil, telefone + 55 51 3591.1122.

Declaro que li, entendi e imprimi uma cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido e desejo participar do estudo por livre e espontânea vontade.

Sim

Não - Clicando nessa opção, a pessoa foi direcionada para uma tela de agradecimento pelo interesse, mas com a desqualificação em função do perfil.

APÊNDICE C – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTE EXERCÍCIO PROJETUAL

O pesquisador Rafael de Mello Tucci, está realizando uma pesquisa que tem como principal objetivo compreender como a análise da experiência dos usuários pode contribuir para remodelar os serviços em urgências hospitalares privadas. A pesquisa é intitulada “A Experiência do Usuário em Serviços de Urgência Hospitalar: A perspectiva do Design de Serviços a partir da Teoria dos *Appraisals*”, e está vinculada ao trabalho de dissertação de mestrado do pesquisador, integrante do Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Tal estudo prevê a participação de designers, arquitetos e profissionais da saúde em workshop seguido de entrevistas em profundidade. O primeiro será desenvolvido em uma sala da Unisinos (unidade Porto Alegre). As entrevistas em profundidade ocorrerão entre uma e duas semanas após o workshop em local de maior conveniência para o entrevistado.

A sua identidade será preservada, pois não serão divulgados nomes ou informações que possam identificar os(as) envolvidos(as) e/ou local(is) da pesquisa, conforme previsto por lei. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de investigação. Você poderá obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados com o pesquisador responsável, Rafael de Mello Tucci, nos telefones (51) 8918. 4664 e (51) 3334.7604 e rafaelmtucci@gmail.com.

O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para a realização da pesquisa; ela não causa nenhuma interferência negativa em relação a você. Sua participação não lhe trará nenhum benefício pessoal direto. Entretanto, você colaborará para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos acerca da contribuição da análise da experiência dos usuários de emergências hospitalares em projetos de serviços na área. Salientamos também que a sua participação nesse estudo é completamente voluntária e que você poderá desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum tipo de consequência a sua pessoa.

Tenho conhecimento de que este estudo do qual manifesto intenção em participar foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio do Sinos (Unisinos, situado à Av. Unisinos, 950 – Bairro Cristo Rei, São Leopoldo/RS, CEP 93022-000, Brasil, telefone + 55 51 3591.1122.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Porto Alegre _____ de _____ de 2015

Assinatura do Participante

Rafael de Mello Tucci
Pesquisador Responsável

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO – SURVEY ONLINE

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é parte da dissertação de Rafael de Mello Tucci orientada pelo Prof. Dr. Filipe Campelo da Costa Xavier, professor do programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS.

Precisamos da participação de pessoas que tenham utilizado uma urgência hospitalar privada nos últimos seis meses. Se você está nesse perfil, gostaríamos, por favor, de sua participação, respondendo o questionário a seguir, que tem por objetivo conhecer como foi a sua ÚLTIMA experiência em uma urgência hospitalar privada na região da Grande Porto Alegre.

Antes de iniciar o questionário, por favor, leia atentamente o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO abaixo e, caso concorde com o mesmo, clique no botão “sim” na parte inferior esquerda logo após o termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O pesquisador Rafael de Mello Tucci, telefones (51) 8918.4664 e (51) 3334.7604, está realizando uma pesquisa que tem como principal objetivo compreender como a análise da experiência dos usuários pode contribuir para remodelar os serviços em urgências hospitalares privadas. A pesquisa é intitulada “A Experiência do Usuário em Serviços de Urgência Hospitalar: A perspectiva do Design de Serviços a partir da Teoria dos *Appraisals*”, e está vinculada ao trabalho de dissertação de mestrado do pesquisador Rafael de Mello Tucci, integrante do Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Tal estudo prevê a participação de pacientes. A atividade a ser desenvolvida envolve responder um questionário a ser realizado pela Internet.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis, conforme previsto por lei. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para a realização da pesquisa; ela não causa nenhuma interferência negativa em relação a você. Sua participação não lhe trará nenhum benefício pessoal direto. Entretanto, você colaborará para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos acerca da contribuição da análise da experiência dos usuários de urgências hospitalares em projetos de serviços na área. Salientamos também que a sua participação nesse estudo é completamente voluntária e que você poderá desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum tipo de consequência a sua pessoa.

Eu fui informado (a) sobre os objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), o desconforto previsto, tanto quanto o benefício esperado. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos, a qualquer momento, através dos telefones (51) 8918.4664 e (51) 3334.7604, com o próprio Pesquisador Responsável. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei a

liberdade de retirar o consentimento da minha participação na pesquisa, em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial. Tenho conhecimento de que este estudo do qual manifesto intenção em participar foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio do Sinos (Unisinós, situado à Av. Unisinós, 950 – Bairro Cristo Rei, São Leopoldo/RS, CEP 93022-000, Brasil, telefone + 55 51 3591.1122.

Declaro que li, entendi e imprimi uma cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido e desejo participar do estudo por livre e espontânea vontade.

Sim

Não - Clicando nessa opção, a pessoa foi direcionada para uma tela de agradecimento pelo interesse, mas com a desqualificação em função do perfil.

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

1. Você utilizou algum serviço de urgência hospitalar na região da Grande Porto Alegre nos últimos seis meses?

Sim

Não – Clicando nessa opção, a pessoa foi direcionada para uma tela de agradecimento pelo interesse, mas com a desqualificação em função do perfil.

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

2. Em qual região da Grande Porto Alegre você utilizou o serviço de urgência hospitalar?

Porto Alegre

Grande Porto Alegre

Outro. Qual? (aberta) _____

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

3. Você possui plano de saúde?

Sim

Não – Clicando nessa opção, a pessoa foi direcionada para uma tela de agradecimento pelo interesse, mas com a desqualificação em função do perfil.

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

4. Em que ano você nasceu?

(As opções estavam disponíveis em um menu “drop down”)

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

5. Qual é o seu sexo?

Masculino

Feminino

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

6. Qual é a sua escolaridade máxima concluída?

Nenhuma

Ensino fundamental

Ensino médio

Ensino superior

Pós-graduação

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

7. Qual é a sua ocupação? _____

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

8. Qual é a sua renda familiar?

R\$ 0,00 – R\$ 788,00 (até um salário mínimo)

R\$788,01 – R\$ 1576,00 (1 – 2 salários mínimos)

R\$ 1576,01 – R\$ 3940,00 (2 – 5 salários mínimos)

R\$ 3940,01 – R\$ 6304,00 (5 – 8 salários mínimos)

R\$ 6304,01 – R\$ 9456,00 (8 – 12 salários mínimos)

R\$ 9456,01 – R\$ 10244,00 (mais de 8 até 13 salários mínimos)

R\$ 10244,01 (mais de 13 salários mínimos)

Não desejo responder.

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

A partir desse momento, é muito importante que você pense e responda o questionário exclusivamente com base na sua ÚLTIMA experiência em uma urgência hospitalar privada na região da Grande Porto Alegre.

9. Você utilizou o serviço de urgência de qual hospital?

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

10. Você foi em algum outro hospital antes de ser atendido no hospital citado na pergunta anterior?

Não

Sim. Qual? (aberta) _____

____ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*____

11. Em qual dia da semana você foi no hospital?

Segunda-feira

Terça-feira

Quarta-feira

Quinta-feira

Sexta-feira

Sábado

Domingo

Não lembro

____ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*____

12. Em qual período do dia você ficou no hospital? Marque mais de uma opção se necessário.

Manhã – 06h-12h

Tarde – 12h-18h

Noite – 18h-24h

Madrugada – 24h-06h

Não lembro

____ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*____

13. Quanto tempo você esperou até o atendimento médico?

Menos de 30 minutos

Entre 31 minutos e 1 hora

Mais de 1 hora, até 2 horas

Mais de 2 horas, até 3 horas

Mais de 3 horas, até 4 horas

Mais de 4 horas

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

14. Você sabe da existência do protocolo de atendimento que prioriza o atendimento de pacientes com maior gravidade?

Não

Sim

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

15. Você acha que o seu atendimento foi dentro do esperado de acordo com o protocolo? (Essa questão só aparecia para os respondentes que respondiam “sim” na questão anterior)

Sim, e conheço as regras do protocolo.

Não, e conheço as regras do protocolo.

Sim, mas não conheço as regras do protocolo.

Não, mas não conheço as regras do protocolo.

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

16. Quais serviços foram utilizados para o seu atendimento? Marque mais de uma opção se necessário.

Consulta médica

Exames laboratoriais

Eletrocardiograma

Raio X

Ultrassom

Outros exames de imagem (Ex. ressonância magnética, tomografia, etc.)

Outros. Qual (is)? (Aberta) _____

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

17. Com quais especialidades médicas estava relacionado o motivo da sua ida?

Não sei responder

Cardiologia

Gastrologia

Ginecologista

Otorrinolaringologia

Pneumologia

Traumatologia

Outros. Qual?(aberta) _____

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

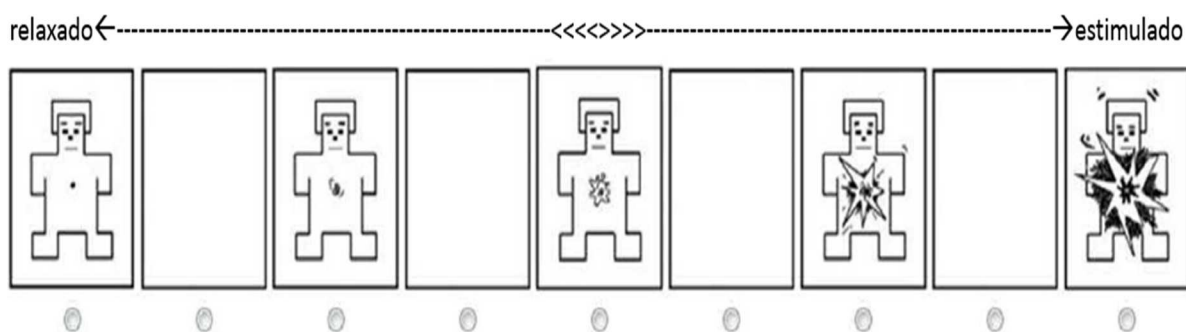
As próximas três questões propõem avaliar como você se sentiu durante o uso do serviço de urgência hospitalar.

Cada escala abaixo contém um par de adjetivos que você utilizará para avaliar como você se sentiu durante a sua experiência na urgência que está sendo avaliada nesse questionário.

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

18. O quão relaxado ou estimulado você se sentiu durante o período em que esteve na urgência hospitalar utilizada?

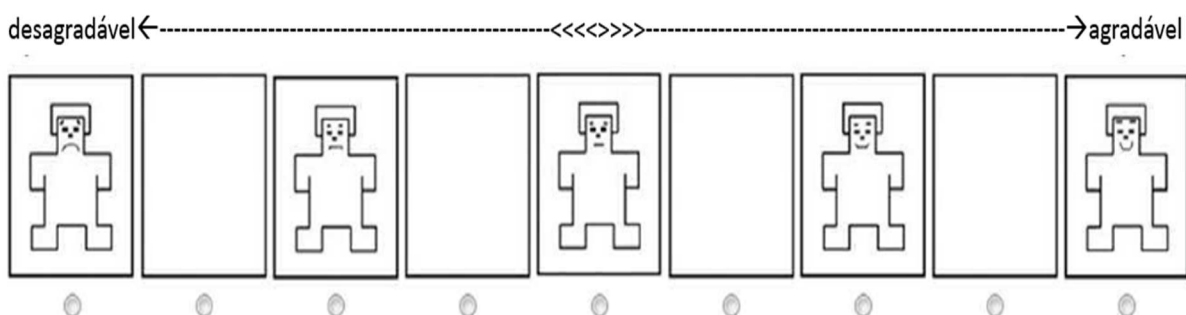
Marque na escala a opção que mais se aproxima de como você se sentiu durante o período em que utilizou o serviço avaliado. É possível também marcar entre as imagens.



___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

19. O quão desagradável ou agradável foi o período em que esteve na urgência hospitalar utilizada.

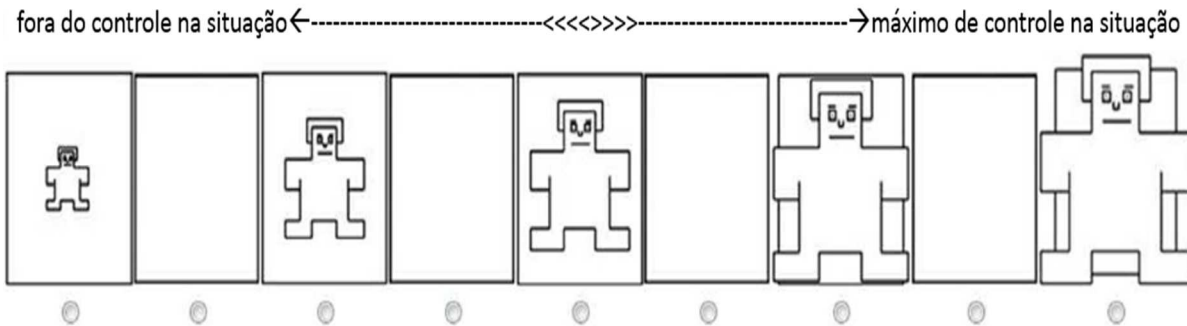
Marque na escala a opção que mais se aproxima de como você se sentiu durante o período em que utilizou o serviço avaliado. É possível também marcar entre as imagens.



___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

20. O quão fora de controle ou no controle da situação você se sentiu durante o período em que esteve na urgência hospitalar utilizada?

Marque na escala a opção que mais se aproxima de como você se sentiu durante o período em que utilizou o serviço avaliado. É possível também marcar entre as imagens.



___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

21. Em uma escala de 1 a 5, sendo 1 equivalente a “muito negativa” e 5 correspondente a “muito positiva”, como você avalia a experiência que teve no serviço de urgência na ocasião avaliada? (AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA)

1 Negativa	2	3	4	5 Positiva
---------------	---	---	---	---------------

___ QUEBRA de PG no *Survey Monkey*___

22.

Em uma escala de zero a dez, sendo zero "não influenciou em nada" e 10 correspondente a "influenciou fortemente", manifeste o quanto cada item abaixo INFLUENCIOU a sua avaliação (AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA) sobre o serviço de urgência hospitalar utilizado.

	Etapa: Recepção											Não sei responder	Não se aplica	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Tempo de espera para ser chamado para o cadastro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cordialidade do atendimento do(a) recepcionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de realização do cadastro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<

>>

Desenvolvido por Qualtrics

23.

Em uma escala de zero a dez, sendo zero "não influenciou em nada" e 10 correspondente a "influenciou fortemente", manifeste o quanto cada item abaixo INFLUENCIOU a sua avaliação (AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA) sobre o serviço de urgência hospitalar utilizado.

	Etapa: Triagem											Não sei responder	Não se aplica	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Tempo de espera para ser chamado para a triagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cordialidade do atendimento na triagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<

>>

Desenvolvido por Qualtrics

24.

Em uma escala de zero a dez, sendo zero "não influenciou em nada" e 10 correspondente a "influenciou fortemente", manifeste o quanto cada item abaixo INFLUENCIOU a sua avaliação (AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA) sobre o serviço de urgência hospitalar utilizado.

	Etapa: Diagnóstico											Não sei responder	Não se aplica	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Tempo de espera para ser encaminhado da triagem para o atendimento médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cordialidade do atendimento médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta médica de pouca duração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cordialidade do atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo para realizar os exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo para receber o resultado dos exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<

>>

Desenvolvido por Qualtrics

25.

Em uma escala de zero a dez, sendo zero "não influenciou em nada" e 10 correspondente a "influenciou fortemente", manifeste o quanto cada item abaixo INFLUENCIOU a sua avaliação (AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA) sobre o serviço de urgência hospitalar utilizado.

	Etapa: Tratamento											Não sei responder	Não se aplica	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Tempo de espera para aplicação do tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cordialidade do atendimento médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cordialidade do atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<

>>

Desenvolvido por Qualtrics

26.

Em uma escala de zero a dez, sendo zero "não influenciou em nada" e 10 correspondente a "influenciou fortemente", manifeste o quanto cada item abaixo INFLUENCIOU a sua avaliação (AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA) sobre o serviço de urgência hospitalar utilizado.

	Etapa: Alta (Liberação)											Não sei responder	Não se aplica	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Tempo para encaminhar a liberação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientação recebida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<

>>

Desenvolvido por Qualtrics

27.

Em uma escala de zero a dez, sendo zero "não influenciou em nada" e 10 correspondente a "influenciou fortemente", manifeste o quanto cada item abaixo INFLUENCIOU a sua avaliação (AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA) sobre o serviço de urgência hospitalar utilizado.

	Ambiente do hospital											Não sei responder	Não se aplica	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Conforto dos assentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organização e limpeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura do ambiente interno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barulho presente no ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iluminação do ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<

>>

Desenvolvido por Qualtrics

28. Dentre os elementos listados ou qualquer outro, qual é o motivo PRINCIPAL da sua avaliação sobre o serviço de urgência utilizado, considerando a sua experiência no hospital?

Marque apenas UMA RESPOSTA.

(As opções estavam disponíveis em um menu “*drop down*”)

RECEPÇÃO: Tempo de espera para ser chamado para o cadastro

RECEPÇÃO: Cordialidade do atendimento do(a) recepcionista

RECEPÇÃO: Tempo de realização do cadastro

TRIAGEM: Tempo de espera para ser chamado para a triagem

TRIAGEM: Cordialidade do atendimento na triagem

DIAGNÓSTICO: Tempo de espera para ser encaminhado da triagem para o atendimento médico

DIAGNÓSTICO: Cordialidade do atendimento médico

DIAGNÓSTICO: Consulta médica de pouca duração

DIAGNÓSTICO: Cordialidade do atendimento da enfermagem

DIAGNÓSTICO: Tempo para realizar os exames

DIAGNÓSTICO: Tempo para conhecer o resultado dos exames

TRATAMENTO: Tempo de espera para aplicação do tratamento

TRATAMENTO: Cordialidade do atendimento médico

TRATAMENTO: Cordialidade do atendimento da enfermagem

ALTA (LIBERAÇÃO): Tempo para encaminhar a liberação

ALTA (LIBERAÇÃO): Orientação recebida

AMBIENTE DO HOSPITAL: Conforto dos assentos

AMBIENTE DO HOSPITAL: Organização e limpeza

AMBIENTE DO HOSPITAL: Temperatura do ambiente interno

AMBIENTE DO HOSPITAL: Barulho presente no ambiente

AMBIENTE DO HOSPITAL: Iluminação do ambiente

29. Explique o por quê da opção escolhida na questão anterior.

Mensagem final

Obrigado pelo seu tempo para responder a esta pesquisa.
A sua resposta foi registrada.

APÊNDICE E – ROTEIRO ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

****PONDERAR QUE O ENTREVISTADO TEM QUE DAR A SUA OPINIÃO****

1. Aquecimento:
 - a. Para designers: conte um pouco sobre sua experiência com serviços (ou como designer).
 - b. Para os demais: Conte um pouco sobre sua experiência na área da saúde (ou arquitetura).
2. Poderia me contar a sua percepção sobre o exercício projetual proposto?
3. Você acredita que o projeto ocorreu de forma diferente do que normalmente você faria? O que?
4. Como você avalia que teria sido o projeto sem acesso aos dados da pesquisa? Seria melhor ou pior? Explique os motivos de sua avaliação.
5. Você percebeu alguma contribuição da pesquisa para o desenvolvimento do projeto de serviços de urgência hospitalar?
 - a. Quais foram as contribuições?
 - b. As contribuições serviram para que momentos/técnicas utilizadas?
6. Você teve alguma dificuldade em lidar com os dados da pesquisa? Quais?
7. Você utilizaria dados semelhantes aos da pesquisa em outros projetos? Por que?
8. Há algo mais que você gostaria de me dizer?

APÊNDICE F – TABELAS DE REFERÊNCIA A SURVEY

Relação dos principais hospitais utilizados

Você utilizou o serviço de urgência de qual hospital?	
Hospital	Percentual
Moinhos de Ventos	33,3%
Mãe de Deus	22,2%
São Lucas - PUCRS	10,1%
Divina Providência	4,0%
Ernesto Dornelles	4,0%
Outros	26,4%
Total	100,0%

Em qual dia da semana você foi no hospital?

Dia	Percentual
Segunda-feira	15,20%
Terça-feira	12,10%
Quarta-feira	10,10%
Quinta-feira	7,10%
Sexta-feira	11,10%
Sábado	17,20%
Domingo	11,10%
Não lembro	16,10%
Total	100,00%

Em qual período do dia você ficou no hospital? Marque mais de uma opção se necessário.		
Quant. Turnos	Turno(s)	Percentual
1	Manhã	20,20%
	Tarde	18,18%
	Noite	29,29%
	Madrugada	5,05%
2	Manhã/Tarde	5,05%
	Tarde/Noite	6,06%
	Noite/Madrugada	9,09%
	Madrugada/Manhã	2,02%
3	Tarde/Noite/Madrugada	1,01%
	Manhã/Tarde/Noite	1,01%
4	Dia todo	2,02%
	Não lembro	1,01%
Total		100,00%

Quanto tempo você esperou até o atendimento médico?	
Tempo	Percentual
Menos de 30 minutos	28,20%
Entre 31 minutos e 1 hora	21,20%
Mais de 1 hora, até 2 horas	17,20%
Mais de 2 horas, até 3 horas	19,20%
Mais de 3 horas, até 4 horas	5,10%
Mais de 4 horas	9,10%
Total	100,00%

**Você sabe da existência do protocolo de atendimento
que prioriza o atendimento de pacientes com m...**

	Percentual
Não	11,10%
Sim	88,90%
Total	100,00%

**Quantos serviços foram
utilizados para o seu atendimento?**

Quant.serv.	Percentual
1	32,3%
2	35,4%
3	22,2%
4	8,1%
5	2,0%
Total	100,0%

**Você acha que o seu atendimento foi
dentro do esperado de acordo com o protocolo?**

	Percentual
Sim, e conheço as regras do protocolo.	55,60%
Não, e conheço as regras do protocolo.	17,10%
Sim, mas não conheço as regras do protocolo.	21,60%
Não, mas não conheço as regras do protocolo.	5,70%
Total	100,00%

Quantos serviços foram utilizados para o seu atendimento?	
Quant.serv.	Percentual
1	32,3%
2	35,4%
3	22,2%
4	8,1%
5	2,0%
Total	100,0%

Serviços mais usados pelos pacientes	
Serviço	Quant. usada
Consulta	93
Laboratório	42
Eletro	10
Raio X	24
Ultrassom	9
Imagens	21
Medicamento intra-venoso/soro	10
Imobilização (Tala)	1
Total	210

APÊNDICE G – SLIDES USADOS PARA APRESENTAR A TAREFA DE SENSIBILIZAÇÃO NO EXERCÍCIO PROJETUAL

Sensibilização – SERVIÇOS BONS

SUPERMERCADO – Diversidade de produtos/Autonomia na decisão da compra/ decisão pessoal sobre o tempo de permanência

CAFETERIA CIDADE BAIXA: ambiência/afetividade genuína/foco em minhas necessidades;

INTERNET BANKING: Economizo tempo/ não arrisco a minha segurança indo em banco. Nunca tive problema com a segurança da rede de internet portanto tenho a segurança de fazer todas as transações que preciso nele.

RESTAURANTE PERTO DO TRABALHO: tratam os clientes pelo nome, simpáticos, a refeição é boa, bem montada no prato, saudável ao mesmo tempo, o prato não demora mais que cinco minutos para te levar a mesa.

CORREIOS (AGÊNCIA DE BAIRRO) Quando há filas são pequenas, o atendimento é sempre ótimo, consigo sempre as informações que preciso e costumo levar no máximo 10 minutos pra fazer o que preciso. Quase sempre elogio as pessoas que me atendem pq saio me sentindo realmente satisfeita.

DRIVE THRU: É prático, rápido e eficiente.

Sensibilização – SERVIÇOS QUE IRRITAM

RESTAURANTE COM FILA DE ESPERA – frustração/perda de tempo/buscar outra opção

CALL CENTER DE OPERADORA BANCÁRIA: modelo confuso de atendimento/ impessoalidade/sensação de indiferença e de distanciamento;

TELEFONIA CELULAR: “produto” muito ruim, cobertura de sinal limitada /velocidade de internet oscilam muito sem nunca chegar no que foi contratado e quando temos que ligar para fazer alguma alteração/reclamação o atendimento é muito deficitário e a falta de respeito com o consumidor é enorme.

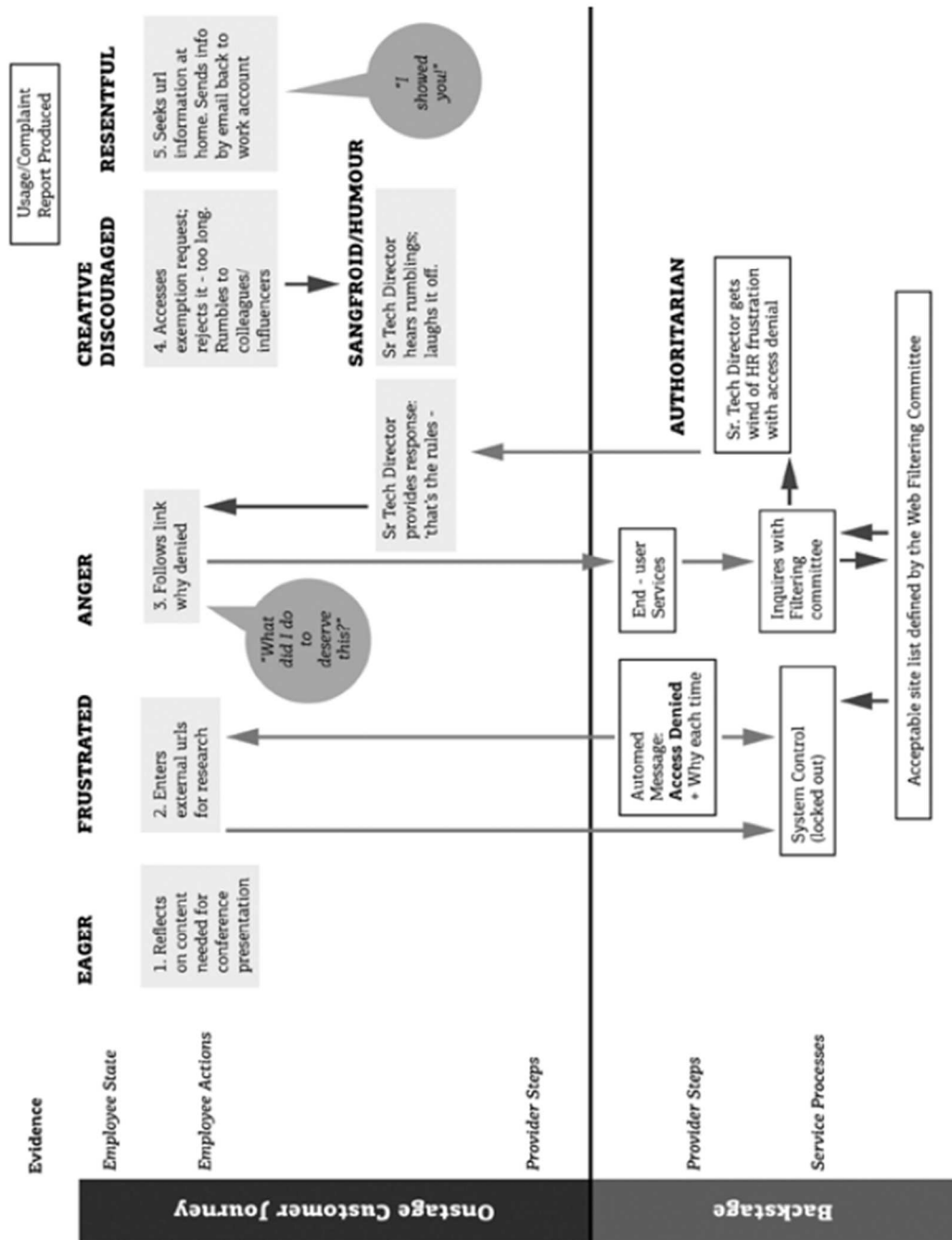
BOATES: , que liberam a entrada aos poucos e forma uma baita fila, pra ser atendido tem que disputar pra que te atendam, muito lotado e para pagar também na saída é complicado.

CORREIOS (AGÊNCIA CENTRAL): Sempre me irrita quando preciso ir até uma agência retirar alguma encomenda. Motivo 1: recebo o bilhete em casa sem infos suficientes (não sei qual a encomenda, de onde veio), 2: provavelmente ela foi taxada mas também não recebo essa informação de antemão, 3: não aceitam pagamento da taxa no cartão, 4: as filas são sempre imensas na agência pois somente a agência central da minha cidade faz esse serviço (além de fazer outros 35 serviços e o atendimento ser praticamente único), 5: o atendimento nessa agência nem sempre é bom.


NET/VIVO E SIMILARES: Além do serviço ser demorado, os atendentes costumam não entender o problema e não conseguem resolvê-lo.

ANEXO A – MODELO DE EXPRESSIVE SERVICE BLUEPRINT E SERVICE BLUEPRINT

Expressive service blueprint



Service blueprint

		18 BLUEPRINT DOS SERVIÇOS		
TEMPO		ANTES	DURANTE	DEPOIS
AÇÕES DO USUÁRIO	EXPERIÊNCIA			
	AÇÕES			
PONTOS DE CONTATO	FACE-À-FRONTAL			
	IMPRESSOS			
	LOCALIZAÇÃO			
	WEB : CELULAR			
AÇÕES DO BACKSTAGE	AÇÕES			
	PESSOA			
	EXPERIÊNCIA			