

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

DANIELA PONTES

***DESIGN* ESTRATÉGICO E *DESIGN* DE SERVIÇOS: UMA DISCUSSÃO
METODOLÓGICA A PARTIR DE UM PROJETO DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

PORTO ALEGRE

2012

DANIELA PONTES

***DESIGN* ESTRATÉGICO E *DESIGN* DE SERVIÇOS: UMA DISCUSSÃO
METODOLÓGICA A PARTIR DE UM PROJETO DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

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

Orientador: Prof. Dr Filipe Campelo Xavier da Costa

PORTO ALEGRE

2012

DANIELA PONTES

***DESIGN* ESTRATÉGICO E *DESIGN* DE SERVIÇOS: UMA DISCUSSÃO
METODOLÓGICA A PARTIR DE UM PROJETO DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

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

Orientador: Prof. Dr Filipe Campelo Xavier da Costa

APROVADO EM / /

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Karine de Mello Freire

Prof.Dr. Gustavo Dautdt Fischer

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à equipe de profissionais do Hospital Moinhos de Vento, que auxiliou na realização do projeto, e a Superintendência que permitiu a efetivação deste sonho.

Agradeço à minha família, pelo apoio e compreensão das incontáveis ausências, especialmente ao meu filho Emilliano, que me permite experienciar o verdadeiro o amor incondicional.

Aos professores, funcionários e colaboradores que integram o Programa de Pós-Graduação em Design da Unisinos, que proporcionam aos alunos um ambiente de aprendizado diferenciado.

Aos meus colegas de turma de mestrado, pela riqueza das trocas proporcionadas, e em especial às amigas Bruna Remus e Angela Severo, pelas horas não dormidas compartilhadas.

Agradeço especialmente ao professor Filipe Campelo Xavier da Costa, por todo o incentivo, o empenho e a dedicação ao exercer o verdadeiro papel de orientador.

Finalmente, aqueles com quem convivo diariamente, a equipe de *marketing* do Hospital Moinhos de Vento, pelo apoio, comprometimento, profissionalismo e compreensão das ausências ao longo destes dois anos.

RESUMO

A globalização apresenta-se como um processo influenciador das dinâmicas sociais, alterando a ordem de um contexto previsível e estático até então estabelecido, para um cenário dinâmico, fluido e de complexidade sem precedentes. Na sociedade contemporânea, a importância do setor de serviços é crescente, respondendo por grande parte da economia dos países, tornado assim esse mercado cada vez mais competitivo. Acompanhar as constantes mudanças no setor e o nível de exigência dos consumidores traz a necessidade de uma prática de projeção de serviços mais adequada ao atual contexto. A discussão é estabelecida a partir do entendimento de que o desenvolvimento de serviços inovadores pode ser obtido através de projetos orientados pelo design. Assim, este estudo delimita-se em, a partir de um olhar do *Design Estratégico*, contextualizar e avaliar a aplicação das ferramentas da disciplina de *design* de serviços no desenvolvimento de novos serviços hospitalares. A metodologia utilizada no estudo é constituída por revisão bibliográfica e estudo exploratório a partir de uma pesquisa ação, contemplada por meio da aplicação metodológica em um caso piloto. Teve-se como premissa que, ao explorar caminhos apontados por autores de design estratégico e *design* de serviços, através da exploração de seus conceitos e utilização das suas metodologias e ferramentas, fosse possível ter uma perspectiva projetual mais adequada, capaz de criar experiências diferenciadas, alcançando uma abordagem de serviços mais centrada nos usuários. Os resultados apontam que serviços projetados por essa lógica apresentam resultados diferenciados, e que sua implementação interfere e afeta a estrutura organizacional vigente.

PALAVRAS-CHAVE: *Design* de Serviços. *Design* Estratégico . Desenvolvimento. Serviços hospitalares.

ABSTRACT

Globalization presents itself as a process of influencing social dynamics, changing the order of a predictable and static context previously established to a dynamic scenario, of unprecedented fluidity and complexity. In contemporary society, the importance of the service sector is growing, accounting for much of the economy of countries, which make this an increasingly competitive market. Keeping pace with continuing changes in the sector and the level of consumer demand bring the need of a practice of design services best suited to the current context. The discussion is established based on the understanding that the development of innovative services can be obtained through projects oriented by service design. From the perspective of Strategic Design, this study consists of contextualize and evaluate the application of the tools of the discipline of service design in the development of new hospital services. The methodology of this study consists in bibliographic review and exploratory study based on research action, contemplated by the methodological application in a pilot case. The premise of this study was that, by exploring ways pointed out by authors of strategic design and service design, and exploring their concepts and use of methodologies and tools, it would be possible to have a more appropriate project perspective, able to create unique experiences, achieving a service approach more focused on the users. The results show that services designed from this logic have different results, and that its implementation interferes and affects the current organizational structure

KEY WORDS: Service Design, Strategic Design, Development, Hospital Services

*“No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.”*

*Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.”*

Carlos Drummond de Andrade

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Custos de Procedimentos	24
Figura 2 – Esquema sistêmico do desenvolvimento do processo metaprojetual.....	41
Figura 3 – Modelo de Ações do Design de Serviços.....	49
Figura 4 – Quadro comparativo dos modelos de Design de Serviços	51
Figura 5 – tarefas dos Design de Serviços.....	53
Figura 6 – Interação das tarefas do Design de Serviços	55
Figura 7 – Processo de Benchmarking com Ciclo do PDCA adaptado ao projeto.....	68
Figura 8 – Síntese estrutural do estudo	73
Figura 9 – Processo Metaprojetual Adotado	76
Figura 10 – Síntese Metodológica e ferramental, utilizado nas Análises de Mercado e da empresa.....	79
Figura 11 – Moodboard – Hospital Moinhos de Vento.....	98
Figura 12 – Processo de Workshop Turismo Médico.....	100
Figura 13 – Legenda do Customer Journey Map - Workshop	102
Figura 14 – Persona 1/ Paciente – Workshop.....	105
Figura 15 – Persona 2/ Paciente – Workshop.....	106
Figura 16 – Persona 3/ Acompanhante – Workshop.....	107
Figura 17 – Persona 4/ Paciente – Workshop.....	108
Figura 18 – Moodboard – Hospital Moinhos de Vento.....	112
Figura 19 – Blue-Sky – Contexto de Acolhimento – Contexto familiar.....	122
Figura 20 – Blue-Sky – Ambiente de Acolhimento –Ambiente ao ar livre: Natureza.....	122
Figura 21 – Blue-Sky – Contexto de Conhecimento –Contexto de Aprendizado	123
Figura 22 – Blue-Sky – Ambiente de Conhecimento.....	123
Figura 23 – Blue-Sky – Contexto de Desconhecimento	124
Figura 24 – Blue-Sky – Ambiente de Desconhecimento	124
Figura 25 – Blue-Sky – Contexto de Descaso.....	125
Figura 26 – Blue-Sky – Ambiente de Descaso.....	125
Figura 27 – Gráfico de Polaridades – Contexto Atual.....	127
Figura 28 – Gráfico de Polaridades – Contexto Desejado.....	127
Figura 29 – Sobreposição do Contexto Atual e Contexto Ideal	128
Figura 30 – Possíveis Cenários	129
Figura 31 – Cenário de Projeto	134
Figura 32 – Legenda do Customer Journey Map – Versão 2	139
Figura 33 – Persona 5/ Concierge do Paciente Internacional.....	170
Figura 34 – Esquema Linear do Desenvolvimento Metaprojetual e Projetual.....	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 indicadores do SUS	19
Tabela 2 Número de Beneficiários de Planos de Saúde Privados (Brasil 2000 – 2010)	21
Tabela 3 - Estimativa da chegada de turistas ao Brasil por motivo de saúde	27
Tabela 4 – Níveis de Padrões Complementares	83
Tabela 5 – Hospitais Selecionados X Níveis de Padrões Complementares	90
Tabela 6 – Maiores Desvantagens Competitivas – Oportunidades de Projeto	95
Tabela 7– Frases: Pacientes Internacionais	111

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A Saúde no Brasil	18
1.1.1 O Modelo de Saúde Suplementar Brasileiro	20
1.2 O Turismo Médico como uma Alternativa de Receita Qualificada	22
1.3 Objetivos.....	30
1.3.1 Objetivo Geral	30
1.3.2 Objetivos Específicos	31
1.4 Justificativa.....	31
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	35
2.1 A Evolução do Papel do <i>Design</i>	35
2.1.1 <i>Design</i> Estratégico	36
2.2. O setor de serviços.....	44
2.2.1 <i>Design</i> de Serviços	46
2.2.2 <i>Design</i> de Serviços na área da Saúde	56
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
3.1 Síntese Metodológica	59
3.2 Delineamento da Pesquisa	60
3.2.1 Pesquisa-Ação	62
3.2.2 Unidade de Estudo.....	63
3.3 Coleta de Dados.....	63
3.3.1 Revisão Bibliográfica	64
3.3.2 Pesquisa <i>Desk</i>	64
3.3.3 Pesquisa Documental.....	64
3.3.4 Pesquisa Historiográfica	64
3.3.5 Entrevista.....	65
3.3.6 Observação Participante	65
3.4 Processo de projeto adotado	66
3.4.1 <i>Benchmarking</i>	66
3.4.2 <i>Workshop</i>	68

3.4.3 <i>Customer journey maps</i>	69
3.4.4 <i>Personas</i>	69
3.4.5 <i>Brainstorming</i>	70
3.4.6 <i>Moodboard</i>	70
3.4.7 S.W.O.T	70
3.4.8 Cenários	71
3.5 Técnicas de análise dos resultados	71
4. PROJETANDO O SERVIÇO	75
4.1 <i>Briefing</i> – A Definição do Problema de Projeto.....	76
4.2 Etapa Metaprojetual.....	77
4.2.1 A Pesquisa Contextual para um Novo Segmento de Mercado.....	78
4.2.1.1 Análise de Mercado	79
4.2.1.1.1 Planejamento do <i>Benchmarking</i>	80
4.2.1.1.2 <i>Benchmarking</i>	84
4.2.1.2 Análise da Empresa	92
4.2.1.3 Análise dos Usuários	99
4.2.1.3.1 <i>Workshop</i> de Turismo Médico	100
4.2.1.3.1.1 <i>CustomerJourney Map</i>	101
4.2.1.3.1.2 <i>Persona</i> – Quem é o Usuário deste Serviço?	104
4.2.2 Análise S.W.O.T.....	112
4.3 <i>Contra Briefing</i> – O Reposicionamento do Problema de Projeto.....	115
4.4 Pesquisa <i>Blue-Sky</i>	115
4.4.1 <i>Brainstorming</i>	116
4.4.1.1 Aplicação do Método.....	117
4.4.2 <i>Blue-Sky</i>	121
4.4.3 Cenários	126
4.4.3.1 Gráficos de Polaridades	126
4.4.3.1.2 Gráficos de Polaridades – Contexto Desejado	127
4.4.4 Possíveis Cenários	129
4.4.5 Definição de Cenário	134
4.4.6 <i>Visions</i> – Possíveis Caminhos de Projeto.....	135
4.5 Síntese Metaprojetual	135
4.6 EtapaProjetal.....	136
4.6.1 <i>Blog</i> do Paciente Internacional	141
4.6.2 <i>Kit</i> de Boas-Vindas	145
4.6.2.1 Portfólio do Hospital	147
4.6.2.2 Diário de Bordo	148

4.6.3 Sinalética Bilíngue.....	151
4.6.4 Procurando Alguém.....	156
4.6.4.1 <i>Pins</i> com Bandeiras de Países	156
4.6.4.2 Ferramenta Idiomas	157
4.6.5 Sala do Paciente Internacional.....	161
4.6.6 Concierge do Paciente Internacional	169
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	172
5.1. <i>Design</i> Estratégico e Design de Serviços	172
5.1.1 As semelhanças e diferenças existentes.....	176
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
REFERÊNCIAS:	183
Anexos	188

1 INTRODUÇÃO

O cenário globalizado atual traz à tona novas hierarquias sociais, políticas, econômicas e culturais (BAUMAN, 1998). Surge uma nova classe global que usufrui da alta velocidade de transmissão de informação, aprimorando ainda mais seu nível de exigência e expectativa na aquisição de significados por meio do consumo de mercadorias, serviços e experiências.

O mercado torna-se cada vez mais complexo, fazendo com que as empresas nele inseridas atualizem-se constantemente, tanto nos seus processos de gestão, nas tecnologias empregadas, quanto na qualidade e diferenciação dos serviços ofertados.

Para algumas indústrias a globalização é sinônimo de desenvolvimento, de novos desafios e oportunidades, para outras, porém, ela tangibiliza a ameaça da competição com novos concorrentes na busca pela sobrevivência no próprio mercado de atuação. Seja pela disponibilização instantânea de informação aumentando a oferta e os padrões de exigência dos consumidores, ou pela própria incapacidade de fluir numa nova dimensão de tempo e espaço, imposta pela mesma. Assim como apontado por Bauman (1998) em relação aos indivíduos, algumas organizações tornam-se plena e verdadeiramente “globais”, enquanto que outras se fixam na sua “localidade”.

O fato é que a globalização é um processo irreversível, que afeta a todos na mesma medida. “Estamos todos sendo globalizados” (BAUMAN, 1998, p. 7). A mobilidade passa a ter o mais alto nível dos valores cobiçados e é uma nova forma de estratificação da sociedade e das indústrias contemporâneas. A cada dia, mais livres das fronteiras geográficas, formam-se novas hierarquias sociais, culturais, políticas e econômicas em escala mundial. Assim como apontado por Bauman (1998) em relação ao comportamento da elite dominante, que em todas as épocas tendeu a criar uma cultura própria e sempre teve mais em comum com as elites globais do que com o resto da população local, as empresas que navegam com relativa tranquilidade nesse mundo de novas fronteiras consolidam, a sua já existente inclinação cosmopolita. O autor aponta que todos os fatores até então socialmente produzidos de constituição, separação e manutenção de identidades

coletivas, tais como fronteiras estatais e barreiras culturais, tornaram-se meros efeitos secundários da velocidade com a qual conseguimos vencer as distâncias.

Com o entendimento da naturalização desse processo, a observância de suas consequências é a base para o objetivo desta pesquisa. A alteração nas dinâmicas sociais favorecendo a miscigenação de diversas culturas fomenta o desprendimento do vínculo existente entre os indivíduos e suas culturas de origem, possibilitando, assim, um trânsito global mais fluido. O tema é abordado também por Néstor Canclini, que o traz para discussão em seu livro, *Culturas Híbridas* (1997). Nele o autor defende que hibridação cultural é um conjunto de processos de intercâmbio e mesclas de culturas, podendo incluir a mestiçagem racial ou étnica, o sincretismo religioso, além de outras formas de fusão cultural. Segundo o autor, historicamente a hibridação sempre ocorreu, na medida em que há contato entre culturas e uma toma emprestado elementos das outras. Mas o fato é que, para esta sociedade, o desprendimento da tradição e a absorção de novas culturas e costumes não mais atrelados a espaços geográficos fazem com que as culturas puras cedam espaço ao surgimento de culturas híbridas. Tal fenômeno facilita a aproximação dos indivíduos e a adaptação dos mesmos a novos contextos. “Próximo, é um espaço dentro do qual a pessoa pode sentir-se *chez soi*, à vontade, um espaço no qual raramente, se é que alguma vez, a gente se sente perdido, sem saber o que dizer ou fazer.” (BAUMAN, 1998, p. 20)

Assim como a hibridação das culturas, a padronização e a conseqüente potencialização da produção em larga escala surgem como efeito da globalização. Não é de hoje que o processo de padronização e suas consequências na sociedade contemporânea vêm sendo abordados por vários autores. Em *Dialética do Esclarecimento* (1947), no capítulo “A indústria cultural”, Adorno trata do processo de massificação dado pela cultura, através da manipulação e controle social pelos meios de comunicação, tais como cinema, rádio, televisão, jornais e revistas. A indústria cultural se caracteriza por um sistema de produção e distribuição de mercadorias culturais, onde o prazer estético é mediado pelo interesse capitalista de vender para os consumidores modos de percepção estereotipados que favoreçam sua integração na totalidade social. Para o autor, o processo de massificação atinge todas as classes sociais.

“Os consumidores de cada classe devem se comportar em conformidade com o seu *level*, previamente caracterizado por certos sinais, e escolher a categoria dos

produtos de massa fabricados para seu tipo.” (ADORNO, 1985, p. 116).

Para o autor, a distinção entre produtos com diferentes preços existe muito mais no intuito de classificação estatística da “classe” à qual pertence o consumidor, do que por características e conteúdo do próprio produto. Assim, o fornecimento aos consumidores pela indústria cultural de uma “hierarquia de qualidades” serve apenas para uma quantificação mais completa, reduzindo os mesmos a um simples material estatístico, distribuindo-os em mapas dos institutos de pesquisa. Posto isso, os indivíduos são considerados como produtos da indústria cultural, são modelados por ela.

Assim, o significado dessa uniformização do todo traz à tona a relação entre esclarecimento e modernidade, demonstrando o modelo cultural da sociedade contemporânea, de falsa identidade do universal e do particular. A indústria cultural é reprodutora da “pseudo-individualização” dos integrantes das massas; estes se apoiam no consumo de mercadorias culturais adquirindo não o objeto, mas o que ele representa, para ter a percepção ilusória de um *status* social distintivo. Nessa indústria imperam a serialização e a imitação, manifestando-se assim como fatores de integração social. Se, por um lado, como sustentado por Adorno, à padronização e serialização das “mercadorias culturais” atende ao propósito de manipulação das massas, por outro ela possibilitou e possibilita o desenvolvimento de várias indústrias, como aquelas pertencentes ao setor de serviços.

Na indústria da saúde, a padronização e a consequente estandardização dos serviços hospitalares tomaram corpo no início dos anos de 1990, e ganharam força e visibilidade com o surgimento de entidades internacionais, cujo principal objetivo é garantir uma melhoria da segurança dos cuidados de saúde por meio da prestação de serviços de certificação e acreditação¹, bem como através de serviços educativos que visam ajudar as organizações a implementar soluções e práticas sustentáveis. As organizações de cuidados de saúde acreditadas têm acesso a uma variedade de recursos e serviços que os conectam com a comunidade mundial através de um sistema de medição de qualidade internacional para *benchmarking*², estratégias de redução de riscos, melhores práticas e métodos para reduzir os efeitos adversos (JCI 1994), sendo a JCI – *Joint Commission International* uma das principais

¹Determinação, por parte do organismo de acreditação da Organização Acreditadora, de que uma instituição encontra-se em conformidade com os padrões aplicáveis desta Organização.

²Técnica de aprendizado direcionada à identificação das melhores práticas utilizadas em uma organização de referência (Deserti, 2007).

organizações, presente em mais de 80 países. Obedecer tais padrões tornou-se questão de sobrevivência para grande parte das instituições de saúde em âmbito mundial, quando a OMS – Organização Mundial de Saúde, em 2000, publicou a Resolução 55, com o claro propósito de tornar a segurança do paciente uma alta prioridade na agenda política dos países membros. Logo, o que era até bem pouco tempo atrás um diferencial competitivo, gradativamente vem se tornando uma *commodity* no mercado hospitalar, em especial para aqueles que atuam no segmento de turismo médico³. Perfetto e Dholakia (2010) destacam que o turismo médico é uma grande promessa para muitos países em desenvolvimento, onde a sua vantagem competitiva de custos mais baixos pode traduzir-se na detenção de uma parcela significativa do mercado de cuidados globais de saúde. Porém segundo os autores, as promessas de cuidados de saúde de baixo custo para consumidores globais e prosperidade econômica para hospitais locais mascara muitas implicações sociais, políticas e culturais subjacentes. A existência de uma disjunção entre o anseio de libertação das restrições do mercado local, sejam elas de preços, tempo de espera ou ausência tecnológica, e o desejo da manutenção de certas regras e proteções para o mercado global resultam na massificação e padronização dos processos de cuidado; estes, tangibilizados pelos organismos de acreditação internacional e certificações médicas. Em outras palavras, os consumidores desejam projetar os elementos familiares de proteção das estruturas do mercado local do qual se originam, para o mercado global. Os autores ressaltam que o turismo médico deixou de ser apenas uma questão de escolha individual, tornando-se uma questão de escolhas sociais.

Esse contexto está de acordo e inserido na ordem atual de globalização dos mercados, onde instituições de saúde, assim como outras organizações, competem localmente, num mercado de economia, finanças, tecnologia, cultura e informação globalizadas. Porém, a globalização trouxe para o mercado da saúde não só a disseminação de padrões internacionais de protocolos e qualidade como uma troca extraordinária de tecnologia, conhecimento e informação, esta última estando instantaneamente disponível em todo o planeta. Tais avanços, evidentemente, elevaram o nível da prestação de serviços e também das exigências do mercado. A questão que se coloca é que, quanto mais aberta ao paciente internacional uma

³ Segmento de mercado em que hospitais nele inseridos recebem pacientes oriundos de outras cidades e/ ou países para tratamentos médicos e odontológicos.

instituição pretende estar, maior necessariamente será a sua preocupação em não só oferecer a excelência dos serviços fins prestados, dentro de um reconhecido padrão internacional, como também novidades em serviços e produtos diferenciados e adaptados, com foco no usuário. Usuário esse cosmopolita, mas, ainda assim, oriundo de uma determinada cultura, com idioma e costumes distintos, e com a percepção emocional, que na aquisição de serviços é mais forte e presente do que na aquisição de produtos, ainda mais aguçada devido à particularidade que possui este setor, de que, através da compra de serviços, o cliente almeja adquirir como “produto final” a saúde.

Entretanto, a velocidade imposta pela globalização não é a mesma que norteia o necessário processo de adaptação da cultura organizacional, por grande parte dos hospitais brasileiros a este novo cenário cada vez mais complexo. Talvez, pelo fato de os serviços oferecidos possuírem como sujeito onipresente a vida, a rigidez e o conservadorismo do setor façam com que temas como inovação (excluída a tecnológica) e projeção de serviços diferenciados tenham sido, até então, relegados a um segundo plano. A complexidade do atual contexto evidencia a ineficiência dos modelos tradicionais e sinaliza para a importância de uma cultura organizacional orientada pelo *design* numa dimensão estratégica. Como um meio eficaz de *criação de sentido* com foco no usuário, através da capacidade do *designer* de conduzir e mediar um processo de diálogo entre vários aspectos, efeitos de sentido e atores, com objetivo de satisfazer diferentes necessidades, obtendo resultados de valor para aquilo que produz. Tal alternativa se sustenta na medida em que sua atuação no âmbito estratégico da organização incita à criação de uma cultura empresarial voltada para a inovação. Propiciando, assim, um ambiente aberto à geração de ideias, através de projetos realizados com equipes multidisciplinares e foco no usuário; fazendo com que as organizações estejam, dessa forma, aptas a responder à complexidade do mercado contemporâneo de forma constante e mais completa. Entrar no mercado global de prestação de serviços hospitalares exige novos conceitos de projeção de serviços, que, por sua vez, dependem de uma adaptação da cultura organizacional vigente. Essa mudança de paradigma é tão desafiadora quanto necessária, uma vez que abre alternativas de novos mercados para um setor que possui um cenário local marcado por uma forte concentração de receita em poucos clientes.

1.1 A Saúde no Brasil

Até meados do século XX inexistia, no Brasil, um sistema de saúde (ALMEIDA, 2011, p. 6). As camadas mais abastadas da sociedade eram tratadas em instituições privadas; os trabalhadores tinham acesso à saúde em clínicas e hospitais dos sindicatos. Já as camadas menos favorecidas, procuravam auxílio nas instituições filantrópicas ou públicas (geralmente localizadas em áreas urbanas), que aceitavam indivíduos em estado de indigência.

Conforme Paim et al. (2011), em artigo sobre o sistema de saúde brasileiro, publicado na revista científica *The Lancet* (maio, 2011), a reforma sanitária brasileira não foi impulsionada pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais, mas sim por profissionais da saúde e integrantes de movimentos e organizações da sociedade civil, ocorrendo de forma simultânea à redemocratização do país. A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Ele tem o objetivo de promover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo assim a participação da comunidade em todos os níveis de governo. O SUS possui duas linhas principais de atuação (ALMEIDA, 2011): O Programa Saúde da Família, que presta cuidados primários⁴ de saúde em 5.295 municípios; e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que presta atendimento secundário⁵ e terciário⁶ em todo o país.

Aliado às intervenções de saúde pública que começaram na década de 70 e, mais recentemente, a implantação de políticas sociais relacionadas ao emprego e à transferência condicional de renda, os autores consideram, depois de 20 anos, que foi positivo o impacto do SUS (Tabela 1).

⁴Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde." (Declaração de Alma-Ata, OMS 1978.) São os cuidados preventivos à saúde, tais como exames pré-natais, vacinas, exames laboratoriais de rotina.

⁵ Atenção secundária são os tratamentos curativos de problemas médicos, como as doenças de tratamento ambulatorial, internações, cirurgias.

⁶ Atenção terciária são os tratamentos de sequelas como na fisioterapia, reabilitação, fonoaudiologia, próteses e órteses, etc.

Tabela 1 indicadores do SUS

	1980	1990	2000	2010
Mortalidade Infantil (n por mil, nascidos vivos)	69,10	45,22	24,7	19 (2007)
Taxa de fertilidade	4,35	2,85	2,38	1,86 (2008)
Expectativa de vida com idade > 60 anos	76,4	78,3	80,4	81,01

Fonte: Paim et al (The Lancet, p. 13, maio 2011)

Tais conquistas não anulam sérios problemas que envolvem a igualdade de acesso, qualidade e eficiência. A insuficiência de investimentos e a má gestão decorrente da burocracia governamental são alguns dos problemas a serem enfrentados. O principal determinante da baixa qualidade dos serviços prestados pela rede SUS é a limitação qualitativa, e não a quantitativa, dos recursos humanos disponíveis (ALMEIDA, 2011, p.6).

A rede SUS é o principal empregador no país dos profissionais de saúde registrados nos conselhos profissionais (ALMEIDA, 2011; p.6). Nela atuam 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos. Porém, profissionais qualificados, orientados para a evidência, bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde não correspondem ao perfil médio dos profissionais que operam no sistema. Problema este decorrente, em parte, da auto-seleção, onde o setor público é visto como um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, ficando em posição secundária com relação à iniciativa privada ou aos empregos disponibilizados pelas empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes.

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si. Ele possui três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal; o subsetor privado (com fins lucrativos, ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras, com recursos públicos ou privados; e o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguros, além de subsídios fiscais. O componente público e privado são distintos, mas interconectados, podendo

os usuários utilizar os serviços de todos os três setores, dependendo da facilidade de acesso ou da sua capacidade de pagamento. Mesmo com toda a evolução na prestação de serviços da saúde pública, a maior parte das despesas de saúde do país ainda é financiada pelas famílias brasileiras. Estas, em 2007, foram responsáveis por 58,4% dos gastos, contra 41,6% provenientes do setor público (IBGE, 2007).

1.1.1 O Modelo de Saúde Suplementar⁷ Brasileiro

Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos (PAIM, TRAVASSOS, 2011). No início da década de 70 foram disponibilizados recursos do governo federal para reforma e construção de hospitais privados. Como forma de incentivo, descontos no imposto de renda foram concedidos às empresas que ofertassem assistência médica a seus empregados, levando assim à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados.

Historicamente, no país, as políticas de saúde promovem a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, pela remuneração e criação clínicas diagnósticas e hospitais, ou por meio de incentivos às empresas e planos de seguros de saúde.

O setor teve um considerável crescimento na última década. Conforme relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 45,6 milhões de brasileiros no final de 2010 eram usuários de algum plano de saúde. Um crescimento de 8,7% em relação a dezembro de 2009, sendo este o maior crescimento anual desde o início da série, em 2000. (Vide Tabela 2 – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial do plano. Brasil (2000 - 2010)).

⁷ Ações de assistência à saúde prestada pela iniciativa privadas, seja por profissionais de saúde de forma liberal ou por empresas operadoras de planos de saúde, sob regulação do Estado

Tabela 2 Número de Beneficiários de Planos de Saúde Privados (Brasil 2000 – 2010)

Data	Assistência Médica com ou sem Odontologia
Dez/00	30.705.334
Dez/01	31.132.361
Dez/02	31.105.254
Dez/03	31.771.197
Dez/04	33.673.600
Dez/05	35.010.992
Dez/06	36.763.983
Dez/07	38.498.426
Dez/08	40.427.009
Dez/09	41.923.639
Dez/10	45.570.031

Fonte: Caderno de Informações da Saúde Suplementar - ANS - Março de 2011 (Adaptado pela autora)

Analistas desse mercado acreditam que a continuidade do crescimento do emprego formal e a conseqüente expansão da renda devem contribuir para o aumento no número de pessoas com plano de saúde (ANAHP, 02/ 2010)⁸. Os prognósticos do setor poderiam ser considerados positivos pelos hospitais privados do país, não fosse a forte concentração desses usuários num pequeno número de operadoras e planos de saúde. Segundo o Caderno de informações da saúde suplementar (ANS, março 2011), as duas maiores operadoras do país possuem 10,4% de participação neste mercado. Se analisarmos as 36 primeiras colocadas, este número passa para 50,13%. O cenário mostra ainda uma tendência crescente de concentração, uma vez que nos últimos anos tem-se observado uma queda contínua no número de operadoras em atividade no país (ANAHP, 02/ 2010), impulsionada pela própria ANS, que tem contribuído para este movimento promovendo mudanças no marco regulador.

A situação fica ainda mais crítica quando confrontamos esses dados com os

⁸ Associação Nacional de Hospitais Privados.

indicadores⁹ da ANAHP, que mostram que em média 91% da receita dos hospitais associados¹⁰ são provenientes de operadoras e planos de saúde, contra 7% de pacientes particulares e 2% do SUS. O desequilíbrio na composição das receitas dos hospitais traduz as dificuldades crescentes no relacionamento comercial destes com as operadoras, para a definição de valores justos para os serviços assistenciais prestados. Mas o baixo poder de negociação não é a única ameaça consequente da forte concentração da receita. Da fatia de 91%, exatos 27,2% (ANAHP, 02/2010) são provenientes do grupo denominado Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas, modalidades que nos últimos anos têm adotado um processo de verticalização das suas atividades, investindo em unidades próprias para o atendimento de seus beneficiários.

Os dados evidenciam a necessidade de alternativas que garantam a sobrevivência das instituições de saúde. O cenário local permaneceu praticamente o mesmo na última década e os indicadores de tendência não mostram alterações para o curto/ médio prazo. Com o entendimento explorado anteriormente de que vivemos numa época de globalização, padronização de processos e surgimento de uma classe hospitalar de padrão internacional, abre-se aqui a oportunidade de projeção de serviços focados num novo usuário: o cidadão global. Tal oportunidade é consequência não só da realidade nacional, mas também das carências e necessidades locais de outros países.

1.2 O Turismo Médico como uma Alternativa de Receita Qualificada

Turismo médico, também chamado de turismo saúde, é a prática de viajar para outra cidade ou país com a finalidade primária de receber cuidados médicos, odontológicos ou cirúrgicos (FOCO CONSULTORIA, 2010). Nessa mesma linha, o Ministério do Turismo do Brasil define o segmento como “(...) atividades turísticas decorrentes da utilização de meios e serviços para fins médicos, terapêuticos e estéticos.¹¹”. Segundo Ralph Perfetto e Nikhilesh Dholakia, em seu artigo “Explorando as contradições culturais do turismo médico” (2010), a indústria de

⁹ Os indicadores são apurados junto aos hospitais associados, através do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares – SINHA, e do Projeto Melhores Práticas Assistenciais – PMPA.

¹⁰ São associados da ANAHP, os principais hospitais privados do país. Estes respondem por 9% do total de internações do Setor de Saúde Suplementar e 11,4% das despesas assistenciais das operadoras e planos de saúde.

¹¹ BRASIL, Ministério do Turismo. Segmentação do Turismo: Marcos Conceituais.

viagens destinadas a indivíduos que estão dispostos a viajar ao exterior com intuito de adquirir serviços médicos de padrão internacional a preços acessíveis, em destinos de férias, é um segmento novo e crescente. Perfetto & Dholakia salientam que o turismo de saúde não se limita a pessoas com pouco ou nenhum seguro de saúde. Muitos optam por viajar ao exterior para realizar procedimentos eletivos não abrangidos pelo seu seguro de saúde, tais como cirurgias estéticas. Woodman (2007) observa que cirurgias estéticas eletivas, como aumento dos seios, abdominoplastia e lipoescultura, são as formas mais comuns de procedimentos cirúrgicos adquiridos no exterior. Juntam-se a esses grupos consumidores que não querem lidar com os longos períodos de espera para procedimentos eletivos em seu país de residência. Assim, esse fenômeno é uma consequência direta de três fatores com diferentes preponderâncias, dependendo do país de origem. Naqueles em que o sistema de saúde é predominantemente privado, como nos Estados Unidos, o maior fator de exclusão de pacientes à assistência médica local é o elevado custo dos planos de saúde; para as seguradoras e operadoras, o alto custo dos tratamentos; assim seguradoras, operadoras e pacientes que não possuem seguro para assistência médica recorrem ao turismo de saúde como uma alternativa para redução de custos com sinistros e cirurgias (Vide Figura 1 – Comparativo de preços inserido no livro *Patients Beyond Borders*, (2007). Além das cirurgias estéticas, os principais procedimentos visados pelo turismo médico são geralmente cirurgias eletivas caras, onde os custos de viagens são relativamente pequenos em comparação com os custos do procedimento médico (WOODMAN, 2007). São eles: cirurgia cardíaca, ortopédica, odontológica, bariátrica e oftalmológica.

Figura 1 – custos de procedimentos

Custos em dólares (US\$) para pacientes estrangeiros									
Procedimento	Países					% de custo em relação aos EUA			
	EUA	Índia	Tailândia	Singapura	Malásia	Índia	Tailândia	Singapura	Malásia
Implante de marca-passo	130.000	10.000	11.000	18.500	9.000	8%	8%	14%	7%
Substituição de válvula cardíaca	160.000	9.000	10.000	12.500	9.000	6%	6%	8%	6%
Angioplastia	57.000	11.000	13.000	13.000	11.000	19%	23%	23%	19%
Prótese de quadril	43.000	9.000	12.000	12.000	10.000	21%	28%	28%	23%
Histerectomia	20.000	3.000	4.500	6.000	3.000	15%	23%	30%	15%
Prótese de joelho	40.000	8.500	10.000	13.000	8.000	21%	25%	33%	20%
Fusão espinhal	62.000	5.500	7.000	9.000	6.000	9%	11%	15%	10%

Fonte: Patients beyond borders (Woodman 2007) (Tradução livre da autora)

Já, nos países onde o sistema público de saúde é predominante, como Canadá e Reino Unido, a priorização do atendimento é definida pela urgência e nível de complexidade da enfermidade. As longas filas e a conseqüente demora na realização de procedimentos e tratamentos de menor urgência fazem com que os pacientes com maior poder aquisitivo procurem alternativas para minimizar o tempo de espera. O relatório da Medical Travel Brasil (2010) aponta que em 2005 um número estimado de 782.900 pacientes canadenses aguardou, em média, 9,4 semanas para usufruir ao seu direito de tratamento. Procedimentos como cirurgia de colocação de prótese de quadril e de catarata têm espera aproximada de 26 e 16 semanas, respectivamente. Por fim, ainda existem aqueles países que possuem carência de tecnologias avançadas com medicina de ponta e tratamentos específicos (alguns países da América do Sul e África, dentre outros), exportando, assim, pacientes que querem e podem adquirir procedimentos realizados em locais que utilizam as técnicas mais avançadas existentes.

Atualmente os países que mais exportam pacientes são o Canadá, Itália, Portugal, China, Angola e Estados Unidos. Aproximadamente 46 milhões de americanos não possuem plano de saúde e 127 milhões não possuem plano odontológico. Estima-se que mais de 150.000 norte-americanos viajaram para o exterior para cuidados de saúde em 2006, e esse número apresentava tendência de dobrar até 2008 (WOODMAN, 2007). Em entrevista ao jornal *Folha de São Paulo*, o autor coloca que, com o crescente aumento nos custos de saúde e com o envelhecimento populacional, o turismo médico crescerá muito nos próximos anos. A

indústria já movimentada cerca de U\$ 40 bilhões por ano, e deverá sofrer incremento de 20% em 2012 (WOODMAN, 2012).

Na outra ponta encontram-se os países que mais importam pacientes, como Argentina, Costa Rica, Cuba, Jamaica, África do Sul, Jordânia, Malásia, Letônia, Tailândia, Singapura e Índia (PERFETTO e DHOLAKIA, 2010), sendo o turismo médico uma realidade cada vez mais presente na economia desses países emergentes.

Alguns fatores contribuem para o “sucesso” de determinados países neste segmento; um número considerável de hospitais acreditados internacionalmente (conforme relatório da Deloitte Consultoria, para um hospital entrar neste segmento é imprescindível uma acreditação internacional) facilita a formação de *clusters*¹² hospitalares que funcionam como propulsores de uma cadeia de serviços facilitadores do acolhimento, destinados ao paciente internacional. Serviços como: recepção personalizada em aeroportos, pessoas dedicadas ao acompanhamento deste paciente e seus familiares, exames e consultas pré-agendadas com especialistas, serviços de hotelaria e cuidados pós-alta, dentre outros. Atuando em *cluster* além do compartilhamento de serviços comuns, os hospitais diluem o custo de prospecção, facilitando assim a divulgação e penetração das marcas globalmente por meio da participação em congressos, feiras, etc. Segundo Michael Porter, em seu livro “A Vantagem Competitiva das Nações (1989)”, as empresas integrantes de um *cluster*, por estarem próximas, interagem com efeitos positivos. Por estarem concentradas, criam um mercado de trabalho especializado, atraindo fornecedores e gerando um ambiente de disseminação de conhecimento e tecnologia, contribuindo assim com o aumento da competitividade da região. A atuação em *cluster* propicia, ainda, uma prática de cooperação e de alianças estratégicas. Voltadas para o mesmo ramo de atividade e com um relacionamento próximo, intenso e permanente entre elas, existe uma prática de colaboração ao mesmo tempo em que são estimuladas a rivalidade e a competição. Outros requisitos para ser um destino de viagens médicas são a existência de tratamentos especializados, qualidade na medicina, qualificação internacional do corpo clínico local, preços acessíveis e fluência das pessoas envolvidas em outros idiomas.

Alguns países importadores de pacientes que fizeram o “dever de casa” já

¹² Concentrações geográficas de empresas de determinado setor de atividade, que disputam o mesmo mercado, mas cooperam em aspectos que trazem ganhos mútuos.

mostram expressivos resultados. A Índia teve um crescimento de 2006 para 2007 de 20%, atingindo um faturamento de U\$ 382 milhões e projeção de 2,2 bilhões até 2012; já a Tailândia, líder neste segmento, acolheu em 2007, somente no *Bumrungrad International Hospital*, 65.000 americanos (PERFETTO e DHOLAKIA, 2010). Cingapura recebeu cerca de 410.000 turistas em busca de tratamento médico em 2007, segundo dados da Câmara Britânica de Comércio. O Brasil caminha timidamente para este mercado. Nos últimos três anos o Ministério da Saúde calcula que tenhamos recebido em torno de 180.000 mil turistas com a mesma finalidade. É um número muito modesto, quando comparado aos outros *players*, e para um destino que é culturalmente mais próximo do mercado americano e europeu, quando comparado com a Índia, Tailândia ou Cingapura, além de sermos referência em diversos segmentos da medicina, como cardiologia e medicina estética, e principalmente frente ao potencial do mercado existente.

O crescimento constante e acentuado desse segmento nos mercados asiáticos e de alguns países da América Central deve-se não só à profissionalização do setor e formação de *clusters* hospitalares, mas a uma forte parceria público-privada. Os governos destes países já reconheceram o potencial desse mercado e criam estratégias de divulgação junto aos respectivos Ministérios de Turismo. O governo da Índia tomou medidas para o incentivo deste setor como a criação do M-Visa (Medical Visas) em 2007, que são vistos especiais, expedidos com um mínimo de burocracia e validade de um ano, destinados a turistas que buscam tratamento naquele país, além do estímulo à importação de equipamento de ponta para hospitais, por meio da eliminação das barreiras burocráticas. De acordo com o Ministério de Turismo da Índia, o turismo médico deverá gerar 40 milhões de novos empregos nos próximos cinco anos (*MEDICAL TRAVEL BRASIL*, 2010). Já a OMT estima que o segmento, no mundo, atinja a Cifra de 60 bilhões de dólares entre 2012 e 2015.

Apesar da sua baixa expressividade neste mercado, o Brasil possui alguns dos requisitos determinantes para atuar no segmento de turismo médico. Atualmente 23 instituições de saúde (15 hospitais) possuem acreditação internacional pela JCI e outras 67 (29 hospitais) estão em processo (CBA¹³, 2011). Possuímos também médicos altamente capacitados e internacionalmente reconhecidos, além de uma excelente infraestrutura hospitalar (geralmente concentrada nos grandes centros).

¹³ Consórcio Brasileiro de Acreditação

Porém, alguns desafios devem ser superados, como o caos urbano e a falta de segurança.

Segundo o Ministério de Turismo do Brasil (2010), ainda não existem estudos específicos sobre o segmento no país, e conhecer a realidade do mesmo é uma difícil tarefa; porém é possível ter uma noção do contexto nacional, usando como referência os dados gerais sobre o turismo. Estudos da EMBRATUR (Empresa Brasileira de Turismo)¹⁴ mostram que a média de turistas estrangeiros que entraram no país e que declararam como motivo da viagem a saúde foi de 0,78%, entre os anos de 2004 e 2008, distribuídos conforme tabela a seguir:

Tabela 3 - Estimativa da chegada de turistas ao Brasil por motivo de saúde

Estimativa de Chegada de turistas ao Brasil por motivo de saúde - 2004 - 2008			
Ano	Chegada de turistas no Brasil	Motivo de Viagem saúde %	Estimativa da chegada de turistas - Motivo saúde
2004	4.793.703	0,58	27.568
2005	5.358.170	0,93	49.680
2006	5.017.251	0,61	30.431
2007	5.025.834	1,17	59.008
2008	5.050.099	0,62	31.482

Fonte: Estudo da Demanda Turística Internacional (MTur/ Fipe, 2010)

Um dos principais fatores responsáveis pelo fluxo de turistas de saúde que vêm ao Brasil é a projeção da cirurgia plástica nacional (EMBRATUR, 2005). Empresas especializadas nesse setor, como a *Cosmetic Vacations*, empresa norte americana instalada no Rio de Janeiro, que intermedia a vinda de pacientes daquele país interessados em cirurgia plástica e tratamento dentário, afirmam que existe um crescimento constante e que recebem em torno de 200 contatos por mês. Segundo o Ministério do Turismo nacional, o maior fluxo é de norte-americanos e europeus. Mas outros países, como Angola e Japão, também já descobriram o país como destino médico. Entre os procedimentos mais procurados estão o aumento de mamas, a lipoaspiração e a cirurgia do abdômen.

¹⁴ Brasil, Ministério de Turismo. Estudo da demanda turística internacional 2004 – 2008. Disponível em <http://www.turismo.gov.br>

A participação do governo neste segmento ainda é muito incipiente, mas alguns órgãos públicos estão atentos à movimentação de turistas que buscam tratamento médico no país. O Ministério do Turismo do Brasil, reconhecendo a importância deste segmento para o mercado de turismo nacional, editou em 2010 o Caderno de Turismo de Saúde. Este, o mais novo integrante de uma coletânea de outros 10, intitulados *Cadernos de Orientações Básicas de Segmentos Turísticos*, que objetivam difundir informações atualizadas para aqueles que atuam no processo de promoção, desenvolvimento e comercialização dos destinos e roteiros turísticos do Brasil.

(...) O Ministério do Turismo reconhece essas tendências de consumo como oportunidades de valorizar a diversidade e as particularidades do Brasil. Por isso, propõe a segmentação como uma estratégia para estruturação e comercialização de destinos e roteiros turísticos brasileiros. (...) o segmento de Turismo de Saúde pode ser uma resposta positiva ao desafio da sazonalidade do turismo e uma alternativa para o desenvolvimento sócio-econômico das regiões (Ministério de Turismo do Brasil, 2010).

Outra importante ação governamental é o Projeto de Lei nº 5.655/2009, que dispõe sobre o ingresso, permanência e saída de estrangeiros do território nacional. A exemplo da Índia está prevista a criação de um visto temporário concedido a estrangeiros em caso de tratamentos de saúde, extensivo a um acompanhante. Se aprovado, o visto, que é exclusivo para tratamento na iniciativa privada, deverá ser expedido em caráter temporário, com prazo de permanência de até um ano (Ministério de Turismo de Brasil, 2010). Tal medida é um incentivo ao segmento; a agilidade para emissão de vistos e a consequente possibilidade de estatísticas mais confiáveis são importantes avanços para o crescimento desse mercado.

Uma atenção maior a este segmento é justificada pelos números que ele apresenta; segundo dados de 2003 do Ministério do Turismo do Brasil, o turista de saúde é quem, em média, fica mais tempo no país (22 dias) e mais gasta (US\$ 120 por dia). A atuação no segmento beneficia todas as partes interessadas deste processo. O paciente estrangeiro, pela realização do tratamento, as seguradoras internacionais, pela viabilização econômica do mesmo, os governos locais, pelo aumento da arrecadação e renda, e a comunidade local, pela geração de empregos e receitas, além do aumento do nível tecnológico dos hospitais locais. E estes, pela possibilidade de uma fonte de receita alternativa, que, para os padrões locais, equivale-se aos valores de procedimentos particulares, aumentando assim a

rentabilidade média de cada procedimento e diminuindo a dependência das atuais fontes pagadoras, por meio da diluição da concentração da origem das receitas existente.

Considerando-se que os fatores que impulsionam o turismo médico tendem a se acentuar, este segmento de mercado se apresenta como uma grande oportunidade para os países que estiverem aptos a aproveitá-la. A prática de pacientes viajarem para cuidar da saúde, como uma alternativa aos fatores inibidores de cuidado em seus países de origem, só pôde ser considerada como um segmento de mercado a partir da última década, viabilizada pela “globalização da medicina” que, conforme já mencionado, propiciou que as instituições locais tivessem acesso às melhores práticas, possibilitando a padronização dos serviços, processos de segurança e qualidade do atendimento ao paciente.

Contudo, a complexidade de entrada neste mercado perpassa não só pela projeção de um serviço com foco no usuário chamado “cidadão global”, mas também pelo desafio de proporcionar a esses diferentes consumidores boas experiências que propiciem uma relação de confiança com a marca, projetando a mesma para além das fronteiras geográficas. Conforme o Ministério do Turismo brasileiro, a qualidade dos serviços que envolvem o turismo médico depende do desenvolvimento de pesquisas e da interação de diversas áreas do conhecimento (MINISTÉRIO do TURISMO DO BRASIL, 2010, p. 28).

A projeção de serviços tem despertado cada vez mais interesse e começa a ser mais discutida. Publicações como a *Touchpoint – The Journal of Service Design* são integralmente focadas no tema, apresentando diferentes *cases* a cada novo número. No Brasil, o Anuário de *Design Hospitalar* aborda o assunto trazendo *cases* de hospitais nacionais e internacionais que repensaram suas estruturas, tendo o usuário do serviço como objeto central do projeto. O resultado disso são relatos de experiências mais agradáveis e influência direta no estado emocional dos pacientes.

Dito isso, acreditamos que, num cenário de complexidade sem precedentes, uma abordagem multidisciplinar dotada de visão sistêmica e centrada no usuário, que é prerrogativa do *design* estratégico, apresenta-se com efetiva condição de reunir e articular todas as peças do gigantesco quebra-cabeça em que se converteram as instituições hospitalares frente às necessidades e mudanças do mercado (SKRABE, 2011).

Conforme Zurlo (2010), o *design* estratégico é um fenômeno complexo que

se confronta com fenômenos complexos; ele opera em âmbitos coletivos, suporta o agir estratégico graças às próprias capacidades e finaliza a própria operação na geração de um *efeito de sentido* que é a dimensão de valor para alguém (foco no usuário). Concretizando esses resultados em sistemas de oferta mais do que em soluções pontuais, um produto-serviço mais do que um simples produto; um sistema-produto, que é a representação visível da estratégia. Este foco no usuário (prerrogativa do *design* estratégico) é fundamental para o desenvolvimento de soluções inovadoras, percebíveis como diferenciadas por este. Segundo o autor, é capacidade do *design* estratégico conduzir e mediar um processo de diálogo entre vários aspectos, efeitos de sentido e atores, com objetivo de satisfazer necessidades diferentes, obtendo resultados de valor.

Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa é sob a ótica do *design* estratégico e aplicação da sua metodologia, avaliar a aplicabilidade das ferramentas da disciplina de *design* de serviços, na projeção de um novo serviço para a área hospitalar. O serviço escolhido é o turismo médico. A escolha por esse tema deve-se à união de dois fatores importantes: a necessidade das instituições de desenvolver serviços inovadores, mais aderentes ao atual contexto e que possam se tornar fonte alternativa de receita, e o ineditismo do tema, permitindo que a análise dos resultados da aplicabilidade das ferramentas de *design* não sofra a influência de outros fatores, que não a própria aplicação das mesmas.

Para tanto, a contextualização da mudança gradual do papel do *design* para além do projeto em si, e sua profunda participação no processo contínuo de inovação das organizações, assim como os conceitos e metodologias de *design* estratégico e ferramentas de *design* de serviços serão abordados ao longo dessa dissertação de maneira mais aprofundada, buscando mapear a origem desses conceitos e sua real relevância para o problema de pesquisa.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

A partir de um olhar do *Design* Estratégico, contextualizar e avaliar a aplicação das ferramentas da disciplina de *design* de serviços, no desenvolvimento

de novos serviços hospitalares.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o atual contexto da sociedade contemporânea e seus reflexos no setor de saúde, bem como o cenário da saúde no Brasil e o segmento de turismo médico;
- Abordar os conceitos de *design* estratégico e *design* de serviços e sua relevância para o setor de serviços e área da saúde;
- Caracterizar os atores das atividades de turismo médico (pacientes, familiares, médicos, representantes de instituições de saúde, setor público);
- Desenvolver, a partir de um caso piloto, um projeto de serviços focando o turismo médico para uma instituição de saúde;
- Avaliar e analisar o processo de projeto, com a utilização de ferramentas metaprojetuais e projetuais de *design* estratégico e *design* de serviços, frente aos seus referenciais teóricos;

1.4 Justificativa

A profissionalização da gestão hospitalar no Brasil, diferentemente de outros setores, iniciou-se tardiamente. Até bem pouco atrás, as instituições eram geridas por freiras, enfermeiras e/ou médicos (TORRESINI, 2002). Tal modelo deve-se às origens dessas instituições, que, em sua grande maioria, surgiram pela necessidade do cuidado de diferentes comunidades e não pelo objetivo de constituição de um novo negócio. Em grande parte, caracterizavam-se por instituições sem fins lucrativos, onde os recursos necessários eram adquiridos por meio de doações ou auxílio de suas mantenedoras.

A realidade não é mais essa. A saúde gradativamente vem tornando-se um negócio. Um nicho de mercado que, como tal, possui clientes, concorrentes, oportunidades e ameaças. Um objeto de consumo que tem sofrido transformações em seu significado para os indivíduos, acompanhando as transformações da própria sociedade.

Os últimos anos vêm apresentando um crescimento constante da porcentagem de pessoas que valorizam a boa forma e o bem-estar físico (KOTLER, 2008). Para um número crescente de indivíduos de todas as idades da sociedade

atual, a saúde tornou-se uma preocupação onipresente (LIPOVETSKY, 2004). É a “ideologia” da saúde, da longevidade e da prevenção que estão presentes em toda a parte. “Em nome destas, os indivíduos renunciam maciçamente às satisfações imediatas, corrigindo e reorientando seus comportamentos cotidianos” (LIPOVETSKY, 2004, p.73). Um dos fatores motivadores para essas “novas atitudes” é a tendência global de envelhecimento populacional. O aumento da expectativa de vida exige dos indivíduos atitudes preventivas que visem viver melhor, já que se vive mais (MOFFET, 2005). Assim, a medicina atual não mais atua somente no tratamento dos doentes; ela age antes mesmo do aparecimento dos sintomas, estimulando o monitoramento e controle da saúde, informando sobre os riscos e as peculiaridades dos males modernos, sugerindo modificações nos estilos de vida.

O tema está presente nas conversas cotidianas, na mídia - imprensa, televisão, Internet e redes sociais -, por meio da geração de conteúdo, disseminação de conceito e venda de produtos, ou seja, no consumo. Para Baudrillard (1995), as novidades de consumo são produtos das novas tecnologias, do crescimento das religiões, da transformação dos modelos familiares e do culto da beleza e da saúde. Esse comportamento está alinhado com a própria definição de *saúde* da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁵, que é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Por se tratar de uma área muito peculiar, o consumidor de saúde, como desconhecedor das especificidades deste negócio, avalia a eficiência dos serviços hospitalares prestados, por meio de percepções de itens correlatos à atividade fim e mais comuns ao seu cotidiano, tais como atendimento, presteza, conforto, serviço de hotelaria, limpeza e decoração. Porém, os hospitais em sua grande maioria continuaram tradicionalmente investindo prioritariamente em qualificação técnica, segurança, equipamentos e novas tecnologias. Itens estes que são mais perceptíveis à classe médica que detém o conhecimento necessário para avaliá-los, e que tradicionalmente é vista como o principal cliente hospitalar.

O modelo hospitalar vigente até então está fortemente centrado no médico, como cliente, no usuário local, como único paciente, e nas fontes pagadoras nacionais (planos de saúde e seguradoras), como intermediários. Isso posto, observamos que os serviços hospitalares vêm sendo projetados dentro dessa lógica, conforme Quadro 1, a seguir:

¹⁵ Organização Mundial de Saúde. *World Health Report 2000*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde 2002.

Médico: Principal cliente. Ele define e orienta o paciente sobre qual instituição hospitalar ele deve escolher para tratar a sua enfermidade.

Paciente: Usuário do serviço prestado. Geralmente é residente da cidade onde está localizado o hospital escolhido. Possui poucas oportunidades de experimentação dos serviços prestados pelas instituições, normalmente quando visita alguém, ou está doente.

Planos de Saúde e Seguradoras: Intermediários, cuja responsabilidade é autorizar e pagar pelo serviço prestado ao segurado (paciente).

Quadro 1 – Esquema modelo tradicional/ clientes
Fonte: elaborado pela autora

Porém, na realidade, ao analisarmos sob a ótica do atual contexto, verificamos que os *stakeholders* que envolvem os serviços de saúde têm a característica única da presença de partes, além das que fornecem os bens e/ou serviços e daqueles que o consomem (KOTLER, 2008). Vide Quadro 2, a seguir:

Médico: Parceiro das instituições. Grande influenciador do paciente na decisão de escolha do hospital.

Usuário/ Cliente: Familiar, acompanhante ou paciente do serviço prestado. Procedência “global”. Os clientes locais possuem várias oportunidades de experimentação dos serviços prestados, uma vez que as instituições não cuidam somente de doentes, mas sim da saúde. Os usuários globais utilizam o seu médico e a internet como meio de informação. Eles passam a conhecer e se identificar com determinadas instituições. Estão muito mais prontos para uma tomada de decisão.

Planos de Saúde e Seguradoras: Intermediários e influenciadores. Direcionam o paciente para instituições em que a relação é mais fluida, com facilidade de discussão das contas, e das políticas de preços.

Empresas: Grande parte das empresas oferece como benefício, assistência à saúde. Algumas operam via seguradoras, mas em função da co-participação nos pagamentos aos hospitais, orientam e direcionam seus funcionários para aqueles que possuem melhores relações, qualidade e preços previamente negociados.

Quadro 2 – Esquema de modelo atual/ stakeholders
Fonte: elaborado pela autora

Dessa forma, acredita-se que projetar um novo serviço com a metodologia do *design* estratégico e por meio da aplicação das ferramentas de *design* de serviços é uma abordagem inovadora e de grande relevância para a compreensão da importância de uma cultura organizacional orientada pelo *design*, no setor de serviços hospitalares.

O design tem se tornado amplamente conhecido como uma ferramenta estratégica de suporte ao desenvolvimento de melhores serviços para as comunidades e indivíduos, incluindo melhores sistemas de saúde e melhores cidades (...) (Agenda Global do Design. Conferência Internacional. Introdução, Torino, 2008, Capital Mundial do Design.)

As duas abordagens de *design* em discussão vêm recebendo crescente atenção dentro da pesquisa em *design*. A perspectiva aplicada tem sido predominante, como pode ser identificado nas contribuições de Mager para o campo de *design* de serviços e Deserti em *design* estratégico, principalmente no que tange aos processos e as ferramentas projetuais empregadas. Logo, a análise aprofundada desses mecanismos em um contexto específico de aplicação, bem como as inter-relações entre *design* de serviço e *design* estratégico são oportunas como campo de investigação acadêmica, servindo o produto final como objeto para melhor compreensão do processo de projeto de *design*.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são apresentados, por meio da revisão bibliográfica, os conceitos teóricos relevantes ao objeto desta pesquisa. Inicialmente será contextualizado o *design* estratégico e discutida sua metodologia, assim como as ferramentas de *design* de serviços e sua relevância para a projeção de serviços dentro do contexto hospitalar.

2.1 A Evolução do Papel do *Design*

Etimologicamente a palavra “design” tem sua origem no latim (*designare*), trazendo em seu significado um caráter ambíguo, o de conceber e o de executar, como aponta Rafael Cardoso:

A origem mais remota da palavra está no Latim *designare*. Verbo que abrange ambos os sentidos: o de designar e o de desenhar. Percebe-se que, do ponto de vista etimológico, o termo já contém nas suas origens uma ambiguidade uma tensão dinâmica, entre um aspecto abstrato de conceber/projetar/ atribuir e outro concreto de registrar/ configurar/ formar. (CARDOSO, 2004, p.14)

A palavra *design* na sua tradução do inglês para o português tem significado tanto de ideia, plano, projeto, designo, modelo, quanto de configuração, estrutura, arranjo. Nesse sentido, é possível também identificar os dois níveis de atuação do *design*, ou seja, atribuindo formas materiais (aspecto concreto) a conceitos intelectuais (aspectos abstratos). Como resultado, temos uma atividade geradora de projetos. A trajetória da atuação do *design* acompanha a evolução da própria sociedade contemporânea.

Nos tempos que antecederam a globalização, o cenário era previsível e estático, delimitado regionalmente dentro de uma lógica de progresso estabelecida, onde a oferta era menor do que a demanda e, conseqüentemente, tudo o que se produzia era comercializado (Moraes, 2010). Esse cenário tinha reflexo nos ideais de projetos da época, norteando assim a evolução industrial e tecnológica do século XX. Com suas formas preestabelecidas, a cultura e a prática dos projetos eram orientadas para o produto, amparadas pelo comportamento linear e conformista dos

consumidores da época.

A globalização e suas consequências, discutidas nos capítulos anteriores, trouxeram um cenário dinâmico e fluído. A gradativa mudança do contexto anterior para o que hoje vivemos é pano de fundo para a gradual mudança do papel do *design*, que se move para uma cultura e prática orientadas pelo serviço, onde os produtos deixam de ser a figura central do projeto, passando a ser as “evidências” que testam o serviço existente (MORAES, 2010, p. 11).

No cenário atual, as alternativas do caminho a seguir não são mais previsíveis. Pelo contrário, elas devem ser projetadas e, não raro, redefinidas durante o percurso. O autor aponta que os métodos tradicionais, muito utilizados pelo *marketing* (como as pesquisas de mercado), revelam os desejos e as necessidades já presentes nos consumidores. A questão que se coloca é: como meios tradicionais podem prever novos negócios e mercados, antecipando necessidades, num contexto turbulento e de rápida transformação? A complexidade exige o estímulo e a entrega constante ao mercado de produtos e serviços inovadores e diferenciados. Atributos emocionais, até então considerados como secundários, tornaram-se decisivos na projeção de novos produtos e serviços e na formação dos efeitos de sentido. Agora não mais relacionados somente à sua forma e função utilitária, mas também ao sentido e significados dos mesmos, ligados diretamente aos motivos pelos quais os consumidores adquirem um produto. Para Verganti (2009), os consumidores não adquirem produtos, e, sim, significados. Elas usam “as coisas” por profundas razões emocionais, psicológicas e socioculturais, além das utilitárias. Para ele, *design* é dar significado às coisas, antes de tudo. É neste cenário que disciplinas como o *design* se apresentam. “(...) pelo seu caráter holístico, transversal e dinâmico, se posiciona como alternativa possível na aproximação de uma correta decodificação dessa realidade contemporânea” (MORAES, 2011, P.10). Porém o cenário exige que a própria capacidade dos *designers* supere os aspectos projetuais, indo ao encontro da gestão da complexidade.

2.1.1 Design Estratégico

O conceito de mercadoria vem, ao longo dos tempos, tendo seu significado ampliado. De um bem comercializado no mercado em troca de dinheiro, para tudo

aquilo que possa vir a ser um instrumento de satisfação de um consumidor, incluindo todas as formas de bens tangíveis, serviços e experiências (CELASCHI, 2007). Essas mercadorias, renomeadas de mercadorias contemporâneas pelo autor, obtêm a forma adequada, por meio de um complexo processo coletivo e articulado de ações, as quais na literatura econômica chamam-se de “cadeia de valor”. Onde a intensidade e a qualidade do valor são os elementos que melhor a caracteriza. Por essência, ela é uma ação multidisciplinar, que necessita de operadores pertencentes a disciplinas diversas e até mesmo concorrentes entre si.

Nessa perspectiva, o *design* contribui numa nova função dentro cadeia de valor. Colocando-se como uma cultura de projeto¹⁶, contribuindo não só local e pontualmente, mas articulando todas as outras áreas do conhecimento nela envolvidas. Pelo seu caráter agregador e mediador entre a cultura produtiva e a cultura mercadológica (MORAES, 2011), o *design* assume assim o comando do processo, ou seja, este passa a ser *dirigido* pelo *design* (*design driven*). O deslocamento da função do *designer* tradicional, para a de um profissional que atue nas esferas estratégicas da organização, amplia o escopo de atuação do *design*, de tal modo a configurar-se em uma nova área de conhecimento.

O que torna o *design* estratégico é as suas atuações nos mais diferentes âmbitos de uma organização. Posicionando-se, assim, como um eixo articulador de diversas disciplinas, compreendendo o cliente no seu contexto, vendo suas necessidades e desejos, prevendo seus comportamentos e as tendências do mercado em que está inserido. Fazendo ver, dentro da organização, suas ideias e conceitos materializados em experiências, serviços e produtos, tornando-se, dessa forma, capaz de gerar aprendizado e mudança de cultura (ZURLO 2010). O *design* estratégico é como a complexidade, uma palavra problema. “Um sistema aberto que inclui diversos pontos de vista, modelos interpretativos articulados e várias prospectivas disciplinares” (ZURLO, 2010, p.1). O autor aponta que a estratégia pode ser tanto causa quanto efeito de um processo coletivo onde dialogam e interagem vários atores com diferentes pontos de vista, que é finalizado na geração de um *efeito de sentido* não somente associado a uma solução pontual, mas sim a um sistema de ofertas. Não só a um produto, mas a um sistema-produto (ZURLO, 2010). O sistema produto é a representação visível da estratégia aplicada pelo

¹⁶ Cultura de Projeto: Um conjunto de conhecimento capitalizado em torno da capacidade de intervir na transformação do sistema de produção em sistema de consumo (CELASCHI, 2007).

design. É um artefato complexo, flexível e interativo que constitui a interface entre a empresa, cliente e sociedade. O sistema-produto compreende serviços, produtos, distribuição e comunicação que são projetados de modo simultâneo e com o mesmo peso de importância dentro do sistema, buscando a criação de valor em todos os momentos do processo de *design*. Assim, o *designer* deve conceber a forma do serviço, a forma do produto, a forma da comunicação e a forma da distribuição (MORAES, 2011). Projetar com a lógica do sistema-produto consiste então, em projetar não só o produto, mas toda a cadeia de valor. Anna Meroni (2008) enfatiza que produtos e serviços sempre estiveram ligados, mas com frequência de maneira efêmera e casual, sendo projetados em momentos distintos. Para o *design* estratégico, o foco da inovação não está na solução de um produto ou serviço, mas sim na solução resultante da sua integração. Mudando, então, o foco de inovação no *design* de um produto ou de um serviço para um projeto integrado (sistema-produto), onde produto, serviço, comunicação e distribuição, ao serem concebidos juntos, desde o início, são orientados para produzir soluções inovadoras. Tal mudança de foco, se encaixa no que chamamos de complexidade, que, segundo a autora, para as empresas contemporâneas se traduz em segmentação, personalização, imprevisibilidade, globalização e demanda turbulenta. Ou seja, essas questões exigem estratégias que envolvem toda a organização (ZURLO, 1999 apud MERONI, 2008).

O *design* estratégico é um método aberto onde o *designer* pode projetar o sistema-produto, com um conjunto de instrumentos que variam conforme as circunstâncias de cada trabalho. O método fomenta o uso da criatividade e imaginação, explorando assim diferentes oportunidades, onde o *designer* utiliza-se de três capacidades principais (ZURLO, 2010):

Ver: “É a capacidade de observar os fenômenos além da superfície visível, é um ato criativo porque para retirar a essência das coisas é preciso pôr de lado os preconceitos para colocar-se com curiosidade diante do fenômeno observado” (D. NORMAN, 2004 apud ZURLO, 2010). É uma capacidade influenciada pela própria experiência do *designer*, que seleciona os aspectos de novidade do que está observando, orientando a própria visão em função dos objetivos que lhe são colocados. A capacidade de ver está vinculada ao entendimento do contexto no qual a empresa está inserida, sua cultura, seu ambiente. Ela permite a individualização das exigências implícitas nas pessoas, podendo estas tornar-se oportunidades para

a inovação. A intensidade de tal capacidade é determinante para o sucesso das demais; sua correta avaliação, interpretação e análise do contexto são a base para a capacidade de prever.

Prever: É um processo resultante da capacidade de ver. Daquilo que se observa, são gerados subsídios para o desenvolvimento de possíveis cenários. A capacidade de prever está estreitamente relacionada à dimensão criativa, uma vez que interpreta e tenta antecipar algo que ainda não aconteceu; para tanto “imagina-se” um contexto de escolha de consumidores por um determinado produto ou serviço. O designer precisa ter a sensibilidade para ler os sinais menos evidentes, podendo, assim, antecipar tendências. Quão mais precisa é a leitura dos contextos presentes, mais concreto e menos intuitivo será o deslocamento do presente para os possíveis futuros, minimizando as chances de erro das projeções.

Fazer Ver: Segundo Zurlo (2010), esta é a capacidade que mais suporta o agir estratégico. Estando ligada não só ao “entendimento” dos possíveis cenários, mas também à capacidade de organizar e tornar compreensível o atual contexto para todos envolvidos, oferecendo o suporte necessário para as escolhas. Já, ao tangibilizar os possíveis cenários e alternativas tornando-os concretos, possibilita a aceleração do processo de tomada de decisão. Para fazer ver, o *designer* utiliza-se de artifícios que vão desde imagens de referência que trabalham num nível mais abstrato, à prototipagem ou imagens de experiências reais. Tais artifícios auxiliam na visualização do funcionamento de um serviço e dos diferentes pontos de contatos que o usuário terá durante sua jornada. Assim, é possível fazer ver todo o processo, antes, durante e depois do uso.

Além do uso dessas capacidades, o método de projeção do *design* estratégico diferencia-se do *design* tradicional. A realidade atual requer uma atuação mais estruturada, também na fase de estudos preliminares de projeto. Ações como mapeamento de cenários possíveis são tão relevantes quanto o próprio projeto em si (MORAES, 2011).

Para o *design* estratégico, a atividade central no processo de inovação de mercadorias e serviços é subdividida em dois processos distintos: o tradicional projeto e o mais desconhecido, definido como meta projeto; (CELASCHI, 2007).

2.1.1.2 O Metaprojeto

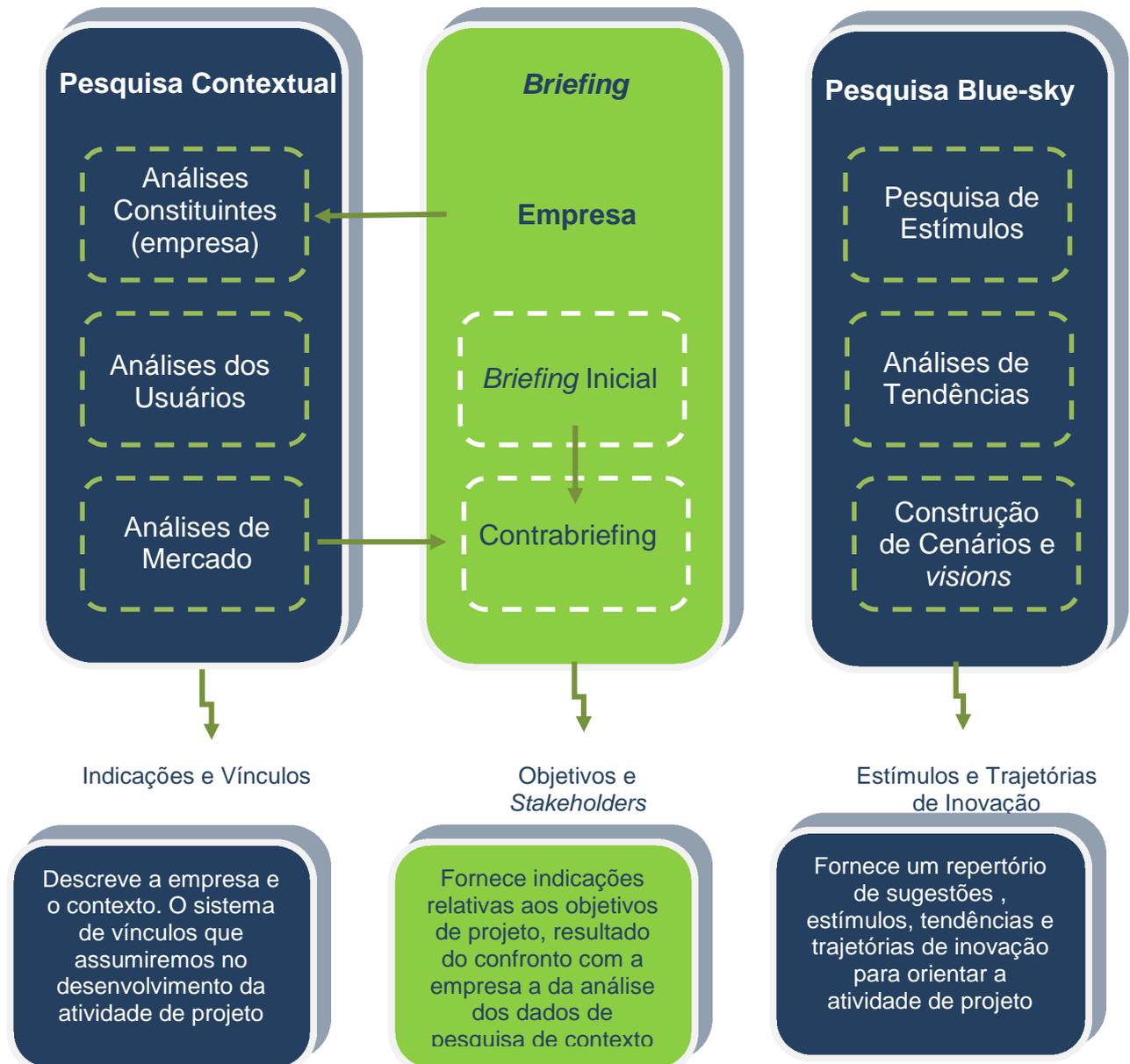
O Metaprojeto vai além do projeto, pois transcende o ato projetual. Trata-se de uma análise crítica e reflexiva preliminar sobre o próprio projeto a partir de um pressuposto cenário em que se destacam os fatores produtivos, tecnológicos, mercadológicos, materiais, ambientais, socioculturais e estético-formais, tendo como base análises e reflexões anteriormente realizadas antes da fase de projeto, por meio de prévios e estratégicos recolhimentos de dados. (MORAES, 2011, p. 25)

O metaprojeto nasce da necessidade de existência de uma plataforma de conhecimentos (*pack of tools*) que auxilie a atividade projetual das mercadorias contemporâneas, em um cenário dinâmico e de constante mutação (MORAES, 2011). Elevem como um suporte à antiga metodologia projetual, que muitas vezes engessava as possibilidades de ação profissional, sendo uma alternativa mais flexível e adaptável a diversas circunstâncias e contextos. Esta etapa é entendida como o “projeto do projeto”, ou seja, é um pensar antecipado sobre o projeto, onde idealizamos e programamos todo o processo de pesquisa e projeção que será utilizado (CESASCHI, 2007). Ele vai além do projeto, fazendo uma análise crítica e reflexiva sobre o mesmo. A sua atuação, nas fases que antecedem o projeto de *design*, concentra um conjunto de atividades ligadas entre si que possibilitam uma observação da realidade, resultando na construção de modelos que a sintetizam de modo simplificado.

Na prática, é nesta fase que é analisado e questionado o problema (*briefing*), por meio da observação da realidade da empresa, dos usuários e do mercado. A participação do *designer* na formulação do *briefing*, por meio do seu reposicionamento, se necessário, demonstra a importância da etapa metaprojetual em contraponto a um processo de projeto tradicional, onde cabe ao *designer*, apenas solucionar um problema já definido. Como resultado, busca-se uma proposta conceitual (*concept*), que servirá de base para o desenvolvimento do projeto do sistema-produto (DESERTI, 2007).

Em torno do problema, são estruturadas duas áreas: as pesquisas contextuais e *blue-sky*, conforme a Figura 2.

Figura 2: Esquema sistêmico do desenvolvimento do processo metaprojetual



Fonte: Celaschi e Deserti (2007)

A primeira área da atividade metaprojetual é a pesquisa contextual. Todas as pesquisas e análises que forneçam informações para a formação do contexto são utilizadas nesta etapa. Como resultante, teremos um dossiê empresa – mercado, com descrição da empresa e do quadro de contexto no qual está inserida, ou seja, o sistema dos vínculos que deverão ser assumidos no desenvolvimento da atividade de projeto (DESERTI, 2001). Nela estão contemplados três grandes grupos de análise:

- Análises da Empresa: Informações relativas aos recursos disponíveis, portfólio de produtos e/ou serviço, identidade, marca e posicionamento estratégico. Suas características, seus processos de trabalhos internos e principais fornecedores são algumas das informações contempladas nesta etapa.

- Análises dos Usuários: As informações são extraídas através de pesquisa etnográfica, análise do contexto de uso dos produtos e/ou serviços, pesquisas de satisfação, necessidades, percepções, etc. A pesquisa com os usuários é de grande relevância para o desenvolvimento de um projeto de *design*, especialmente de serviço, onde o consumo do “bem” ocorre num momento de interação entre o usuário e diferentes estruturas da empresa (FITZSIMMONS & FITZSIMMONS, 2004).

- Análises do Mercado: Análise do setor por meio do estudo de concorrentes da empresa; suas dimensões, qualidade e análise do potencial de mercado. Com esse intuito, o *benchmark* é uma das técnicas utilizadas. Objetivando comparar as práticas da organização estudada com as líderes do segmento ao qual pertence, no sentido de obter informações que permitam melhorar o seu nível de desempenho (WATSON, 1994).

Para Celaschi (2007) essa passagem é de vital importância para que a condução da inovação aconteça na direção adequada para a empresa. Os três grupos de análises são geradores de um conhecimento que permite que o processo de inovação seja perseguido de acordo com os objetivos e seja gerido em termos de tempo e recursos.

A pesquisa contextual tem uma relação direta com a capacidade de ver do *designer*. A intensidade de tal capacidade, bem como experiência do *designer* são determinantes para a construção de um sistema de informações úteis que possam direcionar as escolhas que serão feitas.

A segunda área da pesquisa metaprojetual consiste na pesquisa *blue-sky*. Diferentemente das pesquisas contextuais, a pesquisa *blue-sky* não possui um vínculo de dependência com o problema (*briefing*). Ela direciona o olhar para oportunidades, por meio de uma busca organizada de elementos que favoreçam *insights* criativos e coerentes aos objetivos propostos, em direção a inovação (PARODE e SCALETSKY, 2008). Baseada em pesquisa documental e bibliográfica realizada não necessariamente na área ou setor de atuação da empresa, ela agrega uma dimensão visual ao projeto. É nesta fase que são realizadas as pesquisas de

estímulos, análise de tendências e construção de cenários.

- Pesquisa de estímulos: Por meio da escolha de setores de referência para o projeto, não necessariamente vinculados com o setor ao qual a empresa objeto de estudo está inserida, são coletados dados que servirão de estímulos para as análises de tendências e construção de cenários.

- Análise de Tendências: Diferentemente das análises de tendências realizadas pela área de gestão, onde há o confronto sistemático entre os dados pesquisados e sua interpretação, no *design* são analisadas tendências de natureza transversal. Não ficando restritas dentro das lógicas do próprio setor, observando tendências em outros, e implementando transferências segundo o modelo “*cross-fertilization*”¹⁷, este tipo de análise apresenta-se como um caminho utilizado para a inovação (DESERTI, 2007).

- Cenários e *Visions*: Cenários são espaços ou mundos possíveis, aonde o *designer* poderá atuar na busca de resposta ao *briefing* (PARODE e SCALETISKY, 2008). Geralmente os cenários de *design* narram futuros possíveis, sob a forma de histórias, por meio do próprio projeto. São normalmente constituídos de mapas, em formato topográfico, que podem determinar o ponto no qual estamos e o caminho para o qual nos movemos. Assim como as demais etapas da pesquisa *blue sky*, a construção de cenários faz parte de uma trajetória de inovação, podendo levar o *designer* ao encontro da mesma (DESERTI, 2007). As *visions* são representações visuais de possíveis caminhos de projeto. Elas ajudam nas escolhas que darão origem ao *concept design*, que, por sua vez, é a representação mais detalhada de soluções para o problema. É a construção do “conceito de projeto”, ou seja, uma espécie de síntese metaprojetual.

O resultado da pesquisa *blue-sky* está fortemente relacionado à capacidade do *designer* de “fazer ver”. A sua construção é um processo de busca e externalização de um conhecimento tácito do *designer* sobre um projeto; este decorre das suas experiências e modelos mentais¹⁸, tornando visíveis possíveis atmosferas para a construção das primeiras ideias de projeto (PARODE e SCALETISKY, 2008).

A relevância do metaprojeto é destacada por Moraes (2010), que salienta que o metaprojeto não é somente uma atividade de suporte ao projeto definitivo em

¹⁷ Refere-se ao intercâmbio entre diferentes culturas ou diferentes formas de pensar. (Hartas, 2004; Watts et. al, 1994)

¹⁸ Modelos mentais representam uma síntese entre as crenças individuais e crenças compartilhadas (PARODE e SCALETISKY, 2008)

si, mas um instrumento de evolução da fase projetual de estática, para dinâmica. Com ele, as fases do projeto deixam de ser atravessadas somente uma vez, para serem revisitadas através de verificações contínuas por meio de *feedback* sem todas as fases projetuais, inclusive nas já realizadas. Assumindo assim um modelo flexível em que as decisões tendem a ser reversíveis. Em outras palavras, o metaprojeto não é um processo linear de projeção.

Com os conceitos de *design* estratégico apresentados até então, observa-se a importância dos seus princípios e metodologias para a pesquisa em questão. O mercado hospitalar local, inserido num contexto de padrões e usuários globais, necessita repensar sua atual forma de conceber seus serviços. Tal realidade é reforçada tanto pela característica da indústria em questão, onde a aceitação de uma abordagem inovadora está vinculada a uma quebra de paradigmas e adequação da cultura organizacional vigente, quanto pela importância crescente do setor de serviços na economia dos países (LOVELOCK e WRIGHT, 2001). Nesse sentido, o *design* estratégico, atuando nos mais diferentes âmbitos das organizações, mostra-se como uma alternativa consistente para a criação de um novo modelo.

2.2. O setor de serviços

Segundo Lovelock e Wright, o início da relevância do setor de serviços data dos anos 80. “Os anos 80 foram marcados pela crescente insatisfação com a qualidade dos produtos e serviços” (LOVELOCK & WRIGHT, 2001, p.13). Muitos dos problemas com os produtos industrializados diziam respeito a fatores intangíveis, tais como: mau atendimento no ponto de compra e reparos pós venda.

“Com a crescente consciência de que a melhoria da qualidade era boa para os negócios e necessária para a competição eficaz, ocorreu uma mudança radical no pensamento. Noções tradicionais de qualidade (baseadas na conformidade com padrões definidos por gerentes operacionais) foram substituídas pelo novo imperativo de deixar a qualidade ser dirigida pelo cliente, o que trouxe enormes consequências para a importância do marketing de serviços e o papel da pesquisa junto aos clientes. Numerosas organizações de serviço têm investido em pesquisas para determinar o que os clientes desejam em cada dimensão do serviço, em programas de melhoria da qualidade destinados a entregar aquilo que os clientes almejam e na avaliação contínua do grau de satisfação dos clientes com a qualidade do serviço recebido.” (LOVELOCK & WRIGHT, 2001, p.13-14).

Nesse sentido, Moritz (2005) descreve a mudança na importância do setor

como a “revolução dos serviços”, apontando que são quatro os *drivers* desta revolução:

- 1) um grande crescimento da economia de serviços
- 2) a saturação do mercado de produtos
- 3) a tecnologia como facilitadora dos serviços
- 4) as necessidades individuais de cada consumidor

Na atualidade, o setor de serviços responde por grande parte da economia dos países (LOVELOCK & WRIGHT, 2001). Ele está no centro das atividades econômicas de qualquer sociedade. Segundo Maffei et al. (2005), o maior montante das receitas do PIB dos países mais desenvolvidos é oriunda da produção, distribuição e comercialização de serviços. O grau de importância e sofisticação do setor foi crescendo nas últimas décadas, a ponto de, hoje, existir uma linha muito tênue entre onde termina o produto e começa o serviço; sendo que em muitos casos o serviço é o próprio produto. Maffei (2005) coloca que o crescimento do setor não está necessariamente vinculado à receita oriunda das empresas de serviços, mas a um aumento geral na dimensão dos serviços em toda a economia.

Ao caracterizar os serviços, Fitzsimmons & Fitzsimmons (2004) defendem que os mesmos são compostos de atividades mais ou menos intangíveis e sua utilização normalmente acontece num momento de interação entre o usuário e diferentes estruturas da empresa, tais como recursos humanos, sistemas, assistência técnica, *call center*, etc. Nos dias de hoje, podendo acontecer no mundo *online* e *off line*.

A parte intangível é a que apresenta maior diferença entre o consumo de bens e de serviços. Para Lovelock e Wright (2001), a intangibilidade faz com que o consumidor não obtenha a propriedade do mesmo, assim os benefícios e experiência ao consumi-lo, são a única coisa que o consumidor leva consigo. Também não é possível estocá-lo e há uma maior variabilidade nos insumos operacionais envolvidos. Razões pelas quais muitas vezes para o consumidor seja difícil e complexo avaliar a maior parte dos serviços que consome.

Para os autores, são duas as definições que capturam a essência dos serviços (LOVELOCK & WRIGHT, 2001, p. 15):

- a) Serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção.
- b) Serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para o cliente em tempos e lugares específicos, como decorrência da realização de uma mudança desejada em nome do destinatário do serviço.

Até então, os serviços têm sido foco de estudo da área da administração, com disciplinas específicas que abordam o tema, como administração de serviços e *marketing* de serviços, dentre outras. Numa visão mais tradicional, já apresentada acima, entende-se resumidamente que ao consumir um serviço, o cliente adquire algo intangível visando suprir uma necessidade, interagindo de algum modo com a empresa, ao consumi-lo.

Isso posto, acreditamos que, com a ampliação do conceito de mercadoria e a evolução do papel dos serviços para a sociedade contemporânea, necessita-se de outro foco de projeção dos mesmos. Moritz, (2005) coloca que os serviços têm problemas de qualidade que podem ser resolvidos com os mesmos princípios de *design* que são utilizados para melhorar os produtos.

2.2.1 Design de Serviços

O *design* de serviços desponta como um campo emergente (MAGER, 2009). Fruto da interação entre subáreas do *design* e outras áreas do conhecimento, tais como a comunicação, *marketing* e psicologia, a utilização do *design* de serviços pelas empresas do setor ainda é muito incipiente. Mesmo com a drástica mudança da base da economia das nações iniciada nas últimas quatro décadas, de produtora de bens de consumo para serviços, a percepção de *design* continua vinculada à existência de uma mercadoria. Um estudo realizado pelo UK Design Council¹⁹, em 2005, apontou que 41% de todas as empresas produtivas consideravam o *design* como um componente integrante das mesmas, e aquelas que o utilizavam eram 200% mais bem sucedidas no mercado de ações do que as de mais. Porém o mesmo estudo indicava que apenas 6% de todas as empresas de serviço,

¹⁹The Value of Design.Factfinder Report. Design Council 2007

vislumbravam algum papel para o *design* nas suas organizações (MAGER, 2009). Segundo a autora, os diferentes estudos sobre o tema apontam na mesma direção: os investimentos em pesquisa, desenvolvimento, inovação e *design* são, de longe, menores no setor de serviços em comparação com o setor de bens de consumo. Evidentemente, dada a importância crescente do setor na atual economia, e a positiva experiência do *design* no setor produtivo, a importância do *design* no setor de serviços, tende a crescer gradativamente (MAGER, 2009, P.30).

Enquanto que muitas empresas continuam confiando na qualidade dos seus serviços, outras, bem sucedidas e ditas inovadoras, começam a perceber a necessidade de desenvolver abordagens específicas para o setor, investindo sistematicamente em pesquisa, desenvolvimento e *design*, a fim de inovar continuamente seus serviços (MAGER, 2009).

Num contexto complexo, onde o acesso à informação eleva constantemente as expectativas dos consumidores, a melhoria contínua e a inovação, tangibilizadas na experiência do consumo dos serviços, são de fundamental importância para manter e conquistar novos clientes. Para esta “nova” realidade, Mager apresenta o *design* de serviços como uma alternativa alinhada à contemporaneidade do atual contexto.

Então, obviamente, o caminho tradicional da visão do cliente que congela as necessidades e experiências em planilhas de Excel é obsoleto. Novas formas de abordagem e de obter uma visão significativa são necessárias. Porém, utilizar a experiência do cliente como um trampolim para alta performance está longe de ser simples. Assim, novos conceitos e métodos são necessários para atingir o sucesso. (...) *Design* de Serviços é um novo conceito, introduzindo novos processos e métodos para prestadores de serviços (...) (MAGER, 2009, p.4, tradução livre da autora).

Assim como Mager, Buchanan (2001) posiciona o *design* de serviços não como uma disciplina, mas sim como uma nova abordagem interdisciplinar que combina diferentes métodos e ferramentas vindas de várias disciplinas. Ele aponta que é uma abordagem evolutiva, evidenciada pelo fato de que ainda não existe uma definição comum ou uma linguagem claramente articulada a respeito. “ Se você for perguntar para 10 pessoas, o que é *design* de serviços, ao final, você teria ao menos 11 respostas diferentes”(BUCHANAN, 2001, p.28, tradução livre da autora).

Numa abordagem mais projetual, Moritz (2005) aponta que *design* de serviços é “o projeto de toda a experiência do serviço, bem como o *design* do processo e da

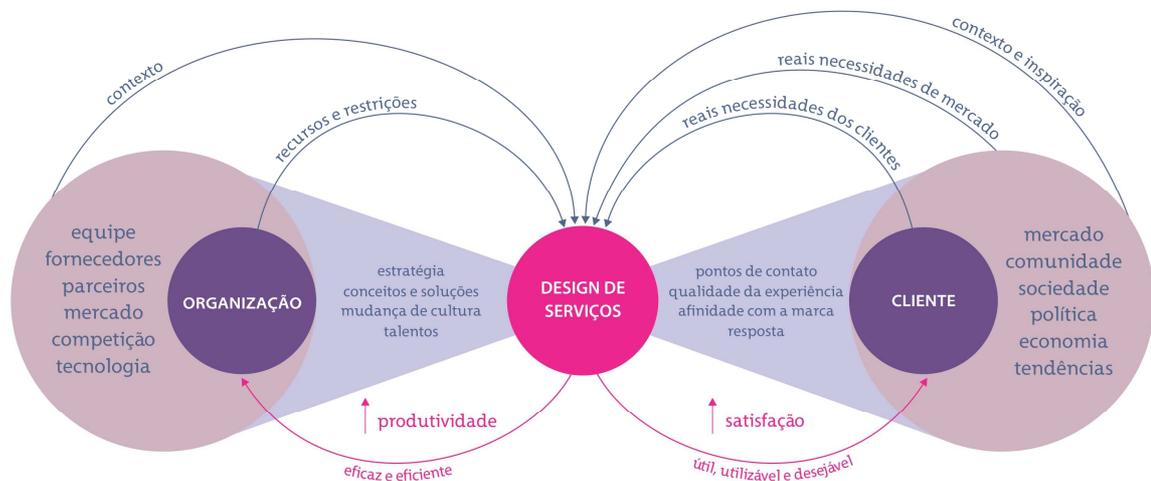
estratégia para entregá-lo” (MORITZ 2005, P.39). Assim, segundo ele, os conhecimentos proporcionados pelo *design* de serviços servem de base para a “construção” de uma ponte entre os desejos do cliente e os desejos da organização, levando em conta, na projeção do mesmo, todo o contexto que envolve o serviço. Nessa linha, Mager (2008) aponta que o *design* de serviços aborda a funcionalidade e a forma dos serviços a partir da perspectiva dos clientes. Segundo ela, com esta abordagem pretende-se garantir que para os usuários as interfaces serão úteis, usáveis e desejáveis, e que para os fornecedores serão efetivas, eficientes e diferenciadas. Para a autora os serviços são complexos e especificá-los é um desafio, uma vez que as interações no consumo de serviços são como uma “dança dinâmica” de pessoas com pessoas, pessoas com máquinas e máquinas com máquinas. Essas interações são processos únicos que exigem respostas aparentemente individuais (MAGER & EVENSON, 2008).

Com uma abordagem holística que olha para os sistemas e subsistemas de relações e interações levando em consideração o contexto, e estando ciente de que os serviços são sistemas vivos, para colocar o *design* de serviços em prática é necessário que o *designer* conheça as estruturas das diferentes áreas de conhecimento e exemplos das atividades e ferramentas de *design* de serviços. Esse conhecimento é o ponto de partida para que o *designer* possa compreender e auxiliar o uso do *design* de serviços em uma organização (MORITZ, 2005, pg. 57).

Para Mager (2008), os *designers* de serviços visualizam, formulam e prototipam soluções para problemas que não necessariamente existam hoje. Eles observam e interpretam requisitos e padrões de comportamento, transformando-os em possíveis futuros serviços. Isso só é possível, porque o *design* de serviços tem como foco o ser humano e não as organizações, ao mesmo tempo em que auxilia as mesmas e seus *stakeholders* a cocriarem valor (KIMBELL, 2010).

O modelo que segue na Figura 3, sugerido por Moritz (2005), demonstra graficamente os componentes do *design* de serviços com uma visão geral das competências dessa área.

Figura 3 – Modelo de Ações do Design de Serviços



Fonte: Moritz (2005), traduzido pela autora

No modelo, o *design* de serviços posiciona-se como articulador entre o contexto em que está inserida a organização e o contexto onde está inserido o cliente, ou seja, posiciona-se como mediador na relação usuário-organização. Buscando subsídios em ambos, ao mesmo tempo em que entrega valor, sob forma de produtividade para a organização, tornando seus serviços mais eficientes e eficazes; e de satisfação para o cliente, entregando serviços mais úteis, usáveis e desejáveis, conforme demonstrado no modelo, pelas **setas rosas**.

As **setas azuis** mostram como o *design* de serviços “explora” as organizações, levando em consideração seus recursos, dificuldades e contextos nos quais elas operam, bem como as reais necessidades dos clientes e mercado.

Já os **círculos grandes rosas** representam os grandes grupos que se articulam com o *designer*. De um lado, posicionam-se aqueles ligados à organização: fornecedores que podem ser usados, parceiros disponíveis, o mercado no qual a organização opera, a competição e as tecnologias relevantes. Do outro, o macro ambiente: sociedade, comunidade, política, economia e mercado; são tanto fontes de dados e informações sobre as necessidades do mercado, como fontes de inspiração para o delineamento de tendências.

O modelo, que foi desenvolvido com base em pesquisas realizadas pelo autor e contou com apoio de diferentes profissionais da área. Ele representa os conceitos defendidos pelo autor, na sua definição do tema. Para ele o *design* de serviços tem

uma abordagem holística, multidisciplinar e integradora de várias áreas, como gestão, *marketing*, pesquisa e *design*; e por isso está apto a responder aos principais desafios da atualidade. Ele apoia e auxilia no estabelecimento de estratégias, desenvolve conceitos e soluções de serviços, desenhando processos e diretrizes.

Para Moritz (2005), o *design* de serviços traz como benefícios um entendimento claro das necessidades do mercado; uma entrega de maior valor, com a utilização dos recursos disponíveis, e uma “alteração” na cultura organizacional, além de apresentar novas perspectivas para o desenvolvimento futuro. Segundo o autor, o *design* de serviços tem efeito superior e efetivo; melhora a eficiência; conecta a organização ao cliente; propicia a experiência de uma qualidade de serviços mais alta, que é à base do sucesso. Propicia, também, uma diferenciação frente à concorrência e uma afinidade maior do cliente com a marca.

Mesmo o *design* de serviços sendo um campo relativamente novo, é possível encontrar modelos já aplicados, bem como diferentes métodos e ferramentas utilizadas durante o processo de projeto. Dessa forma, organizou-se uma tabela sintética e comparativa das etapas pertencentes a diferentes métodos, apresentados por autores abordados neste estudo. São eles: Birgit Mager, conforme detalhamento do processo de projeto, apresentado no *workshop* de *design* de serviços, em São Paulo (2010), Steven Moritz (2005) e Marc Stickdorn & Jacob Schneider (2010), que, em conjunto com diversos coautores abordaram o tema no livro *This is Service Design Thinking* (2010); oferecendo, assim, uma visão geral do processo, conforme a Figura 4.

Modelos/ Algumas Ferramentas			
Mager		Moritz	
Etapas	Descrição	Ferramentas	Ferramentas
Explorar	Traduzindo os principais resultados em desafios de design	Entender Descobrir e aprender: Pesquisar, estudar e compreender. Pesquisar as necessidades latentes e consciências do cliente, descobrindo contextos, limitações e recursos. Explorando possibilidades.	Explorar <i>Benchmarking</i> , segmentação de clientes e de mercado, análise de contexto
		Refletir Fornecendo diretrizes estratégicas: Identificar critério, desenvolver diretrizes detalhadas, especificar informações complexas em insights.	
Criar	Utilizando ferramentas específicas de design de serviços	Gerar Gerando – Desenvolvendo conceitos: Gerar ideias inovadoras relevantes e inteligentes. Criar alternativas de conceitos.	Criar <i>Body-storming, brainstorming</i> , entrevistas de ideias, grupos não focados
Refletir	Definindo e visualizando as melhorias evidentes	Selecionar Selecionando o melhor. Selecionar ideias e combinar conceitos, avaliando os resultados e as soluções, identificando clusters e segmentos de mercado.	Refletir Testando as ideias e conceitos gerados na fase de criação
		Explicar Permitindo o entendimento. Visualizar todos os sentidos de ideias e conceitos. Mapear os processos e ilustrar os cenários potenciais.	
Implementar	Co criando com os usuários e fornecedores	Realizar Fazendo acontecer. Desenvolver, especificar e implementar soluções, protótipos e processos, escrever planos de negócios, diretrizes e implementar treinamentos.	Implementar Envolvendo toda a organização, para que a implementação seja bem sucedida. A implementação de um novo conceito de serviços necessita de um processo de mudança organizacional. Os passos básicos para esta fase são: Planejar a mudança, implementar e rever a mudança.

Figura 4 - Quadro Comparativo dos Modelos de Design de Serviços
Fonte: Desenvolvido pela Autora

No processo de projeto do *design* de serviços observa-se a não existência de um método rígido, podendo as ferramentas ser utilizadas em diferentes combinações, a cada etapa. As ferramentas são apresentadas em um conceito de *pack of tools*, onde o que determina o sucesso do projeto é a capacidade do *designer* de encontrar uma combinação viável entre estas e as diferentes etapas, que se apresente capaz de conceituar, desenvolver e prototipar ideias por meio de um processo iterativo (DILK, RAIJMAKERS & KELLY, 2010). Porém, mesmo o processo de criação não sendo linear, é possível articular uma estrutura de contorno. Moritz (2005) e Stickdorn & Schneider et al. (2010) são os autores, dentre os utilizados neste estudo, que apresentam um maior detalhamento e correlação entre as etapas de projeção e com a utilização das ferramentas. No intuito de um maior esclarecimento, optou-se por apresentar, mais detalhadamente, o modelo defendido Moritz. Para ele, a projeção de um novo serviço inicia-se com uma reunião onde são definidos os prazos, o levantamento de recursos e o cronograma. Logo após, deve-se aplicar o roteiro de tarefas (MORITZ, 2005, p. 123), que ajuda o time de projeto a entender as necessidades do mercado, do cliente e da organização. Obtendo-se, assim, uma clara visão do contexto em que se está inserido, conforme a Figura 5.

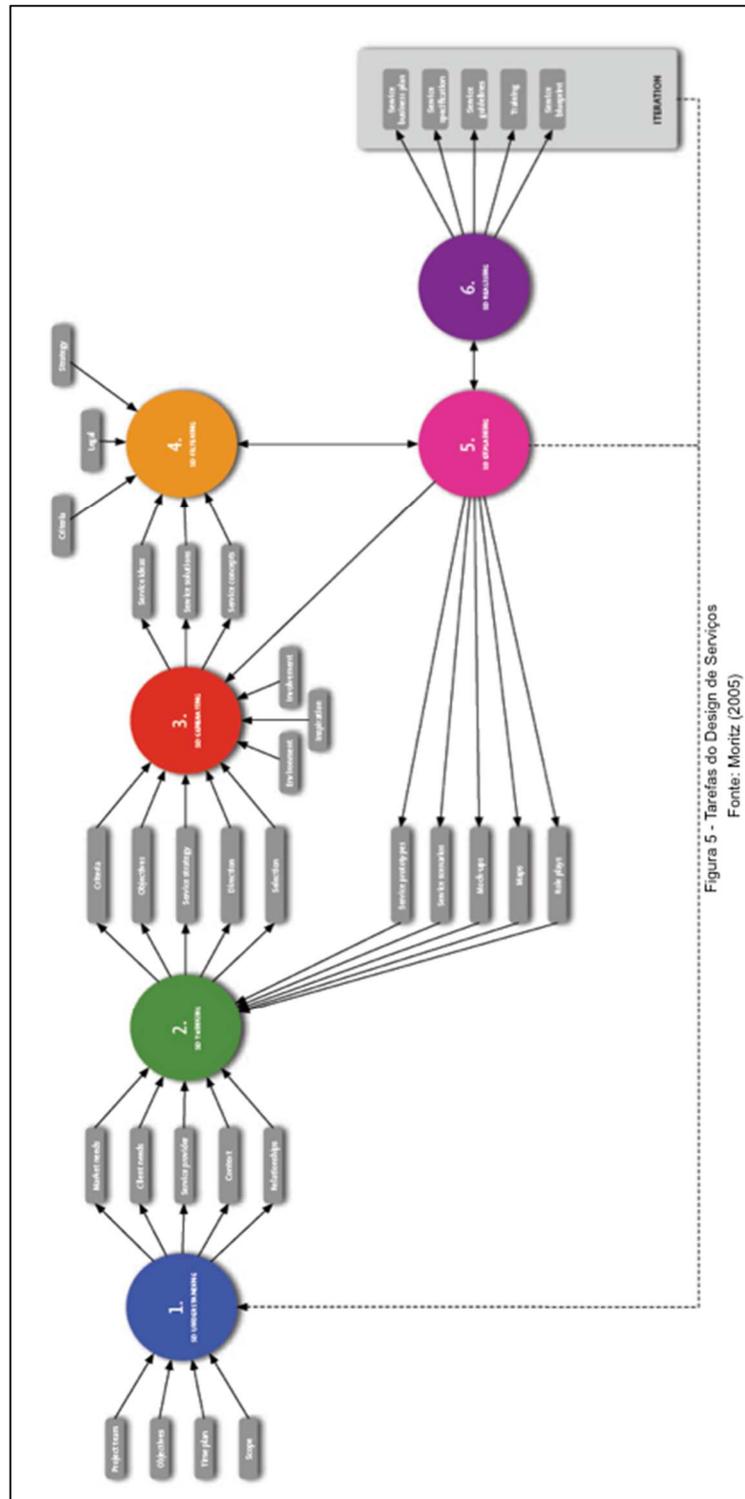


Figura 5 - Tarefas do Design de Serviços
Fonte: Moritz (2005)

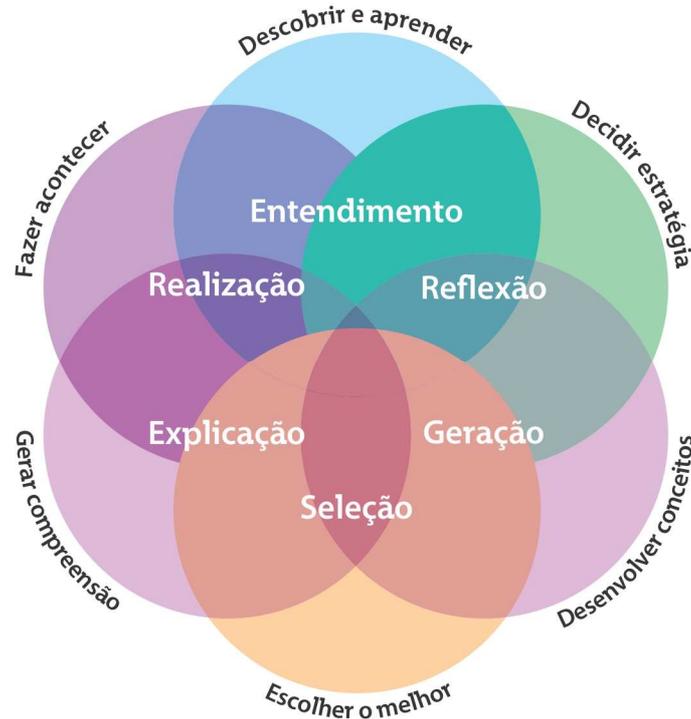
O modelo apresentado por Moritz descreve o percurso projetual do *designer*, em seis etapas. Para cada etapa, ele aponta uma lista de tarefas que apresentam-se como um degrau intermediário que o auxilia, a alcançar o objetivo de conclusão de

cada uma das etapas. Segundo o autor, a categorização das etapas tem duas funções: a de criar uma estrutura simples e genérica que auxilie a entender o *design* de serviços e estabelecer quais diferentes mentalidades são necessárias para a concepção do projeto do serviços.

- 1) Entender – Descobrir e aprendendo sobre o cliente, a empresa e o contexto: pesquisando e entendendo as necessidades latentes e conscientes do cliente, descobrindo contextos, limitações e recursos; explorando possibilidades, compreendendo e aprendendo sobre a realidade; é nesta etapa que os *designers* constroem uma base consistente de informações sobre o entorno do serviço que será projetado, servindo como um alicerce de conhecimento para as próximas etapas.
- 2) Refletir – Identificando critérios, desenvolvendo e fornecendo diretrizes estratégicas, especificando detalhes. Transformando informações complexas em *insights*;
- 3) Gerar – Desenvolvendo conceitos, gerando ideias inovadoras, relevantes e inteligentes. Criando alternativas e conceitos.
- 4) Filtrar – Selecionando o melhor. Selecionando ideias e combinando conceitos, avaliando os resultados e as soluções, identificando *clusters* e segmentos de mercado.
- 5) Explicar - Permitindo o entendimento. Visualizando todos os sentidos de ideias e conceitos. Mapeando os processos e ilustrando os cenários potenciais.
- 6) Realizar - Fazendo acontecer. Desenvolvendo, especificando e implementando soluções, protótipos e processos. Escrevendo planos de negócios, diretrizes e implementando treinamentos.

O projeto de *design* de serviços não é um projeto curto que serve somente para lançar um serviço, e sim um processo que permite uma evolução contínua do mesmo. É um processo não linear, onde uma etapa não necessariamente termina, para que outra se inicie; ao mesmo tempo em que, ao avançar no percurso projetual, talvez se faça necessário visitar etapas anteriores. Para tanto o autor mostra graficamente, como o processo de “pensar” e projetar o serviço é contínuo e com sobreposições.

Figura 6– Interação das tarefas do Design de Serviços



Fonte: Moritz (2005), traduzido pela autora

A categorização das seis etapas e as diferentes ferramentas tem sido utilizada como uma estrutura básica na elaboração do processo de *design* de serviços. Para o seu desenvolvimento é necessária a existência de um time de projeto que estará presente durante todo o processo, porém outras pessoas podem entrar em específicos pontos do projeto, a fim de contribuírem e gerarem novas ideias.

Moritz (2005) aponta que há três diferentes modelos de como o *design* de serviços pode ser aplicado em uma organização:

1 – Um consultor externo à organização: Exerce a função de facilitador, gerenciando diferentes recursos externos, juntamente com a pessoa de contato dentro da organização (não necessariamente treinada em *design* de serviços);

2 - Uma pessoa dentro da organização é treinada ou contratada para representar o *design* de serviços na empresa. Ela identifica possíveis projetos e gerencia os mesmos. Quando necessário, recursos externos podem ser trazidos para dentro do projeto.

3 – Um gerente de *design* de serviços interno: Uma pessoa que gerencia e orchestra um time multidisciplinar. Quando necessário, esse time pode ser

complementado com consultores externos.

Em qualquer um desses três modelos principais, a combinação de *staff* interno e consultores externos precisa garantir que o *designer* apresente habilidades específicas necessárias, tais como: mente voltada para o serviço, excelentes habilidades de comunicação, boa habilidade em negociação, ser um facilitador e possuir experiência anterior. Ele também deve saber trabalhar bem com times (equipes), precisa ser curioso e ter “mente aberta”.

Assim como no *design* estratégico, o modelo e as ferramentas apresentadas por Moritz (2005) deslocam o *designer* para dentro da organização, numa posição de liderança, visando à adoção de uma cultura de projeto, apresentando-se como um articulador e atuando dentro de equipes multidisciplinares a fim de expandir o conceito de aperfeiçoamento contínuo do projeto, para o aperfeiçoamento contínuo da cultura organizacional.

Para efeito deste estudo, serão descritas de forma detalhada, no capítulo Metodologia de Projeto, aquelas ferramentas de *design* de serviços que foram utilizadas na projeção do serviço de turismo médico, bem como o processo de projeto utilizado.

2.2.2 Design de Serviços na área da Saúde

Historicamente, na área da saúde, o foco do cuidado sempre esteve em cima de questões técnicas. Os problemas percebidos, bem como os projetos de melhoria contínua sempre estiveram relacionados ao conhecimento técnico e à qualidade do serviço prestado. O *design* de serviços foca na identificação dos problemas através da experiência do usuário; ou seja, através da análise e entendimento da sua jornada (MAGER, 2009 –*Touchpoint Journal*). Nesse sentido, Mark Jones (2009) aponta que, em muitos casos, pessoas que procuraram uma instituição de saúde para determinado procedimento, mesmo com um bom resultado, nunca mais retornaram. O motivo, não raro, está vinculado a uma percepção negativa da experiência. Situações como essa, segundo o autor, são uma oportunidade. Com uma abordagem orientada pelo *design*, é possível agregar ao excelente cuidado em saúde uma ótima experiência. Segundo Stickdorn & Schneider, et al. (2010), a utilização do *design* de serviços focado na experiência do usuário, utilizando uma combinação de meios tangíveis e intangíveis, proporciona inúmeros benefícios para

o usuário final, quando aplicado em setores como o da saúde.

No editorial da revista *Touchpoint* de 2009, Margaret Breslin, *designer* da Mayo Clinic coloca:

Até recentemente a maioria dos problemas enfrentados no cuidado de saúde eram percebidos como sendo de origem técnica. Nós perseguimos um conhecimento maior usando métodos tradicionais de ciência e medicina. Mas mais do que isso os maiores problemas em relação ao cuidado de saúde estão relacionados com a entrega do serviço; a questão não é o quê, mas quem, quando, como e onde. Os métodos tradicionais da medicina para descoberta são menos adequados para responder estas questões. (...) O design de serviços traz processos e métodos que se conjugam as questões dentro do contexto de cuidado e iluminam novos conceitos a partir de um conhecimento profundo do que as pessoas no núcleo de cuidado em saúde entregam (...), (BRESLIN, 2009).

Breslin ainda aponta que a união das duas formas de pensar, científica e criativa, é de longe um dos maiores desafios que encontramos nas abordagens multidisciplinares para repensar a entrega de cuidado de saúde. Para ela, o monitoramento contínuo da jornada do cliente, baseado em evidências com ferramentas de suporte e de autocuidado, vai mudar o relacionamento entre pacientes e instituições de saúde.

Rottingen e Reason apontam em seu artigo “*A healthy relationship*” (*Touchpoint Journal*, 2009), que os serviços de saúde possuem características e desafios específicos, portanto é essencial que os *designers* de serviços entendam o contexto e as prioridades das organizações de cuidado de saúde, se quiserem que seus projetos tenham um impacto significativo. Segundo os autores, a educação médica é muito focada em um conhecimento individual de cada paciente, com suas especificidades em termos de sintomas e tratamentos, com menor ênfase em trabalho com equipe multidisciplinares, habilidades de comunicação, logística, entrega de serviços e questões organizacionais; questões estas que são centrais para o *design* de serviços.

A importância do *design* de serviços para área da saúde é abordada também por Teresa Huber, gestora de *design* de serviços do Premia Med, em entrevista concedida ao *Touchpoint Journal* (2009). Ela coloca que atualmente, nas organizações privadas de saúde de padrão internacional, a competência técnica é muito alta e os pacientes consideram a competência médica por garantida, ao mesmo tempo, por questões de competitividade e sobrevivência, é particularmente importante que elas se diferenciem umas das outras em termos de qualidade do

serviço prestado. Na mesma entrevista, Julia Hadschieff aponta que dificilmente os pacientes conseguem julgar o processo de cura, mas eles entendem se gostam de comida, quão amigável é a recepção, como reclamações e sugestões são tratadas e como serviços pró-ativos são implementados. Portanto, a questão não é apenas se a cirurgia foi profissionalmente bem feita ou não. Nesse sentido, questões como a liberdade de escolha, a individualidade, o ambiente e serviços de hotelaria estão se tornando cada vez mais importantes. Segundo ela, é esse "*service plus*" que faz a diferença. Diferenciais estes que tornam-se cada vez mais essenciais quando falamos de pacientes particulares.

Os clientes internacionais, oriundos do turismo médico, são geralmente pacientes particulares. Em termos econômicos, representam maior taxa de lucro para as instituições de saúde. Aumentar o número de clientes neste segmento só é possível se os primeiros pacientes que visitam as instituições ficarem satisfeitos com as mesmas e com os serviços prestados. Só então é que outros pacientes farão o mesmo movimento. O serviço prestado deve estar alinhado com as expectativas do cliente – ou, melhor ainda, ultrapassá-las. Todos os esforços investidos na aquisição dos pacientes são em vão quando o primeiro contato pessoal não é perfeito (HUBER, 2009).

No segmento de saúde, assim como nos demais segmentos de serviços, o *design* desponta como um campo relativamente novo; porém sua importância fica evidenciada na medida em que cresce o número de artigos e publicações sobre o tema. Publicações como a *Touchpoint, the journal of service design*, que dedicou em outubro de 2009, uma edição exclusiva ao setor da saúde, contribuem para a disseminação dessa nova abordagem.

Conforme Moritz (2005), o grande desafio do *design* de serviços é tornar sua metodologia e ferramentas mais conhecidas e acessíveis. Esta talvez seja uma das grandes contribuições desta pesquisa.

Assim, após delinear uma investigação a cerca da temática do serviço de turismo médico, por meio da verificação das suas características e contextualização do setor de saúde, segundo referências teóricas, este estudo apresentará os procedimentos metodológicos utilizados até o momento. Acrescido a isso, serão expostas as metodologias e ferramentas de pesquisa apresentadas e analisadas nos capítulos seguintes, bem como o processo de projeto adotado.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para que seja possível alcançar os objetivos desta pesquisa, bem como obter registros de validade e confiabilidade científica, optou-se pela sua estruturação em duas etapas distintas. Assim, a orientação do estudo e a mensuração dos dados são resultantes da utilização de metodologias de pesquisa e do uso de ferramentas projetuais aplicadas durante o processo de projeto adotado. A seguir o detalhamento do caminho percorrido no presente estudo.

3.1 Síntese Metodológica

Com a finalidade de simplificar o entendimento e evidenciar as ligações existentes entre os objetivos propostos no presente estudo, as bases teóricas adotadas, a forma de coleta de dados e as variáveis analisadas, adaptou-se o modelo de “Matriz de Amarração”, apresentado por Mazzon (MAZZON, 1981 apud TELLES, 2001). Segundo o autor, a ferramenta fornece uma visão sintética da intervenção planejada ou realizada, por meio de uma abordagem sistêmica para o exame da qualidade da pesquisa. Ela apresenta-se como uma etapa voltada à identificação clara da configuração metodológica, da transparência de suas limitações e ressalvas, e da avaliação da sua efetividade e eficácia. Assim o Quadro 3 caracteriza-se por ilustrar, por meio de uma estrutura matricial, as inter-relações teóricas deste estudo.

OBJETIVOS		BASE TEÓRICA	COLETA de DADOS	VARIÁVEIS DO ESTUDO
Geral	Específicos			
A partir de um olhar do <i>design</i> estratégico, contextualizar e avaliar a aplicação das ferramentas da disciplina de <i>design</i> de serviços, no desenvolvimento de novos serviços hospitalares	Analisar o atual contexto da sociedade contemporânea e seus reflexos no setor de saúde, bem como o cenário da saúde no Brasil e o segmento de turismo médico	Adorno (1947), Almeida (2011), ANAHP (fev/2010), ANS (mar/2011), Baudrillard (1995), Bauman (1998), Canciani (1997), EMBRATUR (2008), Foco Consultoria (2010), JCI (1994), Kotler (2008), Lipovetsky (2004), Moffet (2005), Ministério do Turismo do Brasil (2010), Paim et al. (2011), Paim, Travassos (2011), Perfetto e Dholakia (2010), Torresini (2002), Woodman (2007)	Revisão Bibliográfica com base em referenciais teóricos de livros, artigos, revistas, sites e anuários	Referenciais teóricos e suas relações com o atual contexto e com o problema de pesquisa
	Abordar os conceitos de <i>design</i> estratégico e <i>design</i> de serviços e sua relevância para o setor de serviços e área da saúde	Breslin (2009), Buchanan (2001), Cardoso (2007), Celaschi (2007), Deserti, (2007), Fitzsimmons & Fitzsimmons (2004), Huber (2009), Jones (2009), Kimbell (2010), Lovelock & Wright (2001), Mager (2009), Mager & Evenson (2008), Meroni (2008), Moraes (2010), Moritz (2005), Parode e Scaletsky (2008), Rottingen e Reason (2009), Skrabe (2011), Stickdom & Schneider et al. (2010), Verganti (2009), Watson (1994), Zurlo (2010)	Revisão Bibliográfica com base em referenciais teóricos de livros, artigos, revistas, sites e anuários	Referenciais teóricos e suas relações com a pesquisa exploratória preliminar
	Caracterizar os atores da atividades de turismo médico (pacientes, familiares, médicos, representantes de instituições de saúde, setor público)	EMBRATUR (2008), Foco Consultoria (2010), Ministério do Turismo do Brasil (2010), Perfetto e Dholakia (2010), Woodman (2007)	pesquisa desk, pesquisa documental e pesquisa historiográfica	Entendimento dos diferentes atores participantes do contexto
	Desenvolver, a partir de um caso-piloto, um projeto de serviços focando o turismo médico para uma instituição de saúde	Deserti (2007), Parode e Scalatsky (2008), Sticdom & Schneider et al. (2010), Mager (2009), Moritz (2005),	Entrevistas, observação participante e aplicação das ferramentas projetuais de <i>design</i> estratégico e <i>design</i> de serviços	Referenciais teóricos e suas relações com o Serviço de turismo médico
	Avaliar e analisar o processo de projeto, com a utilização de ferramentas metaprojetuais e projetuais de <i>design</i> estratégico e <i>design</i> de serviços, frente aos seus referenciais teóricos	Celaschi (2007), Deserti, (2007), Moraes (2010), Parode e Scaletsky (2008), Mager (2009), Moritz (2005), Stickdom & Schneider et al. (2010)	Resgate dos referenciais teóricos de livros, artigos, revistas e sites.	Reações de aproximação e afastamento dos referenciais teóricos, frente o caso - piloto

Quadro 3: Matriz de Amarração - Síntese da Pesquisa
Fonte: Mazzon (1981), Adaptado pela autora

3.2 Delineamento da Pesquisa

Este estudo desenvolvido pode ser caracterizado como de natureza fenomenológica, pois busca o entendimento da essência dos fenômenos, fundamentando-se no conhecimento a partir da descrição das experiências como elas são vividas, não havendo separação entre o sujeito e o objeto (MARTINS e

THEÓPHILO, 2009). Assim, sua abordagem é de cunho qualitativo, pois sua aplicação foi inserida dentro do processo de projeção, sendo característica dessa técnica de pesquisa o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente no qual o fenômeno está inserido (MARTINS e THEÓPHILO, 2009). Conforme Moreira (2004), a pesquisa qualitativa “caracteriza-se mais por dúvidas, indefinições e conceitos vagos do que por certezas absolutas e rotinas de trabalho bem estabelecidas”. Lazarsfeld, investigador que deu início às avaliações qualitativas (MARTINS e THEÓPHILO, 2009), expõe as situações onde os indicadores qualitativos apresentam-se mais adequados; sendo a captura de dados psicológicos, a descoberta e entendimento da complexidade e a interação de elementos relacionados ao objeto de estudo, situações com relação direta a esta pesquisa. Ludke e André (apud MARTINS e THEÓPHILO, 2009), sugerem que o processo de dados coletados qualitativamente seja dividido em duas fases. A primeira, que ocorre durante o trabalho de campo, onde, à medida que o pesquisador coleta informações e evidências, ele organiza e divide o material em partes, relacionando-as e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Durante esse processo, o pesquisador deve avaliar a pertinência das questões formuladas inicialmente e, se necessário, redirecioná-las, uma vez que na construção de uma pesquisa qualitativa a coleta e a análise dos dados ocorrem simultaneamente. Na segunda fase, as tendências e padrões relevantes encontrados são reavaliados com objetivo de se buscarem relações e interferências em um nível de abstração mais elevado. Essa técnica de pesquisa requer habilidade, perseverança e atenção do pesquisador, para que, no final da coleta, o mesmo não tenha como resultado um montante de informações difusas e irrelevantes. No intuito de atenuar esse risco, Bogdan e Biklen (apud MARTINS e THEÓPHILO, 2009) apontam algumas ações, tais como a importância da delimitação progressiva do foco de estudo à medida que se desenvolve a coleta de dados; um aprofundamento da revisão da literatura, relacionando-a com as descobertas feitas durante o estudo; e o teste de ideias junto aos sujeitos.

A pesquisa aqui apresentada pode ser classificada como um estudo exploratório, a partir de uma pesquisa-ação. “A pesquisa de *design* é programa de pesquisa-ação, com caráter qualitativo, que se define à medida que se prossegue no exame em que se estuda, não operando por meio de análises pontuais e dados precisos, nem por meio de indicações pré-escritas e normativas, mas negociando

constantemente as próprias razões e aderindo de modo mirado às situações e ao contexto” (B.Laurel, *Design Research. Methods and Perspectives*, Boston 2003 apud ZURLO, 2010, p.7). Assim, para o desenvolvimento deste trabalho, conforme descrito anteriormente, dividiu-se os procedimentos metodológicos adotados em Metodologia do Estudo e Processo de Projeto Adotado. Para que a aplicação do processo de projeto tivesse de fato relevância acadêmica, foram realizadas pesquisas exploratórias, por meio da análise do levantamento bibliográfico, que possibilitaram um aprofundamento tanto do contexto trabalhado como do tema e suas implicações.

A revisão bibliográfica realizada sobre os temas saúde no Brasil, modelo da saúde suplementar, turismo médico, *design*, *design* estratégico e *design* de serviços motivou à continuidade desta pesquisa e auxiliou no direcionamento da aplicação metodológica em um caso piloto. Como resultado, foi possível estabelecer as relações teóricas de aproximação e afastamento entre tais áreas do conhecimento e sua aplicação prática; bem como apresentar uma adaptação adequada para a construção dos instrumentos de análise utilizados na aplicação metodológica, apresentados a seguir em quadro síntese, e descritos nos capítulos de Desenvolvimento do Projeto e de Análise dos Resultados.

3.2.1 Pesquisa-Ação

A pesquisa-ação é um tipo de investigação participante que tem como propósito a ação planejada sobre os problemas detectados, buscando a resolução ou esclarecimento dos mesmos. Como característica desse tipo de pesquisa, apresentam-se: a ampla interação entre o pesquisador e as pessoas implicadas nas situações investigadas, sendo resultante disso, a priorização dos problemas a serem pesquisados e as soluções que serão encaminhadas sob forma de ação concreta; a constituição do objeto de investigação pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados; o acompanhamento constante, durante todo o processo, das decisões, ações e atividades intencionais dos atores inseridos na situação; e o conseqüente aumento de conhecimento do pesquisador sobre o nível da consciência das pessoas e dos grupos considerados. Assim, para a etapa de aplicação metodológica por meio do caso piloto, na instituição objeto de estudo, este será o tipo de pesquisa empregada, pois acredita-se que a projeção de um novo

serviço não seria possível sem a participação dos atores envolvidos juntamente com o pesquisador na identificação de problemas coletivos, buscando, experimentando e redirecionando soluções em situação real, características desse tipo de pesquisa (MARTINS e TEÓFILO, 2007). Os autores ainda apontam que a pesquisa-ação não é apropriada para busca de soluções cotidianas de pequenos problemas, mas sim para tratar de questões complexas, especialmente em situações insatisfatórias, que tenham características de diagnóstico e consultoria.

3.2.2 Unidade de Estudo

O foco do presente estudo é a aplicação metodológica em um caso – piloto. Para tanto, optou-se pela projeção de um serviço para pacientes internacionais no Hospital Moinhos de Vento, situado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Atualmente o Hospital Moinhos de Vento já possui um fluxo de pacientes estrangeiros que procuram o hospital por uma situação de emergência, ou por intermédio de algum médico pertencente ao corpo clínico do hospital, que possua uma técnica diferenciada para um tratamento específico.

A direção do hospital, ciente do potencial do segmento de mercado de turismo médico, aprovou recentemente que o tema fosse trabalhado internamente. Este foi considerado como um dos projetos estratégicos da instituição, sendo constituído um grupo de trabalho no intuito de pesquisar e desenvolver esse serviço no hospital.

Assim, acredita-se que tal situação configure-se como um cenário adequado para a aplicação da presente pesquisa.

3.3 Coleta de Dados

Foram utilizados métodos e técnicas de pesquisa para a coleta de dados, tanto na etapa de pesquisa, quanto na etapa de projeto – aplicação metodológica. Sua utilização está demonstrada no Quadro 13, presente no item de síntese metodológica, e será descrita no decorrer desta dissertação. A metodologia de pesquisa e as técnicas utilizadas foram: revisão bibliográfica, pesquisa *desk*, pesquisa documental e pesquisa historiográfica; entrevistas e observação participante.

3.3.1 Revisão Bibliográfica

Esta etapa contemplou uma pesquisa realizada em documentos, periódicos, livros, revistas e *sites*. Conforme Martins & Theóphilo, (2009), é uma estratégia de pesquisa necessária para a condução de qualquer investigação científica. Sua aplicação, na etapa inicial deste estudo, procurou explicar e discutir assuntos e temas importantes para a contextualização do problema de pesquisa. Acredita-se que a partir desta etapa, por meio da busca por diferentes referenciais teóricos, ampliou-se o entendimento do problema de pesquisa proposto no presente estudo.

3.3.2 Pesquisa Desk

A pesquisa *desk*, ou pesquisa de dados secundários, consiste no levantamento de informações disponíveis em diversas fontes. Neste estudo, foram consultados relatórios anuais de hospitais de referência, revistas setoriais, publicações, artigos já existentes sobre o tema, e dados disponíveis na Internet, dentre outros. O método ajudou a descobrir informações que deram suporte às hipóteses levantadas, possibilitando um conhecimento prévio do que se pretendia pesquisar. A principal vantagem na sua utilização é a rapidez com que as informações podem ser trabalhadas, uma vez que não se utiliza pesquisa de campo (MALHOTRA, 2012).

3.3.3 Pesquisa Documental

Diferentemente da pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental caracteriza-se pela utilização de fontes primárias, com matérias compiladas pelo próprio autor do trabalho. Para tanto, utilizam-se documentos escritos ou não, tais como: gravações, fotografias, filmes e mapas, dentre outros (MARTINS & THEÓPHILO, 2009).

3.3.4 Pesquisa Historiográfica

Na pesquisa historiográfica o pesquisador utiliza-se das fontes oficiais, documentadas, que servem de base para uma narrativa estruturada, com precisão cronológica (MARTINS & THEÓPHILO, 2009). Neste estudo, foram utilizados como fonte da pesquisa documentos históricos do Hospital Moinhos de Vento, disponíveis para consulta no Espaço Memória do hospital. Sua consulta foi de grande relevância

para um mapeamento do perfil organizacional, presente na análise da empresa, dentro da etapa de pesquisa contextual. Martins e Theóphilo (2009) destacam a importância da veracidade e confiabilidade dos documentos levantados, para esta técnica de pesquisa.

3.3.5 Entrevista

A entrevista é uma técnica de pesquisa que tem como objetivo compreender, por meio da coleta de dados e informações, o significado que os entrevistados atribuem a determinadas questões (MARTINS & THEÓPHILO, 2009). No presente estudo, esta técnica de pesquisa foi utilizada na etapa de aplicação metodológica em um caso piloto. Foram realizadas entrevistas na fase de pesquisa contextual para as análises do mercado, dos usuários e da empresa. Conforme os autores, as entrevistas podem ser:

- estruturadas: quando o entrevistador possui um roteiro previamente estabelecido e aplicado para todos os entrevistados;
- semiestruturadas: quando a existência de um roteiro previamente estabelecido não impede que o entrevistador acrescente novas questões, possibilitando uma liberdade maior na aplicação da entrevista;
- não estruturadas: quando o entrevistador busca obter as informações através de uma conversa livre, sem um roteiro previamente estabelecido;
- em profundidade: é uma entrevista não estruturada em que o pesquisador visa obter do respondente informações detalhadas sobre um tema específico, com objetivo de captar motivações, crenças, percepções e atitudes em relação a um determinado contexto e/ou objeto de investigação.

3.3.6 Observação Participante

Na observação participante o pesquisador – observador torna-se parte integrante do contexto pesquisado, realizando a coleta de dados, informações e evidências numa relação face a face com os sujeitos da pesquisa realizada (MARTINS & THEÓPHILO, 2009). Conforme os autores, nesta modalidade, o

pesquisador deixa de ser um observador passivo, assumindo uma variedade de funções e assim participando dos eventos e situações que estão sendo observados. Neste estudo, essa técnica de pesquisa foi utilizada na etapa de pesquisa contextual – análise dos usuários e análise do mercado. As observações realizadas serviram de complemento às entrevistas, permitindo a pesquisadora observar como os principais dados e informações coletadas se manifestam em situações práticas.

3.4 Processo de projeto adotado

Como esta pesquisa se desenvolveu sob a forma de uma aplicação metodológica, acredita-se ser necessário um maior esclarecimento teórico acerca dos métodos e ferramentas aplicados no desenvolvimento do projeto de serviço. Neste capítulo serão conceituadas as ferramentas utilizadas na fase projetual deste estudo. A sua escolha, será justificada durante a descrição do percurso projetual.

3.4.1 Benchmarking

O *benchmarking* de serviços, segundo Deserti (2007), é uma técnica de aprendizado direcionada à identificação das melhores práticas de uma organização, no intuito de obter a satisfação do cliente. Na mesma linha, Pulat (1994) aponta que é um processo de avaliação contínua da empresa, em comparação com as melhores práticas vigentes nas empresas consideradas como referencia no mercado. É utilizado para aprender o que as empresas pesquisadas fazem de melhor e porque o fazem tão bem. Sempre com o objetivo de tentar fazer ainda melhor.

O *benchmarking*, segundo Leibfried e Mcnair (1994), está focado em entender os métodos e as características básicas de produção capazes de fornecer uma vantagem competitiva sobre os concorrentes diretos de uma dada empresa. Por característica, conforme o autor, o *benchmarking* inclui em seu planejamento aproximadamente três concorrentes mais próximos da empresa.

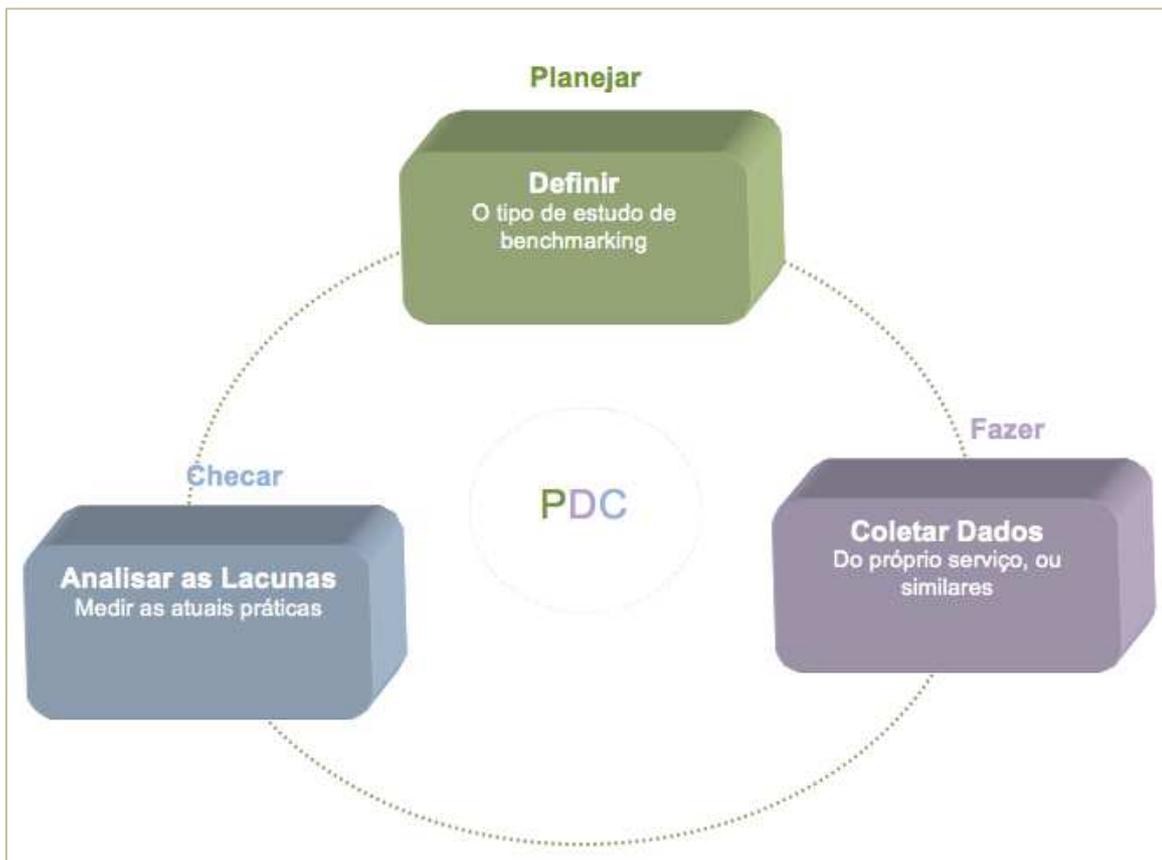
Existem diferentes abordagens e metodologias para o planejamento e realização do *benchmarking*. Para efeito deste estudo foi utilizada uma adaptação da metodologia do ciclo do PDCA, também conhecida como ciclo de Deming (DEMING, 1986). A metodologia, que foi desenvolvida nos anos de 1930, por Walter A. Shewhart, e consagrada por Willian Edwards Deming a partir da década de 50, tem

como função básica o auxílio no diagnóstico, análise e prognóstico de problemas organizacionais. É um método utilizado para a solução de problemas nas organizações visando à busca da melhoria contínua (FALCONI, 2004). Watson, em seu livro *Benchmarking Estratégico* (1994), apresentou estudos que resultaram num conjunto de passos básicos para o processo de planejamento e realização do *benchmarking*, utilizando as quatro etapas do ciclo do PDCA - Planejar, Desenvolver, Checar e Agir, onde:

- A) Planejar: consiste no planejamento do estudo de *benchmarking*. Para esta pesquisa o planejamento deu-se em três fases:
- Identificação das instituições de saúde que deveriam ser comparadas;
 - Identificação de quais informações devem ser coletadas e comparadas;
 - Determinação do método de coleta de dados.
- B) Fazer: consiste em coletar os dados necessários.
- C) Checar: consiste em analisar os dados coletados, comparando os mesmos com a situação atual da instituição objeto de estudo, a fim de identificar as lacunas e oportunidades de melhoria.
- D) Agir: consiste em implementar as melhorias.

Para efeito deste estudo, como mencionado anteriormente, adaptou-se a metodologia, conforme a Figura 7, utilizando-se somente as três primeiras macro etapas do ciclo do PDCA. Tal adaptação é justificada pelo fato de que a utilização da estratégia de *benchmarking* faz-se necessária para que se tenha um conhecimento consistente da atuação dos principais *players* do segmento de mercado estudado. Porém o motivo da aplicação dos seus resultados difere daquele em que habitualmente é empregado. Com o *benchmarking*, não se pretende aperfeiçoar os processos críticos ou serviços estudados, e sim utilizá-lo como uma base estrutural de conhecimento que possa sustentar e embasar as etapas seguintes, que buscam a inovação.

Figura 7: Processo de Benchmarking com Ciclo do PDCA adaptado ao projeto



Fonte: Deming adaptado pela autora

3.4.2 Workshop

O *workshop* de *design* parte geralmente de um *briefing* mais ou menos desenvolvido, fornecido por um cliente (Cautela, 2007). Conforme o autor, é uma sessão de projeto que pode ser contínua ou intermitente, orientada à geração de *concepts*. É uma técnica utilizada para diferentes fins e por meio dela podem-se ampliar oportunidades de uso de soluções existentes, enriquecendo o conteúdo de um serviço, de um produto ou de uma experiência de uso. Neste estudo, na etapa de análise dos usuários, realizou-se um *workshop*, denominado *Workshop de Design de Serviços*. Este teve caráter de curso de capacitação para a utilização das ferramentas projetuais empregadas nessa disciplina. Durante a sua realização foram aplicadas algumas ferramentas que permitiram um maior entendimento da relação do usuário com o serviço de turismo médico.

3.4.3 *Customer journey maps*

O *Journey maps* é uma ferramenta utilizada pelos *designers* de serviços para representar visualmente, de forma estruturada, a experiência vivenciada pelo usuário de um determinado serviço. A jornada, que é elaborada a partir da perspectiva do usuário, oferece, por meio do mapa, uma visualização detalhada de todos os fatores que influenciam a sua experiência. A utilização de materiais e meios que os próprios usuários produzem, tais como diários de bordo, entrevistas e *blogs*, enriquecem a construção da mesma, com uma grande quantidade de emoções relacionadas às suas diferentes etapas. No intuito de fazer uma imersão ainda maior na experiência do usuário, pode-se personalizar o *journey map* incluindo fotografias e comentários pessoais. Os *touchpoints*²⁰ são os pontos de partida para a construção da jornada como um todo. O detalhamento das interações e emoções que acontecem nos diferentes pontos de contato permitem que, ao termos uma visão geral do mapa, ele nos ofereça uma identificação clara tanto das áreas problemáticas, quanto das oportunidades de inovação. Ao mesmo tempo, se focarmos nosso olhar em *touchpoints* específicos, teremos uma visão particionada em estágios individuais da experiência do serviço. Segundo Stickdorn & Schneider, et al. (2010), a representação visual estruturada da jornada do cliente, por meio do *journey map*, permite comparar várias experiências dentro da mesma linguagem visual e também facilita a comparação rápida entre um serviço e seus competidores.

3.4.4 *Personas*

Personas são perfis fictícios. Normalmente materializam as percepções do mundo real que circundam um determinado serviço, representando os interesses compartilhados de um grupo específico de pessoas. Elas representam personagens com os quais a equipe de projeto pode se engajar para identificar os padrões qualitativos relevantes de um determinado grupo (Stickdorn & Schneider, et al. 2010). Moritz (2005) aponta que a construção de personas é muito relevante para a concepção de um serviço, pois permite uma compreensão mais detalhada e individual de um grupo de clientes. Elas podem oferecer diferentes perspectivas de um determinado serviço, permitindo que as equipes de projeto possam trabalhar com os diferentes grupos de interesse de um mercado alvo.

²⁰ São os mais diferentes pontos de contato do cliente com um serviço. Essas interações podem ser tangíveis ou intangíveis, tais como interações com web site. (Moritz, 2005).

3.4.5 Brainstorming

É uma técnica utilizada para a geração de ideias. É um momento livre e criativo, onde as pessoas reunidas lançam ideias por meio de expressões, palavras e frases sintéticas, sobre um determinado assunto. Segundo Moritz (2005), é um encontro onde um grupo de pessoas é encorajado a contribuir com ideias ousadas e onde não existe espaço para críticas. A meta é gerar um grande número de ideias e todas elas devem ser registradas imediatamente. Geralmente elas decorrem de uma questão que é lançada. A partir daí, cada ideia vai servir de base para a construção das próximas. Moritz (2005) aponta, que podem fazer parte do grupo de *brainstorming* tanto *experts* no assunto que está sendo proposto, como pessoas fora do contexto.

3.4.6 Moodboard

É uma ferramenta que articula imagens de revistas ou Internet, fotografias, desenhos, texturas e eventualmente textos, por meio de um processo de colagem, no intuito de construir elementos como fontes de inspiração. Para Taís Vieira (2009), o *moodboard* se apoia na construção de metáforas que caracterizam a atmosfera do projeto de *design*, principalmente em suas etapas iniciais, podendo significar mais um caminho na busca de soluções de projeto. As imagens permitem a interpretação e visualização de mensagens e sentidos resultantes da interação que fazem com quem as observa. Fischer e Scaletsky (2009) apontam que, além de ser um meio de criação de novas ideias, o *moodboard* é um instrumento de diálogo entre os diversos atores envolvidos no projeto. Moritz (2005) indica que a ferramenta é uma representação visual, por meio da combinação de imagens, de um certo humor ou atmosfera, representando assim tanto o humor de uma experiência como o ambiente onde um determinado serviço é realizado. Ela ajuda a explicar os valores inconscientes e intangíveis de um determinado serviço, difíceis de serem capturados por meio das palavras.

3.4.7 S.W.O.T²¹

Oriunda da administração, a análise S.W.O.T é utilizada para demonstrar a posição competitiva das unidades de negócio da empresa (seus pontos fracos e

²¹Dos termos em inglês: *strengths, weaknesses, opportunities, threats* (KOTLER, 2000).

fortes em termos de recursos em relação aos concorrentes) e o contexto do ambiente externo (oportunidades e ameaças) (WRIGHT, et al. 2007). É uma ferramenta utilizada para situar a empresa analisada em relação ao mercado.

3.4.8 Cenários

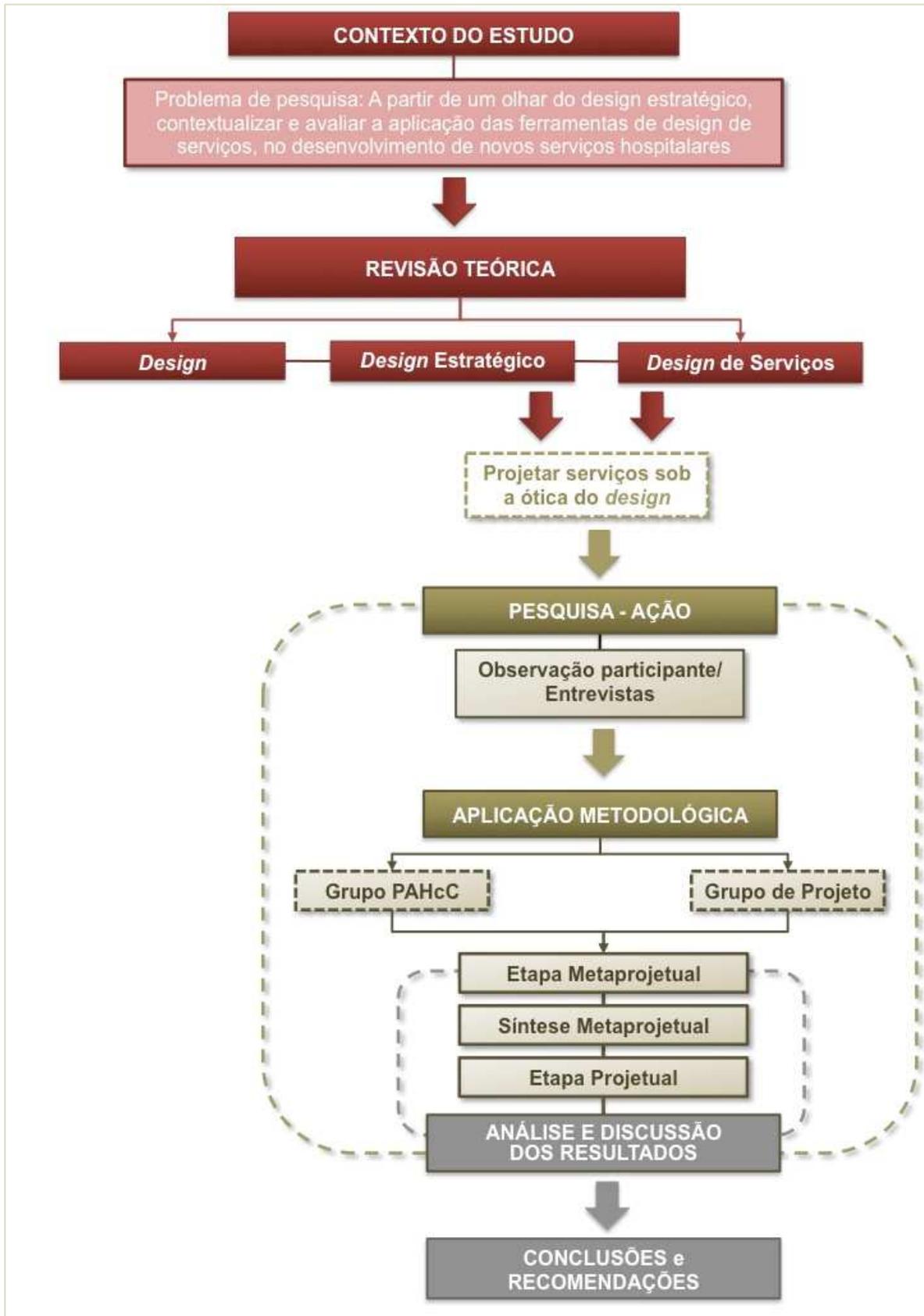
Também oriunda da administração, a construção de cenários permite que os executivos examinem os resultados que uma determinada organização poderia esperar com diferentes estratégias operacionais e condições econômicas diversas, preparando-se assim para uma variedade de futuros possíveis (PORTER, 2005). Porém, se para a administração a construção de cenários é uma ferramenta que auxilia na gestão da estratégia, no *design* ela apresenta-se como parte integrante do processo de projeto, auxiliando o *designer* a enfrentar o desafio de desenvolver um sistema-produto, com objetivo de alcançar a inovação (DESERTI, 2007). Reyes (2010) coloca que o afastamento da lógica da gestão e a aproximação da lógica da inovação permitem uma ousadia maior na utilização da ferramenta, onde a intenção é lidar com a incerteza do ambiente futuro e não com a previsibilidade evidente. Assim, os cenários de *design* apresentam-se como histórias hipotéticas criadas com detalhes suficientes para explorar de forma significativa um aspecto de um serviço oferecido (STICKDORN & SCHNEIDER et al., 2010). Eles podem ser apresentados usando textos simples, *storyboards*, ou até mesmo vídeos. Os dados levantados em pesquisas são utilizados para a construção de situações plausíveis em torno das quais o cenário pode se basear. Os autores apontam que, como ferramenta de *design* de serviços, os cenários podem ser utilizados em diferentes estágios do projeto; áreas problemáticas de um serviço oferecido podem ser desenvolvidas em cenários a fim de se encontrar soluções; do mesmo modo que protótipos de cenários examinam potenciais problemas que um novo serviço possa encontrar. Os cenários para o *design* ajudam a rever, analisar e compreender os fatores condutores que definem a experiência do usuário no serviço.

3.5 Técnicas de análise dos resultados

Os dados coletados durante a etapa de pesquisa foram analisados e confrontados com a aplicação metodológica e ferramental, realizada no percurso

projetual do caso piloto; servindo assim de base para uma reflexão acerca da aplicabilidade das ferramentas apresentadas pelos autores abordados neste estudo. A análise se deu de forma subjetiva, por meio da análise de conteúdo. Como resultado, pretende-se que o serviço projetado sirva de modelo para futuros estudos. Para uma compreensão simplificada sobre o do conjunto de etapas que nortearam esse estudo, construiu-se uma figura síntese do fluxo de desenvolvimento do mesmo, dividindo-o em quatro etapas principais, conforme a Figura 8, a seguir.

Figura 8: Síntese estrutural do estudo



Fonte: Elaborado pela autora

Diante da figura, verifica-se que a primeira parte deste estudo, caracterizada pela área verde, iniciou-se, primeiramente, com a definição do problema de pesquisa, impulsionado pelas motivações e intenções junto ao tema. Posteriormente, iniciou-se uma revisão teórica, por meio de pesquisa bibliográfica em livros, artigos, revistas e dissertações sobre o contexto e o tema proposto, detalhados no Quadro 3 – Matriz de Amarração, com o objetivo de possuir melhor entendimento sobre os limites do problema de pesquisa levantado. Esse procedimento colaborou com a identificação das variáveis a serem analisadas durante o processo de projeto adotado, desenvolvido na segunda parte da pesquisa, colaborando para o entendimento das ferramentas a serem utilizadas no estudo. Findando essa primeira parte do estudo, as ferramentas de suporte para a coleta de dados foram definidas.

A segunda parte da presente pesquisa, ilustrada na região azulada, caracterizou-se pela aplicação metodológica em um caso piloto, com o objetivo de inserir na prática os conceitos abordados anteriormente, de *design* estratégico e *design* de serviços. Para tanto, constituíram-se dois grupos de trabalho, denominados de Grupo Porto Alegre *Healthcare Cluster*²² (PAHcC), formado pelos responsáveis pela implementação desse novo serviço nos quatro hospitais integrantes do mesmo (Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinhos de Vento e Hospital São Lucas da PUC), e Grupo de Projeto, integrado por representantes de diferentes setores do Hospital Moinhos de Vento, instituição objeto deste estudo.

A experiência projetual possibilitou a reunião, a análise e a discussão dos resultados obtidos por meio de abordagens qualitativas, possibilitando, dessa maneira, um maior entendimento sobre os fenômenos e as variáveis observadas, bem como suas relações com as teorias existentes acerca do tema, verificando, assim, os afastamentos e as aproximações.

²² *Cluster* constituído pelos quatro hospitais de Porto Alegre com reais condições de receber o paciente internacional, mais a Secretaria de Turismo do município e a Federação das Associações Comerciais e de Serviços do Rio Grande do Sul (FEDERASUL), em XX/XX/XX. Com o objetivo de fomentar o desenvolvimento do setor de serviços em Porto Alegre (Turismo e Medicina).

4. PROJETANDO O SERVIÇO

O crescimento do setor de serviços, com o surgimento de empresas puramente de serviços atuando nas mais distintas áreas, e a crescente busca de agregação de valor por meio da incorporação de serviços aos produtos produzidos (MORITZ, 2005) cancelam a necessidade de projeção dos mesmos. Nesse cenário, Mager (2011) aponta a importância de se olhar para o serviço, como se este fosse um produto.

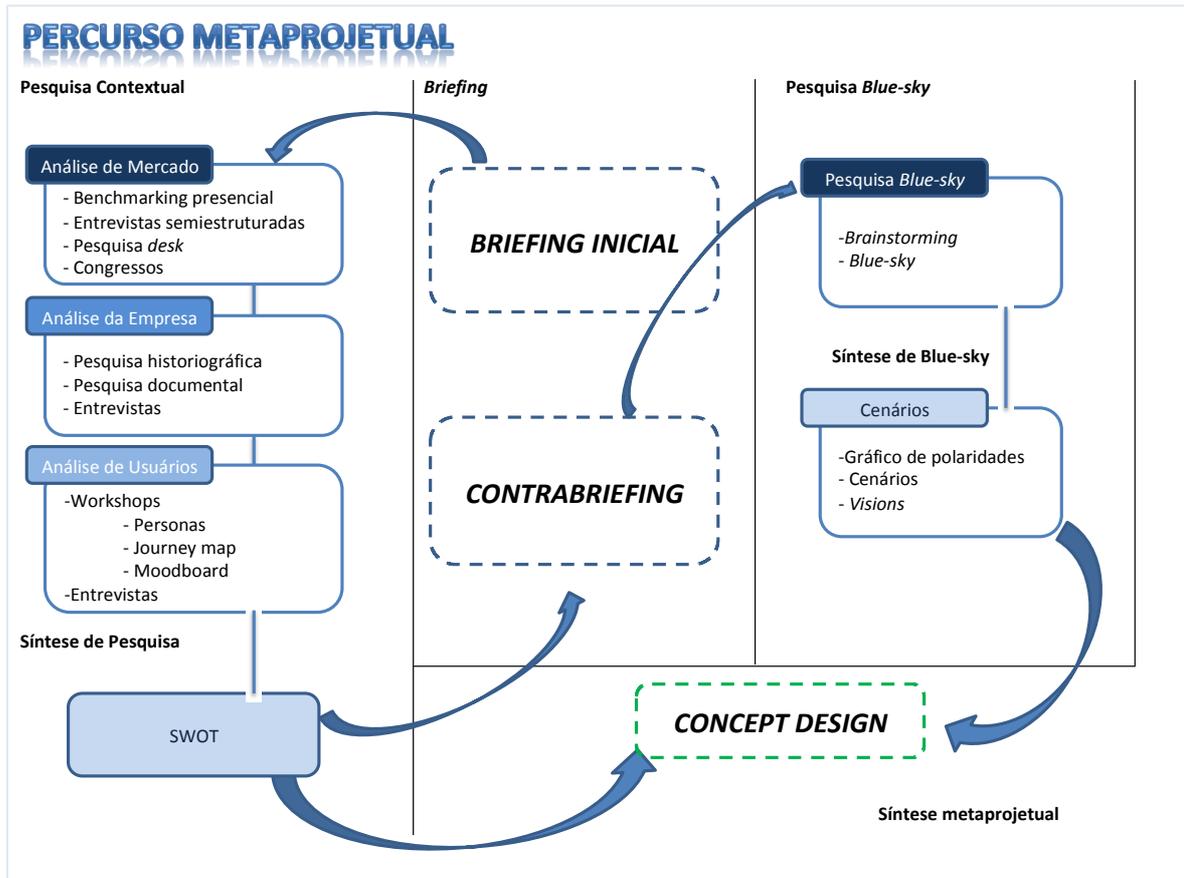
No consumo de serviços as interações entre usuários, funcionários, serviços e ambiente físico são constantes, e seus participantes exercem influências entre si (URDAN e URDAN, 2006). Essas interações, aliadas às características próprias do setor, como a intangibilidade, inseparabilidade, perecibilidade, fazem com que os fatores emocionais presentes no consumo se acentuem.

No ambiente hospitalar, ao consumir o serviço, o cliente tem contato com diferentes pessoas durante toda a sua experiência de consumo, um dos motivos pelos quais os fatores emocionais tendem a ser ainda mais intensos. A relação com sentimentos extremos -Vida, Morte, Cura, Doença -, como o próprio ambiente em si, tangibilizado na sua arquitetura e aromas específicos, influenciam de maneira significativa na formação e percepção de valor.

Tal contexto evidencia a importância de uma preocupação maior com a projeção dos diversos serviços oferecidos aos pacientes e seus familiares. Acredita-se que ao projetar todo o sistema – produto com a lógica do *design*, possamos obter como resultado uma melhora na percepção da experiência do usuário, ao consumir o serviço.

Para o desenvolvimento deste projeto, tomou-se como base a lógica de metodologias do *design* estratégico apresentadas por Celaschi e Deserti, bem como ferramentas projetuais de *design* de serviços apresentadas e discutidas por Moritz. Assim, com a finalidade de simplificar o entendimento do percurso metaprojetual adotado neste estudo, elaborou-se uma figura síntese, apresentada a seguir, que terá seu detalhamento e análise discutidos no decorrer desse estudo.

Figura 9: Processo Metaprojetual Adotado



Fonte: Desenvolvido pela autora, adaptado de Celaschi e Deserti (2007)

Também foi considerada a importância da atuação em *cluster* na construção do serviço de turismo médico, como descrito anteriormente. Assim, algumas etapas das atividades metaprojetuais e projetuais foram desenvolvidas em conjunto com os responsáveis pela implementação deste novo serviço nos quatro hospitais integrantes do Porto Alegre *Healthcare Cluster* (PAHcC); outras, que visam o desenvolvimento de serviços específicos e são geradoras de diferenciais competitivos, foram desenvolvidas com um grupo constituído por representantes do Hospital Moinhos de Vento, neste estudo, intitulado como grupo de projeto.

4.1 Briefing – A Definição do Problema de Projeto

A partir do contexto descrito, o presente projeto busca, por meio da utilização da metodologia de *design* estratégico e aplicação das ferramentas de *design* de serviços, projetar um novo serviço focado no paciente internacional, denominado de

turismo médico.

4.2 Etapa Metaprojetual

Para a atividade metaprojetual deste estudo, organizaram-se diferentes grupos de trabalho para cada uma das etapas, conforme descrito anteriormente. O planejamento e realização da pesquisa contextual do mercado contou com o grupo formado por representantes dos hospitais membros do Porto Alegre *Healthcare Cluster*:

Hospital São Lucas da PUC

- Supervisor da área comercial e financeira
- Supervisora de enfermagem

Hospital Mãe de Deus

- Gerente de *marketing*
- Responsável pelo processo de atendimento ao paciente internacional

Hospital Moinhos de Vento

- Gerente de *marketing*
- Responsável comercial pela área de relações internacionais

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

- Gerente de marketing
- Analista de marketing

Porém, para as demais pesquisas contextuais (análise da empresa e análises dos usuários), bem como todas as etapas que contemplam a pesquisa *blue-sky*, foi constituído um grupo de trabalho denominado neste estudo como grupo de projeto, composto pela pesquisadora e por representantes de diferentes setores do Hospital Moinhos de Vento:

- cinco colaboradores da equipe de *marketing* do hospital (formada por: administradores, publicitários, *designers*);

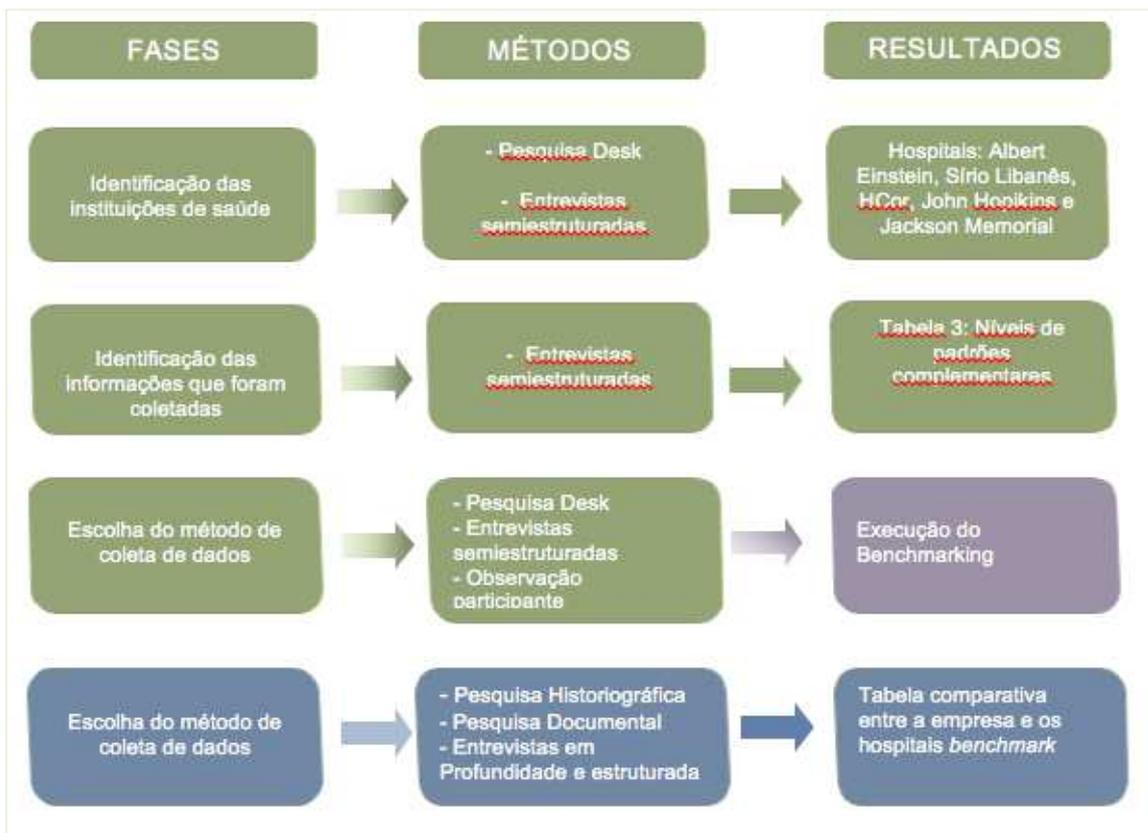
- uma colaboradora da área de engenharia (arquiteta);
- uma colaboradora da área comercial (publicitária, responsável pela área de relações internacionais).

Essa estruturação permitiu que as etapas metaprojetuais focadas na análise e descrição da realidade do atual contexto contassem com a visão de instituições semelhantes, mas com experiência no atendimento a pacientes internacionais com culturas e históricos distintos. Fato que enriqueceu o planejamento e análise das observações. Já as etapas metaprojetuais que visavam a geração de *insights* para a inovação e diferencial competitivo não foram compartilhadas com as demais instituições, pois acredita-se que o trabalho conjunto, nesta etapa, anularia a condição de diferencial, dando a todos os hospitais de Porto Alegre que atuam neste mercado o mesmo ponto de partida para uma etapa projetual.

4.2.1 A Pesquisa Contextual para um Novo Segmento de Mercado

Segundo Deserti (2007), na trajetória da construção das informações da etapa metaprojetual, a empresa é o primeiro tópico que deve ser analisado na pesquisa contextual. Porém, considerando-se que a pesquisa contextual em questão está vinculada à construção de um serviço destinado a um segmento de mercado ainda não explorado pela instituição objeto deste estudo, a sua lógica construtiva foi invertida. Pareceu-nos mais coerente iniciar pela análise de mercado, selecionando alguns hospitais nacionais e internacionais que hoje são referência no segmento de turismo médico para a realização de um *benchmarking* presencial. Tal decisão permitiu-nos esquematizar, por ordem de relevância, o que nas próximas etapas deveria ser considerado foco de observação tanto na análise da empresa, quanto na do usuário. A seguir, afigura síntese das metodologias e ferramentas utilizadas para as análises do mercado (em verde e lilás) e da empresa (em azul).

Figura 10: Síntese Metodológica e ferramental, utilizado nas Análises de Mercado e da empresa



Fonte: Desenvolvido pela autora

4.2.1.1 Análise de Mercado

Considerando-se que o potencial mundial do mercado de turismo médico (discutido em capítulo próprio) já havia sido vislumbrado pelos hospitais membros do *cluster* (motivo gerador da sua constituição), concentramos nossa pesquisa na análise dos atuais concorrentes e hospitais de referência (*benchmark*). Para efeito deste estudo, foram considerados como concorrentes hospitais nacionais que já possuem, em maior ou menor grau, um programa interno estruturado de recebimento e acolhimento de pacientes estrangeiros. Como *benchmark*, foram selecionados hospitais nacionais e internacionais, identificados por meio de pesquisa *desk*, (descrita a seguir, no item planejamento do *benchmarking*) e citados em congressos do setor, como referência no atendimento de pacientes internacionais, e que já possuem um fluxo representativo de atendimento a pacientes oriundos deste segmento. Também, para que pudéssemos selecionar uma

amostra que de fato fosse representativa qualitativamente, o *cluster* tornou-se membro da *Medical Tourism Association* – MTA, possibilitando, assim, a interação e a troca de dados e informações com todas as instituições membros, em âmbito mundial. Como membro, o grupo participou ativamente em quatro congressos do setor, sendo dois nacionais e dois internacionais:

- 1° *Medical Travel Meeting Brazil*, São Paulo, agosto de 2010
- 3th *World Medical Tourism Congress*, Los Angeles, EUA, em setembro de 2010
- 2° *Medical Travel Meeting Brazil*, São Paulo, agosto de 2011
- 4th *World Medical Tourism Congress*, Chicago, EUA, em outubro de 2011

Com a definição de iniciar a pesquisa contextual pela análise de mercado, por meio de um *benchmarking* presencial, partiu-se para a definição do modelo de *benchmarking* que seria aplicado. As cores da Figura 10, acima, possuem correspondência direta com a etapa do ciclo da PDCA (modelo definido para aplicação do *benchmarking* descrito anteriormente) à qual pertencem, e as flechas gradualmente preenchidas indicam um processo em andamento, enquanto as sólidas indicam a conclusão do mesmo.

4.2.1.1.1 Planejamento do *Benchmarking*

A seleção dos hospitais de referência, primeira etapa do planejamento, deu-se após pesquisa *desk*, realizada em *sites*, livros, artigos e matérias disponibilizadas na mídia nacional e por entidades setoriais, tais como a ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados. Também foram analisadas informações que são disponibilizadas a todos os membros do MTA, além de pesquisa documental em filmes gerados de palestras ministradas por representantes de hospitais nacionais, em congressos que trataram do tema.

O resultado da pesquisa mostrou que, apesar de vários hospitais nacionais se apresentarem neste mercado, principalmente por meio do seu destino turístico, tais como *cluster* dos hospitais de Recife e *cluster* dos hospitais de Minas Gerais, três hospitais possuem, de fato, um fluxo consistente de pacientes internacionais. Todos situados em São Paulo: Hospital Albert Einstein, Hospital do Coração – Hcor e

Hospital Sírio Libanês.

No intuito de validar a lista dos hospitais selecionados, bem como identificar que informações deveriam ser coletadas no *benchmarking* que foi realizado nesses hospitais (segunda etapa do planejamento), foram agenda das entrevistas que ocorreram durante visitas presenciais às mais representativas seguradoras internacionais segundo a *Medical Tourism Association*. A *Bupa*, com sede na Inglaterra e visitada na sua filial em Miami, a *Allianz Worldwide Care*, com sede na Suíça e visitada no seu estande no 4th *World Medical Tourism Congress* e a *United Health Group*, com sede em Washington.

O tipo de entrevista adotada para esta etapa foi a entrevista semiestruturada. Para tal, foi elaborado um roteiro que continha o mínimo de informações que deveriam ser contempladas ao final das mesmas. A escolha deste modelo de entrevista deu-se basicamente por dois motivos: a entrevista não era o único objetivo das visitas às seguradoras, devendo estas ocorrer como um resultado indireto de uma reunião de prospecção; e acreditava-se que por meio de uma conversa mais livre poderiam surgir informações, opiniões e evidências não mapeadas na estruturação do roteiro da entrevista inicial; o que de fato ocorreu. Os objetivos que deveriam ser contemplados ao término das entrevistas realizadas pelos membros do Porto Alegre Healthcare eram:

- Identificar quais são os hospitais brasileiros que elas mais utilizam;
- Validar, ou não, os hospitais selecionados para o *benchmarking*;
- Conhecer e entender os critérios que levavam estas seguradoras a indicar, ou não, um paciente para determinado hospital;
- Entender quais os pontos que são valorizados na relação seguradora-hospital.

Ao final das entrevistas também foi possível:

- Conhecer a estrutura física, operacional e os principais contatos das seguradoras;
- Iniciar um processo de negociação contratual, para credenciamento dos hospitais membros do *cluster* nessas seguradoras.

As entrevistas foram agendadas antecipadamente com cada uma das seguradoras, pelo Hospital Moinhos de Vento, que em algumas ocasiões já havia atendido pacientes segurados por elas; ou por intermédio da AMCHAM Brasil²³. Realizaram-se nas sedes de cada uma das seguradoras, com exceção da *Allianz Worldwide Care*. Estavam presentes os diretores de negócios para a América Latina de cada uma das empresas e alguns membros da equipe, que trabalham na operação e têm contato direto com o paciente (segurado) e/ou com os hospitais (credenciados).

A técnica de entrevista adotada mostrou-se eficiente e adequada na medida em que respondeu a todas as questões elaboradas. Os objetivos propostos foram atingidos, sendo possível, como resultado desta etapa, elaborar uma tabela síntese, apresentada a seguir, denominada de *níveis de padrões complementares*, que foi utilizada como um novo roteiro contendo o que deveria ser investigado na etapa de *benchmarking*. Os itens que deveriam ser avaliados foram mencionados por todas as seguradoras como importantes complementos aos requisitos básicos (medicina de excelência, corpo clínico reconhecido internacionalmente e atuante em congressos mundiais, além de indicadores globais de excelência e acreditação internacional) existentes em diferentes níveis, nos hospitais em que estas já têm relações. Essa tabela, além de nortear a execução do *benchmarking* que foi realizado posteriormente, serviu de base para um comparativo com o hospital Moinhos de Vento, objeto desse estudo, complementando os dados e informações da etapa de pesquisa contextual da empresa.

²³ Câmara Americana de Comércio para o Brasil

Tabela 3 – Níveis de Padrões Complementares

Níveis de Padrões Complementares		
Questões com Foco no Paciente	1	O Hospital disponibiliza o site de forma bilíngue ou com sessão especial para o Paciente Internacional?
	2	O hospital entra em contato com o paciente, antes do embarque do mesmo, fornecendo informações sobre o hospital, a sua viagem, e pessoas de contato?
	3	O hospital envia um representante qualificado, fluente em inglês, para receber e dar as boas vindas ao paciente encaminhado, em sua chegada ao destino de viagem?
	4	Fornecer para o paciente, todos os transportes terrestres para o tratamento e recuperação se aplicável?
	5	A sinalização interna do hospital está em inglês?
	6	O hospital disponibiliza todos os materiais informativos cujo os quais o paciente internacional tem contato, em inglês?
	7	O hospital disponibiliza todos os prontuários e documentos enviados ao médico de origem ou paciente, em inglês?
	8	O hospital disponibiliza em sistema/plataforma interna, acesso aos nomes de todos os colaboradores que falem outro idioma?
	9	O hospital dispõe 24 horas de um concierge bilíngue?
	10	O hospital providencia, ao paciente encaminhado, profissionais de saúde que falem fluentemente o idioma do mesmo e/ou inglês, ou um tradutor competente 24 horas por dia, 7 dias por semana?
	11	O hospital garante que o médico responsável pelo paciente no hospital, entrará em contato com o médico do paciente no país de origem, antes do retorno do mesmo?
	12	Possui um setor de relações internacionais estabelecido em um espaço físico específico para receber pacientes internacionais? O local está claramente sinalizado e possui ao menos um funcionário presente durante 24 horas por dia, 7 dias por semana?
	13	Após recebimento da alta hospitalar, se o paciente ou familiar desejar efetuar uma viagem de lazer, o hospital possui estrutura para auxiliá-lo, encaminhando o mesmo para uma agência de turismo qualificada?
	14	Possui acreditação internacional pela Joint Commission International?
Questões com foco na Seguradora	15	Aplica pesquisa de satisfação padronizada e disponibiliza a mesma para a seguradora?
	16	Após o recebimento do prontuário do paciente, pelo hospital, o médico ou representante designado pelo hospital entra em contato com a seguradora, ou médico designado pela mesma, para discutir o plano de tratamento provável?
	17	O hospital disponibiliza para a seguradora um único focal point de referência que intermedie o contato com as diferentes áreas e setores do hospital?

Fonte: Elaborada pela autora – Outubro/ 2011

Nas entrevistas realizadas, se sobressaíram, como os hospitais brasileiros que mais recebem pacientes internacionais dessas seguradoras, o Albert Einstein e Sírio Libanês. Optou-se por manter o Hospital do Coração – HCor na lista final dos hospitais selecionados, pois, nas pesquisas que antecederam as entrevistas, o mesmo apresentou forte presença na mídia e uma grande participação como palestrante em congressos do setor, mostrando resultados crescentes, principalmente na fatia de pacientes particulares, oriundos em grande parte de Angola. Como referências internacionais foi citado um número significativo de hospitais reconhecidos internacionalmente. Porém, para realização do *benchmarking*, optou-se pelos hospitais Jacson Memorial, em Miami, e Johns Hopkins, em Baltimore, ambos com um expressivo volume no segmento e com uma estrutura de recebimento e acolhimento de pacientes estrangeiros consolidada. Além do critério de referência e representatividade no segmento, foi considerado o relacionamento formal existente, por meio de parcerias e termos de cooperação,

entre um, ou mais hospitais integrantes do *cluster*, e os hospitais selecionados. Essa definição facilitou o acesso às informações e agendamento de visitas para o *benchmarking*.

Com a definição de quem e o que deveria ser investigado (níveis de padrões complementares), estabeleceu-se um critério de avaliação para cada um dos padrões, sendo:

(N/A): quando o item avaliado não se aplica ao hospital entrevistado;

(0): quando o hospital entrevistado não apresenta o padrão;

(1): quando o hospital está em processo de implantação do padrão ou atende, porém quando solicitado pelo paciente;

(2): quando o hospital apresenta o padrão.

Para a terceira fase do planejamento do *benchmarking*, definiu-se que os métodos de coleta de dados adotados para a etapa de execução (fazer) seriam, a pesquisa *desk*, entrevista semiestruturada e observação participante. Com essas definições, foi concluída a etapa de planejamento do mesmo, representada pela Figura 7.

4.2.1.1.2 Benchmarking

Conforme descrito acima e demonstrado na Figura 10, foram utilizadas três técnicas de pesquisa para a execução do *benchmarking*. No intuito de mapear previamente o perfil de cada um dos hospitais escolhidos, a pesquisa *desk* foi expandida para além do objetivo inicial, que visava à seleção dos hospitais para a realização do mesmo. Buscando-se, assim, informações, principalmente em *sites* e livros publicados pelos próprios hospitais, que pudessem fornecer, de forma sintética, um dossiê de cada um. Estes foram enriquecidos, após as entrevistas semiestruturadas, realizadas presencialmente nos hospitais selecionados, e que objetivaram a coleta de informações para a classificação dos níveis de padrões complementares em cada um dos hospitais, conforme critério estabelecido. Característico deste tipo de entrevista, seus resultados não se limitaram a responder o roteiro previamente estabelecido; durante sua realização foi possível coletar dados e informações que variaram desde faturamento do segmento, tendência do mesmo,

número de pacientes atendidos e estratégias de abordagem e captação dos hospitais, para este segmento de mercado. Para efeito deste estudo, utilizamos apenas aqueles que se mostraram relevantes, e/ ou influenciam na projeção do serviço. Todas as entrevistas foram decorrentes de agendamentos de visita que tinham, em seu escopo de solicitação, reuniões com as áreas internacionais de cada hospital e visita guiada aos setores que compreendem o atendimento ao paciente internacional.

Alguns dos níveis de padrões complementares avaliados nas entrevistas puderam ser observados durante a visita guiada (momento em que a técnica de observação participante foi empregada), realizada em cada um dos hospitais visitados. Durante a mesma foi possível identificar *in loco* outros atributos qualificadores e geradores de diferenciais competitivos do serviço prestado em cada um dos hospitais. Também foi possível conversar com os funcionários e esclarecer dúvidas em relação ao processo e/ou eficácia de algumas atividades que foram descritas no momento das entrevistas. Durante esta etapa observou-se as especificidades de cada um dos hospitais na prestação do serviço ao paciente internacional. Assim, apresentam-se, como resultado da combinação da aplicação dessas técnicas de pesquisa, as descrições a seguir.

Hospital Israelita Albert Einstein: Assim como os demais hospitais nacionais objeto deste estudo de *benchmarking*, o hospital Albert Einstein é considerado pelo Ministério da Saúde como um dos seis hospitais de excelência do Brasil²⁴. Localizado em São Paulo e com foco de atuação em áreas médicas de alta complexidade, foi fundado pela comunidade judaica em 1955, tornando-se referência em 1999 por ser o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a receber o selo da *Joint Commission International* (Relatório Responsabilidade Corporativa, 2010, p.14). No ano de 2010, ficou em primeiro, entre os 10 melhores hospitais da América Latina no *ranking* da revista *América Economia*²⁵. O hospital mantém diversas iniciativas com institutos e universidades parceiras nos Estados Unidos e

²⁴ Segundo o Decreto Lei 5.895, de 08/08/2008, e Medida Provisória 446, de 07/11 de 2008 onde identificam-se grandes instituições brasileiras que são referência na área hospitalar, e que podem disponibilizar experiências exitosas e conhecimentos técnicos de ponta na forma de projetos de apoio institucional para o desenvolvimento do SUS. Essa condição traz como contrapartida o recebimento do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS) e concessões tributárias/ fiscais. São elas: Hospital Albert Einstein, HCor, Hospital Samaritano, Hospital Sírio Libanês, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Moínhos de Vento.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36246&janela=1

²⁵ *Ranking* que avalia a eficiência hospitalar e como as instituições resolvem equações que envolvem a administração do atendimento de qualidade com racionalização de custos.

Israel, que visam à troca de informações e experiência. Foi um dos primeiros hospitais nacionais a estruturar uma área internacional, que atualmente possui cinco colaboradores. São atribuições da área a precificação e contratação de serviços com as operadoras e seguradoras internacionais, bem como a participação em congressos e feiras do segmento. O hospital possui uma sala VIP, nos mesmos moldes das salas existentes em aeroportos, exclusiva do paciente internacional. Nela o paciente e o acompanhante contam com a assistência de uma funcionária dedicada, denominada de *concierge*, que auxilia os estrangeiros no que for necessário, enquanto esses permanecerem no Brasil.

Hospital do Coração - HCor: Fundado em 1918, como Associação do Sanatório Sírio, em 1976 atendeu seu primeiro paciente a partir da criação de uma área especializada em cirurgia torácica. Atualmente o Hospital do Coração, mais conhecido como HCor, apesar de atender inúmeras especialidades médicas, é considerado referência e excelência em cirurgias cardíacas. É certificado pela *Joint Comission International*, desde 2006, e é considerado um dos seis hospitais de excelência do Brasil pelo Ministério da Saúde. Em 2009, por decorrência de uma crescente demanda de atendimento a estrangeiros, o HCor criou o NUPI – Núcleo do Paciente Internacional. Fazem parte do NUPI funcionários da instituição, representantes de todas as áreas do hospital que possuam algum contato com o paciente internacional. O Núcleo, que fica matricialmente ligado à área internacional do hospital, que conta com três colaboradores, tem como função estudar os casos de atendimento a pacientes deste segmento de mercado, com o intuito de melhoria contínua do atendimento prestado. Assim como o Albert Einstein, o HCor possui uma sala exclusiva para o paciente internacional. Nela, além das funcionalidades de sala VIP, semelhante ao modelo encontrado no Albert Einstein, o paciente pode realizar seu *chek in* e *chek out*. Tal facilidade mostrou-se muito adequada, uma vez que os balcões de atendimento dos hospitais são geralmente tumultuados e com um número significativo de atendentes que não falam outro idioma. O hospital também disponibiliza uma *concierge* para o estrangeiro, porém esta não é dedicada à função, ficando fisicamente localizada na gerência comercial, o que mostrou-se pouco prático, conforme relato dos funcionários da sala VIP. Com relativa frequência, o paciente ou familiar fica aguardando até a chegada da mesma, ou muitas vezes, por esquecimento dos funcionários, eles nem ficam sabendo da facilidade oferecida pelo hospital.

Hospital Sírio Libanês: Fundado em 1921, a partir da união de um grupo de mulheres descendentes de sírios e libaneses, o Hospital Sírio Libanês é internacionalmente conhecido por receber pacientes ilustres. Nele tratam-se artistas e políticos do Brasil e países vizinhos. Atualmente atua sob um regime de filantropia e é um dos hospitais de referência na América Latina. É certificado pela *Joint Commission International*, desde 2007, e é considerado um dos seis hospitais de excelência pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Assim como os demais, a área internacional do Sírio Libanês está vinculada à gerência comercial. Atuam na área três colaboradores, e é o único hospital que possui um andar de aposentos exclusivo para a internação de pacientes estrangeiros. Além da assistência, o posto de atendimento do andar, disponibiliza o serviço de *concierge*. Este absorve todas as demandas, não assistências do paciente e seus familiares, em período integral. O hospital possui convênio com embaixadas e consulados, garantindo assim tradutores e intérpretes de qualquer idioma. Assim tal como no Albert Einstein e no HCor, o hospital dispõe de uma sala VIP, exclusiva para o paciente internacional, porém com funcionamento durante as 24 horas. Diferentemente dos demais hospitais nacionais, o Sírio Libanês não possui na sua estrutura um modelo voltado para a captação de clientes neste segmento de mercado. A sua área internacional é mais reativa. A maioria dos pacientes oriundos desse segmento chegam ao hospital por intermédio de médicos do seu corpo clínico. Assim, a área internacional tem seu trabalho direcionado para o atendimento das necessidades apontadas pelos médicos para o tratamento de seus pacientes. Os funcionários envolvidos no atendimento ao paciente internacional mostraram um conhecimento aprofundado das rotinas, típico de locais que as cumprem com grande frequência. Demonstraram orgulho no atendimento de pacientes internacionais e acreditavam que possuíam o conhecimento e as ferramentas necessárias para prestar um atendimento de excelência para um público diferenciado.

Jackson Memorial Hospital: Fundado em 1918, hoje integra o *Jackson Health System*, órgão governado pelo *Public Health Trust*, grupo voluntário e ativo em Miami que visa à melhoria e desenvolvimento da saúde na região localizada na Flórida, EUA. Atualmente conta com o apoio da University of Miami Miller School of Medicine Faculty, desenvolvendo, além dos serviços aos pacientes, programas educacionais, atividades de pesquisa e também serviços comunitário visando à promoção da saúde.

Dentre todos os hospitais visitados, o Jackson Memorial é o hospital com maior número de atendimento a pacientes internacionais. Anualmente são em torno de 12.000 estrangeiros. Conforme depoimento do responsável pela área internacional, Sr. Michael Marcial, este número deve-se: à posição geográfica do hospital, respondendo assim pelo atendimento de muitos pacientes da América do Sul e Central, e por uma agressiva estratégia de captação. Semestralmente os colaboradores da área visitam hospitais de países vizinhos, fazendo contato com médicos e gestores, a fim de absorver a demanda de especialidades mais críticas ou que tenham maior resultado se tratadas com tecnologias mais adequadas. O hospital também está sempre atento a médicos que se destaquem internacionalmente pela utilização de alguma técnica inovadora, convidando os mesmos para fazerem parte de seu corpo clínico. A área internacional pertence à estrutura comercial e conta com quatro colaboradores que, além de comercializar, desempenham o papel de *focal point* do paciente estrangeiro, interagindo assim com as demais áreas que atendem ao paciente internacional. A sala VIP possui patrocínio da seguradora Bupa e é a mais bem equipada, dentre os hospitais visitados. Nela, ficam permanentemente duas atendentes, que juntas se comunicam em seis idiomas diferentes. A sala possui pequenos espaços de estar, para que as famílias possam ficar juntas e com privacidade, um espaço WEB e uma pequena cozinha. O paciente internacional e o acompanhante podem acessá-la com seu crachá, durante as 24 horas do dia.

Johns Hopkins Hospital: O Johns Hopkins Medicine é um sistema de saúde universitário pertencente à JHU (*John Hopkins University*). Fundado em 1889, o *Johns Hopkins Hospital* foi precedido após 4 anos por uma Escola de Medicina e busca aliar em seu sistema a pesquisa, ensino e cuidado aos pacientes. Localizado em Maryland, Baltimore - nos EUA – atualmente, o *John Hopkins Medicine* já é um sistema de 5 bilhões de dólares de faturamento/ano. Diferentemente dos demais hospitais pesquisados, o *John Hopkins* não possui uma estrutura de venda dos serviços destinados ao paciente internacional. Mesmo assim, atende uma média 3.000 estrangeiros por ano. Dentre os hospitais pesquisados, é o que possui em sua estruturação o maior número de ações que visam o acolhimento desses pacientes. Como muitos destes fazem tratamentos que exigem retorno, o hospital tem o cuidado de colocar sempre o mesmo funcionário como acompanhante do paciente. Chamado de “conselheiro”, ele mantém contato com o paciente internacional mesmo

antes da sua chegada, providenciando hotel, transporte e organização da agenda de exames, consultas e tratamentos. Ambos se encontram já no aeroporto e o conselheiro fica à disposição do paciente, inclusive para passeios em Baltimore ou Washington; estabelecendo-se, assim, um vínculo pessoal. No intuito de viabilizar os tratamentos, o hospital possui convênios com hotéis da região. Esses oferecem quartos adaptados e com tarifas diferenciadas. A área internacional, que está vinculada à estrutura de *concierge* do hospital, oferece ao paciente internacional, assim como nos demais hospitais, uma sala VIP onde são disponibilizados alguns serviços, tais como de Internet, cafeteria e sala de descanso, dentre outros. A visita foi guiada pela responsável pelo serviço de *concierge* e o contato com os demais funcionários da área não é permitido.

A classificação de cada um dos níveis, nos hospitais selecionados e seu comparativo com o hospital objeto desse estudo (resultante de entrevistas estruturadas, realizadas durante análise da empresa), bem como o descritivo de alguns desses itens estão demonstrado a seguir:

Tabela 4 – Hospitais Selecionados X Níveis de Padrões Complementares

		Níveis de Padrões Complementares						
HOSPITAIS								
Questões com Foco no Paciente	1	O Hospital disponibiliza o site de forma bilíngue ou com sessão especial para o Paciente Internacional?	0	2	2	N/A	N/A	2
	2	O hospital entra em contato com o paciente, antes do embarque do mesmo, fornecendo informações sobre o hospital, a sua viagem, e pessoas de contato?	1	1	1	2	2	1
	3	O hospital envia um representante qualificado, fluente em inglês, para receber e dar as boas vindas ao paciente encaminhado, em sua chegada ao destino de viagem?	2	2	0	0	2	0
	4	Fornecer para o paciente, todos os transportes terrestres para o tratamento e recuperação se aplicável?	1	1	1	1	2	0
	5	A sinalização interna do hospital está em Inglês?	0	2	2	N/A	N/A	1
	6	O hospital disponibiliza todos os materiais informativos cujo os quais o paciente internacional tem contato, em inglês?	1	2	1	N/A	N/A	2
	7	O hospital disponibiliza todos os prontuários e documentos enviados ao médico de origem ou paciente, em inglês?	1	1	0	N/A	N/A	1
	8	O hospital disponibiliza em sistema/plataforma interna, acesso aos nomes de todos os colaboradores que falem outro idioma?	2	2	2	N/A	N/A	2
	9	O hospital dispõe 24 horas de um concierge bilíngue?	2	2	2	N/A	N/A	0
	10	O hospital providencia, ao paciente encaminhado, profissionais de saúde que falem fluentemente o idioma do mesmo e/ou inglês, ou um tradutor competente 24 horas por dia, 7 dias por semana?	1	2	2	1	2	0
	11	O hospital garante que o médico responsável pelo paciente no hospital, entrará em contato com o médico do paciente no país de origem, antes do retorno do mesmo?	1	1	0	1	2	1
	12	Possui um setor de relações internacionais estabelecido em um espaço físico específico para receber pacientes internacionais? O local está claramente sinalizado e possui ao menos um funcionário presente durante 24 horas por dia, 7 dias por semana?	2	2	2	2	2	0
	13	Após recebimento da alta hospitalar, se o paciente ou familiar desejar efetuar uma viagem de lazer, o hospital possui estrutura para auxiliá-lo, encaminhando o mesmo para uma agência de turismo qualificada?	2	1	1	0	2	1
	14	Possui acreditação internacional pela Joint Commission International?	2	2	2	2	2	2
Questões com foco na Seguradora	15	Aplica pesquisa de satisfação padronizada e disponibiliza a mesma para a seguradora?	1	1	1	1	1	1
	16	Após o recebimento do prontuário do paciente, pelo hospital, o médico ou representante designado pelo hospital entra em contato com a seguradora, ou médico designado pela mesma, para discutir o plano de tratamento provável?	1	1	1	2	2	0
	17	O hospital disponibiliza para a seguradora um único focal point de referência que intermedie o contato com as diferentes áreas e setores do hospital?	2	2	2	2	2	1

Fonte: Elaborada pela autora – Outubro/ 2011

Item 1 – Somente os hospitais Albert Einstein e John Hopkins possuem uma área específica do *site* destinada ao paciente internacional.

Item 2 – Os hospitais Albert Einstein, Sírio Libanês e HCor atendem o item de maneira eventual. Caso a caso, conforme a situação. Na maioria das vezes em que ocorre é por solicitação do médico no Brasil, ou por se tratar de um caso mais crítico. Sendo o Albert Einstein o hospital que o faz com maior frequência. Nenhum

demonstrou que esta atividade estivesse em processo de padronização dentro do hospital.

Item 3 – O HCor e o Albert Einstein apresentam o item de forma estruturada, porém não o realizam com todos os pacientes internacionais. A definição envolve critérios subjetivos, como, por ex, o médico que atende o paciente, o volume de pacientes estrangeiros que ele atende, e a condição física do paciente.

Item 4 – Todos os hospitais selecionados fornecem, mediante contratação antecipada e orçamento à parte, com exceção do *John Hopkins*. Caso a antecedência não ocorra, todos possuem convênio com serviços de transporte especializado e com motoristas bilíngues. Somente o Hospital *John Hopkins* considera o serviço como parte integrante do pacote de tratamento, oferecendo-o durante os primeiros contatos com o futuro paciente.

Item 6 – Os hospitais com classificação 1 possuem somente os formulários e documentos obrigatórios em inglês. Materiais orientativos não estão traduzidos.

Item 7 – Todos os hospitais com avaliação 1 providenciam a tradução e envio, quando solicitados. O Hospital Sírio Libanês informou que nunca teve que efetuar o envio.

Item 10 – O Hospital Sírio Libanês, dentre os nacionais, foi o que demonstrou maior organização no item. Possui contrato estabelecido com intérpretes de diferentes idiomas e contato com consulados, que são acionados para auxílio no caso de situações de emergência.

Item 11 – Na maioria dos hospitais, esta não é uma prática. Todos com avaliação 1 disseram que o fazem somente se o médico do país de origem ou o paciente solicitam. Nas entrevistas ficou bastante evidente que muitos pacientes que buscam tratamento em determinado hospital fora do seu país o fazem por intermédio do médico de origem, que possui alguma relação com o médico do hospital de destino; portanto este contato acontece sem a interferência do hospital.

Item 13 – Todos os hospitais com avaliação 1 oferecem apoio, sob demanda.

Item 15 – Todos os hospitais aplicam, mas nenhum reporta os resultados para as seguradoras. Conforme entrevista, todos alegaram que as seguradoras nunca solicitaram essas pesquisas.

Item 16 – Todos que tiveram avaliação 1 colocaram que o plano de tratamento é de definição médica. Após essa definição, o contato é realizado somente para aprovação. Somente em casos pontuais de negativa ou discordância

quanto ao mesmo é aberta a discussão.

Com o término da análise de mercado, foram possíveis o mapeamento das questões valorizadas pelas seguradoras e operadoras mais atuantes e a identificação dos principais serviços e diferenciais que já são oferecidos pelos principais *players* que atuam neste segmento. Conforme imaginava-se, a inversão na sequência da realização das pesquisas contextuais possibilitou uma definição mais adequada do que deveria ser pesquisado na empresa objeto deste estudo.

4.2.1.2 Análise da Empresa

Conhecer a instituição, seu valores e estilo de gestão são cruciais para a condução de um projeto. Dados da sua história e informações do seu contexto evolutivo evidenciam para os pesquisadores e projetistas se a empresa é aberta para absorver novos conceitos e tendências, e se possui então as características necessárias para empreender um processo de inovação dirigido pelo *design* (*design driven*) (CELASCHI, 2007). Para tanto, na etapa de análise da empresa, definiu-se que os métodos de coleta de dados adotados seriam a pesquisa historiográfica, pesquisa documental, entrevista estruturada e em profundidade, conforme demonstrado na Figura 8, e descrito a seguir. Também utilizaram-se ferramentas de projeto, com abordagem procedente do *design* de serviços.

Para “melhor conhecer” o Hospital Moinhos de Vento, foi realizada uma breve pesquisa historiográfica, em livros publicados nas datas comemorativas dos 75 e 80 anos de aniversário do hospital, bem como em documentos disponíveis para consulta no Espaço Memória, da instituição. Com a utilização dessas técnicas, foi possível verificar o perfil vanguardista em assistência e gestão, que acompanha essa instituição desde a sua fundação. Também foram realizadas entrevistas estruturadas com a gerência comercial e a gerência de assistência do hospital, no intuito de classificá-lo em relação aos níveis de padrões complementares, com resultado já apresentado na Tabela 4. Com o objetivo de contextualizar o atual cenário do atendimento ao paciente internacional no hospital, sob o ponto de vista interno, foram realizadas entrevistas em profundidade com colaboradores da instituição, de diferentes funções e setores, que já tiveram contato com pacientes internacionais. Como fechamento dessa etapa, retratou-se visualmente, por meio de uma *moodboard*, a atmosfera do ambiente e o “humor” dos colaboradores frente a

situações de atendimento a pacientes internacionais, percebidos pela pesquisadora, e não verbalizados nas entrevistas. A seguir, a descrição detalhada da aplicação de cada uma dessas técnicas e ferramentas.

Fundado em 1927, e originalmente batizado de Hospital Alemão, o Hospital Moinhos de Vento é fruto do desejo e necessidade de atendimento médico hospitalar adequado pela comunidade alemã local, e da iniciativa de duas entidades: a Liga das Sociedades Germânicas²⁶, do Rio Grande do Sul, e a Ordem Auxiliadora das Senhoras para o Estrangeiro, da Alemanha.

“(...) onde os alemães e seus descendentes pudessem ser atendidos por médicos, auxiliares e enfermeiros que dominassem o idioma germânico; onde a eficiência e a tradição alemã pela limpeza e assepsia se fizessem presentes; onde os evangélicos da colônia não sofressem qualquer tentativa de proselitismo de parte das irmãs católicas que atendiam noutros hospitais.” (TELLES, Leandro. A obra do Dr. José Steidle. Correio do Povo, 28 de setembro de 1975. p.23).

Em um edifício de quatro andares com capacidade para receber 80 doentes, de ambos os sexos (sendo atendidos 32 na terceira classe, 24 na segunda e 24 de primeira), e materiais cirúrgicos vindos da Europa, o Hospital Alemão abriu suas portas para a comunidade. Mesmo sendo de origem Alemã, eram aceitos doentes de todas as raças e nacionalidades, desde que se sujeitassem ao regulamento interno, mais severo do que os adotados pelos outros hospitais de Porto Alegre, na época. Os doentes ocupantes das duas primeiras classes tinham o direito de livre escolha, podendo ser atendidos por médicos da sua confiança; nascia então o modelo de corpo clínico aberto, vigente até hoje. Já, naquela época, existia a preocupação de apresentar um hospital dentro dos critérios das últimas exigências da ciência e a atenção em todos os aspectos que envolviam o cuidado. A preocupação extrema com o conforto e a evolução clínica de cada paciente, traduzida nos rígidos controles de assepsia, elaboração cuidadosa das refeições, confecção manual da rouparia, na decoração dos ambientes, e no estabelecimento de horários de visitas, hoje comuns à rotina dos hospitais, eram vanguarda para os padrões da época (TORRESINI, 2002). Com 24 enfermeiras alemãs, todas as atividades eram realizadas sob a coordenação das diaconisas, vindas também da Alemanha. A preocupação com a

²⁶ Fundada em Porto Alegre, em 1886, reunia as associações existentes para promover a germanidade, através de ações beneficentes, culturais e recreativas, com o objetivo de proteger e preservar os direitos dos indivíduos e grupos alemães. Consagrava inicialmente as seguintes sociedades: Sociedade Germânica, Sociedade de Ginástica (Sogipa), Sociedade Leopoldina, Sociedade Alemã de Tiro ao Alvo, Sociedade Orfeu, Sociedade Concórdia e Clube dos Caixeiros Viajantes. (Livro comemorativo dos 75 anos do Hospital Moinhos de Vento).

manutenção dos padrões de atendimento levou o hospital a prontamente instalar um curso de enfermagem, existente até hoje, destinado a formar enfermeiras para atender à população da colônia. Conforme jornais da época, disponíveis no Espaço Memória do hospital, não tardou para que a comunidade reconhecesse no Hospital Alemão um modelo inovador de assistência.

Ainda hoje, os valores de vanguarda que nortearam a sua fundação permanecem visíveis na constante renovação do patrimônio físico, médico e assistencial. Já como Hospital Moinhos de Vento, em 2002 tornou-se o segundo hospital do Brasil a ser certificado pela *Joint Commission International*. É considerado pelo Ministério da Saúde um dos seis hospitais de excelência do país e, em 2012, ficou entre os 10 melhores hospitais da América Latina no *ranking* da revista América Economia. Reconhecendo a importância na excelência da gestão, trabalha com ferramentas usuais a outras indústrias, mas inovadoras no seu setor de atuação, como BSC²⁷, mapa estratégico e GMD²⁸. Tal direcionamento tem rendido reconhecimento nacional tanto no setor em que atua como de órgãos públicos, além de prêmios e citações em livros e artigos de renomadas publicações internacionais, como a *Harvard Business Review*, onde seu nome foi citado em artigo escrito por Ramaswamy & Ozcan (2011), como exemplo de instituição brasileira que promove o engajamento e a troca de experiências em seu programa de gestão, com destaque para a cocriação com os *stakeholders* e seu modelo de gestão administrativa que prioriza o acesso ao conhecimento, experiência e habilidades para promover o engajamento criativo dos colaboradores.

Trinta e dois projetos “sustentam” o mapa estratégico do Hospital Moinhos de Vento, que é revisitado ao final de cada ano. O projeto de turismo médico foi inserido ao grupo de projetos estratégicos na revisão anual de 2010, como um dos projetos que visam ao alcance do objetivo estratégico de captar novas fontes de receitas qualificadas.

Com o perfil histórico da instituição concluído, buscou-se, por meio das entrevistas estruturadas, identificar a posição competitiva do hospital em relação aos hospitais selecionados para o *benchmarking*, por meio da classificação dos níveis de padrões complementares. As entrevistas foram realizadas presencialmente e concomitantemente. Os resultados estão apresentados na Tabela 4. No intuito de

²⁷ Balance Score Card

²⁸ Gerenciamento Matricial de Despesas

sintetizar os pontos nos quais o hospital apresentava uma desvantagem competitiva maior e a consequente oportunidade de melhoria por meio de intervenções projetuais, elaborou-se uma tabela em ordem decrescente de posicionamento do hospital em relação aos demais.

Tabela 5 – Maiores Desvantagens Competitivas – Oportunidades de Projeto

Oportunidades de Melhorias		
12	Possui um setor de relações internacionais estabelecido em um espaço físico específico para receber pacientes internacionais? O local está claramente sinalizado e possui ao menos um funcionário presente durante 24 horas por dia, 7 dias por semana?	0
9	O hospital dispõe 24 horas de um concierge bilíngue?	0
17	O hospital disponibiliza para a seguradora um único focal point de referência que intermedie o contato com as diferentes áreas e setores do hospital?	1
10	O hospital providencia, ao paciente encaminhado, profissionais de saúde que falem fluentemente o idioma do mesmo e/ou inglês, ou um tradutor competente 24 horas por dia, 7 dias por semana?	0
3	O hospital envia um representante qualificado, fluente em inglês, para receber e dar as boas vindas ao paciente encaminhado, em sua chegada ao destino de viagem?	0
2	O hospital entra em contato com o paciente, antes do embarque do mesmo, fornecendo informações sobre o hospital, a sua viagem, e pessoas de contato?	1
16	Após o recebimento do prontuário do paciente, pelo hospital, o médico ou representante designado pelo hospital entra em contato com a seguradora, ou médico designado pela mesma, para discutir o plano de tratamento provável?	0
13	Após recebimento da alta hospitalar, se o paciente ou familiar desejar efetuar uma viagem de lazer, o hospital possui estrutura para auxiliá-lo, encaminhando o mesmo para uma agência de turismo qualificada?	1
5	A sinalização interna do hospital está em Inglês?	1
4	Fornece para o paciente, todos os transportes terrestres para o tratamento e recuperação se aplicável?	0
11	O hospital garante que o médico responsável pelo paciente no hospital, entrará em contato com o médico do paciente no país de origem, antes do retorno do mesmo?	1

Fonte: Elaborada pela autora

Na sequência, conforme descrito anteriormente, foram realizadas entrevistas em profundidade com o objetivo de identificar, sob o ponto de vista dos colaboradores da instituição de diferentes setores e funções, o atual cenário do

atendimento ao paciente internacional, no Hospital Moinhos de Vento. Para tal, foi enviado *e-mail* para todos os supervisores de áreas de atendimento ao cliente, com a finalidade de identificar quais áreas haviam atendido algum paciente internacional num período não superior a 30. Três responderam positivamente, sendo duas no hospital e uma na unidade do Shopping Iguatemi. Assim, elegeu-se aleatoriamente um colaborador de cada uma das áreas. A entrevista em profundidade foi realizada presencialmente com um roteiro prévio, que serviu de balizador para a conversa, conforme Anexo 1. No intuito de sintetização das principais percepções apontadas pelos colaboradores entrevistados, elaborou-se a Tabela 6, apresentada a seguir:

Funcionário do hospital entrevistado/ Local de trabalho			
	Médica, Resp. Técnica	Coordenadora de Atendimento	Colaboradora SAP - Check in
	Clínica de Vacinas (Iguatemi)	Emergência/SAP*	Internação
Referente a Frequência de Atendimento	12 - 16 pacientes/mês	2 a 3 pacientes/mês	-
Referente a Identificação do Paciente	Agendamento/Recepção	Recepção	Primeiro Contato
Referente aos Acompanhantes	Família	Acompanhante/Familiar	Familiar
Referente a Comunicação	Tradutor/Familiar/Sinais	Profissional Bilingue/Sinalização	Paciente - Médico/Enfermeiro
Referente as dificuldades	Marcação de exames, comunicação, sinalização	Ficha para internação/Pagamento	Comunicação da informação correta e necessidade do paciente estar entendendo o procedimento (não somente o acompanhante).
Referente a Sugestões	Profissional com possibilidade de comunicação bilingue/trilingue. Capacitação para linguagem técnica.	Disponibilidade de escala de profissionais bilingues.	Capacitação para intérpretes hospitalares. Foco para o nome de remédios, posições e tratamentos a serem passados aos pacientes consistentem em partes importante do tratamento. Procedimentos de alta e também para assinatura em consentimentos informados devem receber uma atenção extra.

* Serviço de Atendimento ao Paciente

Tabela 6 - Entrevistas com Funcionários sobre Atendimento ao Paciente Internacional

Fonte: Elaborada pela autora - Dezembro/ 2011

Após a análise da tabela síntese, verifica-se que as principais oportunidades de melhoria, conforme percepção do público interno, estão vinculadas às questões de comunicação. Sendo uma relacionada ao domínio de outros idiomas e outra de sinalização.

Com o entendimento de que os valores inconscientes e intangíveis de um serviço são difíceis de expressar em palavras, optou-se por utilizar a ferramenta *moodboard*, utilizada por autores de *design* de serviços abordados neste estudo, no intuito de retratar visualmente, por meio de imagens, a atmosfera existente na experiência de consumo desse serviço. A *moodboard* – Visão do funcionário foi construída com as percepções da pesquisadora, em relação a sentimentos implícitos, captados durante as entrevistas com os funcionários.

Figura 11 - Moodboard – Hospital Moinhos de Vento –



satisfação . orgulho por atender estrangeiros . barreiras de língua .
sinalização não auxilia . ego - sentem-se heróis . tecnologia . se vê diferente
perante o paciente e vê o paciente como incomum

Fonte: Serviço de Turismo Médico - Visão do Funcionário - Elaborada pela autora

Durante a entrevista foi possível observar que os funcionários que atendem pacientes estrangeiros se sentem orgulhosos por fazê-lo. Ao mesmo tempo, existe a sensação de um esforço “sobre humano” para a obter a satisfação dos mesmos,

dada as dificuldades de idioma, falta de informação e sinalização inadequada. Talvez, pelo pequeno número de ocorrências, quando comparadas ao número de pacientes atendidos por dia, o paciente estrangeiro é visto como um “estranho no ninho”, fazendo com que os colaboradores se sintam também muito diferentes deles.

A aplicação das diversas técnicas de pesquisa permitiu um entendimento do perfil histórico da instituição, assim como uma leitura atual do que pensam os colaboradores que interagem com usuários do serviço de turismo médico prestado pelo Hospital Moinhos de Vento. As informações coletadas nas entrevistas realizadas com eles, são percepções e sentimentos resultantes de situações vivenciadas pelos mesmos, em momentos de atendimento. A utilização da ferramenta de *design* de serviços *moodboard* contribuiu com a etapa de análise da empresa, na medida em que retratou percepções e sentimentos existentes na atmosfera de consumo desse serviço que seriam difíceis de perceberem retratar, pelas técnicas tradicionais de pesquisa. Como resultado para encaminhamento projetual, a combinação das técnicas utilizadas permitiu a identificação de lacunas, de diferentes níveis de impacto. Estas apresentam-se como oportunidade de projeto. Assim, com uma base de informações construída por meio das análises de mercado e da empresa, partiu-se para a análise do usuário.

4.2.1.3 Análise dos Usuários

Entender as necessidades, comportamentos e emoções é fundamental para realização de um projeto de *design* com foco no usuário. Para tanto, na etapa de análise dos mesmos utilizaram-se duas técnicas distintas: uma projetual, com abordagem procedente do *design* de serviços e outra de pesquisa, ambas detalhadas a seguir.

Por meio de um *workshop* (WS), utilizaram-se algumas ferramentas de *design* de serviços com a finalidade de obter maior clareza e entendimento da relação do usuário com o serviço de turismo médico. O *workshop* em questão tinha como *briefing* identificar possibilidades de diferenciação de serviços em relação ao que o mercado atualmente oferece. Foi denominado como “*Workshop* de *design* de serviços: Projetando o turismo médico”.

Para tanto, se fez necessário entender projetualmente as relações do usuário com o serviço de turismo médico. Assim, nesta etapa do estudo, serão apresentadas

as construções realizadas durante o WS que correspondem a essas relações.

4.2.1.3.1 *Workshop* de Turismo Médico

O *workshop* de turismo médico teve duração de sete noites e contou com os oito representantes do Porto Alegre *HealthCare Cluster* (estando a pesquisadora entre eles) já identificados anteriormente, três *designers* da Escola de *Design* Unisinos (EDU), uma monitora, um estudante e dois observadores. No intuito de gerar um nivelamento de conhecimento em relação às ferramentas que seriam utilizadas, o WS teve também um caráter de curso de capacitação, ministrado pela SPARK *Service Design*²⁹, que abordou: conceitos e características dos serviços, com a contextualização dos mesmos no cenário internacional; as principais ferramentas de *design* de serviços; métodos para avaliação e mapeamento de serviços; o processo de criação de novos serviços, bem como a simulação e especificação de novos serviços para o turismo médico. A Figura 10 demonstra, de forma cronológica, a organização das atividades desenvolvidas.

Figura 12 – Processo de *Workshop* Turismo Médico



Fonte: Elaborado pela autora

²⁹ Consultoria que auxilia empresas a pensar e planejar serviços com a utilização de técnicas de design de serviços. Fonte: www.sarksd.com.br, em 03/01/2012

Conforme mencionado anteriormente, nesta etapa do estudo detalharemos somente as atividades que visaram o entendimento do usuário deste serviço e sua interação com o mesmo; elas estão identificadas com a cor laranja, na Figura 12.

4.2.1.3.1.1 *Customer Journey Map*

No segundo dia de WS, após apresentação da metodologia, os participantes, sob orientação da SPARK *Service Design*, construíram o mapa da jornada do cliente, apresentado a seguir. Partiu-se da identificação dos pontos de contato (*touchpoints*) dos usuários com os hospitais, ampliando então para toda a jornada, que foi dividida em três macro fases:

- Pré - serviço: contemplando os pontos da jornada que antecedem à escolha do paciente por um determinado hospital;
- Serviço: contemplando os pontos da jornada que acontecem após a sua escolha e durante o consumo do serviço propriamente dito;
- Pós - serviço: contemplando os pontos da jornada que ocorrem depois do consumo do serviço.

Com o *Customer Journey Map*, foi possível visualizar de forma estruturada a experiência vivenciada pelo usuário durante toda a sua jornada. Os diferentes pontos de contato mapeados apresentam-se como momentos de interação nos quais existem oportunidades de intervenções projetuais. O detalhamento da jornada, desenvolvido no terceiro dia de WS e em anexo ao trabalho (Anexo 2), mostra de forma descritiva cada uma das etapas, representadas por meio de legenda, conforme Figura 13.

É importante observar que na sua construção não foram levados em consideração a especialidade médica ou procedimento que o paciente iria realizar; portanto foram consideradas todas as atividades que acontecem ou podem acontecer, comuns a qualquer tratamento. Do mesmo modo, nas interações com o hospital não foi considerado um hospital específico.

Figura 13– Legenda do Customer Journey Map - Workshop

LEGENDA - Mapas			
	- Fato compulsório		- Paciente
	- Fato não compulsório		- Seguradora ou plano
<hr/>			
	- Desorientação		- Médico
	- Alívio/Tranquilidade		- Enfermagem
	- Esperança		- Acompanhantes
	- Medo		- Porto Alegre Health Care
	- Felicidade		- Hospital Moinhos de Vento
	- Fragilidade		
	- Desconhecimento/temor		

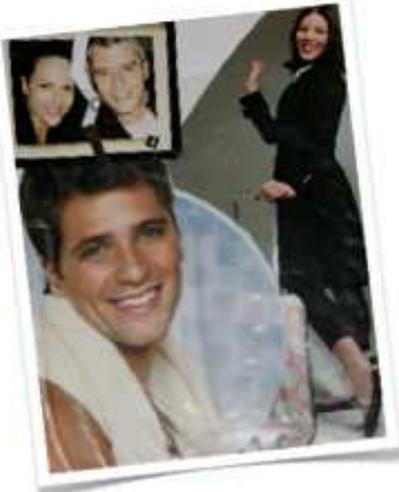
Fonte: Elaborado pela autora

Folha destinada a Jornada do cliente

4.2.1.3.1.2 *Persona* – Quem é o Usuário deste Serviço?

No quarto dia de WS e com a jornada do cliente concluída, foi realizado um *brainstorming* objetivando traçar o perfil do cliente de turismo médico. A escolha por essa ferramenta projetual deu-se pelo fato de que, tratando-se de um novo serviço, o universo de estrangeiros que circulam pelos hospitais ainda é muito pequeno, dificultando assim a aplicação de técnicas de pesquisa tradicionais. A construção dos personagens, além de dar “um rosto” ao usuário do serviço, traçou um perfil com características dos usuários, permitindo a identificação de padrões qualitativos relevantes para eles (Stickdorn & Schneider, et al. 2010). Assim como defendido por Moritz (2005), a utilização da ferramenta mostrou-se relevante para a concepção do serviço, durante a fase de desenvolvimento do projeto, que será apresentada na sequência deste estudo.

Cientes de que são variados os motivos que levam um paciente a buscar tratamento médico em outro país, consequência de diferentes perfis, optou-se por projetar quatro *personas*, sendo três pacientes e um acompanhante. Cada qual com um fator motivador diferente, conforme descrito a seguir.

Figura 14 – Persona 1/ Paciente – *Workshop*


NOME Susan (paciente / EUA)

IDADE 35 anos

PERFIL
 Descreva o perfil da persona, ocupação, atividades que desenvolve (ex.: hobbies, estilo de vida).
 Corretora de imóveis, *workaholic* e separada. Busca um novo relacionamento, faz exercícios diariamente há 3 meses, tem um filho de 9 anos. Possui poucas amigas e tem dificuldade de se relacionar socialmente.

OBJETIVOS
 Qual sua principal motivação em relação ao serviço? Quais são suas necessidades e desejos? O que está buscando resolver?
 Em busca de "melhorar sua auto-estima", mudar seu estilo, nova fase de vida. Conhecer lugares e homens diferentes, conhecer a gastronomia. Curtição e diversão. Irá fazer lipoaspiração + prótese de silicone. Solicitou indicação de SPA para depois da cirurgia.

INFLUENCIADOR
 O que levou a persona a optar por este serviço? Quais os pontos positivos ou vantagens que influenciaram a escolha? Quais são as suas expectativas?
 Foi ao médico nos EUA buscando a cirurgia plástica, e o preço desmotivou devido ao alto valor. Conversando com seu amigo, descobriu que o Brasil é uma ótima referência em C.P., saúde e turismo. Entusiasmada, começou a pesquisar.
 - Preço/qualidade, pontos turísticos, passeios, sul do Brasil (características européias).
 - Festas, tratamentos estéticos (manicure, massagem, depilação, etc.).

COMPORTAMENTO
 Descreva experiências ou histórias da persona utilizando serviços médicos. Quais são as dificuldades que ela enfrenta e no que tem mais facilidade? Quais foram suas frustrações e superações?
 Pré-cirurgia
 - Constrangimento inicial com médico que não conhece;
 - O médico deixa o número com ela e ela se surpreende positivamente com a atenção;
 - Se decepciona por ter que fazer mais exames do que tinha imaginado.
 Pós-cirurgia
 - Sensação de dependência;
 - Não conseguia expressar a dor ("escala de dor");
 - Se sentiu bem porque adquiriu um serviço de acompanhante pós-cirurgia;
 - Alimentação OK;
 - Dificuldade de comunicação com a equipe de enfermagem;
 - TV não tinha tradução.

• Quais são as tendências ou estilos (em termos de comportamento) que se aplicam a esta persona?
 • É uma pessoa objetiva e que toma decisões com facilidade?
 • Suas decisões são baseadas em fatos ou emoções? Por que?

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 15 – Persona 2/ Paciente - *Workshop*


NOME William Schmidt (paciente / EUA)

IDADE 1 ano e 6 meses

PERFIL
 Descreva o perfil da persona, ocupação, atividades que desenvolve (ex.: hobbies, estilo de vida).
 É uma criança agitada, muito ativa, gosta de jogar bola. Gosta de ficar no colo do pai. Tem um vira-lata de estimação chamado Clifford. Tem mania de chupar o dedo para dormir. É intolerante à lactose. Ainda não vai para a escolinha. Tem medo de ficar sozinho.

OJETIVOS
 Qual sua principal motivação em relação ao serviço? Quais são suas necessidades e desejos? O que está buscando resolver?
 William apresenta convulsões e ao ser avaliado, recebeu o diagnóstico de hemangioma cerebral. Necessita de uma cirurgia de urgência. Busca sucesso na cirurgia, para que William volte as suas atividades normais.

INFLUENCIADOR
 O que levou a persona a optar por este serviço? Quais os pontos positivos ou vantagens que influenciaram a escolha? Quais são as suas expectativas?
 - Médico de referência, indicado pelo médico assistente;
 - Serviço com referência em pesquisa nesse tipo de cirurgia;
 - Baixo índice de infecção hospitalar;
 - Cirurgia com custo inferior;
 - UTI referência.

COMPORTAMENTO
 Descreva experiências ou histórias da persona utilizando serviços médicos. Quais são as dificuldades que ela enfrenta e no que tem mais facilidade? Quais foram suas frustrações e superações?
 Com 8 meses de idade, William realizou uma cirurgia de hérnia umbilical e contraiu uma infecção hospitalar no pós-cirúrgico, e esta evoluiu para sépsis, tendo que ficar 10 dias na UTI. Isso deixou os pais traumatizados e William se tornou uma criança mais arredia e insegura. Há 2 meses, William iniciou o quadro de crises convulsivas até descobrir o diagnóstico atual: hemangioma cerebral operável. Apesar do trauma, William é uma criança meiga e com boa capacidade de atenção. É de fácil envolvimento para brincadeiras e novidades.
 Em decorrência desse episódio, o pai de William se tornou muito exigente buscando conhecer profundamente a doença com a qual lida. Além disso, é superprotetor com o filho devido ao medo que passou ao ver a possibilidade de perdê-lo.
 Obs.: Patrick (pai) veio ao Brasil ao invés da esposa, pois ela trocou de emprego recentemente e está impossibilitada de sair dos EUA.

- Quais são as tendências ou estilos (em termos de comportamento) que se aplicam a esta persona?
- É uma pessoa objetiva e que toma decisões com facilidade?
- Suas decisões são baseadas em fatos ou emoções? Por que?

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 16 – Persona 3/ Acompanhante – *Workshop*

NOME Patrick Schmidt (acompanhante / EUA)

IDADE 38 anos

PERFIL

Descreva o perfil da persona, ocupação, atividades que desenvolve (ex.: hobbies, estilo de vida).

Pai de William, trabalha como jornalista e é uma pessoa extrovertida e comunicativa. Um dos seus principais hobbies é a leitura. No momento está muito focado em buscar informações sobre a doença e cirurgia do filho. Gosta de caminhadas, corridas e de jogar rugby com os filhos. Casado com Mary, tem 2 filhos, William e Robert (de 6 anos). É afetivo com a mulher e com os filhos.

OBJETIVOS

Qual sua principal motivação em relação ao serviço? Quais são suas necessidades e desejos? O que está buscando resolver?

INFLUENCIADOR

O que levou a persona a optar por este serviço? Quais os pontos positivos ou vantagens que influenciaram a escolha? Quais são as suas expectativas?

COMPORTEAMENTO

Descreva experiências ou histórias da persona utilizando serviços médicos. Quais são as dificuldades que ela enfrenta e no que tem mais facilidade? Quais foram suas frustrações e superações?

Em situações de stress se mostra reativo e com baixo controle emocional. É uma pessoa desconfiada, que leva algum tempo para se familiarizar. Compartilha com a esposa, as dúvidas e decisões sobre a doença e alternativas de tratamento para o filho. Mesmo com a certeza de que tomou a decisão correta, sente-se inseguro e desconfortável com a ausência da esposa. Solicitou o serviço de apoio psicológico do hospital.

Obs.: necessidade de *feedback* para a mãe.

- Quais são as tendências ou estilos (em termos de comportamento) que se aplicam a esta persona?
- É uma pessoa objetiva e que toma decisões com facilidade?
- Suas decisões são baseadas em fatos ou emoções? Por que?

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 17 – Persona 4/ Paciente – *Workshop*

NOME David (paciente / EUA)

IDADE 45 anos

PERFIL

Descreva o perfil da persona, ocupação, atividades que desenvolve (ex.: hobbies, estilo de vida).

David é alegre e extrovertido, mora em Austin (Texas) com a esposa Linda. Trabalha em uma companhia de seguros e costuma fazer happy hours com colegas. É fã de esportes, joga golf nos finais de semana, eventualmente vai a estádios assistir jogos de baseball. Uma vez por ano, David e Linda fazem uma viagem ao exterior, e querem aproveitar para conhecer um pouco do Brasil.

OBJETIVOS

Qual sua principal motivação em relação ao serviço? Quais são suas necessidades e desejos? O que está buscando resolver?

Recentemente, David fez uma série de exames médicos que apontaram a necessidade de uma cirurgia cardíaca. Busca um tratamento e atendimento de alta qualidade no Brasil, e acompanhamento contínuo para ajudá-lo na comunicação com a equipe.

INFLUENCIADOR

O que levou a persona a optar por este serviço? Quais os pontos positivos ou vantagens que influenciaram a escolha? Quais são as suas expectativas?

Recebeu uma boa indicação dos hospitais no Brasil pelo seu médico de origem. Espera um tratamento de alta qualidade por um custo muito inferior ao que pagaria nos EUA. Conversou com o médico que irá operá-lo por e-mail, e isso o deixou mais tranquilo.

COMPORTAMENTO

Descreva experiências ou histórias da persona utilizando serviços médicos. Quais são as dificuldades que ela enfrenta e no que tem mais facilidade? Quais foram suas frustrações e superações?

David fica um pouco apreensivo e ansioso em situações que envolvem tratamentos médicos, mas principalmente com esta viagem, pois nunca realizou uma cirurgia no exterior. A companhia da esposa o deixa mais seguro. Em geral, David é positivo e bem humorado, e nunca teve dificuldades para se recuperar de doenças ou tratamentos. Também é muito objetivo e decidido, busca sempre argumentar em situações difíceis.

Uma preocupação de David e Linda é como irão se comunicar e resolver possíveis problemas durante a viagem.

- Quais são as tendências ou estilos (em termos de comportamento) que se aplicam a esta persona?
- É uma pessoa objetiva e que toma decisões com facilidade?
- Suas decisões são baseadas em fatos ou emoções? Por que?

Fonte: Elaborado pela autora

As demais atividades realizadas durante o WS, conforme mencionado anteriormente, visavam à construção de diferenciais competitivos para o desenvolvimento do segmento do serviço de turismo médico, em Porto Alegre. Para efeito desse estudo, elas não foram consideradas, pois foram geradas em conjunto com os demais hospitais membros do *Cluster* e eram focadas em atividades nas quais os usuários interagem com este e não com um hospital específico, ou seja, naquelas que visavam à construção de serviços agregados de turismo, receptivo de viagem, etc.

Assim, com intuito de dar andamento às atividades metaprojetuais, as etapas seguintes foram realizadas pelo grupo de projeto do Hospital Moinhos de Vento.

A fim de coletar mais informações que enriquecessem a jornada, as *personas* projetadas, e também aprofundar a análise dos usuários, partiu-se para a aplicação da técnica de pesquisa. A técnica adotada, com roteiro detalhada no Anexo 3, foi a entrevista em profundidade com pacientes internacionais (e familiares) que realizaram exames e/ou procedimentos cirúrgicos eletivos no Hospital Moinhos de Vento. O mapeamento dos pacientes que poderiam ser entrevistados foi determinado pela escolha de uma especialidade principal, a pneumologia, que já possui um fluxo estruturado de pacientes internacionais, e foi realizado de forma aleatória, por intermédio de funcionários do bloco cirúrgico, que cientes e atentos ao projeto de turismo médico, sinalizaram agendamentos de procedimentos para pacientes estrangeiros.

A escolha da técnica de entrevista em profundidade deu-se pelo fato de que o atendimento a pacientes internacionais ainda é um novo segmento de mercado para o Hospital Moinhos de Vento, e portanto com um número ainda restrito de usuários, o que limitou o tamanho da amostra. A técnica permitiu a obtenção de informações e a identificação de percepções, sentimentos e comportamentos, além de um maior conhecimento sobre os pacientes que já utilizaram o serviço. Como critério de escolha da amostra, estipulou-se que os pacientes já deveriam ter deixado o hospital (assim, já teriam passado por todas as etapas de contato com a instituição); porém esse período não poderia exceder a 60 dias; período este em que, na maior parte dos casos, os pacientes ainda mantêm algum contato com o médico e/ou mantêm uma rotina de controle específico. Com esses parâmetros, agendamos entrevistas com três pacientes e um familiar, selecionados conforme os critérios a seguir:

- Pacientes ou familiares, de ambos os sexos;
- Não residentes no Brasil;
- Que tivessem sofrido alguma intervenção cirúrgica eletiva;
- Que já não estivessem mais no hospital;
- Cujo último contato com o hospital e/ou médico tivesse sido há menos de 60 dias;
- Cujos nomes fossem validados e o contato autorizado pelos médicos responsáveis pelo atendimento dos mesmos no hospital.

As entrevistas foram realizadas por telefone e não possuíam uma estrutura rígida, apenas um roteiro com pontos de discussão que objetivavam auxiliar na condução das mesmas.

No decorrer das entrevistas foi ficando evidente que os relatos não se encaixavam nas três etapas previamente estabelecidas no *workshop*; eles tinham, na realidade, uma relação direta com uma etapa que antecedia à chegada ao hospital (denominada de pré-viagem); com outra já dentro do hospital, mas antes do procedimento cirúrgico (denominada de pré – cirurgia), e, por fim, após o procedimento cirúrgico (denominada de pós – cirurgia). Portanto, refletindo na ação, sem interromper a continuidade das demais entrevistas, readequamos as etapas conforme a lógica que mostrou-se mais adequada, interferindo na situação ainda em desenvolvimento (SCHON, 2000). No intuito de sintetizar e fornecer subsídios para as etapas de projeção do serviço, foram selecionadas as frases mais marcantes ditas pelos pacientes entrevistados, distribuídas nas três etapas readequadas, conforme Tabela 7.

Paciente	Histórico	Período		
		Pré-Viagem	Pré-Cirurgia	Pós-Cirurgia
A	Uruguai, 82 anos. Viagou de carro de Montevideo para POA com um amigo e a esposa. Ficou internado 15 dias.	"não conhecia o HMV até meu médico me comentar"	"...o transito de POA não é fácil para estrangeiros"	Orientação profissional e humana
		"viagem cansativa pois fiz de carro..."		Assistido permanentemente
				"na primeira vez minha esposa me acompanhou em todos momentos do procedimento, somente nas outras vezes foi ao shopping"
				"...melhor momento foi o sorriso de minha esposa ao retornar da sala cirúrgica"
				"o pior momento foi quando não puderam passar o meu cartão de crédito. Isto aconteceu nas três vezes que fui ao hospital"
B	Uruguai, 52 anos. Viagou de avião para POA junto com a esposa com auxílio de oxigenio e foi do aeroporto até o HMV de ambulancia.	"meu médico que me falou sobre o HMV...fiquei feliz com a garantia com que ele me indicou"	"hospital desenvolvido e atualizado. Demonstra isso pela sua própria estrutura. Continuem assim!"	"difundam suas capacidades para outro países"
		"confiei que a ambulancia fosse estar me esperando no aeroporto"	"nervosismo normal como em qualquer procedimento cirúrgico"	
			"minha esposa é médica, eu sabia bem os riscos da cirurgia"	
B - Familiar		"fiquei preocupada com o Oxigenio que tinha de ser disponibilizado pela companhia aérea assim como a ambulancia que o hospital buscaria meu marido"	"esperava que estivesse ocorrendo tudo bem e que pudesse ter notícias o mais rápido possível sobre o andamento da cirurgia"	"foi ótimo rever meu marido na sala de recuperação já apresentando sinais de melhora"
		"procedimento foi premiado como o 6o melhor em Londres"	"não viajei nem saí do hospital, permaneci aguardando a alta do Oscar"	"foram dadas todas informações para ele (Oscar) e o Dr. Hugo ainda deixou seu contato pessoal para eventuais problemas ou dúvidas" "hospital tem uma ótima estrutura, meu marido fez uma revisão mês passado no Rio de Janeiro e o HMV ainda era melhor"
C	Paciente belga, fez cirurgia na mão indicado pelo Dr. Ruschel no HMV. Casado com uma porto alegre que já frequentava o hospital para intervenções anteriores.	"Sempre fomos recebidos muito bem e super profissionalmente desde a recepção ate enfermeiros e medicos"	"Dr Ruschel falou que operava la, isso nos pareceu muito familiar e natural"	Perfeita recuperação com a ajuda de alguns email que trocamos com o Dr. Ruschel que sempre nos respondeu prontamente.
			"Fomos para o hospital com motorista particular"	"falando o atendimento hospitalar na Europa e muito mecanizado, frio e sistematico" "Parece uma garagem de carros , uns chegam, uns saem e não se tem nenhum contato agradável !!"

Tabela 7– Frases: Pacientes Internacionais

Fonte: Elaborada pela autora

A combinação das técnicas de pesquisa com as projetuais permitiu um maior entendimento das necessidades, comportamentos e emoções dos atuais usuários do serviço de turismo médico do Hospital Moinhos de Vento. Assim como realizado na análise da empresa, procurou-se representar visualmente como é a atmosfera desse serviço hoje, na visão deste paciente, por meio da ferramenta de *design*, a *moodboard*.

Figura 18 - *Moodboard* – Hospital Moinhos de Vento –



Fonte: Serviço de Turismo Médico - Visão do Paciente - Elaborada pela autora

Várias foram as informações e dados coletados na etapa de pesquisa contextual, compreendendo as análises do mercado, da empresa e dos usuários. Assim, no intuito de sintetizar essa etapa e identificar e organizar as lacunas do atual serviço, que estão vinculadas a determinados sentimentos e percepções procedentes dessa investigação, realizou-se uma análise S.W.O.T. Sua utilização possibilitou a identificação dos pontos fortes e fracos do hospital, bem como ameaças e oportunidades de mercado.

4.2.2 Análise S.W.O.T

Tomando-se como base as pesquisas contextuais, a utilização da análise S.W.O.T. deu-se pela simplicidade e objetividade com que esta ferramenta

apresenta os pontos que podem ser melhorados dentro do serviço. Conforme demonstrado na figura 9, apresentada no início deste capítulo os resultados dessa síntese, serviram de base, juntamente com a síntese da pesquisa *blue-sky* para a construção do conceito de projeto (*concepts*), que apresenta-se como a síntese metaprojetual, e serão apresentados no final desta etapa do estudo.

Ambiente Interno
<u>Pontos Fortes</u> : hospital certificado internacionalmente .corpo clínico de excelência . arquitetura acolhedora e diferenciada . tecnologia de ponta . assistência integral . foco em alta complexidade .
<u>Pontos Fracos</u> : Desconhecimento do Hospital Moinhos de Vento, pelos pacientes internacionais .Sinalética atendendo somente ao paciente local . Ambientes somente com soluções para pacientes e familiares residentes em Porto Alegre . Comunicação parte do princípio que o usuário é conhecedor do mercado local . Sistema de cobrança complexo .Dificuldade na identificação dos colaboradores que falam outros idiomas . Inexistência de funcionários dedicados ao paciente internacional . Inexistência de política direcionada ao corpo clínico, que atende pacientes estrangeiros

Quadro 4: Análise S.W.O.T – Ambiente Interno
Síntese da Pesquisa Contextual
Elaborado pela Autora

Ambiente Externo
<u>Oportunidades</u> : Padronização dos serviços hospitalares . Prestação de serviços focados no tratamento e na excelência da medicina, e não nas necessidades globais do usuário .Porto Alegre - capital nacional com maior proximidade cultural à Europa
<u>Ameaças</u> : Valorização do real, minimizando o atrativo preço .localização geográfica de Porto Alegre . Baixo número de voos internacionais sem escala nacional . Número considerável de países mais estruturados para o atendimento de pacientes desse segmento de mercado

Quadro 5: Análise S.W.O.T – Ambiente Externo
Síntese da Pesquisa Contextual
Elaborado pela Autora

Com as informações e dados coletados na etapa de pesquisa contextual, e a síntese realizada, pode-se perceber que o serviço de turismo médico, além de complexo, é muito amplo e com muitos atores. Em todas as etapas que envolvem o consumo do serviço em si, são inúmeras as variáveis e possibilidades, conforme a reflexão a seguir:

Pré - viagem – O paciente pode ter tomado esta decisão por indicação médica, da sua seguradora de saúde, por indicação de um amigo ou por iniciativa própria.

Pré -cirurgia - Conforme o diagnóstico, complexidade e especificidade cirúrgica, variam os exames e consultas necessárias, bem como os pontos de contato possíveis.

Pós - cirurgia – Assim como a pré -cirurgia, o nível de complexidade da cirurgia realizada é determinante para a definição dos serviços que o paciente terá de “consumir”. Desde uma cirurgia de baixa complexidade, onde o paciente pode deixar o hospital, indo diretamente para o aeroporto, até uma mais complexa, que exigirá um tempo maior para recuperação, muitas vezes com serviços de fisioterapia, nutrição e reabilitação. As possibilidades são inúmeras, variando assim os pontos de contato e serviços consumidos.

Outras questões, não menos abrangentes e desafiadoras, referem-se ao número de atores envolvidos quando se pensa no serviço como um todo. São seguradoras e operadoras internacionais de saúde, médicos das mais variadas especialidades, prestadores de serviços terceirizados, tais como: serviço de transporte, de agências de viagens, acomodações em hotéis, etc. Tais questões deixaram evidente a necessidade de uma melhor delimitação do escopo de atuação do projeto em questão. A delimitação progressiva do foco de estudo, à medida que se desenvolve a coleta de dados, é característica de pesquisas com abordagem qualitativa (MARTINS e THEÓPHILO, 2009). Nesse sentido, num primeiro momento pareceu-nos que esta poderia acontecer por meio da definição de uma especialidade médica específica; o que limitaria a variedade do perfil das *personas*, assim como os demais atores e pontos de contato envolvidos na experiência de consumo do serviço. Porém, coma realização da análise S.W.O.T que neste estudo, apresentou-se como uma síntese da pesquisa contextual, foi possível refletir sobre a ação, pensando retrospectivamente sobre todo o processo, almejando descobrir como o ato de conhecer na ação pode ter contribuído para um resultado inesperado (SCHON, 2000); percebendo-se assim, que os dados e informações geradas até então apontavam para lacunas vinculadas a determinados sentimentos e percepções, mas que procediam da análise ampla de diferentes contextos e especialidades. Ou seja, as lacunas, que se apresentam como oportunidades de intervenções projetuais, são comuns aos diferentes contextos (mercado, empresa e usuário) e às diferentes especialidades médicas. Assim, o que se apresenta não é

apenas uma delimitação do foco de estudo e sim uma necessidade de redirecionamento do problema de projeto. Se, conforme defendido por Deserti (2007), a observação dos contextos leva ao questionamento do problema ao mesmo tempo em que não é suficientemente esclarecedora para a redefinição do mesmo, as informações geradas por meio desta podem apontar o caminho a ser seguido.

Desse modo, por meio de uma análise mais aprofundada dos resultados obtidos com as técnicas de pesquisa e ferramentas projetuais empregadas, chegou-se a um reposicionamento do problema de projeto; chegou-se a um contra *briefing*, que visa responder de forma mais adequada às lacunas existentes no serviço de turismo médico, independentemente do contexto ou especialidade médica.

4.3 Contra Briefing – O Reposicionamento do Problema de Projeto

Como resultado do confronto entre o *briefing* inicial e a pesquisa de contexto, este projeto busca, então, realizar intervenções projetuais que minimizem as percepções e sentimentos desabonadores gerados durante o consumo do serviço de turismo médico, identificados por meio da aplicação de técnicas de pesquisa e ferramentas de projeto, utilizadas nas etapas iniciais do percurso metaprojetual.

Nesse sentido, com o “dossiê empresa-mercado” concluído, e o reposicionamento do problema de projeto definido, avançou-se no percurso metaprojetual, por meio da busca pelo “dossiê cenários e inovação”; este, no *design* estratégico, é apresentado como resultado da área de pesquisa *blue-sky*, conforme a Figura 2, apresentada anteriormente (CELASCHI e DESERTI, 2007). A importância desse dossiê é evidenciada, na medida em que a busca por exemplos e estímulos, por meio de raciocínios analógicos, fornece indicativos para possíveis cenários na construção de respostas ao problema de projeto (SCALETISKY e PARODE, 2008).

4.4 Pesquisa *Blue-Sky*

Conforme descrito anteriormente, a pesquisa *blue-sky* é utilizada como uma fonte de estímulos que vai além do foco principal do projeto. Diferentemente da

pesquisa contextual, ela não possui um vínculo de dependência com o problema, estimulando assim o projetista na medida em que amplia a visão do mesmo, apresentando-se como um sistema de oportunidades (CELASCHI e DESERTI, 2005). Porém, a não existência de vínculo direto com o problema não elimina a necessidade de existência de um foco. Ela deve ir ao encontro de um caminho. Como o novo *briefing* de projeto é minimizar as percepções e sentimentos desabonadores do serviço de turismo médico, as pesquisas de estímulos foram apontadas nessa direção. Assim algumas ferramentas de *design* foram utilizadas visando um maior entendimento de tais sentimentos e percepções.

Nesse sentido, serão apresentadas e descritas, nesta etapa do trabalho, as ferramentas projetuais utilizadas na busca de estímulos e análises de tendências.

Como resultado do confronto entre as pesquisas de tendências e as análises dos gráficos de polaridades do atual contexto e o contexto desejado para o serviço de turismo médico, teremos os possíveis cenários e de projeto.

Para o início das pesquisas de tendências, neste estudo, entendeu-se ser necessário um maior entendimento e aprofundamento dessas percepções e sentimentos, apresentadas pelos usuários do serviço; assim, optou-se pela realização de um *brainstorming*.

4.4.1 Brainstorming

Stickdorn & Schneider (2010) apontam que diferentes métodos de *brainstorming* podem ser utilizados, após uma reflexão sobre a técnica mais apropriada para atingir os objetivos do trabalho. Como novo *briefing* de projeto, definiu-se que o *brainstorming* focaria na identificação dos sentimentos e percepções passados pelos pacientes por meio das frases selecionadas na etapa de análise dos usuários. Para tanto, a pesquisadora exerceu o papel de facilitadora, entregando ao grupo de projeto do Hospital Moinhos de Vento, já caracterizado anteriormente, a seguinte questão: Lendo a frase exposta, que sentimentos lhe despertam? No intuito de facilitar a geração de ideias, estabeleceram-se os seguintes critérios:

- 1) As frases correspondentes à mesma etapa seriam projetadas juntas;
- 2) Só se passaria para outra etapa, quando já não fossem lançadas

mais ideias;

3) Depois de concluída, não se retornaria mais para a etapa.

4.4.1.1 Aplicação do Método

No intuito de uma melhor organização, o *brainstorming* foi dividido em quatro fases, conforme detalhamento a seguir.

Primeira Fase: Busca pelos sentimentos e percepções não aparentes

As frases correspondentes a uma mesma etapa foram projetadas na tela. Os sentimentos, percepções ou expressões lançadas pelo grupo de projeto eram inicialmente escritos pela facilitadora, num quadro. No segundo momento, transcreveu-se do quadro para *post its*, que possuíam gamas de cores diferentes, conforme a etapa que correspondiam.

Resultados da primeira fase: Os sentimentos e percepções gerados, para cada uma das três etapas, foram:

- Pré – viagem: perdido .desconfiança . desconhecimento . desorientação . expectativa . esperança . coragem . tratar de não morrer . incerteza . angústia . medo
- Pré – cirurgia: confiança .esperança . tranquilidade . alívio . acolhimento . segurança . dúvida . apreensão
- Pós – cirurgia: segurança .proteção . amparo . confiança . tranquilidade . reviver . acolhimento . proximidade . afetividade . acompanhado . vergonha . descaso . impotência . raiva

Segunda Fase: Busca por similaridades

Após a identificação dos sentimentos e percepções de cada uma das três

etapas, foi possível agrupá-los por similaridade, criando-se assim nuvens semânticas, conforme imagens a seguir:



Foto 1 – Nuvem Semântica – Pré - Viagem
Brainstorming – Grupo de Projeto
Elaborada pela autora

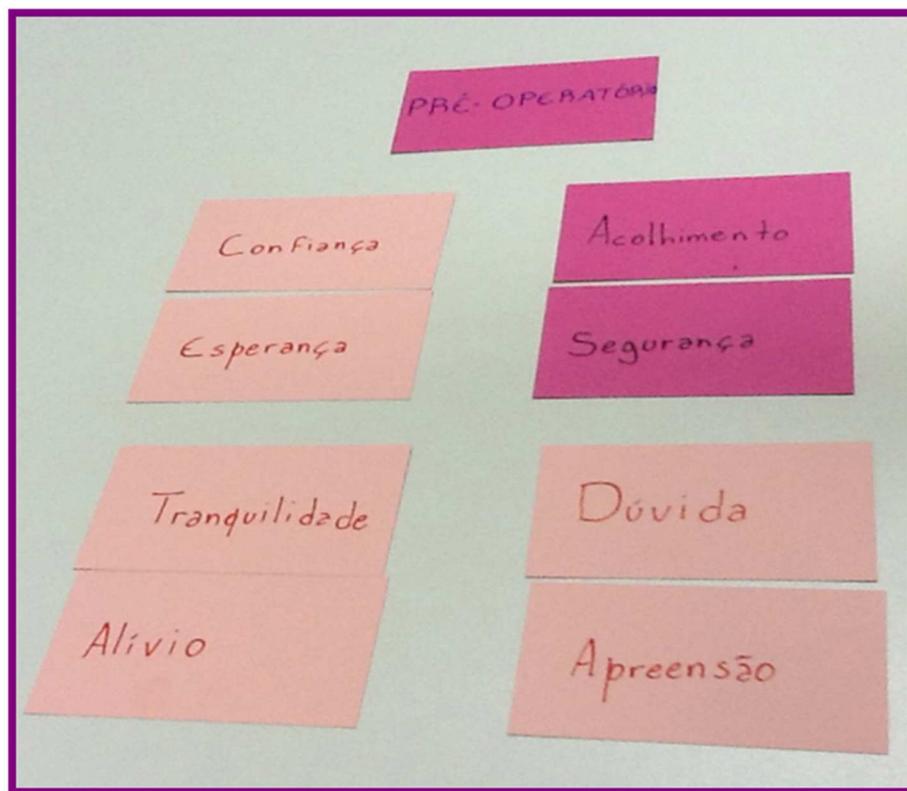


Foto 2 – Nuvem Semântica – Pré – Operatório
Brainstorming – Grupo de Projeto
Elaborada pela autora

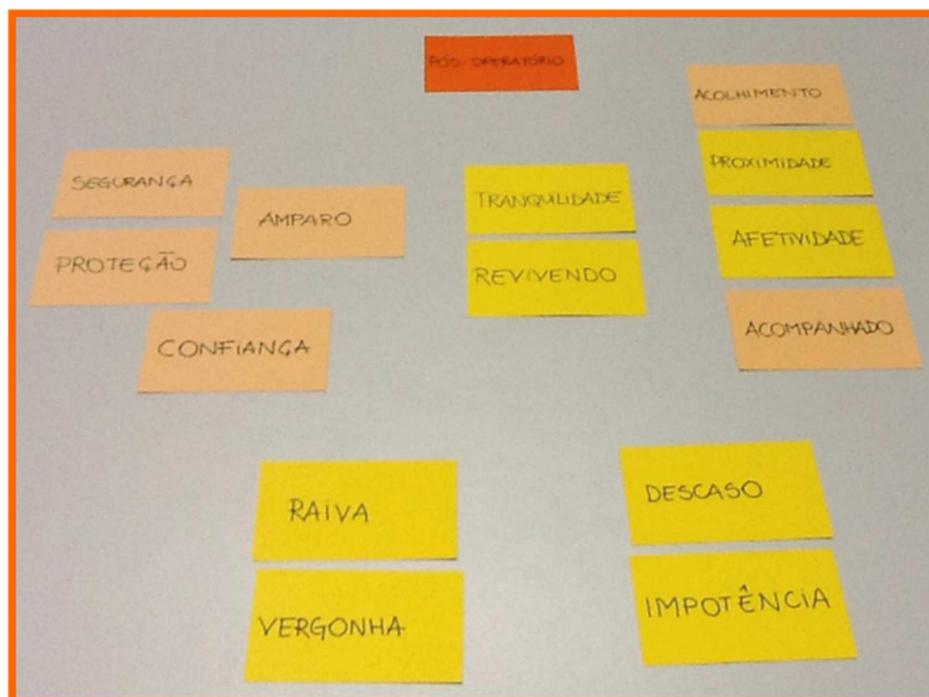


Foto 3 – Nuvem Semântica – Pós – Operatório
Brainstorming – Grupo de Projeto
Elaborada pela autora

Terceira Fase: Busca pela representatividade

Para cada uma das nuvens semânticas (apresentadas em linha), o grupo elegeu-se sentimentos ou percepções que a melhor representasse; estes aparecem abaixo em caixa alta.

Pré – viagem:

perdido . desconfiança . DESCONHECIMENTO .desorientação
 EXPECTATIVA .esperança . coragem . tratar de não morrer .
 INCERTEZA .angústia . medo

Pré – cirurgia:

CONFIANÇA .esperança
 alívio . TRANQUILIDADE
 ACOLHIMENTO .segurança
 dúvida . APREENSÃO

Pós – cirurgia:

SEGURANÇA .proteção . amparo . confiança
 tranquilidade . REVIVER
 ACOLHIMENTO .proximidade . afetividade . acompanhado
 vergonha . RAIVA
 DESCASO .impotência

Quarta Fase: Busca pelo refinamento

Confrontando os sentimentos e percepções que representam as nuvens semânticas com as frases que originaram os mesmos, percebeu-se que alguns decorriam de outros, independentemente da fase em que apareciam, possibilitando assim mais um filtro. Sentimentos como incerteza e apreensão estão muito vinculados ao desconhecimento. Como é o hospital? Como se dará o procedimento? Que chances possui? Do mesmo modo que, no extremo oposto, sentimentos de tranquilidade, confiança e segurança têm mais possibilidades de aflorarem se o paciente tem informações suficientes sobre todo o contexto em que está inserido. As

situações de descaso geram raiva e vergonha, enquanto que uma pessoa que se sente acolhida fica mais confiante, com esperança e segura. Observando-se essas associações, foram selecionadas duas palavras que representassem, segundo o grupo de projeto, atitudes ou ações geradoras de sentimentos e percepções positivas – ACOLHIMENTO e INFORMAÇÃO; e outras duas que, de forma oposta, gerassem sentimentos e percepções negativas, em relação ao serviço experienciado – DESCASO e DESINFORMAÇÃO.

Tais associações, resultantes do consumo do serviço hospitalar de turismo médico, possibilitaram a identificação de um tema para a pesquisa *blue-sky*. Tendo em vista que a maior parte das palavras, sentimentos e percepções possuem relação com sensações, atitudes, ambientes e o contexto hospitalar, o tema definido foi: Em quais ambientes e contextos as pessoas sentem-se informadas e acolhidas, e em quais ambientes e contextos as pessoas sentem-se desinformadas e com sensação de descaso?

4.4.2 Blue-Sky

No intuito de estabelecer e representara lógica da relação entre a existência de diferentes ambientes e contextos onde as pessoas se sentem informadas e acolhidas, bem como desinformadas e tratadas com descaso, e visando o estabelecimento de uma comparação entre todos, fez-se necessária a definição de alguns critérios para a construção da *blue-sky*. Assim, estipulou-se que os itens de comparação seriam diferentes contextos e ambientes onde as pessoas sentem-se acolhidas, e diferentes contextos e ambientes onde as pessoas sentem-se informadas; e, de forma oposta, diferentes ambientes e contextos onde as pessoas sentem-se tratadas com descaso, e diferentes ambientes e contextos onde as pessoas sentem-se desinformadas.

A escolha dos contextos e ambientes que foram explorados na pesquisa, bem como a busca pelas imagens selecionadas ocorreram de forma aleatória, objetivando abranger contextos e ambientes que se diferenciam em características físicas, perfil de usuário e sensação que provocam. Assim, a busca de imagens de referência para a apresentação da *blue-sky* constituiu-se na procura por imagens que representassem a conexão entre as sensações e percepções geradas em cada um dos itens de comparação.

Figura 19 – *Blue-Sky* – Contexto de Acolhimento – Contexto familiar



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 20 – *Blue-Sky* – Ambiente de Acolhimento – Ambiente ao ar livre: Natureza



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 21 – *Blue-Sky* – Contexto de Conhecimento – Contexto de Aprendizado



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 22 – *Blue-Sky* – Ambiente de Conhecimento – Ambiente de Estudo



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 23 – *Blue-Sky* – Contexto de Desconhecimento – Contexto de Desorientação



Contexto de Desorientação: dúvida . insegurança . stress . solidão . isolamento . dificuldade . impotência . cegueira

Fonte: Elaborada pela autora

Figura 24 – *Blue-Sky* – Ambiente de Desconhecimento – Ambiente Estrangeiro



Estrangeiro: novo . desafiador . incerteza . medo . esperança .

Fonte: Elaborada pela autora

Figura 25 – *Blue-Sky* – Contexto de Descaso – Contexto de Abandono



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 26 – *Blue-Sky* – Ambiente de Descaso – Prisão



Fonte: Elaborada pela autora

A busca por imagens em diferentes contextos e ambientes de conhecimento, desconhecimento, acolhimento e descaso confirmou alguns sentimentos e percepções evidenciados pelos usuários do serviço de turismo médico, expandidas durante o *brainstorming* realizado. Contudo, a maior contribuição com a realização

da pesquisa *blue-sky* foi evidenciada na etapa de construção dos possíveis cenários para o serviço, pois diferentes ambientes e contextos evidenciaram, também, sentimentos e percepções não captados anteriormente, possibilitando a implementação de transferências de ambos, por meio de raciocínios analógicos que apresentaram-se como indicativos, na construção realizada dos possíveis cenários de projeto (SCALETSKY e PARODE, 2008).

4.4.3 Cenários

Conforme descrito no início deste capítulo e com base nas informações obtidas nas fases anteriores, foram criados dois gráficos de polaridades, um representando o contexto atual dos sentimentos e percepções decorrentes da experimentação do serviço de turismo médico, e outro que caracteriza o objetivo a ser seguido.

A análise dos gráficos e o cruzamento dessas informações com a análise dos dados coletados e as referências e estímulos provocados pela pesquisa *blue-sky* serviram de base para a construção de quatro possíveis cenários de atuação.

4.4.3.1 Gráficos de Polaridades

Os gráficos foram representados com os níveis de presença dos sentimentos e percepções gerados na etapa de *brainstorming*. Para a sua correta classificação, utilizou-se para cada um dos respondentes (pesquisa com usuários, geradoras das frases apresentadas na Tabela 8) a seguinte classificação:

0: Não foi identificado o sentimento e/ ou percepção avaliado

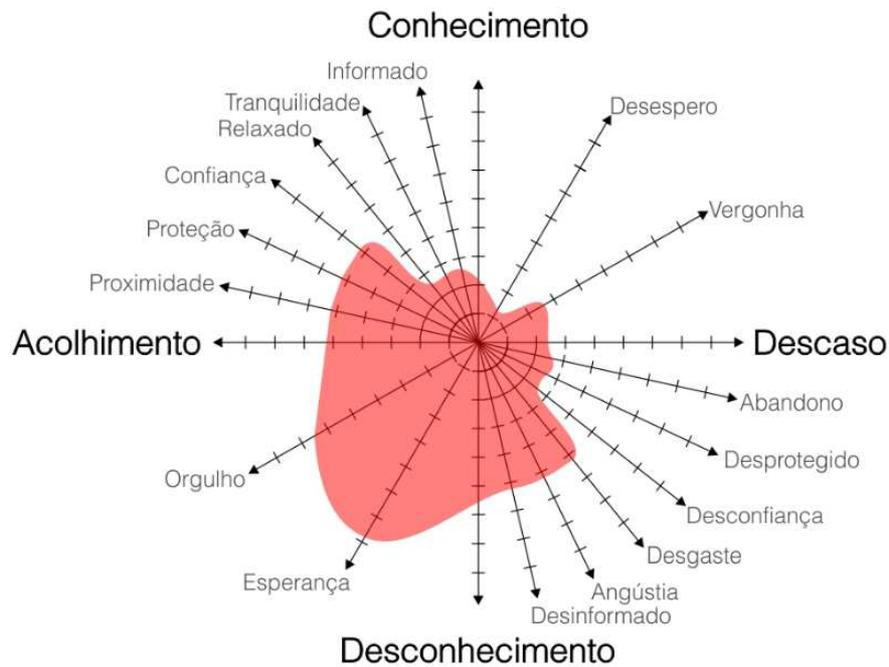
0,5: Identificados a percepção e/ ou sentimento avaliados, de forma sutil

1: Identificados a percepção e/ ou sentimento avaliados de forma evidente

Assim, o gráfico apresenta uma escala de zero a 4 com intervalo de meio ponto, onde o nível de presença foi determinado pelo número de respondentes que apresentaram tal sentimento, ou percepção, conforme representação gráfica, a seguir:

4.4.3.1.1 Gráficos de Polaridades – Contexto Atual

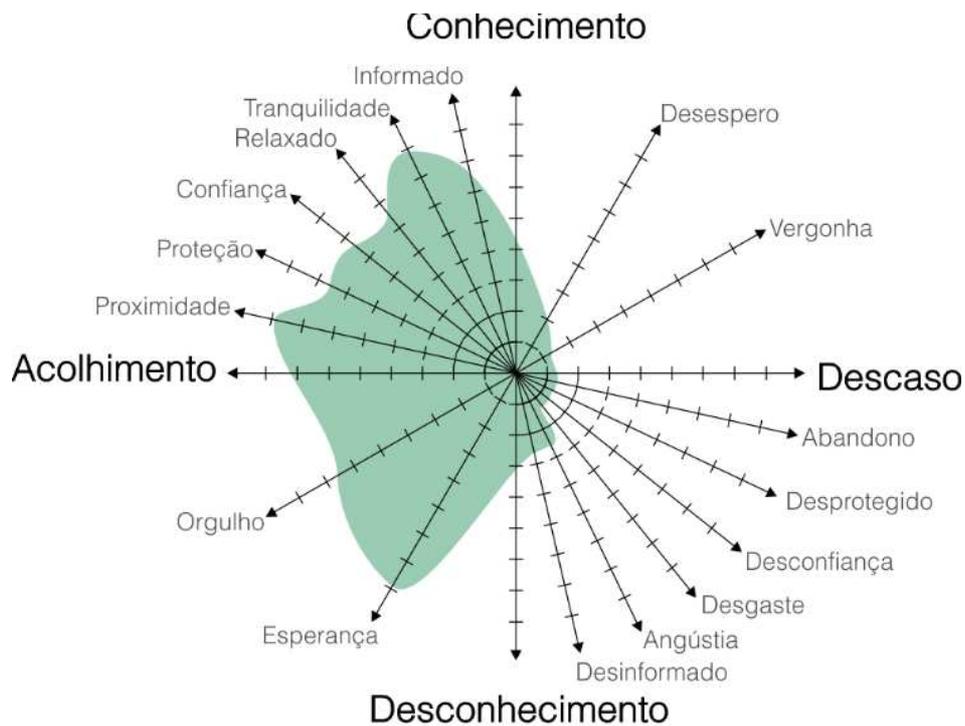
Figura 27 – Gráfico de Polaridades – Contexto Atual



Fonte: Elaborada pela autora

4.4.3.1.2 Gráficos de Polaridades – Contexto Desejado

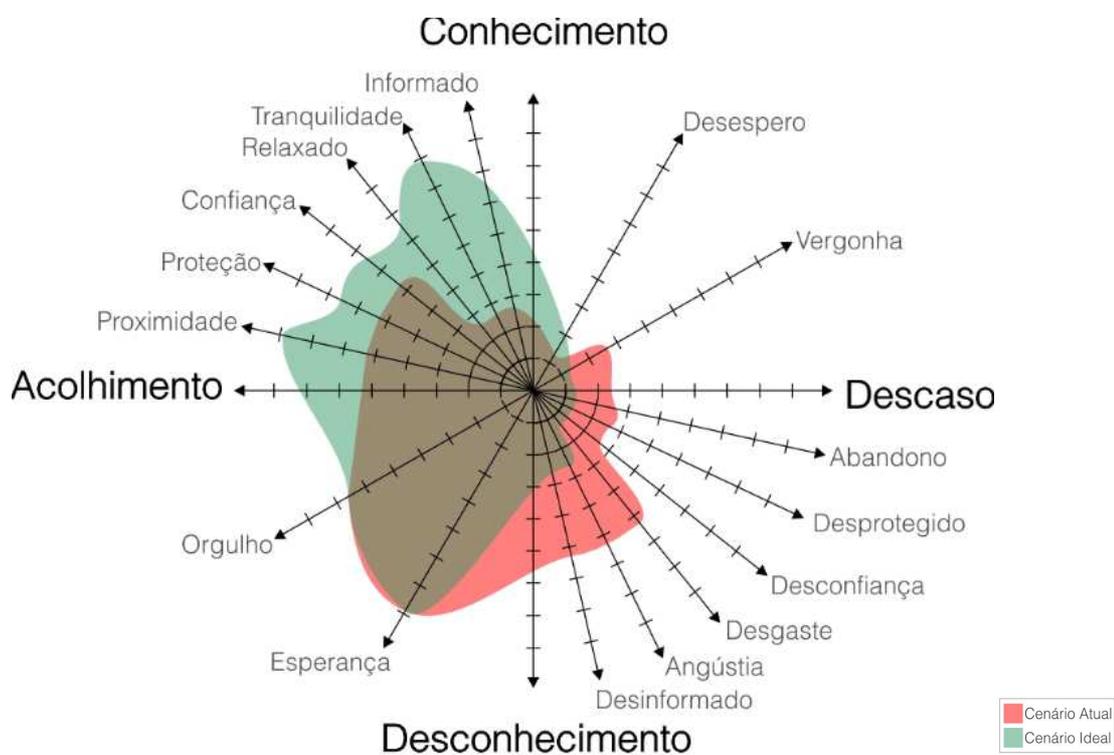
Figura 28 – Gráfico de Polaridades – Contexto Desejado



Fonte: Elaborada pela autora

O contexto desejado, que caracteriza o objetivo a ser seguido, foi definido considerando-se o cruzamento entre o desejo de propiciar uma experiência memorável ao usuário do serviço e a realidade existente não só nas limitações do serviço em si, como na própria condição emocional intrínseca a qualquer paciente, na busca pelo tratamento. Assim, considerou-se com maior graduação de participação os sentimentos considerados positivos, tais como tranquilidade, confiança, informação, e esperança, dentre outros. Mas sem negligenciar a existência de sentimentos de desespero, angústia e desinformação. Tais sentimentos, em um nível de graduação não muito elevado, além de inevitáveis, podem contribuir para uma maior atenção e seriedade do paciente em relação ao tratamento proposto. Dessa forma, sobrepondo-se as “manchas” geradas nos dois contextos, figura 29, foi possível verificar as diferenças existentes entre o contexto do atual serviço e o contexto desejado; bem como o esforço de projeto necessário, no sentido de criar evidências físicas que atenuem sentimentos de desinformação, angústia desgaste e desconfiança, ao mesmo tempo em que despertem sentimentos de tranquilidade, relaxamento, etc.

Figura 29 – Sobreposição do Contexto Atual e Contexto Ideal



Fonte: Elaborada pela autora

Nesse sentido, a utilização da construção de cenários, que para o *design* apresenta-se como uma ferramenta que, por meio de históricas hipotéticas, é capaz de explorar de forma significativa aspectos relacionados ao serviço oferecido (STICKDORN & SCHNEIDER et al., 2010), mostrou-se de grande relevância, para este estudo. O cruzamento dos conceitos adotados no Gráfico de Polaridades (conhecimento, desconhecimento e acolhimento, descaso) com os estímulos resultantes de diferentes ambientes e contextos, onde apresentam-se tais sentimentos e percepções (resultantes da *blue-sky*), serviu de base para a construção de quatro quadrantes, indicativos de possíveis cenários, conforme a Figura 30

4.4.4 Possíveis Cenários

Figura 30 – Possíveis Cenários



Fonte: Elaborada pela autora

Cenário 1 – Cenário Conforto: Apresenta-se como resultado do cruzamento entre os contextos familiares e de aprendizado, e os ambientes de estudo e de natureza.

Com mais informações em relação ao hospital e ao procedimento a que o paciente irá se submeter, e ao acolhimento das pessoas com as quais ele irá interagir e do próprio ambiente, os fatores emocionais negativos como angústia, desconfiança e desgaste tendem a ser minimizados. Mesmo distante de seu país de origem, a atmosfera remete a uma sensação de familiaridade, de proximidade. A confiança da escolha correta remete a uma sensação de maior tranquilidade. Assim, com experiências mais positivas espera-se, num primeiro momento:

- Aumento do número de pacientes internacionais, em função do acesso às informações, mesmo antes da chegada ao hospital
- Aumento do nível de satisfação
- Aumento na sensação de conforto
- Menor nível de tensão
- Maior confiabilidade do corpo clínico na estrutura hospitalar para o recebimento e acolhimento de seus pacientes

Com experiências positivas, os pacientes retornam aos seus países e fornecem *feedbacks* positivos aos seus médicos de origem. Também comentam e recomendam aos amigos, desmistificando possíveis preconceitos; assim, em um segundo momento espera-se:

- Maior propagação positiva do serviço por intermédio dos pacientes
- Aumento da procura - no número de pacientes internacionais -, por recomendação de amigos
- Diferenciação do serviço oferecido, frente à concorrência

Cenário 2 – Cenário Solidão: Resultante do cruzamento entre contextos de aprendizado e abandono, e ambientes de estudo e prisão.

No Cenário Solidão, as situações vinculadas à falta de informação são amenizadas. Os pacientes têm mais conhecimento do hospital, serviços oferecidos e

do seu próprio procedimento; porém as situações que remetem à sensação de descaso são negligenciadas. Assim, espera-se num primeiro momento:

- Aumento do número de pacientes internacionais, em função do acesso às informações

Porém, ao vivenciarem o serviço, os pacientes deparam-se com situações de descaso. Com a expectativa elevada, em função da excelente percepção inicial e do constante recebimento de informações, sentimentos de vergonha e desespero são comuns. Assim, em um segundo momento, acredita-se que aconteçam:

- Maior propagação negativa do serviço por intermédio dos pacientes
- Com o passar do tempo, diminuição da procura pelo serviço
- Diminuição do nível de satisfação com o serviço
- Receio do corpo clínico, que acaba tendo que se envolver com situações que não dizem respeito às suas atividades
- Diminuição dos atributos que diferenciam o serviço prestado frente à concorrência
- Diminuição da sensação de conforto
- Aumento na tensão da atmosfera

Cenário 3 – Cenário Ingenuidade: Resultante do cruzamento entre os contextos familiar e de desorientação, e ambientes de natureza e estrangeiro.

No Cenário Ingenuidade, as questões vinculadas à informação são negligenciadas. As pessoas se sentem mais inseguras e perdidas. Exigem bastante da assistência e dos médicos. Porém, com um nível elevado de acolhimento, aos poucos vão relaxando e sentindo mais confiança na instituição. Assim, acredita-se que num primeiro momento:

- A procura pelo serviço seja baixa
- A falta de informação faça com que a maior parte dos pacientes descubra o serviço por intermédio dos médicos de origem
- Aumento das reclamações do corpo clínico pela dificuldade de trazer o

paciente para o hospital

Porém ao vivenciarem o serviço, os pacientes são surpreendidos constantemente com o atendimento. O ambiente e a atmosfera são aconchegantes, despertando uma sensação de acolhimento, mas, com o nível de informações abaixo do esperado, sentimentos contraditórios afloram. Assim, acredita-se que num segundo momento:

- A realidade contraditória gere constrangimento das reclamações, diminuindo as oportunidades de intervenções de melhoria
- A propagação do serviço passe a depender muito do perfil do paciente. Aqueles mais confiantes e tranquilos afetam-se em menor grau pela falta de informação, e divulgam suas experiências com uma conotação positiva. Aqueles mais inseguros afetam-se muito com a situação e desencorajam, com seus relatos, possíveis futuros usuários
- O número de novos pacientes permaneça estável
- Para o crescimento do serviço, se façam necessários maiores investimentos em divulgação
- Maior envolvimento do médico e equipe assistencial, gerando alguns desgastes
- Nível de tensão variável
- Sensação de conforto variável

Cenário 4 – Cenário Isolamento: Resultante do cruzamento entre contextos de abandono e desorientação e os ambientes de prisão e estrangeiro.

No Cenário Isolamento, tanto as questões relacionadas à informação quanto as relacionadas ao acolhimento são negligenciadas. Sem informações simplificadas e adequadas sobre o hospital e os serviços prestados, a procura diminui. Aqueles que vêm, ao experienciarem o serviço, se deparam com situações de descaso, aumentando assim sentimentos e percepções de insegurança, desconfiança e desconforto. Portanto, acredita-se que em um primeiro momento:

- A procura pelo serviço diminua
- A falta de informação faça com que a maior parte dos pacientes

descubra o serviço por intermédio dos médicos de origem

- Aumento das reclamações do corpo clínico pela dificuldade de trazer o paciente para o hospital

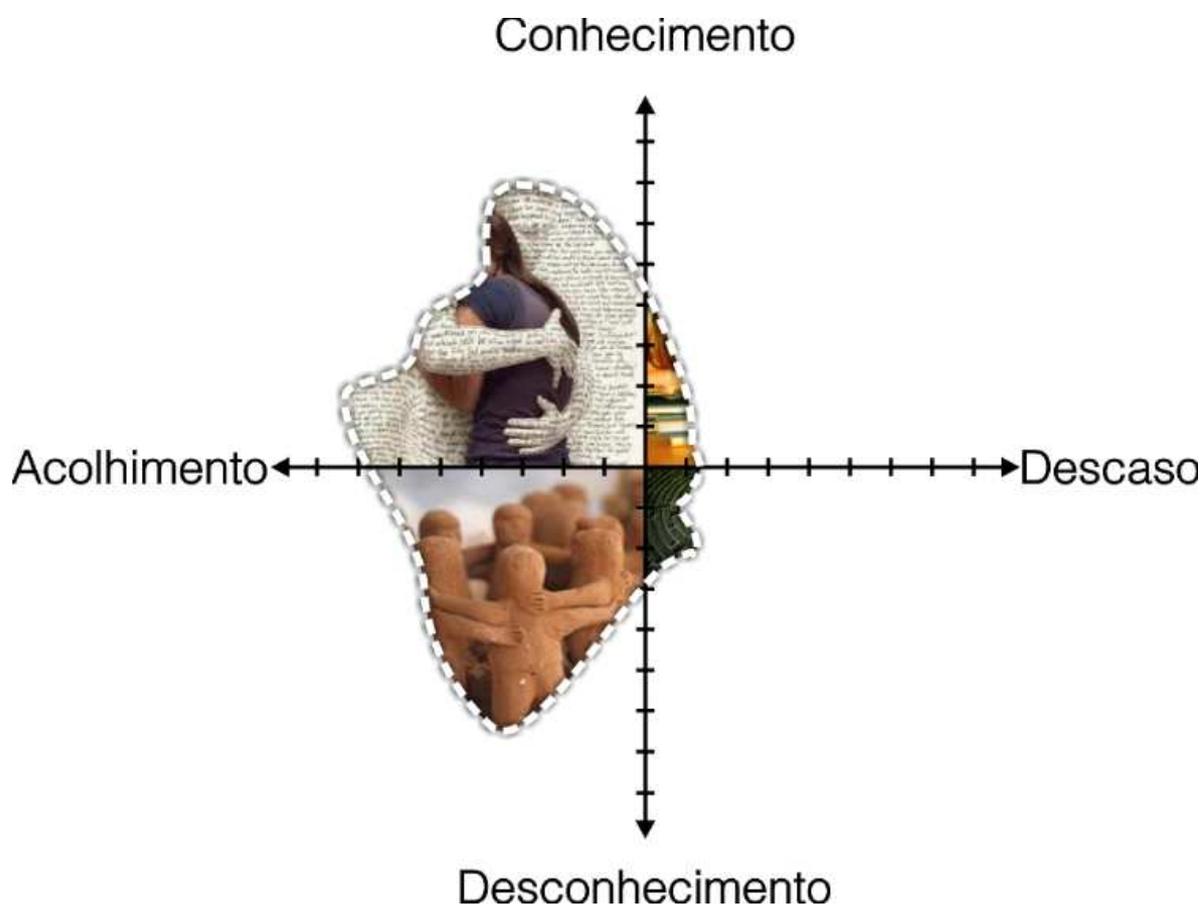
Além da falta de informações iniciais, ao vivenciarem o serviço, os pacientes continuam com a sensação de desconhecimento. Os usuários deparam-se com situações de descaso, tais como ausência de tradução dos formulários e de itens de sinalização. Sentimentos de vergonha e desespero são comuns. Assim, em um segundo momento, acredita-se que aconteça:

- Maior propagação negativa do serviço por intermédio dos pacientes
- Baixo índice de satisfação com o serviço, influenciando no índice de satisfação global da instituição
- Descontentamento do corpo clínico, que acaba tendo que se envolver com situações que não dizem respeito às suas atividades, gerando diminuição da credibilidade da marca perante os mesmos
- Diminuição dos atributos que diferenciam o serviço prestado frente à concorrência
- Diminuição da sensação de conforto
- Aumento na tensão da atmosfera
- Diminuição gradativa da procura pelo serviço, até a definição de cancelamento do mesmo, por parte da direção do hospital

Sobrepondo-se a “mancha” resultante da definição do grau de intensidade dos sentimentos e percepções, presente no gráfico de polaridades do contexto desejado, ao gráfico de possíveis cenários, chegou-se ao cenário que foi utilizado como referência para possíveis intervenções projetuais.

4.4.5 Definição de Cenário

Figura 31 – Cenário de Projeto



Fonte: Elaborada pela autora

O cenário definido para o projeto, considerou contextos e ambientes existentes nos quatro cenários possíveis, porém com uma maior incidência no Cenário Conforto, seguido pelo Cenário Ingenuidade. O Cenário Conforto é o que concentra os sentimentos e percepções resultantes de experiências memoráveis. Porém, conforme descrito anteriormente, tratando-se de um serviço hospitalar, a inexistência de sentimentos e percepções vinculadas a insegurança, expectativa e apreensão são improváveis. Assim, o Cenário Ingenuidade foi contemplado com uma participação significativa, seguido, em menores proporções, pelos Cenários Solidão e Isolamento.

O aprofundamento das características e especificidades de cada cenário utilizado, bem como sua influência nas soluções projetuais adotadas serão

apresentadas no capítulo de desenvolvimento do projeto, por meio das evidências físicas geradas.

Com a realização de todas as etapas anteriores, e a definição do cenário em que se dará a atuação projetual, foi possível apontar possíveis caminhos de projeto (*Visions*). Assim, neste estudo, o cenário de projeto e as *visions* apresentam-se como uma síntese da etapa de pesquisa *blue-sky*.

4.4.6 Visions – Possíveis Caminhos de Projeto

- Diminuir a ansiedade do paciente internacional, deslocando para o início da jornada as percepções positivas em relação ao hospital.
- Gerar um nível de conhecimento mais elevado.
- Propiciar um ambiente mais agradável para o convívio dos familiares, enquanto o paciente está internado.
- Quando desacompanhado, proporcionar ao paciente internacional, um espaço onde ele se sinta acolhido e em contato com a família.

Com as definições do cenário de projeto e os caminhos a serem percorridos, encerra-se a etapa metaprojetual. Conforme Figura 9, apresentada no início do capítulo, os dados e análises gerados até então levam a uma síntese metaprojetual. Esta apresenta-se como uma espécie de resumo do que deverá ser considerado na etapa seguinte. Na etapa de projeção do serviço.

4.5 Síntese Metaprojetual

Como resultado dos dossiês “empresa-mercado” e “cenários e inovação”, teremos a construção do conceito do projeto. O *concept design* se apresenta como uma etapa intermediária entre a fase metaprojetual, que pesquisa os diferentes contextos e as tendências, e a etapa de projeto, ou seja, ele introduz a passagem do metaprojeto ao projeto (CELASCHI & DESERTI, 2007).

4.5.1 Concept Design

Elevar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares, antes mesmo da chegada ao hospital, diminuindo assim a ansiedade e angústia. Criar evidências físicas que gerem mais informação e propiciem o acolhimento. Viabilizar uma ação contínua de monitoramento de toda a experiência do paciente internacional, no consumo do serviço de turismo médico, com o objetivo de obter uma constante medição do serviço, possibilitando revisitar o projeto num conceito de mantê-lo como uma experiência memorável.

A realização de todas as pesquisas contextuais e a aplicação de algumas ferramentas metaprojetuais e de *design* de serviços geraram, conforme defendido por Celaschi e Deserti(2007), um conjunto de informações úteis que, neste projeto, redirecionaram o problema. O novo problema, ou *contrabriefing* orientou a etapa de pesquisa de estímulos. Assim como defendido pelos autores, as pesquisas realizadas foram coerentes com os objetivos e não tiveram relação direta com o problema ou com o segmento de mercado do mesmo. A sua realização possibilitou, conforme esperado, um embasamento para uma etapa de síntese metaprojetual.

Como este estudo trata de uma aplicação metodológica, acredita-se que, para que seja possível alcançar os objetivos desta pesquisa, bem como obter registros de validade e confiabilidade científica, a projeção de evidências físicas em alguns pontos de contato do cliente com o serviço se façam necessárias. Tais evidências demonstraram a eficácia do percurso projetual adotado, permitindo um maior aprofundamento da metodologia e das ferramentas projetuais utilizadas, durante a etapa metaprojetual.

4.6 EtapaProjetual

No intuito de uma melhor visualização da aderência do processo de projeto adotado ao desenvolvimento do projeto em si, por meio da construção de evidências físicas, elaborou-se um quadro resumo, apresentado a seguir, contendo as relações existentes entre as sínteses de cada etapa metaprojetual (análise S.W.O.T, cenários e *visions*) e as soluções de projeto desenvolvidas.

Tais relações estabeleceram-se com o objetivo de atender ao novo *briefing* e

foram orientadas pelo conceito de projeto definido (*concept design*). Nesse contexto, a jornada do paciente internacional (*JourneyMap*), mostrou-se como um guia orientativo de diferentes momentos possíveis para intervenções projetuais que visaram o atendimento desse *briefing*.

Briefing de Projeto					
Realizar intervenções projetuais que minimizem as percepções e sentimentos desabonadores gerados durante o consumo do serviço de turismo médico					
Concept Design	Análise S.W.O.T. Pontos Fracos	Journey Map Touchpoint	Visions	Solução de Projeto	Cenários Sentimentos e Percepções
Elavar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares, antes mesmo da chegada ao hospital, diminuindo assim a ansiedade e angústia. Criar evidências físicas que gerem mais informação e propiciem o acolhimento. Viabilizar uma ação contínua de monitoramento de toda a experiência do paciente internacional, no consumo do serviço de turismo médico, com o objetivo de obter uma constante medição do serviço, possibilitando revisar o projeto num conceito de manter-lo como uma experiência memorável	Desconhecimento do Hospital Monstros de Vento, pelos pacientes internacionais	Paciente pesquisa hospitais	Diminuir a ansiedade do paciente internacional, deslocando para o início da jornada, as percepções positivas em relação ao hospital Gerar um nível de conhecimento mais elevado	Blog do Paciente Internacional	Informado . Confiança . Tranquilidade . Esperança
Sinaletica atendendo somente ao paciente local	Ida ao Hospital até Reconsulta com o Médico		Propiciar um ambiente mais agradável para o convívio dos familiares, enquanto o paciente está internado	Projeto de Sinaletica Bilingue	Informado . Confiança
Ambientes somente com soluções para pacientes e familiares residentes em Porto Alegre	Ida ao Hospital até Reconsulta com o Médico		Propiciar um ambiente mais agradável para o convívio dos familiares, enquanto o paciente está internado Quando desacompanhado, proporcionar ao paciente internacional, um espaço onde ele se sinta acolhido e em contato com a família	Sala do Paciente Internacional	Proteção . Proximidade . Tranquilidade . Realizado
Comunicação parte do princípio que o usuário é conhecedor do mercado local	Paciente escolhe hospital até Reconsulta com o Médico		Diminuir a ansiedade do paciente internacional, deslocando para o início da jornada, as percepções positivas em relação ao hospital Gerar um nível de conhecimento mais elevado	Kit boas vindas, Projeto de Sinaletica Bilingue	Informado . Orgulho . Confiança . Proximidade . Esperança
Sistema de cobrança complexo	Ida ao Hospital até Reconsulta com o Médico		Propiciar um ambiente mais agradável para o convívio dos familiares, enquanto o paciente está internado	Procurando Alguém	Proteção . Proximidade . Confiança
Dificuldade na identificação dos colaboradores que falam outros idiomas	Paciente pesquisa hospitais até Reconsulta com o Médico		Propiciar um ambiente mais agradável para o convívio dos familiares, enquanto o paciente está internado	Concierge do Paciente Internacional	Informado . Proteção . Esperança . Tranquilidade
Inexistência de funcionários dedicados ao paciente internacional					
Inexistência de política direcionada ao corpo clínico, que atende pacientes estrangeiros	Paciente escolhe hospital até Fecha a conta			Diário de Bordo	Orgulho . Confiança

Quadro 6. Relações Existentes entre as Sínteses Metaprojetuais e as Soluções de Projeto Desenvolvidas
Elaborado pela Autora

Conforme verificado e descrito na análise dos usuários (pesquisa contextual), o *Journey Map*, construído durante o *workshop* de *design* de serviços, necessitou de alguns ajustes nas três macroetapas originais, quando confrontado com os resultados das entrevistas com os usuários do serviço. Para tanto, reposicionou-se as mesmas, conforme legenda e jornada; ambas apresentadas a seguir. Assim, cada ponto de contato do usuário com o serviço de turismo médico foi identificado com a cor da macroetapa à qual pertence. As entrevistas também permitiram uma reavaliação e o consequente reposicionamento dos sentimentos vinculados aos diferentes pontos de contato do cliente com o hospital, durante a sua jornada.

Figura 32 – Legenda do *Customer Journey Map* – Versão 2

LEGENDA - Mapas	
	- Fase Pré-Viagem
	- Fase Pré-Cirurgia
	- Fase Pós-cirurgia
	- Fato não compulsório
<hr/>	
	- Desorientação
	- Alívio/Tranquilidade
	- Esperança
	- Medo
	- Felicidade
	- Fragilidade
	- Desconhecimento/temor
	- Paciente
	- Seguradora ou plano
	- Médico
	- Enfermagem
	- Acompanhantes
	- Porto Alegre Health Care
	- Hospital Moinhos de Vento

Fonte: Elaborada pela autora

Folha para a Jornada 2

Com o *Journey Map* ajustado, detalharemos a seguir as soluções de projeto desenvolvidas, que foram apresentadas de forma sintética no Quadro 6.

4.6.1 *Blog do Paciente Internacional*

Com objetivo principal de minimizar o desconhecimento do Hospital Moinhos de Vento por parte do paciente internacional, diminuindo a ansiedade do mesmo, deslocando para o início da jornada as percepções positivas em relação à instituição, projetou-se o *blog* do paciente internacional. Espera-se, assim, que o usuário em potencial tenha acesso às informações gerais sobre as especialidades médicas disponíveis, currículo dos médicos, dados gerais do hospital e características da cidade de Porto Alegre. O *blog* foi construído em três idiomas, conforme *printscreens* das telas, apresentadas a seguir:

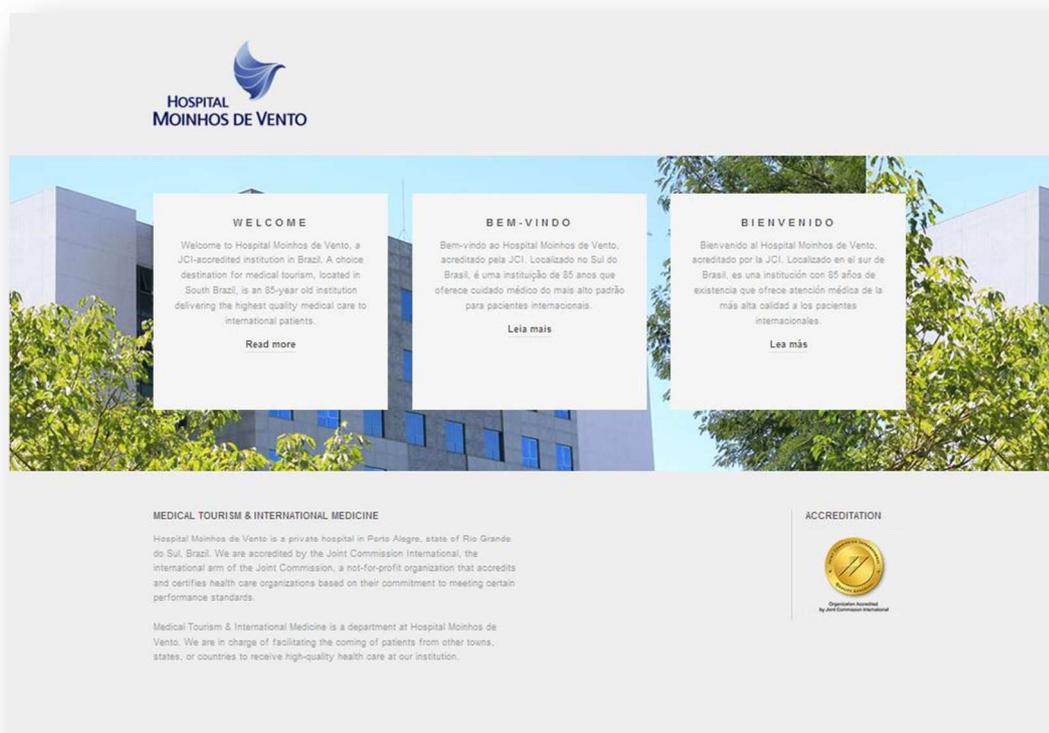


Imagem 01 – *Blog* Turismo Médico Página Inicial
Fonte: Elaborada pela autora

[Home](#)
[Notícias](#)
[Planeje Sua Viagem](#)
[Porto Alegre](#)
[Especialidades médicas](#)
[Sobre](#)
[Contato](#)

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Bem-vindo ao Hospital Moinhos de Vento, acreditado pela JCI



Um lugar privilegiado para o turismo médico

O Hospital Moinhos de Vento, localizado no Sul do Brasil, é uma instituição de 85 anos que oferece cuidado médico do mais alto padrão para pacientes internacionais. Concebido originalmente nos moldes de um hospital-hotel, o Hospital Moinhos de Vento chegou ao presente como um belo conjunto de prédios que oferece 338 leitos, equipado com equipamento moderno e operado por uma equipe de padrão internacional. O Hospital torna-se ainda mais atraente por sua localização em Porto Alegre, uma simpática cidade de porte médio que não enfrenta muitos dos problemas crônicos comuns nos grandes centros urbanos.

Para saber mais sobre o Hospital Moinhos de Vento entre em contato.

Hospital Moinhos de Vento: compromisso com a saúde global.

TURISMO MÉDICO & MEDICINA INTERNACIONAL

O Hospital Moinhos de Vento é um hospital particular em Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Somos uma instituição acreditada pela Joint Commission International, representante internacional da Joint Commission, uma organização sem fins lucrativos que acredita e certifica instituições de saúde com base em seu comprometimento em atingir determinados padrões de ação.

CREDECIAL



Organization Accredited
by Joint Commission International

Imagem 02 – *Blog* Turismo Médico Informações Gerais do Hospital
Fonte: Elaborada pela autora

[Home](#)
[Notícias](#)
[Planeje Sua Viagem](#)
[Porto Alegre](#)
[Especialidades médicas](#)
[Sobre](#)
[Contato](#)

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Porto Alegre



Com uma população de aproximadamente 1,45 milhão, Porto Alegre é atualmente a décima maior cidade do Brasil e fica no estado do Rio Grande do Sul, que faz fronteira com a Argentina e o Uruguai.

Com um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,885, este moderno centro urbano também é uma das cidades mais verdes do mundo: é o lar de mais de um milhão de árvores, 409 praças, nove parques urbanos, uma reserva natural e a maior população de pássaros entre as capitais brasileiras. Não é de estranhar que Porto Alegre tenha sido eleita uma das 12 sedes da Copa do Mundo de Futebol de 2014.

Várias medidas de desenvolvimento estão sendo planejadas, incluindo a transformação de várias avenidas em vias de duas faixas e a expansão da rede de metrô da cidade, que atualmente une Porto Alegre de forma adequada à região metropolitana.

Leia mais sobre a linda cidade de Porto Alegre.

http://www.agenciapreview.com/slideshow/slideshow.asp?cod_proj=10

Imagem 03 – *Blog* Turismo Médico Informações sobre Porto Alegre
Fonte: Elaborada pela autora

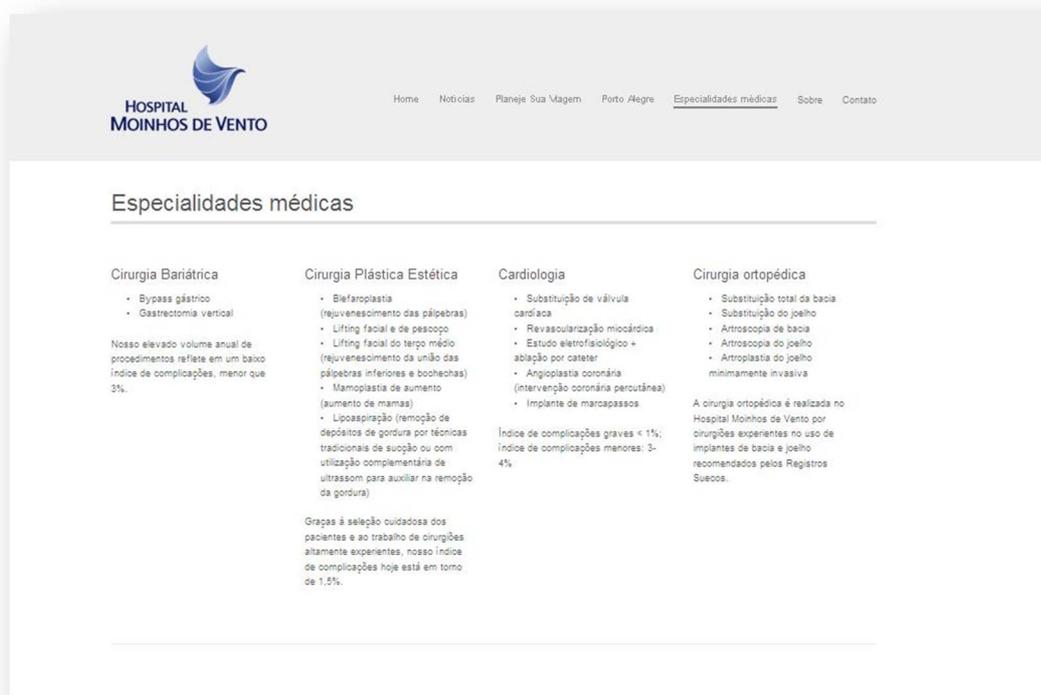


Imagem 04 – *Blog* Turismo Médico Especialidades Médicas
Fonte: Elaborada pela autora

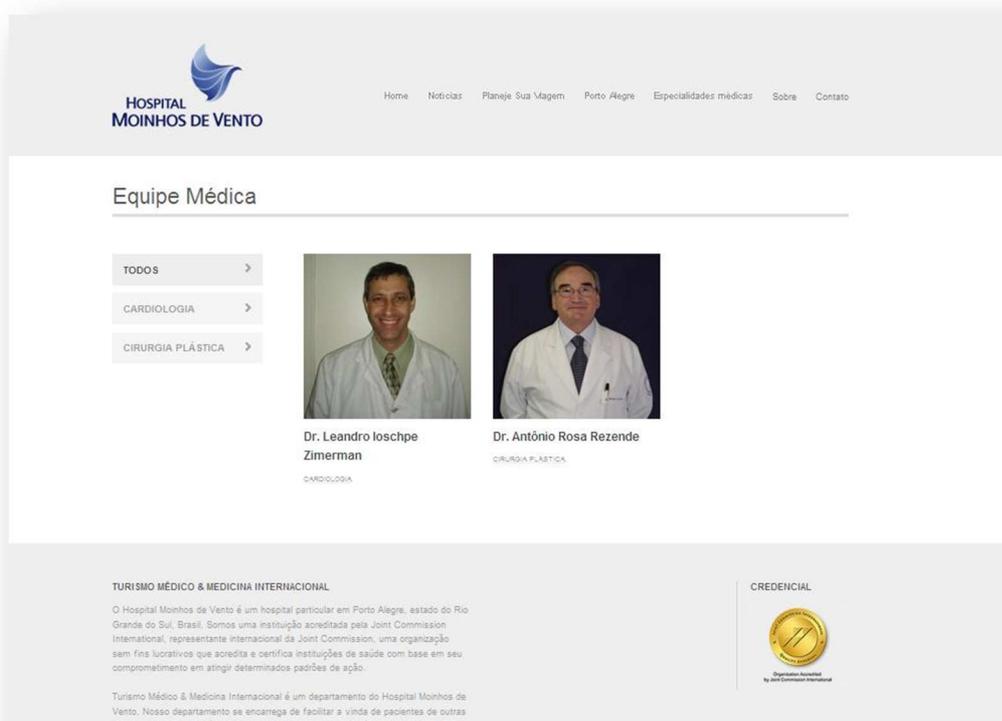


Imagem 05 – *Blog* Turismo Médico Médicos do Serviço
Fonte: Elaborada pela autora

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Home Notícias Planeje Sua Viagem Porto Alegre Especialidades médicas Sobre Contato

Dr. Leandro loschpe Zimmerman

Overview



Medical school
Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil

Master's degree
Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil

Specialty training
Duke University Medical Center, NC, USA

Residency
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil

Doctoral studies
Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil/Duke University Medical Center, NC, USA

Memberships
Heart Rhythm Society; European Society of Cardiac Arrhythmias; Brazilian Society of Cardiac Arrhythmias (former president)

Professional interests
Cardiac Arrhythmias; Cardiac electrophysiology; pacemakers; cardiac defibrillators

Research interests
Cost-effectiveness of implantable devices; tilt test in elderly patients

Imagem 06 – *Blog Turismo Médico Currículo dos Médicos*
Fonte: Elaborada pela autora

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Home Notícias Planeje Sua Viagem Porto Alegre Especialidades médicas Sobre Contato

Planeje Sua Viagem

1. Envie as seguintes informações a Melina Moraes por e-mail (melina.moraes@hmv.org.br):

- Seu nome
- Seu número de telefone (com código de área)
- Seu endereço postal completo
- O procedimento de seu interesse
- Quaisquer perguntas ou dúvidas específicas

2. A Sra. Moraes solicitará o upload dos arquivos com os resultados de seus exames no nosso FTP para uma avaliação inicial. Enviaremos uma lista específica de exames, dependendo do procedimento solicitado. Estas informações permitirão que a nossa equipe médica tenha certeza de que você é um candidato ao tratamento. A equipe também poderá começar a planejar como satisfazer quaisquer necessidades específicas que você possa ter.

3. Depois da avaliação dos exames, entraremos novamente em contato para confirmar se você é um candidato ao tratamento. Programaremos o procedimento e o ajudaremos a organizar sua viagem.

4. Você chegará a Porto Alegre dois ou três dias antes do procedimento, sendo recebido no aeroporto e levado ao hospital, onde nossa equipe o orientará ao longo de sua internação.

5. Você conhecerá a equipe médica e discutirá os detalhes de seu tratamento.

6. Após o procedimento, será solicitada sua permanência na cidade por aproximadamente duas semanas. Não será necessário que você permaneça no hospital, mas deverá voltar para consultas de seguimento. Você receberá um cronograma detalhado após a internação.

7. Você receberá uma cópia de seus registros médicos antes de sua volta para casa.




Imagem 07 – *Blog Turismo Médico Informações para Viagem*
Fonte: Elaborada pela autora

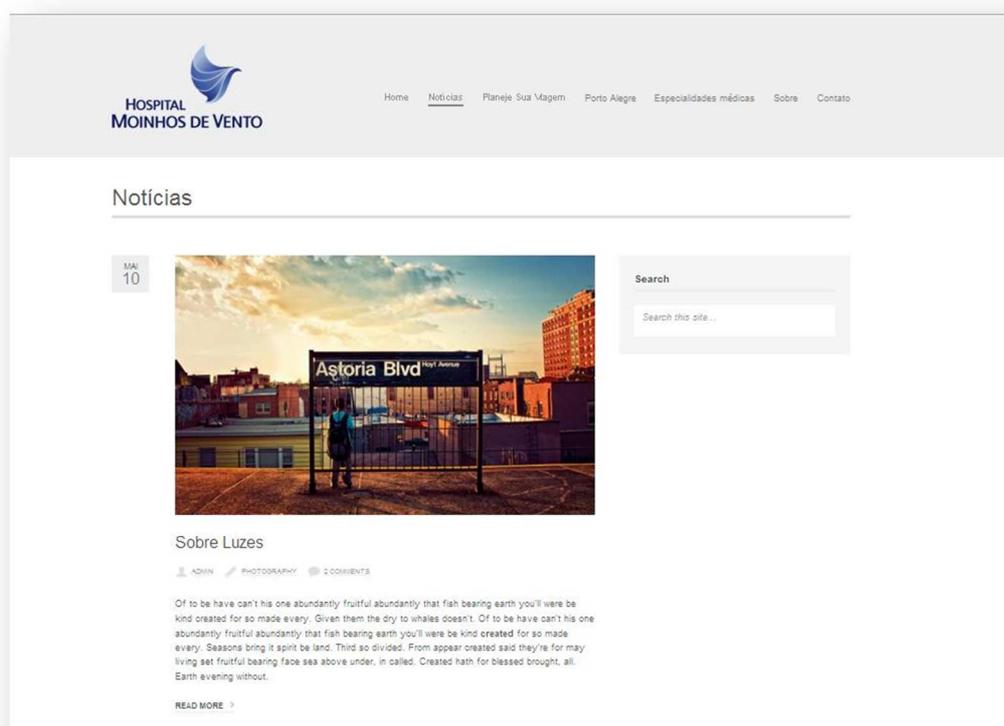


Imagem 08 – *Blog Turismo Médico Notícias Gerais*
Fonte: Elaborada pela autora

4.6.2 Kit de Boas-Vindas

Também com o objetivo de diminuir a ansiedade do paciente internacional, e gerar um nível de conhecimento elevado, desenvolveu-se um *Kit* de Boas-Vindas. Este será enviado por correio ao futuro paciente, depois de definido seu plano de tratamento. Espera-se que, ao receber o mesmo, o paciente se sinta positivamente surpreendido, uma vez que as informações específicas são personalizadas. O *Kit* é embalado numa caixa azul marinho com a marca do hospital e composto por um portfólio de apresentação do hospital, uma carta de apresentação da *conciierge* do paciente internacional e um diário de bordo, conforme imagens e detalhamento a seguir.



Foto 09 – Kit do Paciente Internacional
Fonte: Elaborado pela autora



Foto 10 – Kit do Paciente Internacional
Fonte: Elaborado pela autora

4.6.2.1 Portfólio do Hospital

Mesmo com a ciência de que as informações contidas no portfólio estão disponíveis na Internet, acredita-se que o recebimento das mesmas em tal “embalagem” passe a percepção de cuidado e acolhimento. Também é importante observar que alguns pacientes têm idade avançada e uma não familiaridade com a Internet e redes sociais. O Portfólio é bilíngue e contém informações gerais do hospital, que visam tranquilizar o paciente, uma vez que seu conteúdo remete à história, trajetória de crescimento e reconhecimentos internacionais pela prestação de serviços médicos assistenciais, conforme exemplos a seguir:



Imagem 09 – Exemplos de Páginas do Portfólio do Hospital Moinhos de Vento
Fonte: Elaborada pela autora

4.6.2.2 Diário de Bordo

O diário de bordo é dividido em duas partes, sendo a primeira um Guia Orientativo. Este, no idioma do paciente, contém informações personalizadas referentes ao tratamento, hotel e horários de voo. Diferentemente de uma estrutura tradicional, onde teríamos primeiramente as informações do país, depois da cidade, do hospital e, por fim, assuntos específicos do tratamento, usou-se a lógica do que de fato tem maior importância para o usuário do serviço. Assim, por ordem de relevância, conforme imagens, a seguir, o Guia contém:



Imagem 10 – Guia Orientativo - Páginas Iniciais de Apresentação
Fonte: Elaborada pela autora

Orientações Gerais

Para sua maior comodidade, aqui estão os dados para sua vinda, internação no Hospital Moinhos de Vento e retorno para casa.

VINDA:
Sua partida ocorrerá dia **27/05/2012** da cidade de **Toronto**, no voo **JJ 4589** às **22h35min** com previsão de chegada para o dia **28/05/12** às **23h15min** em **Porto Alegre**.

INTERNAÇÃO:
Sua **cirurgia** já está confirmada para o dia **31/05/2012** às **16h30min** e o Sr. deve chegar ao Hospital dia **29/05/2012** às **12h30min** de forma a realizarmos seu check-in e podermos começar a realizar seus exames pré-cirúrgicos.

ALTA HOSPITALAR:
Sua alta hospitalar está prevista para o dia **04/06/2012** e o Sr. deverá ficar hospedado no hotel até dia **12/06/2012**.

RETORNO:
Sua partida ocorrerá dia **12/06/2012** da cidade de **Porto Alegre**, no voo **JJ 4590** às **18h30min** com previsão de chegada para o dia **28/05/12** às **23h15min** em **Toronto**.



Seu procedimento

Dia **31/05/2012** às **16h30min** seu procedimento já está agendado com o **Dr. Rodrigo Guimarães** e com o Hospital.

Para sua cirurgia são necessários alguns cuidados:

- 1 - Jejum total após as 07:00 AM do dia 22, ou seja, após as 7:00 não ingerir mais líquidos ou alimentos. Sugiro acordar 06:30 e fazer um bom desjejum.
- 2 - Lavar bem a mão a ser operada no dia anterior e no dia da cirurgia. Unhas limpas e cortadas.
- 3 - Deixar em casa brinco, anel, pulseiras etc...
- 4 - Vir com acompanhante.
- 5 - Revisão dia 08/06 no consultório do Dr. Guimarães
- 6 - Deverá comprar material para os curativos.

O celular para contato direto com seu médico é **(+55 51) 9999.3235**

Imagem 11 – Guia Orientativo - Informações Específicas
Fonte: Elaborada pela autora

O Hospital

O **Hospital Moinhos de Vento** é uma instituição com 85 anos de tradição reconhecida nacional e internacionalmente pelo seu padrão de atendimento médico e assistencial.



Endereço:
Rua Ramiro Barcelos 910 - Bairro Moinhos de Vento
Porto Alegre - RS, CEP: 90035-001
Fone: (+55 51) 3314.3434
Site: www.hospitalmoinhos.org.br
E-mail: melina@hmv.org.br

Blog HMV

Para informações adicionais acesse o nosso blog onde são disponibilizadas diversas informações em três diferentes idiomas para pacientes internacionais.



www.turismoimedio.org.br

Imagem 12 – Guia Orientativo - Informações do Hospital
Fonte: Elaborada pela autora

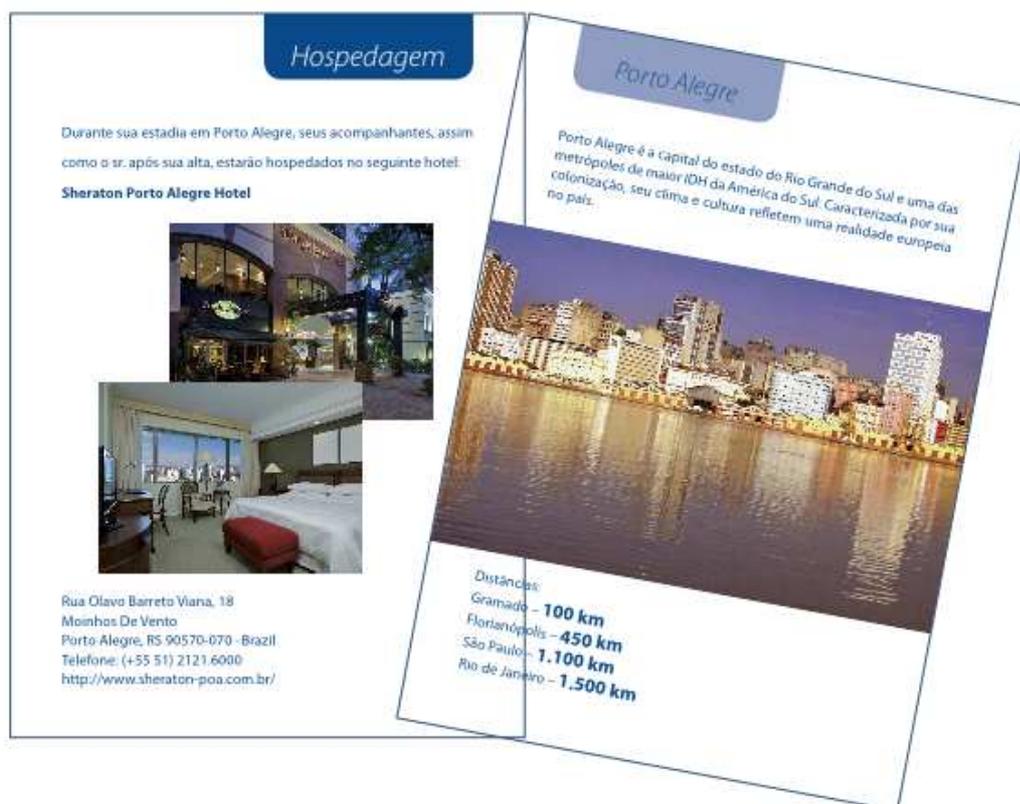


Imagem 13 – Guia Orientativo - Informações Gerais
 Fonte: Elaborada pela autora

A segunda parte pode ser dividida manualmente da primeira, para que o paciente possa entregá-la ao hospital após seu tratamento. Ela contém telefones que serão úteis durante a sua permanência no hospital, uma folha explicativa e demais folhas em branco que apresentam-se como um diário de bordo, para que o paciente possa registrar sua experiência e percepções com o serviço do hospital, conforme imagens a seguir. O paciente é orientado, por meio da carta, e depois pessoalmente pela *conciêrge*, a anotar tudo que julgar útil, durante a sua jornada. Tais anotações viabilizam uma ação contínua de monitoramento de toda a experiência do paciente internacional, no consumo do serviço de turismo médico, permitindo que se revise o projeto, sempre que necessário, num conceito de mantê-lo como uma experiência memorável.

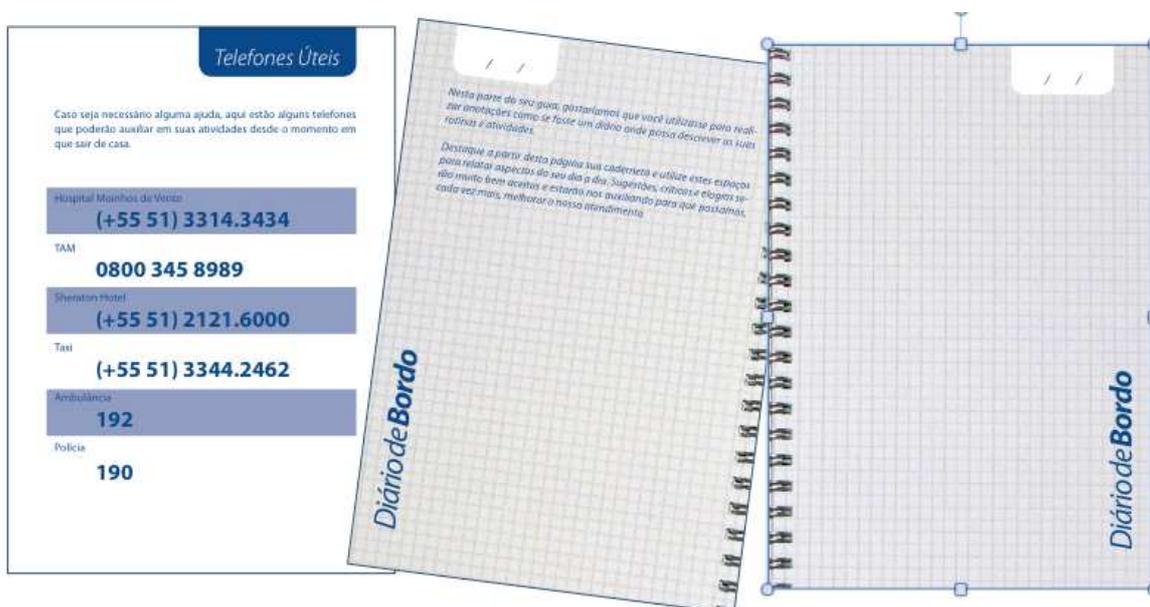


Imagem 14 – Diário de Bordo
Fonte: Elaborada pela autora

4.6.3 Sinalética Bilíngue

Com objetivo de propiciar um ambiente mais agradável para o convívio dos familiares, enquanto o paciente está internado, e ao mesmo tempo deixar o paciente mais confiante, informado e acolhido, projetou-se a substituição da sinalética do Hospital Moinhos de Vento. Originalmente em português e com *design* ultrapassado, os diversos blocos hospitalares eram identificados por meio dos nomes das ruas correspondentes às suas entradas principais. Para um morador de Porto Alegre, essas identificações fazem sentido, mas para os estrangeiros, não. Assim, o novo modelo, bilíngue e mais limpo, previu também uma nova nomenclatura para os blocos hospitalares, que passaram a ser identificados por cores e letras, conforme exemplos a seguir:

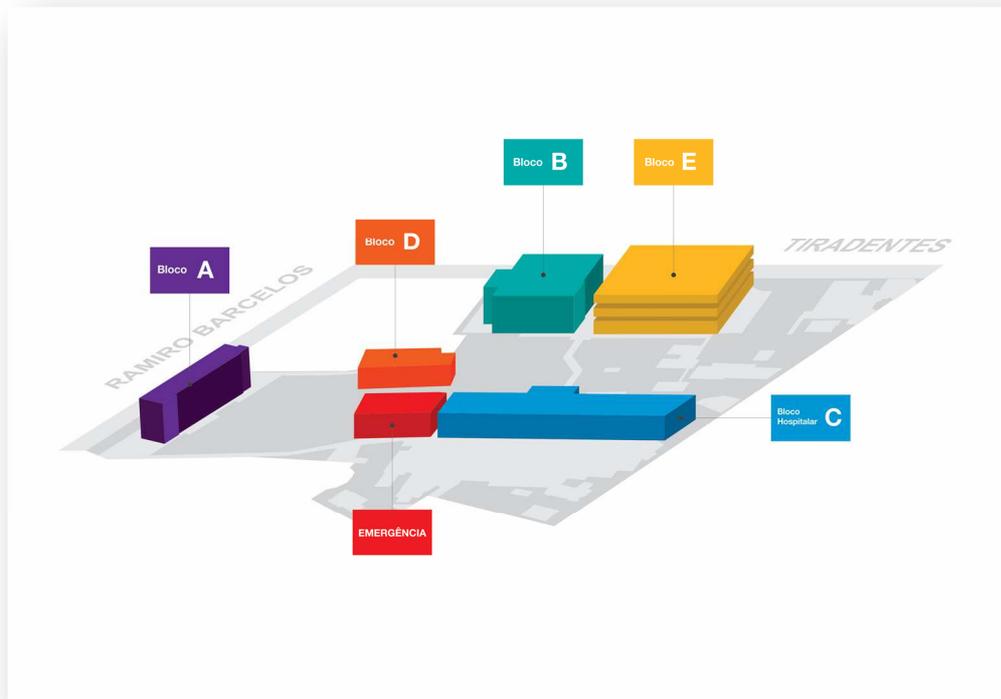


Imagem 09 – Complexo Hospitalar Moinhos de Vento Nova Nomenclatura
Fonte: Elaborada pela autora



Foto 04 – Exemplo de Sinalização Externa
Fonte: Elaborada pela autora



Foto 05 – Exemplo de Sinalização Externa
Fonte: Elaborada pela autora



Foto 06 – Exemplo de Sinalização Interna Nova
Fonte: Elaborada pela autora



Foto 07 – Exemplo de Sinalização Interna Nova
Fonte: Elaborada pela autora



Foto 08 – Exemplo de Sinalização Interna Nova
Fonte: Elaborada pela autora

4.6.4 Procurando Alguém

Durante o consumo do serviço de turismo médico, muitos são os contatos que se estabelecem com diferentes funcionários do hospital. Mesmo com funcionários responsáveis por seu acolhimento, existem momentos em que o paciente ou familiar encontra-se sozinho. Assim, no intuito de minimizar a dificuldade em identificar colaboradores que falam outros idiomas e propiciar um ambiente mais agradável para o paciente e convívio dos familiares enquanto ele está internado, gerando sentimentos de proteção, proximidade e confiança, foram desenvolvidas duas intervenções projetuais, conforme os próximos itens.

4.6.4.1 *Pins* com Bandeiras de Países

Por meio de pesquisa em bancos de dados institucional e testes presenciais, foram identificados e validados os colaboradores que dominam outros idiomas. Tais colaboradores passaram a utilizar em seus uniformes *pins* com as bandeiras dos países, tornando visíveis, a todos os clientes do hospital, os idiomas que dominam, conforme registro fotográfico a seguir:



Foto 10 – Identificação de Domínio de Idioma
Fonte: Elaborada pela autora

4.6.4.2 Ferramenta Idiomas

Desenvolveu-se uma ferramenta de procura na intranet do hospital, conectada ao banco de dados do sistema de desenvolvimento humano. Nela, é possível identificar o nome do colaborador, o ramal e o idioma que domina, conforme imagens do passo a passo, a seguir.

The image shows the homepage of Hospital Moinhos de Vento. At the top left is the hospital's logo and name. A search bar for 'Guia de Ramais' is located at the top right. The main navigation menu on the left includes categories like 'Institucional', 'Comunicação', 'Utilidades', 'Desenvolvimento Humano', 'Gestão', 'Informações assistenciais', 'Corpo Clínico', 'Especialidades', 'Práticas Comerciais', 'Instituto de Educação e Pesquisa', 'Arquivos Online', 'Ambiente e Segurança', and 'Cadastro de Ocorrências e Anomalias'. The 'Utilidades' menu is expanded, showing options such as 'Cardápio Online', 'Guia de Ramais', 'Mapas de Localização', 'Agendamento de Salas de Reunião e Anfiteatro', 'Solicitação de Evento', 'Solicitação de Serviços de Manutenção', 'Informações sobre Profissionais e Serviços' (highlighted by a mouse cursor), 'Grupo de Descarte', 'Mapa do Site', and 'Links Úteis'. The main content area features a banner for 'REALIZE OS EXAMES CLÍNICOS E CUIDE DO BEM ESTAR' and a section for 'Aniversários da casa' listing staff members like Patrícia Rosa Uflacker and Simone Gouveia Pereira. On the right, there are sections for 'Notícias', 'Eventos', and 'Cardápio do dia' (Almoço: Feijoada, Couve Mineira, Arroz, Feijão e Saladas; Sobremesa: Laranja). At the bottom, there are links for 'Webmail', 'Moinhos.org', 'COMITÊ DE ÉTICA', 'DH', 'Programa Educar HOSPITAL MOINHO DE VENTO Educação a Distância', 'UpToDate', and 'AFHMY'.

Imagem 10 – Ferramenta procurando Alguém Passo 1
 Fonte: Elaborada pela autora

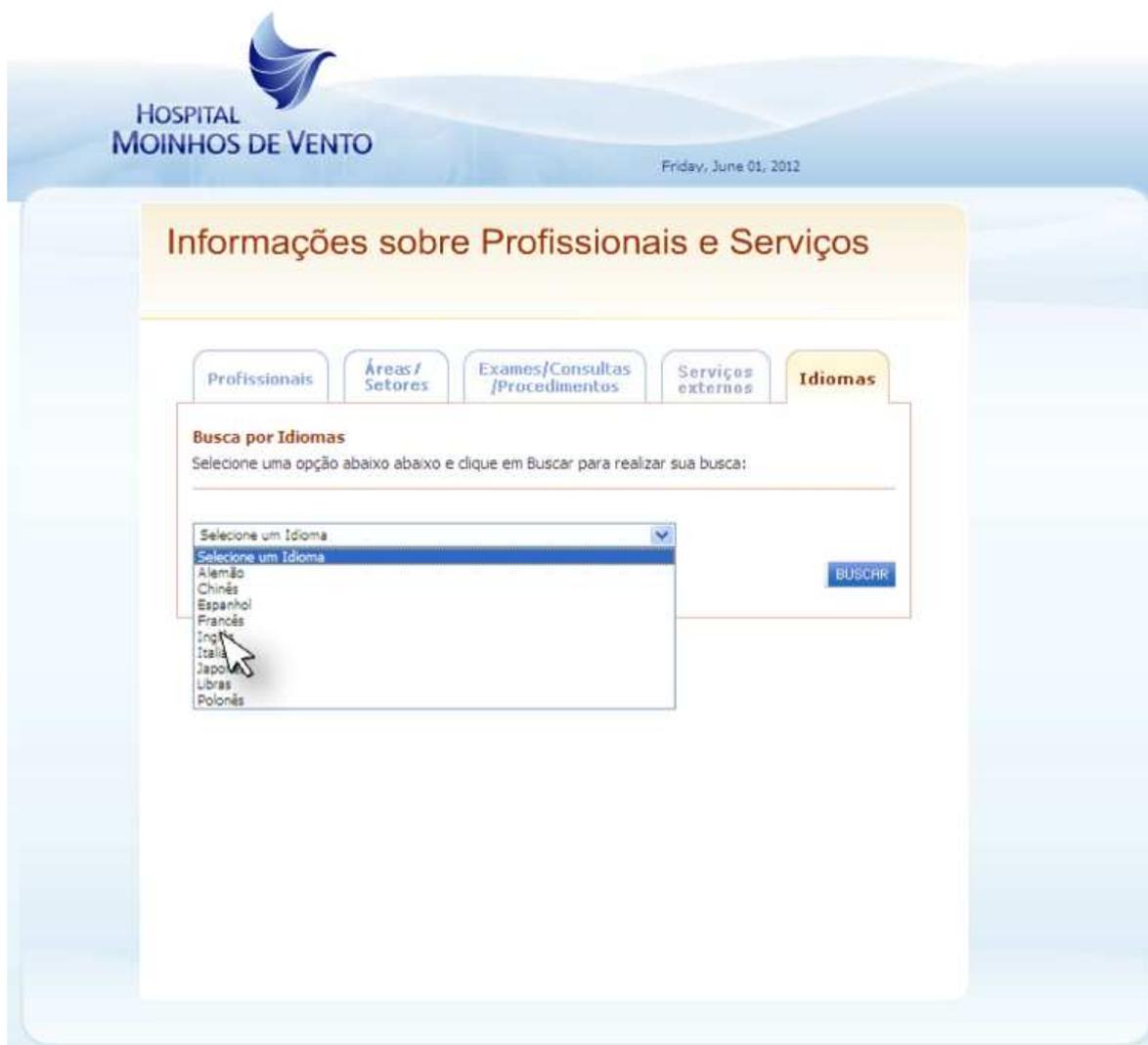


Imagem 11 – Ferramenta procurando Alguém Passo 2
Fonte: Elaborada pela autora



HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO

Friday, June 01, 2012

Informações sobre Profissionais e Serviços

Profissionais Áreas/Setores Exames/Consultas/Procedimentos Serviços externos **Idiomas**

Busca por Idiomas
Selecione uma opção abaixo e clique em Buscar para realizar sua busca:

Idiomas

Para atualizações ou ajustes - ramal 3713

Foram encontrados **84** Profissional(is) referentes a sua busca.

Resultado da busca:

Nome	Matrícula	Setor
<input type="checkbox"/> ALESSANDRA AMORIM CAMPOS	11081	ESCOLA FORMACAO PROFSSIONAL
<input type="checkbox"/> ALINE BRENNER	7599	SERVICO DE ONCOLOGIA
<input type="checkbox"/> ANA CRISTINA BRATKOWSKI PEREIRA LEONI	9833	RADIOTERAPIA
<input type="checkbox"/> ANA MARIA NUNES MENDES	6735	UNIDADE INT A2
<input type="checkbox"/> ANA PAULA DE MELLO MARTINS	9764	CONSULTORIOS ONCOLOGIA
<input type="checkbox"/> ANA PAULA KNOBLOCH	9731	GERENCIA COMERCIAL

Imagem 12 – Ferramenta procurando Alguém Passo 3
Fonte: Elaborada pela autora

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Friday, June 01, 2012

Informações sobre Profissionais e Serviços

Profissionais | Áreas/Setores | Exames/Consultas/Procedimentos | Serviços externos | Idiomas

Busca por Idiomas
 Seleccione uma opção abaixo e clique em Buscar para realizar sua busca:

Inglês

Para atualizações ou ajustes - ramal 3713

BUSCAR

Foram encontrados **84** Profissional(is) referentes a sua busca.

Resultado da Busca:

Nome	Matricula	Setor
<input type="checkbox"/> ALESSANDRA AMORIM CAMPOS	11081	ESCOLA FORMACAO PROFISSIONAL
<input type="checkbox"/> ALINE BRENNER	7599	SERVICO DE ONCOLOGIA
Nome: ALINE BRENNER Setor: SERVICO DE ONCOLOGIA Cargo: SUPERVISOR ASSISTENCIAL		
<input type="checkbox"/> ANA CRISTINA BRATKOWSKI PEREIRA LEONI	9833	RADIOTERAPIA

Imagem 13 – Ferramenta procurando Alguém Passo 4
 Fonte: Elaborada pela autora

4.6.5 Sala do Paciente Internacional

Com o objetivo principal de oferecer ao paciente internacional um espaço pensado para as suas necessidades, que são diferentes das dos residentes locais, projetou-se a sala do paciente internacional. Nesse ambiente espera-se que o paciente e seus familiares sintam-se acolhidos e possam ter um convívio adequado durante o período de internação, usufruindo de diversas facilidades, que serão descritas conforme apresentação das imagens, a seguir:

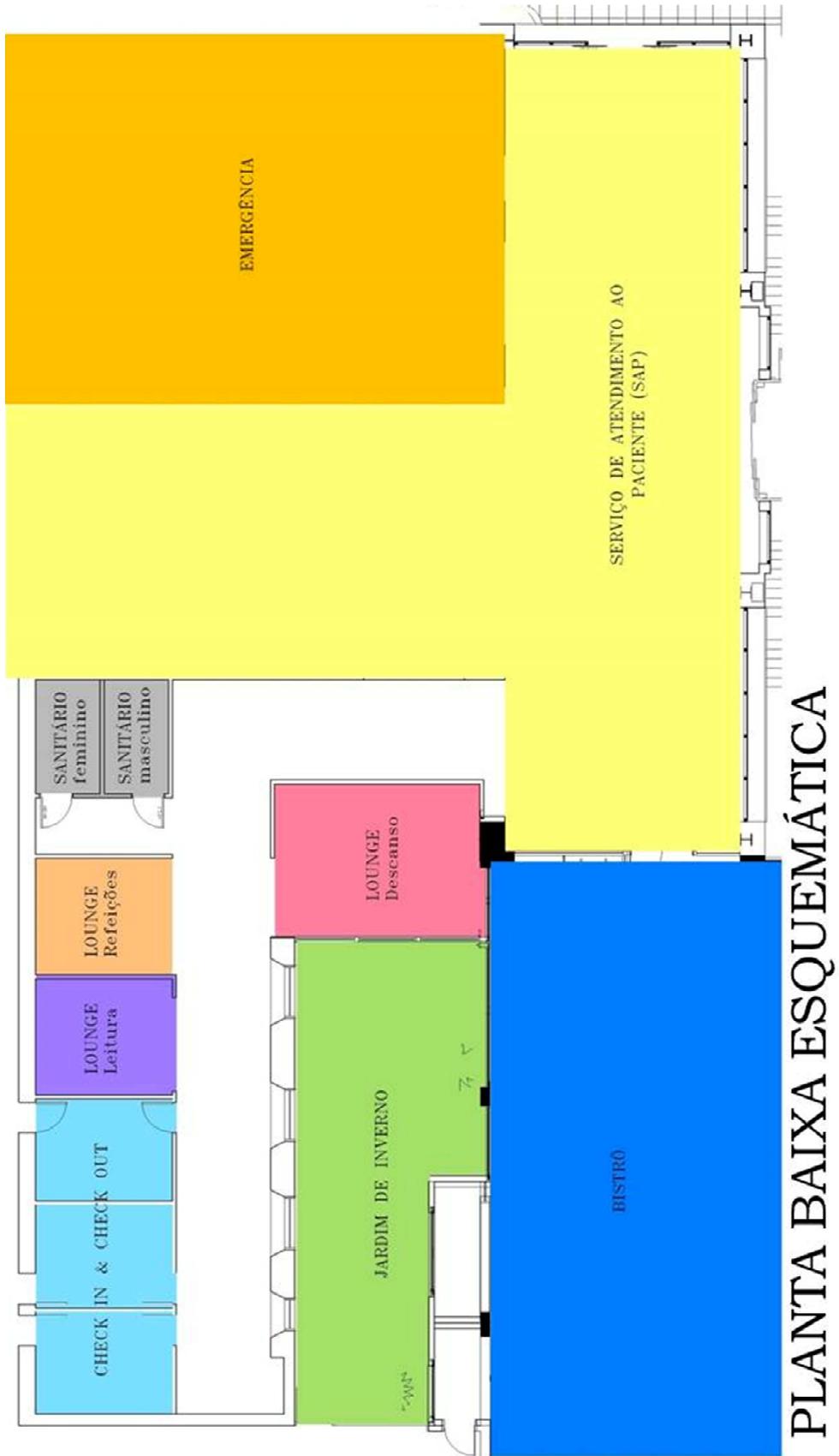


Imagem 14 – Planta Baixa da Sala do Paciente Internacional
Fonte: Elaborada pela autora



SAP - Serviço de atendimento ao paciente

Imagem 15 – Entrada Para a Sala do Paciente Internacional
Fonte: Elaborada pela autora

O paciente é recepcionado e acompanhado, na entrada de acesso à Sala do Paciente Internacional, por um funcionário fluente em outros idiomas. Com o crachá, que será entregue no *check in*, ele e os familiares podem usufruir do espaço físico e facilidades disponibilizadas na sala.

- Projetado no Cenário Conforto, o funcionário reconhece o paciente e o chama pelo nome, gerando proximidade e familiaridade.
- Os *pins*, com bandeirinhas de diferentes países, presas ao uniforme, indicam os idiomas que o funcionário domina.



RECEPÇÃO - Relógios com diferentes fusos horários

Imagem 16 – Recepção
Fonte: Elaborada pela autora

A recepção é projetada conforme o Cenário Ingenuidade. Nesse cenário, conforme a pesquisa *blue-sky*, o contexto é familiar, mas com pouca informação. Os ambientes remetem ao estrangeiro e à natureza, assim:

- Os relógios com horários de diferentes países passam um ideia de proximidade com o país de origem.
- Revistas e jornais são de diferentes locais, porém de assuntos variados não vinculados à medicina. Conforme o cenário, neste ambiente pretende-se que o paciente e seus familiares sintam-se acolhidos, mas sem maiores informações a respeito do procedimento, tratamento, etc. É o primeiro contato físico com o hospital, e naturalmente a tensão e ansiedade estão presentes, portanto, deseja-se que a atmosfera seja de relaxamento.
- Os móveis possuem formas que envolvem o usuário, trazendo sentimentos e

percepções de conforto, relaxamento, proteção e esperança.

- Os elementos da natureza foram trazidos para esse ambiente, de forma sutil, deixando o mesmo mais acolhedor.



Imagem 17 – Check in e Chek out
Fonte: Elaborada pela autora

Projetada com soluções pertencentes ao Cenário Solidão, com alguns itens do Cenário Conforto, este ambiente não prioriza tanto o acolhimento, mas sim o repasse de informações. Conforme normas da JCI (*The Joint Commission International*), é no momento do *check in*, em que o paciente e/ ou responsável toma conhecimento formal de todos os direitos e deveres do paciente. Num contexto de aprendizado e abandono, é neste momento que o paciente se responsabiliza pelas suas decisões e toma conhecimento de todos os detalhes referente seu período de permanência no hospital.

- O ambiente lembra um local de estudos.
- O ambiente deve ser silencioso, favorecendo a concentração.

Do mesmo modo que no *check in*, o *check out* é um momento delicado. Itens da conta hospitalar, assinatura de documentos e recebimento de exames e laudos que devem retornar com o paciente requerem atenção e checagem de detalhes. Alguns itens de conforto foram considerados, mas estão principalmente vinculados à decoração e ao atendimento individualizado.



Imagem 18 – Jardim de inverno
Fonte: Elaborada pela autora

Os demais ambientes disponíveis na Sala do Paciente Internacional podem ser utilizadas por ele e seus familiares durante o período de permanência no hospital. O acesso durante as 24 horas do dia se dá através do crachá magnético recebido no momento do *check in*. Projetada com soluções pertencentes ao Cenário Ingenuidade, o jardim de inverno é um local para relaxamento e descanso. O ambiente natureza, além de relaxante, é universal, trazendo uma sensação de proximidade e familiaridade com o estrangeiro.



Imagem 19 – *Lounge* - Refeições
Fonte: Elaborada pela autora

Projetado com soluções pertencentes aos Cenários Conforto e Ingenuidade, o *lounge* possui espaços que podem ser compartilhados com os familiares e com os demais usuários do serviço. O local de refeições favorece a integração entre mais pessoas, fazendo com que o estrangeiro não se sinta único. Informações sobre os diferentes tratamentos podem ser compartilhadas. O ambiente favorece a troca informal de informações. Alguns elementos da natureza deixam o ambiente mais aconchegante.



Imagem 20 – Lounge e Descanso
Fonte: Elaborada pela autora

Projetada com soluções pertencentes principalmente ao Cenário Solidão e alguns itens do Cenário Ingenuidade, o espaço *Lounge* e Descanso possui espaços mais introspectivos. Nele o paciente ou familiar podem estudar, ler e se informar a respeito do tratamento, da cidade de Porto Alegre ou outro assunto de interesse. Com um ambiente mais intimista, o estudo e a concentração são privilegiados. Como forma de preservação da individualidade, não existem funcionários nesse local. Caso necessite de auxílio, o usuário deverá procurar pela recepcionista ou pela *concierge* do paciente internacional.



Imagem 21– Sala Multimídia
Fonte: Elaborada pela autora

Projetada no Cenário Conforto, a Sala Multimídia permite uma integração entre o paciente e seus familiares no estrangeiro. Com pequenos espaços e diferentes itens, ela possibilita desde o contato individual, até vídeo conferência para discussões entre o médico de origem e os médicos no Brasil. Com esse ambiente espera-se que o paciente se sinta tranquilo, confiante e próximo aos seus entes queridos.

4.6.6 Concierge do Paciente Internacional

Com o objetivo de propiciar um ambiente mais agradável ao paciente e familiares, diminuindo o desconhecimento em relação ao hospital, aos serviços disponíveis e à cidade, verificou-se a necessidade de que o paciente internacional tivesse uma pessoa de referência. Esta começaria a interagir com o mesmo, depois de acertada a sua vinda para Porto Alegre. Com um padrão diferenciado, a *concierge* do paciente internacional tem sob sua responsabilidade todos os serviços disponibilizados na Sala do Paciente Internacional, além de orientar e auxiliar familiares com dicas de restaurantes, compras e serviços de turismo. Como esta função inexistia hoje, no Hospital Moinhos de Vento, projetou-se a *persona* do *concierge*. A utilização da ferramenta auxiliou na elaboração do perfil e critérios necessários para o cargo. Ela foi enviada a área de Desenvolvimento Humano da instituição, servindo assim de referência para seleção de candidatas à vaga.

Figura 33 – Persona 5/ *Concierge* do Paciente Internacional


NOME Flávia Medeiros (*concierge*)

IDADE +- 40

PERFIL
 Descreva o perfil da persona, ocupação, atividades que desenvolve (ex.: hobbies, estilo de vida).
 Casada, com 2 filhos. Viaja em família, passeia com filhos e amigos. Conectada, porque precisa estar 24h disponível. Antenada, procura estar sempre informada e aprecia bons restaurantes e programas culturais. Adora seu estado. Esposa de um bancário.

OBJETIVOS
 Qual sua principal motivação em relação ao serviço? Quais são suas necessidades e desejos? O que está buscando resolver?
 Procura diminuir as ansiedades dos pacientes. Melhora, ajuda as necessidades do cliente. Faz com que ele se sinta em casa. Fornece informações "humanas" e fala a língua do cliente. Antecipa as necessidades do paciente.

INFLUENCIADOR
 O que levou a persona a optar por este serviço? Quais os pontos positivos ou vantagens que influenciaram a escolha? Quais são as suas expectativas?
 Gosta de conhecer diferentes culturas, fala muitas línguas, motivada por feedbacks positivos, já viajou muito. Gosta de gente, é comunicativa.

COMPORTAMENTO
 Descreva experiências ou histórias da persona utilizando serviços médicos. Quais são as dificuldades que ela enfrenta e no que tem mais facilidade? Quais foram suas frustrações e superações?
 Viajou o mundo todo, morou fora e sempre se interessou por conhecer novas culturas. É mãe, por isso, tem experiência em solucionar problemas urgentes, seus filhos estavam sempre doentes.

- Quais são as tendências ou estilos (em termos de comportamento) que se aplicam a esta persona?
- É uma pessoa objetiva e que toma decisões com facilidade?

Fonte: Elaborada pela autora

Conforme Quadro 6, apresentado no início do capítulo, as soluções de projeto adotadas objetivaram atender ao novo *briefing* de projeto. As sínteses metaprojetuais e o *concept design* serviram como base e norteadores das soluções desenvolvidas.

Dentre as fraquezas institucionais, apontadas na análise S.W.O.T. (síntese da pesquisa contextual), duas não foram contempladas na etapa de projeto deste estudo, devido à sua complexidade, ou necessidade de envolvimento de áreas específicas do hospital, sendo:

A) Sistema de cobrança complexo: onde a principal observação por parte dos usuários do serviço (análise dos usuários) refere-se à não aceitação de determinadas bandeiras de cartões de crédito e inexistência de bancos 24 horas no hospital.

B) Inexistência de política direcionada ao corpo clínico que atende pacientes estrangeiros: Detectada durante a pesquisa com as seguradoras internacionais (análise de mercado), onde ficou evidente que, sem tais políticas, a instituição não tem como garantir o cumprimento de alguns pontos colocados como desejados, apresentados na Tabela 3, Níveis de Padrões Complementares.

Ambas foram encaminhadas para os responsáveis internos das áreas em questão, no hospital.

Conforme apresentado na Figura 8, do capítulo de procedimentos metodológicos, a análise e discussão dos resultados da aplicação das ferramentas da disciplina de *design* de serviços, no desenvolvimento de um novo serviço hospitalar, aconteceram à medida que essas foram utilizadas no percurso projetual. Assim, no capítulo seguinte serão analisadas e discutidas a utilização do percurso projetual proposto pelo design estratégico e sua influência nos resultados obtidos.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a revisão bibliográfica e a apresentação das metodologias de pesquisa utilizadas e ferramentas projetuais empregadas, este capítulo objetiva analisar o percurso projetual adotado para o presente estudo. Na sequência ele será relacionado às teorias existentes acerca dos temas *design* estratégico e *design* de serviços. Os mesmos serão apresentados e analisados de forma conjunta, permitindo assim o estabelecimento das relações teóricas de aproximação e afastamento entre tais áreas do conhecimento.

5.1 O Percurso Projetual Adotado

Neste item abordaremos o percurso projetual adotado. Para efeito de entendimentos, chamaremos a primeira etapa de Percurso Metaprojetual, e a etapa de projeto propriamente dita, de Percurso Projetual.

Apesar da semelhança entre os percursos apresentados pelo *design* estratégico e *design* de serviços, conforme Figura 34, a seguir; entende-se que o percurso projetual adotado neste estudo, teve a lógica do esquema processual estabelecido por Celaschi e Deserti (2007), apresentado na Figura 9 do capítulo *Projetando o Serviço*. Essa lógica, mostrou-se diferenciada desde o seu início, permitindo um foco mais estratégico das pesquisas contextuais, por meio do entendimento e aprofundamento do tema. Sem a preocupação de tentar solucionar o problema (*briefing*), já iniciando o projeto do serviço, foi possível ampliar o espectro de conhecimento sobre o mercado, empresa e usuário. Nesse sentido, optou-se por alterar a ordem das pesquisas contextuais, iniciando-se pela análise de mercado, seguida pela análise da empresa e por fim, a análise do usuário. Tal alteração mostrou-se de extrema importância pois, tratando-se de um novo serviço, conhecer externamente primeiro, o que deveria ser avaliado e pesquisado internamente, enriqueceu o processo. Já nesta etapa, algumas ferramentas, mais usuais em projetos de *design* de serviços, foram utilizadas.

A análise SWOT, apresentada no esquema proposto pelos autores, como síntese metaprojetual, juntamente com os cenários e *Visions*, foi deslocada para o

final da pesquisa contextual. Ela apresentou-se como uma síntese desta etapa. Tal deslocamento justifica-se pela função da ferramenta. Neste estudo a SWOT foi uma espécie de resumo real, dos principais pontos levantados nas pesquisas contextuais. Nela foram apresentadas as ameaças e oportunidades do mercado e as forças e fraquezas da organização. Não foi considerado, para a sua construção, nenhum resultado da pesquisa *blue-sky*.

Com o olhar mais estratégico nesta fase inicial, ficou evidente que o problema de projeto (*briefing*), não estava adequado. As informações e análises coletadas e a objetividade da SWOT, permitiram um reposicionamento do problema de projeto. A questão que se coloca é, será que esse reposicionamento, teria ocorrido se tivéssemos utilizado a lógica projetual do *design* de serviços?

Com o novo *briefing*, partiu-se para a etapa de pesquisa *blue-sky*. Esta etapa, característica do *design* estratégico, por buscar referências em outros setores, abrindo assim o caminho para inovação, num conceito de *cross-fertilization*, também apresenta ferramentas comuns ao *design* de serviço.

Acredita-se que a utilização do percurso metaprojetual teve impacto nas soluções encontradas na fase projetual. Esta, neste estudo foi realizada pela pesquisadora, em conjunto com o grupo de projeto do Hospital Moinhos de Vento.

O percurso projetual iniciou-se depois do *concept design* definido. O grupo de projeto, elegeu por meio de um *brainstorming*, quais os pontos de contato mais críticos, na jornada 2, que se trabalhados, por meio de evidências físicas, poderiam alterar a percepção do usuário, ao consumir o serviço.

Em uma primeira etapa, as ideias foram lançadas. Cada ideia era agrupada com as demais pertencentes ao mesmo ponto de contato (*touchpoint*). As ideias foram escolhidas, conforme critério a seguir:

- Viabilidade financeira
- Execução factível no momento
- Impacto para o usuário
- Aderência às necessidades do hospital

Todas as evidências físicas projetadas, foram prototipadas. Algumas, como o Guia Orientativo e a Sala do Paciente Internacional, sofreram ajustes de aperfeiçoamento num processo de visitar a ideia original. Atualmente, elas estão

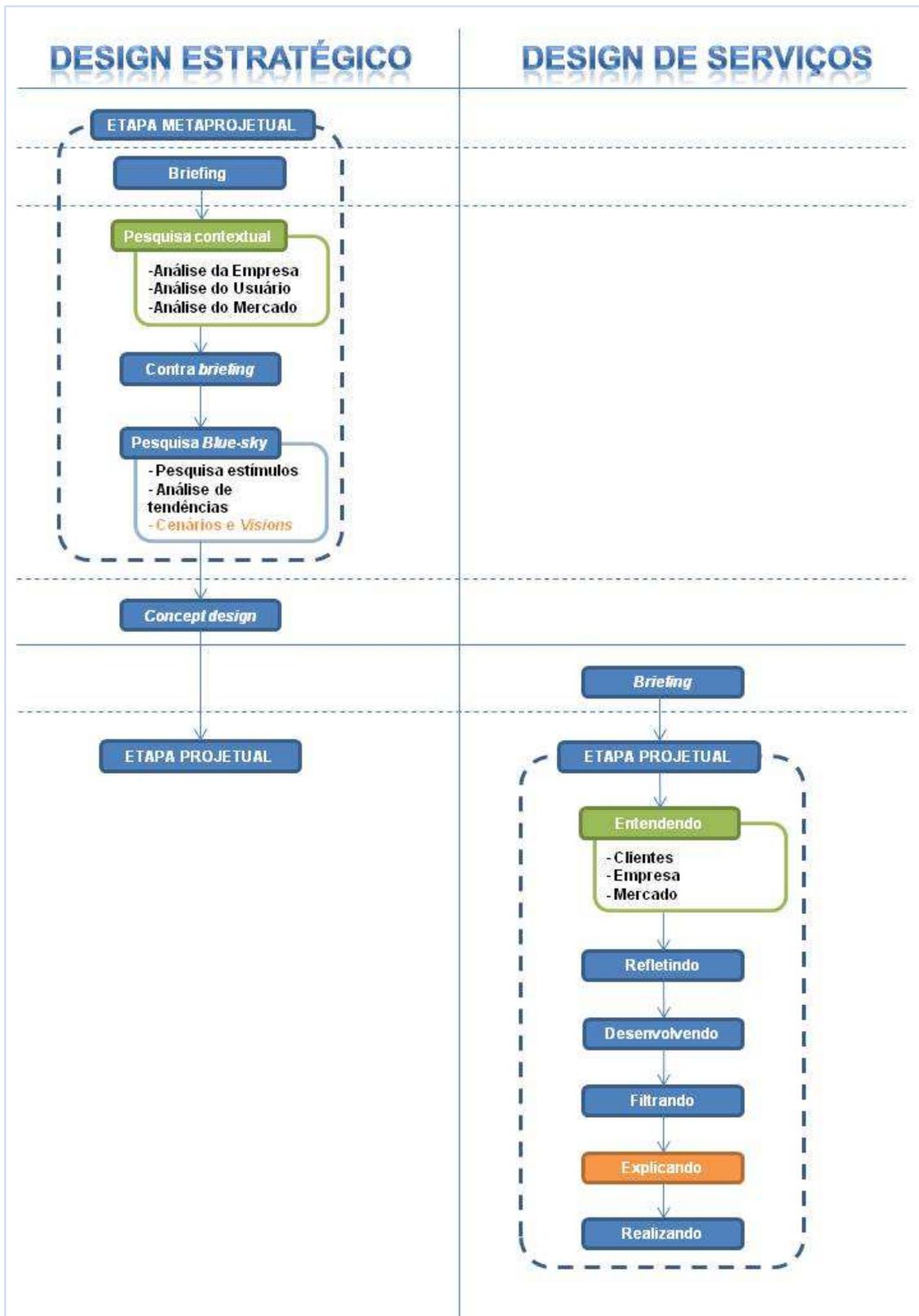
concluídas ou em fase de implantação, no hospital.

5.2 *Design* Estratégico e *Design* de Serviços

Deserti, ao apresentar o esquema processual da atividade metaprojetual, salienta que a sua simplificação é útil para o esclarecimento e discussão dos conceitos; porém a aplicação prática do percurso projetual, evidencia a complexidade do problema, uma vez que cada vínculo estabelecido pode transformar-se em oportunidades para o projetista (DESERTI, 2007). Nesse sentido, o autor traz que, muito mais que um método, trata-se de uma série de instrumentos. Um conceito de “*pack of tools*” à disposição do projetista. Da mesma forma, Moritz (2005), ao apresentar a sequência de atividades projetuais, salienta que o processo de pensar e projetar o serviço é contínuo e com sobreposições (Figura 6, capítulo de *Design* de Serviços). A não linearidade evidenciada nos percursos propostos é o que permite a melhoria das soluções projetadas, mesmo quando ainda em construção, num constante revisitar às etapas anteriores.

No intuito de estabelecer as relações teóricas entre estas áreas do conhecimento e o percurso projetual percorrido neste estudo, elaborou-se um esquema linear de desenvolvimento do percurso metaprojetual, apresentado a seguir, baseado no modelo discutido por Celaschi e Deserti (2007), e projetual, baseado no modelo proposto por Moritz (2005). Da mesma forma que defendido pelos autores, o esquema desenvolvido pretende apenas auxiliar na discussão dos conceitos.

Figura 34 – Esquema Linear do Desenvolvimento Metaprojetual e Projetual



Fonte: Adaptado de Celaschi, Deserti e Moritz, pela autora

5.2.1 As Semelhanças e Diferenças Existentes

As semelhanças e diferenças existentes entre o *design* estratégico e *design* de serviços acontecem, não por obra do acaso, no binômio forma e função. Dar forma à matéria, no caso, ao serviço, seguindo uma determinada intenção, é sinônimo de projetar (FLUSSER, 2007). Assim, como desdobramentos evolutivos da transformação constante da sociedade, o *design* nessas duas abordagens, que não são distintas, nem iguais, e sim complementares, apresentam, no ato de projetar, de dar forma, semelhanças e sobreposições em seus percursos propositivos.

Os estudiosos do *design* estratégico, que apresentam e discutem a relevância de uma fase pré-projetual (CELASCHI & DESERTI, 2007, MORAES, 2010), concentram nesta a utilização de pesquisas e algumas ferramentas, comumente empregadas no desenvolvimento do percurso projetual propositivo do *design* de serviços. A pesquisa dos contextos do mercado, empresa e usuário é no *design* de serviços apresentada como parte integrante da primeira atividade projetual; na atividade de entender, que conforme Moritz (2005) consiste em descobrir e aprender sobre esses contextos. Da mesma forma que a ferramenta de cenários, resultantes da pesquisa *blue-sky*, é utilizada também para fazer ver na atividade de explicar, do percurso projetual do *design* de serviços. Além dos cenários, ferramentas tais como *storyboards*, *journeymap*, *blueprinting* são utilizadas como o mesmo propósito. As demais atividades projetuais, mesmo que sem uma correlação direta, são evidenciadas ao longo do percurso metaprojetual. A atividade de refletir acontece durante todo o percurso, permitindo que o projetista corrija rotas e retome algum ponto. Da mesma forma, a atividade de gerar, na qual são desenvolvidos conceitos e geradas soluções inovadoras. O mesmo acontece com as demais atividades, mas é na atividade de realizar, que a abordagem de *design* de serviços, entrega sua grande contribuição. Fazer acontecer o que foi projetado. A tangibilização, por meio de técnicas como a prototipagem, apresentam-se como uma poderosa ferramenta capaz não só de fazer ver, como de experimentar e testar o serviço projetado. Neste estudo, a prototipagem das evidências físicas permitiu a aceitação das soluções, por parte da direção do hospital.

As diferenças explicitadas na simplificação dos modelos em duas etapas distintas ocorrem então, não na forma em si, mas como consequência da função para a qual existem. Na sua função, o percurso metaprojetual do *design* estratégico

preocupa-se, antes de projetar, em entender e pensar sobre o problema de projeto. Assim, o olhar do *designer* é descolado para um ponto mais estratégico, onde suas contribuições poderão de fato interferir não somente nas soluções resultantes de uma etapa projetual, por meio do redirecionamento do problema inicial, mas posicioná-lo como ponto influenciador das estratégias organizacionais. Tal diferencial, também se reflete no encaminhamento para uma fase projetual. Com o entendimento mais estratégico a respeito do problema de projeto, o *design* estratégico tem, como entrega, um resultado projetual voltado não a uma solução pontual, mas a um sistema de ofertas (ZURLO, 2010). Ao projetar o sistema-produto ou, no caso, sistema-serviço, projetam-se, então, de modo simultâneo e com o mesmo peso de importância, os serviços, produtos, distribuição e comunicação. Assim, projeta-se a tangibilização da própria estratégia de uma organização. Já, na função projetual do *design* de serviço, o foco está na solução do problema de projeto. Tal orientação coloca o *designer*, mesmo que como articulador de todo o processo numa interface entre usuário e organização (MORITZ, 2005), em uma posição de líder de projeto. Tal posicionamento se reflete na entrega do resultado projetual. O *design* de serviços preocupa-se com o projeto do serviço em si. Tal entrega é evidenciada na colocação de Mager (2009), em que deve-se olhar para o serviço como um produto, como sendo a primeira premissa do *design* de serviços. Ou seja, deve-se projetar serviços como se projetam produtos, sendo este conceito um grande agregador de valor, para um setor que ainda não tem esse olhar.

Apontar que o *design* de serviços é uma abordagem com uma lógica menos complexa do que a do *design* estratégico não significa afirmar que empresas de serviço que utilizam sua abordagem não projetem serviços inovadores, com foco no usuário e com diferenciais competitivos. Pelo contrário. Deve-se observar que a origem de ambas as abordagens está no próprio conceito contemporâneo do *design*. A sua utilização pelo setor de serviços já caracteriza uma inovação, na medida em que apenas 6% de todas as empresas de serviço, em 2005, vislumbravam algum papel para o *design*, nas suas organizações (MAGER, 2009).

Porém, se dar forma à matéria é projetar, ao fazê-lo, transformam-se as relações entre o usuário e seu entorno, atribuindo assim uma função e um significado ao projeto (FLUSSER, 2007). Nesse sentido, acredita-se que os significados atribuídos ao projeto deste estudo seriam diferentes se a forma adotada seguisse somente a lógica projetiva proposta pelo *design* de serviços.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário globalizado atual traz à tona um ambiente externo às organizações cada vez mais complexo. A velocidade dos acontecimentos e a disponibilização instantânea de informações inserem competidores globais num mercado de atuação local. Esse panorama impõe às empresas contemporâneas não só a necessidade de uma atualização constante nos seus processos e tecnologias, como uma premência de redirecionamento de conceitos e paradigmas, tornando-as capazes de fluir nesta nova dimensão imposta, de tempo e espaço.

Diante de tal contexto, o *design*, numa dimensão estratégica, incita à criação de uma cultura empresarial voltada para a inovação. Apresentando-se como um sistema aberto, que engloba diversos pontos de vista, modelos interpretativos e diferentes abordagens disciplinares (ZURLO, 2010), obtém resultados de valor para aquilo que produz. Ao propiciar ambientes favoráveis à geração de ideias, através de projetos realizados com equipes multidisciplinares e foco no usuário, faz com que as organizações tornem-se aptas a responder à complexidade do mercado contemporâneo de forma constante e mais completa.

Nesse sentido, este estudo apresenta-se relevante ao propor, como objetivo fundante, a contextualização e avaliação da aplicação das ferramentas da disciplina de *design* de serviços no desenvolvimento de novos serviços hospitalares, a partir de um olhar do *design* estratégico. Do mesmo modo, a escolha de um caso piloto, para a aplicação do processo de projeto adotado, baseado em um serviço que estava em fase de concepção, dentro da instituição objeto desse estudo, apresentou-se como uma real oportunidade de diálogo entre teoria e prática. Assim, a investigação acerca da temática do serviço de turismo médico, por meio da verificação das suas características e contextualização do setor de saúde, segundo referenciais teóricos, revelou-se importante não só pela ampliação do entendimento do tema, mas também para o fortalecimento do embasamento necessário para uma construção consistente de um dossiê de empresa e mercado.

A revisão bibliográfica realizada neste estudo possibilitou ampliar o debate sugerido no objetivo principal. Nesse sentido, os objetivos específicos atuaram como delimitadores das pesquisas exploratórias realizadas na primeira parte deste estudo, enriquecendo, assim, a construção teórica sobre o tema proposto.

A pesquisa acerca da teoria que envolve a disciplina de *design* de serviços, sob a ótica de diferentes autores que estudam o tema, forneceu um embasamento teórico importante para o estabelecimento das relações de aproximação e afastamento com as teorias sobre o tema *design* estratégico, possibilitando que este estudo apresentasse, assim, relevância acadêmica. Do mesmo modo, a análise realizada na evolução dos significados do *design* permitiu o entendimento do alinhamento do seu percurso às mudanças da própria sociedade, reposicionando-se como uma dimensão estratégica que, ao se afastar do ato projetual tangível, encontra na aproximação da lógica das ideias o caminho para a transformação das relações entre o usuário e seu entorno, tornando-se uma ferramenta produtora de sentido.

Assim, com as bases teóricas necessárias e um ambiente piloto adequado, o percurso projetual adotado encontrou, no campo prático, uma oportunidade para a análise da sua aplicabilidade em empresas de serviço. Nesse sentido, verificou-se que características fundantes das abordagens de *design* estratégico e de serviços tiveram influência direta nos resultados obtidos. Conforme mencionado anteriormente, acredita-se que, se no processo de projeto adotado tivesse sido empregada somente a lógica projetual do *design* de serviços, as soluções encontradas, bem como as evidências físicas projetadas não seriam as mesmas. Somando-se às diferenças já apontadas, destacam-se as características das pesquisas empregadas. Aquelas preconizadas pelo *design* de serviços são direcionadas para o contexto produtivo mercadológico, no qual se insere o projeto, diferentemente da lógica estabelecida pelo *design* estratégico, que busca, por meio de referências em setores que não possuem um vínculo de dependência com o problema, o caminho da inovação.

Quanto ao processo de projeto adotado, faz-se importante salientar que, por tratar-se de um novo serviço, era reduzido o número de usuários disponíveis para a realização das pesquisas. Como consequência, as análises com usuários limitaram-se a uma especialidade médica específica. Tal contexto deve ser considerado, uma vez que as respostas são decorrentes de fatores como, por exemplo, o local em que os usuários estão inseridos, o perfil dos funcionários com os quais eles interagem e lacunas no serviço prestado.

A constituição de um grupo de projeto, composto por profissionais com diferentes formações, conforme defendido por Celaschi & Deserti (2007), de fato

apresentou-se como um diferencial consistente para o percurso projetual. Mas(,) é importante salientar que, neste estudo, a equipe multidisciplinar era formada somente por colaboradores do Hospital Moinhos de Vento. Se tal fato, por um lado, evidencia a consistência do conhecimento do tema, das oportunidades e limitações institucionais, por outro, ele sem dúvidas funcionou como um limitador do processo criativo. Conforme apresentado no capítulo de *design* de serviços, a participação de pessoas externas à organização não é uma condição indispensável (MORITZ, 2005), mas acredita-se que recursos oriundos de outros segmentos poderiam, de fato, ter contribuído em atividades como a pesquisa *blue-sky*, servindo também como uma força produtiva com foco específico na projeção do serviço.

A variável tempo, quando dependente somente de equipe interna, pode apresentar-se como uma barreira relevante à utilização das práticas de *design* nas empresas. Neste estudo, somente a parte com participação do grupo de projeto teve duração de três meses, com encontros semanais. As atividades referentes às pesquisas, levantamento e análises de dados, realizadas pela pesquisadora tiveram duração de oito meses. Num primeiro momento, este espaço de tempo, quando comparado com o de pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, pode não parecer longo. Mas a questão que se coloca é que, no setor de serviços, ainda são poucas as empresas que identificam investimentos nessa área como um diferencial competitivo (MAGER, 2009).

Acredita-se que, para organizações do setor de serviços que ainda têm tenham a percepção de *design* vinculada à existência de uma mercadoria, construir serviços com a lógica projetiva do *design* gera um desgaste corporativo excessivo. A desestruturação necessária da concepção das áreas como donas dos seus processos e as soluções encontradas, que, como produto final, interferem em mais interfaces do que os produtos resultantes, são questões que encontram na cultura organizacional vigente de muitas empresas uma barreira considerável. Nesse sentido, o pesquisador tem na pesquisa historiográfica, para a construção da análise da empresa, uma preciosa ferramenta para o mapeamento do perfil organizacional.

Neste estudo, as soluções projetadas interfeririam não só no funcionamento de várias áreas, como também na estrutura organizacional vigente. Além dos materiais, tais como portfólio, que estão mais vinculados às divulgações coordenadas pelo *marketing*, soluções como o *Blog* do Paciente Internacional, envolveram a estruturação de um processo de negociação médica, por meio da

seleção e pactuação de fluxos de atendimento e cobrança do paciente internacional. Somente após essas definições é que foi possível vincular o médico ao projeto. Para o desenvolvimento do *Kit* de Boas-Vindas, fez-se necessário o aumento do escopo de atuação do receptivo (setor responsável pelo acolhimento do paciente e familiares) do hospital, que passou a providenciar o transporte do paciente e negociar valores diferenciados de tarifas em hotéis, bem como a divulgação das suas bandeiras no Guia Orientativo. Da mesma forma, foi reescrito o escopo de atuação da área comercial, que passou a se responsabilizar não só pela negociação do procedimento que o paciente irá realizar, mas pelo agendamento de consultas e exames, fechando assim o pacote completo, que, após confirmação, tem as informações repassadas ao *marketing*. Este por sua vez encarrega-se da personalização do Guia e posterior envio. Para a alteração da sinalética, todas as áreas da instituição foram envolvidas, conforme cronograma de projeto e execução. Este foi validado, inicialmente, em reuniões específicas que envolveram a superintendência e o conselho do hospital. A ferramenta idiomas contou com o apoio da área de desenvolvimento humano, que precisou, por intermédio de uma consultoria especializada, realizar entrevistas com todos os colaboradores que, após pesquisa, reportaram o domínio de mais idiomas. Também foram envolvidas as áreas de tecnologia da informação, para a construção das interfaces com as bases de dados institucionais, e uma agência WEB terceirizada, para desenvolvimento da ferramenta e *layout*. Já, para a sala do paciente internacional, foi necessária uma readequação de um projeto já existente, que previa a reforma da área de entrada do hospital, denominada SAP. Tal readequação interferiu no prazo do projeto, e mobilizou não só a área de arquitetura e engenharia do hospital, como todas as outras áreas que tinham espaços previstos nesse local e foram convidadas a repensar o mesmo. A criação dessa área e o projeto como um todo geraram, além de alterações de algumas rotinas e redesenho de fluxos de vários processos, a criação de uma nova posição, inexistente no hospital e que traz consigo um novo conceito. O cargo de *concierge* do paciente internacional evidenciou a necessidade de reestruturação da área de serviço de atendimento ao paciente (SAP), por meio da criação de uma estrutura própria, denominada gerência de hospitalidade.

Todas as implicações registradas só se tornaram perceptíveis à pesquisadora, pelo fato de o estudo em questão tratar-se de uma aplicação metodológica em um projeto piloto real.

Assim, as questões apresentadas acima não pretendem, de forma alguma, servir como desmotivadores para aqueles que tenham a real percepção da importância tanto dos estudos acerca do tema em questão, quanto da sua aplicação prática nas empresas do setor de serviços. O que se apresenta, então, é que para a viabilização da utilização prática de tal abordagem, tornando-a presente em um número maior de empresas, faz-se necessário encontrar aderência à cultura organizacional vigente.

Nesse sentido, sugere-se a realização de estudos de aplicação metodológica em outros casos pilotos. Tais estudos apresentam relevância gerencial, pois acredita-se que estes sejam uma grande oportunidade de utilização da capacidade do *designer* de fazer ver nas organizações, um caminho adequado para a gestão da complexidade. Também apresentam relevância acadêmica, ao atender à carência de referencial teórico sobre o tema.

As considerações e limitações resultantes deste estudo apresentam também a oportunidade de estudos sobre o universo de turismo médico que envolvam um número maior de usuários. Se faz igualmente necessária uma etapa de testagem das intervenções projetuais desenvolvidas, objetivando a validação das mesmas e, se necessário, um revisitar ao projeto. Sugere-se ainda estudos de aplicação metodológica que envolvam diferentes constituições de grupos de projeto, conforme descrito por Moritz (2005). Assim, entende-se que a pesquisa de cunho qualitativo é a que possui a aderência necessária na busca de do entendimento das questões relacionadas à forma e função dos assuntos propostos.

REFERÊNCIAS:

ADORNO, Theodor Ludwig; HORKHEIMER, M. **Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1985.

ALMEIDA FILHO, Naomar; **The Lancet**. London, maio 2011

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, março de 2011

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório ANAHP**. São Paulo, 2010

BAUDRILLARD, Jean, **A Sociedade de Consumo**, Lisboa: Edições 70, 2005.

BAUMANN, Zygmunt. **Globalização: As consequências humanas**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1999.

BUCHANAN, Richard. **This is Service Design Thinking: basics, tools, cases**. Amsterdam: BIS Publishers, 2010

CANCLINI, N. **Culturas Híbridas - estratégias para entrar e sair da Modernidade**. Ed. Edusp, 2000

CAUTELA, Cabirio. **Strumenti di design management**. Milão: Franco Angeline, 2007

CARDOSO, R. **Uma Introdução à História do Design**, São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

CELASCHI, Flaviano, Dentro al progetto: appunti di merceologia contemporânea, in: Celaschi, F.; Deserti, A. **Design e Innovazione: strumenti e pratiche per la ricerca applicata**. Carocci, Roma, 2007

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Informativo CBA Sobre Qualidade e Desempenho Econômico**. Rio de Janeiro, 1º semestre de 2011

DEMING, W. E. **Out of the Crisis**. Massachussets Institute of Tecnology, Center For

Advanced Engineering Study, Cambridge Massachusetts, 1986.

De MORAES, Dijon. **Metaprojeto – O Design do Design**. São Paulo: Blucher, 2010.

DESERTI, Alessandro. **Il Sistema Progetto: Contributi per una prassi Del design**. Milano: Ed. POLIdesign, 2001

DESERTI, Alessandro. Intorno AL progetto: concretizzare l'innovazione. in: Celaschi, F.; Deserti, A. **Design e Innovazione: strumenti e pratiche per la ricerca applicata**. Carocci, Roma, 2007.

FISCHER, Gustavo e SCALETSKY, Celso. **Intuição e Método de Design**. In: **Anais do XXII Congresso SIGraDi, 2009**, São Paulo

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de Serviços – operações, estratégia e tecnologia da informação**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FLUSSER, V. **O Mundo Codificado**. Editora Cosac e Naify, 2007.

KIMBALL, Lucy. **This is Service Design Thinking**. Amsterdam: Ed. BIS Published, 2010

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. São Paulo: Ed. Prentice Hall, 10 edição, 2000

KOTLER, Phillip/ SHALOWITZ, Joel/ STEVENS, Robert. **Marketing Estratégico para a Área da Saúde**. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2008

LEIBFRIED, K.H.J. and McNAIR C.J. **Benchmarking: Uma ferramenta para a melhoria contínua**. São Paulo: Ed. Campus, 1994

LIPOVETSKY, Gilles/ CHARLES, Sébastien. **Os tempos hiper modernos**. São Paulo: Ed. Barcarolla, 2004.

LOVELOCK, Christopher; WRIGHT Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

MAFFEI, S.; MAGER, B.; SANGIORGI, D. **Innovation Through Service Design**.

From Research and Theory to a Network of Practice. A Users` Driven Perspective. University of Art and Design Helsinki, September 2005

MAGER, Birgit. **Service Design as an emerging field.** In: Designing Services with Innovative Methods, 2009

MAGER, Birgit e EVENSON, Shelley: Art of Service: Drawing the arts to inform service design and specification. in: Hefley, Bill | Murphy, Wendy (eds): Serviço de Ciência, Gestão e Engenharia - Educação para o Século 21. New York: 2008.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada.** -6.ed.- Porto Alegre: Ed. Bookman, 2012

MARTINS, Gilberto de Andrade/ THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas.** São Paulo: Ed. Atlas, 2009

MERONI, Anna. **Strategic design: Where are we now? Reflection around the foundations of a recent discipline.** Strategic Design Research Journal, 1(1):31 – 38 julho – dezembro 2008.

MINISTÉRIO de SAÚDE do BRASIL: **Turismo de Saúde: Orientações Básicas,** 2010

MOFFEI, S. **Senior Moment: Fast-Aging Japan Keeps Its Elders on the Job longe**”. *Wall Street Journal*, 15 de agosto de 2005, p.A1

MORITZ, Stefan. **SERVICE DESIGN, Practical Access to an Evolving Field.** Köln International School of Design, University of Applied Sciences Cologne, 2005.

PAIM, Jairnilson e TRAVASSOS, Claudia. **The Lancet.** London, maio 2011

PARODE, Fábio e SCALETSKY, Celso C. Imagem e Pesquisa Blue Sky no design. In: **Anais do XIV Congresso SIGraDi 2008,** Havana: CUJAE, 2008.

PULAT, B.M. **Process Improvements through Benchmarking.** The TQM Magazine. Vol.6, No 2, 1994, pp37-40.

PORTER, Michael E. **A Vantagem Competitiva das Nações**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1989.

PERFETTO, Ralph & DHOLAKIA, Nikhilesh. **Exploring the cultural contradictions of medical tourism**. In: Consumption Markets & Culture. Ed. Routledge, 2010

RAMASWAMY, Venkat & OZCAN, Kerimcan in: Harvard Business Review, 2010

REYES, Paulo. **Construção de Cenários no design: o papel da imagem e do tempo**. In: 9 Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design. São Paulo, 2010

Relatório de Responsabilidade Corporativa, Albert Einstein, 2010
<http://www.einstein.br/hospital/Paginas/sobre-o-hospital.aspx>

SKRABE, Celso. **Chegou a hora e a vez do design**, in: Anuário de Design Hospitalar. Revista Saúde Best. São Paulo: Eximia Comunicação 2011

STICKDORN, M. & SHNEIDER, J. & et.al. **This is Service Design Thinking: basics, tools, cases**. Amsterdam: BIS Publishers, 2010

TELLES, Renato. **A efetividade da Matriz de Amarração da MAzzon nas pesquisas em Administração**. In: Revista de Administração, São Paulo v.36, n.4, outubro/ dezembro, 2001

TORESSINI, Elizabeth. **Hospital Moinhos de Vento, 75 anos de compromisso com a vida**. Porto Alegre, 2002

URBAN, André & URBAN, Flávio. **Composto de marketing**. São Paulo: Atlas, 2006

VERGANTI, Roberto. **Design Driven innovation: Changing the Rules of Competition by Radically Innovating What Things mean**. Harvard Business Press. 2009

VIEIRA, Taís. **Mood board – um instrumento visual de apoio aos projetos de design**. In: abcdesign No. 28, Paraná: Infolio, 2009.

WATSON, Gregory H. **Benchmarking Estratégico**. São Paulo: Makron Books, 1994.

WRIGHT, Peter, KROLL, Mark J. e PARNELL, John. **Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 2007.

WOODMAN, J. **Patients beyond borders**. Chapel Hill, NC: Healthy Travel Media, 2007.

WOODMAN, J. **Folha de São Paulo**. Chapel Hill, NC: Healthy Travel Media, 2007.
<http://www.capitolio.com.br/noticias/2012/02/27/turismo-medico-mundial-gira-us-40-bi/>

ZURLO, F. **Design Estratégico**, in AA. VV., **Gli spazi e le arti**, Volume IV, Opera XXI Secolo. Roma: Ed. Enciclopédia Treccani, 2010.

Sites:

Joint Commission International: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/>

Anexo 1

QUESTIONÁRIO PARA PESSOAL INTERNO

Público:

- Ouvidoria;
- Clínica de Vacinas – Iguatemi;
- Emergência;

Briefing:

- Destacar, mediante relatos do pessoal interno, percepções quanto às internações e eventuais problemas ocorridos com casos de pacientes internacionais.

QUESTIONÁRIO

- Você se recorda de ter se deparado com atendimentos de estrangeiros dentro do hospital? Se sim, você percebe uma frequência neste tipo de atendimento?
- De que maneira você identificou que estes pacientes não eram brasileiros?
- Depois de identificado este paciente, você recorda por quem estes casos geralmente são acompanhados?
- Como poderia descrever a comunicação destes pacientes durante o processo de marcação de consulta/exames/internação?
- Pelas suas experiências, quais são as dificuldades que você entende como mais comuns aos pacientes que não são brasileiros?
- Você se recorda de algum episódio que chamou a sua atenção?
- Quando se trata de pacientes internacionais, você acredita que o hospital conte com uma estrutura (física e de equipe) preparada para atender estes pacientes?
- Quais sugestões você daria para, no modelo atual do hospital, melhorar o atendimento a este público?

Anexo 2

Jornada do Turismo Médico:

- Paciente consulta médico no país de origem;
 - Médico fala das opções para realizar o procedimento no exterior;
 - Entrega *book* do Cluster POA;

- Paciente pesquisa sobre opções de tratamento;
 - Paciente consulta opções de procedimento no Brasil e cotações;
 - Busca exigências para entrada no país;□
 - Paciente visita o *site* do Cluster POA;

- Consulta seu plano de Saúde ou operadora de viagens médicas (opcional);
- Escolhe o país para realizar o procedimento;
- Busca opções de turismo no Brasil (opcional);
- Paciente pesquisa hospitais;
 - Pesquisa dados técnicos sobre procedimento e instituições;
 - Entra em contato com hospitais;□
 - Busca saber se os hospitais possuem acreditação internacional;
 - Identifica pacotes para seu tratamento;
 - Pesquisa sobre médicos;□
 - Cluster identifica perfil e necessidades/desejos específicos do paciente;

- Paciente escolhe hospital;
- Interação com médico e prontuário;
 - Aprovação perfil de risco;

- Paciente escolhe pacote;
 - Fornece informações ao gerente de conta e envia informações criptografadas;□
 - Recebe minuta de contrato;

- Paciente define com *cluster* procedimentos de viagem;
 - Cluster/agência de turismo realizam reservas e agendamentos para paciente;
 - Cluster acompanha os preparativos para a vinda do paciente e orienta os próximos passos;
 - Solicitação e retirada de visto;

- Paciente se prepara para viagem;

- Arruma a mala;
- Vai para o aeroporto;
- Realiza *check-in*/embarca;

- Chegada ao Brasil;
 - Recepção por *Concierge* no aeroporto;
 - Translado aeroporto-hotel;

- Chegada ao hotel
 - Chega no hotel e recebe *kit* de boas-vindas e informações;
 - Recebe orientações do gerente de conta;
 - Recebe mapa de locais úteis e dicas de passeios;
 - Informações sobre atividades de entretenimento para o acompanhante;
 - Recebe *kit* higiene (cremes antiescara, sabonete neutro, etc.)

- Ida ao hospital;
 - Vestuário para permanência no hospital;
 - Transporte hotel-hospital;

- Recepção no hospital;
 - Realiza *check-in*;

- Consulta com médico;
 - Realiza exames pré-operatórios;
 - Reserva de sangue;
 - *Go/no-go* do procedimento;

- Definição contratual;
 - Renegocia contrato;
 - Assina contrato;
 - Efetua pagamento do pacote;
 - Contrata seguro-intercorrência;
 - Entrega protocolo de cirurgia segura;
 - Preenche termo de consentimento;

- Paciente prepara-se para procedimento;
 - Apoio ao acompanhante (opcional);
 - Massagem pré-operatória (opcional);
 - Recebe apoio espiritual (opcional);
 - Conversa com anestesista;

- Paciente realiza procedimento;
 - Retorno sobre procedimento para acompanhante;
- Paciente em recuperação;
 - Paciente conversa com médico;
 - Retorno sobre procedimento para acompanhante;
 - Informações sobre passeios para o acompanhante;
- Paciente vai para o quarto do hospital;
 - Recebe alimentação adequada;
 - Recebe serviços (*hotel care*);
 - Faz curativos; Conversa com médico;
 - Recebe indicações pós-operatórias;
- Problemas com procedimento (ocasional);
 - Complicações pós-operatórias (ocasional);
 - Apoio funerário (ocasional);
- Recebe alta hospitalar;
 - Visita do médico para liberação de alta;
 - Recebe lembretes de cuidados (fisioterapia, massagem, dieta);
- Fechar conta;
 - Recebe prontuário completo (*pen drive*);
 - Responde pesquisa de satisfação;
 - Registra depoimento;
 - Recebe convite para participar do grupo de FB de pacientes internacionais;
- Reconsulta com médico;
 - Solicita acompanhante para viagem (opcional);
 - Recebe orientações para viagem;
- Ida ao aeroporto;
 - Paciente é levado pelo responsável relações internacionais do Cluster;
 - Recebe mimos da região; É acompanhado até embarque no avião;
 - Interação com acompanhante;
 - Organização de serviço de correio bagagem pesada;
- Chega ao seu país de origem;
- Contato pós-viagem;
 - Recebe vídeo pós-venda por *e-mail*;
 - Receber cronograma de contatos pós-venda por *e-mail* (5 anos);

- Consulta virtual com médico (opcional);
 - Contato por *e-mail* com médico para acompanhamento (opcional);

Anexo 3

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES QUE ESTIVERAM INTERNADOS

Inicialmente, gostaria de agradecer imensamente a disponibilidade do seu tempo. Abaixo estão algumas perguntas que devem demorar cerca de 10 minutos para serem respondidas e as respostas serão muito valiosas. Estamos realizando estas perguntas para possibilitar com que melhoremos o serviço que atualmente prestamos para pessoas de fora do país ou da cidade de Porto Alegre, portanto, o relato de sugestões, reclamações e problemas é de extrema importância.

- Ao ser indicado o tratamento para sua doença, como ficou sabendo do Hospital Moinhos de Vento?
- Ao saber sobre o hospital, como você buscou se informar e que tipo de informações eram mais relevantes para sua escolha? Quais as suas reações ao decidir por este hospital?
- Ao confirmar sua vinda para Porto Alegre, quais foram suas principais ações e planejamentos antes de vir para o Brasil?
- Como você estava se sentindo no período de preparação de sua vinda?
- Chegando em Porto Alegre, como foi sua locomoção até o hospital? Foi fácil achar o hospital?
- Dentro do hospital, como ocorreu a troca de informações e direcionamentos por parte dos funcionários? Você teve alguma dificuldade?
- Você veio acompanhado ou sozinho para o Hospital Moinhos de Vento? Se veio acompanhado, quem você escolheu como acompanhante e por quê? Esta pessoa enfrentou alguma dificuldade para realizar alguma atividade na cidade?
- Ao longo de sua estadia em Porto Alegre, você ou algum acompanhante chegou a viajar para algum lugar? Se não, foi por escolha própria?
- Ao sair do hospital você possuía as informações necessárias para voltar para casa e poder realizar o acompanhamento pós-cirúrgico? Em algum momento sentiu-se angustiado por falta de alguma informação ou encaminhamento?
- Você poderia descrever o momento de maior felicidade (tranquilidade/conforto) durante o período de internação? E o de maior frustração (angústia/nervosismo)?
- Por fim, você teria algum comentário sobre o hospital ou sugestão para o mesmo?