



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Mayara Ramos

**Melhoria e desenvolvimento de serviços de atenção primária à saúde do município de
Florianópolis: proposta de um modelo cocriativo**

Florianópolis
2020

Mayara Ramos

**Melhoria e desenvolvimento de serviços de atenção primária à saúde do município de
Florianópolis: proposta de um modelo cocriativo**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de
Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em
Engenharia de Produção

Orientador: Prof. Fernando Antônio Forcellini, Dr.

Coorientador: Prof. Marcelo Gitirana Gomes Ferreira,
Dr.

Florianópolis

2020

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

Ramos, Mayara

Melhoria e desenvolvimento de serviços de atenção primária à saúde do município de Florianópolis : proposta de um modelo cocriativo / Mayara Ramos ; orientador, Fernando Antônio Forcellini, coorientador, Marcelo Gitirana Gomes Ferreira, 2020.

176 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Engenharia de Produção. 2. Design de Serviços. 3. Serviços de Saúde. 4. Co-design. 5. Experiência do Paciente. I. Forcellini, Fernando Antônio. II. Ferreira, Marcelo Gitirana Gomes. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. IV. Título.

Mayara Ramos

Melhoria e desenvolvimento de serviços de atenção primária à saúde do município de Florianópolis: proposta de um modelo cocriativo

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Elton Moura Nickel, Dr.

Instituição Universidade do Estado de Santa Catarina

Prof. Júlio Monteiro Teixeira, Dr.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Diego de Castro Fettermann, Dr.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Leila Amaral Gontijo, Dra.

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Engenharia de Produção.

Prof. Enzo Morosini Frazzon, Dr.

Coordenador do Programa

Prof. Fernando Antônio Forcellini, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2020.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Fernando Antônio Forecellini e Prof. Dr. Marcelo Gitirana Gomes Ferreira pela orientação, dedicação, competência durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Peter Charles Wright e Dr. Simon Bowen do OpenLab da Newcastle University por terem me recebido e auxiliado na coleta e tratamento de dados durante minha estadia na Inglaterra.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por ter permitido a execução da pesquisa nos Centros de Saúde e Setor de Planejamento.

A Bianca Eastwood Gruginski e Camila Braga Guimarães Neto, pelas suas contribuições na avaliação dos roteiros de pesquisa.

A todos os entrevistados pela disposição e contribuições com a pesquisa.

Aos Professores: Dr. Diego de Castro Fettermann, Dr. Elton Moura Nickel, Dra. Giselle Schmidt Alves Diaz Merino, Dr. Júlio Monteiro Teixeira e Dra Leila Amaral Gontijo pelas contribuições a pesquisa apontadas na banca de qualificação e defesa.

Aos colegas do Grupo de Engenharia de Produtos, Processos e Serviços – GEPPS pelo apoio e companheirismo durante esses anos.

A CAPES e CNPq pelo suporte financeiro.

RESUMO

Para se oferecer serviços de qualidade é necessário que eles sejam adequadamente projetados. Os serviços de saúde devem ainda ser centrados no paciente, promovendo políticas participativas. O Design de Serviços pode auxiliar os serviços de saúde neste cenário por ser um método estruturado, centrado no usuário e cocriativo. A abordagem EBCD (Experience Based Co-Design) é um exemplo disso. A legislação brasileira prevê a participação dos usuários na gestão dos serviços públicos de saúde, no entanto, essa participação é limitada. A inclusão de representantes dos pacientes no processo de desenvolvimento e melhoria dos serviços oferecidos pelo SUS pode ser uma forma de fortalecer a participação da comunidade na gestão destes serviços. Esta pesquisa teve por objetivo desenvolver um modelo cocriativo para o desenvolvimento e melhoria de serviços para a Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, tendo como base a abordagem EBCD. O modelo proposto nesta pesquisa foi construído considerando o modelo usado atualmente na APS-SUS e com base em informações coletadas por meio de revisão da literatura, e estudo de casos múltiplos (processo de desenvolvimento e melhoria da APS de Florianópolis e uso da abordagem EBCD em serviços de saúde britânicos). O modelo foi avaliado por especialistas quanto à sua adequação ao tema (centrado nos usuários, co-design) e sua apresentação (clareza, completeza e aplicabilidade). O modelo proposto baseou-se no Planejamento Anual da APS do SUS Florianópolis. Nele foram inseridas ações visando resolver problemas atuais - falta de detalhamento de fases e treinamento dos funcionários, e limitação na escolha dos pontos de melhoria - e ações para viabilizar a participação da comunidade – uso de narrativas e co-design. O modelo desenvolvido nesta pesquisa promove a melhoria ou desenvolvimento de serviços de saúde para que sejam satisfatórios e centrados nos usuários ao usar as experiências dos pacientes e funcionários com o serviço. A cocriação permite compreender as necessidades dos *stakeholders*, entender as limitações do sistema de serviço e propor melhorias de acordo com esse cenário.

Palavras-chave: Design de Serviços. Serviços de Saúde. Co-design. Cocriação. Experiência do Paciente. Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

To offer quality services is necessary to design them properly. Healthcare services, in addition, should be patient-centered, promoting participative policies. Service Design can help health services in this scenario, as it is a structured method, user-centered and co-creative. The EBCD (Experience Based Co-Design) approach is an example of it. Brazilian legislation foresees user participation in public healthcare services management, however, such participation is limited. Including patient representatives in the development and improvement process of services offered by SUS might be a way to strengthen community participation in service management. This research aimed to develop a co-creative model to the primary care services development or improvement provided by SUS, based on the EBCD approach. The model proposed in this research was built considering the current model used in SUS's primary care and based on information collected through a literature review, and multiple case studies (development and improvement process used in Florianopolis primary care, and use of the EBCD approach in British healthcare services). The model was evaluated by specialists on its suitability to the theme (user-centered, co-design) and its presentation (clarity, completeness, and applicability). The collected information allowed identifying the benefits of co-design, the strengths, and barriers of several contexts of this process, and how such barriers may be prevented. The proposed model was based on the annual planning process used in SUS Florianopolis primary care. In it was inserted actions to solve the identified problems – lack of stage detailing, lack of staff training, and limitations on points of improvement choice - and actions to enable community participation – use of narratives and co-design. The model developed in this research promotes the improvement or development of satisfactory and user-centered health services by using the experiences of patients and staff with the service. Co-creation allows to understand stakeholders' needs, understand the limitations of the service system, and to propose improvements according to this scenario.

Keywords: Service Design. Healthcare Services. Co-Design. Co-creation. Patient Experience. Brazilian public healthcare system (SUS).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Elementos do bom design.....	18
Figura 2 – Fases da pesquisa	25
Figura 3 – Método estudo de caso múltiplo	28
Figura 4 - Estrutura organizacional da SMS de Florianópolis	29
Figura 5 – Estrutura para desenvolvimento do modelo.....	32
Figura 6 - Características dos tipos de sistema de saúde.....	37
Figura 7 – Funcionamento programa saúde da família	42
Figura 8 – Modelo Double Diamond.....	48
Figura 9 – Ciclo do processo de DNS	49
Figura 10 – Atividades de projeto centrado no usuário.....	50
Figura 11 – Requisitos do modelo vindos do levantamento bibliográfico	61
Figura 12 - Localização unidades estudadas	64
Figura 13 - Jornada do paciente.....	66
Figura 14 - Processo de melhoria dos CS.....	72
Figura 15 - Processo de Planejamento Anual.....	75
Figura 16 – Ciclo PDCA	80
Figura 17 - Folder informativo de CMS e CLS (frente e verso).	89
Figura 18 - Convite para reunião de CLS.....	90
Figura 19 – Relação do estudo de caso SUS com o modelo	99
Figura 20 - Linha do tempo dos projetos relatados	101
Figura 21 – Relação do estudo de caso NHS com o modelo.....	112
Figura 22 – Elaboração dos requisitos do modelo.....	113
Figura 23 - Modelo para melhorias e desenvolvimento de serviços na APS-SUS (versão para avaliação).....	115
Figura 24 – Relação da avaliação com o modelo	123
Figura 25 – Ciclo de melhoria baseado na experiência – versão final	124
Figura 26 – Relação das etapas da pesquisa com o modelo final.....	130

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População e áreas das unidades	65
Gráfico 2 - Autoavaliação de conhecimentos.....	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – <i>Strings</i> e objetivo das buscas	26
Quadro 2 – Temática dos roteiros de entrevista	30
Quadro 3 – Tópicos abordados estudo de caso NHS	31
Quadro 4 - Elementos capacitantes de um sistema de saúde.....	36
Quadro 5 - Características de atenção à saúde	41
Quadro 6 – Processo do EBCD	57
Quadro 7 - Caracterização entrevistados - serviço de saúde	63
Quadro 8 - Papel dos Conselhos de saúde.....	69
Quadro 9 - Temas presentes nas pautas de reuniões dos conselhos	70
Quadro 10 - Processo de melhoria nos CS – processo local	71
Quadro 11 - Condução para solução dos problemas	73
Quadro 12 - Acompanhamento das ações	77
Quadro 13 - Método utilizado nos processos	79
Quadro 14 - Participação da comunidade nos serviços de saúde	82
Quadro 15 - Momento de participação e validação de opiniões dos usuários.....	84
Quadro 16 - Uso de pesquisa de satisfação nos CS.....	85
Quadro 17 - Participação conselhos no planejamento de serviços.....	86
Quadro 18 - Atuação dos conselhos (participação).....	87
Quadro 19 - Participação da comunidade nos conselhos	88
Quadro 20 - Motivação ou desmotivação para participação	90
Quadro 21 - Pontos positivos da melhoria dos serviços.....	91
Quadro 22 - Pontos negativos da melhoria de serviços.....	93
Quadro 23 - Pontos positivos e negativos dos conselhos de saúde	97
Quadro 24 - Projetos de melhoria estudados	100
Quadro 25 - Resultados do processo EBCD.....	102
Quadro 26 - Recrutamento de participantes e atividades de participação.....	104
Quadro 27 - Aspectos positivos da abordagem	105
Quadro 28 - Desafios do EBCD	107
Quadro 29 - Fatores facilitadores em projetos – EBCD.....	110
Quadro 30 – Elaboração requisitos do modelo.....	113
Quadro 31 – Detalhamento da fase Planejamento.....	117
Quadro 32 - Perfil dos avaliadores	118

Quadro 33 - Resultados de avaliação das questões	120
Quadro 34 - Alterações realizados no modelo.....	122
Quadro 35 – Pré-planejamento	125
Quadro 36 – Planejamento	126
Quadro 37 – Execução.....	128
Quadro 38 - Avaliação.....	129
Quadro 39 - Ajustes.....	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados das buscas e filtros	27
Tabela 2 - Idade e tempo de atuação conselheiros	63
Tabela 3 - Canais de participação comunidade	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AEBCD – *Accelerated Experience Based Co-Design*
APS - Atenção Primária à Saúde
CFM - Conselho Federal de Medicina
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CLS - Conselho Local de Saúde
CS – Centro de Saúde
DAFO – Debilidades, Ameaças, Fraquezas, Oportunidades
DCU – Design Centrado no Usuário
DNS – Desenvolvimento de Novos Serviços
EBD – Experience Based Design
EBCD – Experience Based Co-Design
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGT - *Nominal Group Technique*
NHS - *National Health Service*
OMS - Organização Mundial de Saúde
PDCA – *Plan, Do, Check, Act*
PMAPS – Política Municipal de Atenção Primária à Saúde
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	PROBLEMÁTICA	19
1.2	OBJETIVOS	21
1.2.1	Objetivo Geral.....	21
1.2.2	Objetivos Específicos	21
1.3	JUSTIFICATIVA	21
1.4	DELIMITAÇÕES DO ESTUDO	23
1.5	ADERÊNCIA AO PPGEP	23
1.6	ESTRUTURA DA TESE	24
2	MÉTODO	25
2.1	LEVANTAMENTO DE DADOS	25
2.1.1	Levantamento bibliográfico.....	25
2.1.2	Estudo de casos	27
2.1.2.1	<i>Estudo de caso Atenção Primária na saúde pública de Florianópolis</i>	28
2.1.2.2	<i>Estudo de caso da aplicação do Design de Serviços na saúde – NHS.....</i>	30
2.1.2.3	<i>Análise de Dados</i>	31
2.2	DESENVOLVIMENTO DO MODELO	32
2.2.1	Definição de requisitos e elaboração do modelo para desenvolvimento e melhoria de serviços da APS	32
2.2.2	Avaliação do modelo.....	33
3	LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	35
3.1	SISTEMA DE SAÚDE	35
3.1.1	Tipos de Sistema de Saúde	36
3.1.2	Sistema Único de Saúde – SUS	37
3.1.3	Atenção Primária à Saúde	39
3.1.4	Planejamento em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis..	43

3.2	DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇO E DESIGN CENTRADO NO USUÁRIO	44
3.2.1	Modelos de desenvolvimento de serviço	47
3.3	DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇO NA SAÚDE	50
3.3.1	<i>Experience Based Co-Design – EBCD</i>	55
<i>3.3.1.1</i>	<i>Forças e Barreiras do EBCD</i>	<i>58</i>
3.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	60
4	ESTUDO DE CASO I – SUS	62
4.1	CARACTERIZAÇÃO ENTREVISTADOS	62
4.2	CARACTERIZAÇÃO CENTROS DE SAÚDE, DISTRITOS SANITÁRIOS, SETOR DE PLANEJAMENTO	63
4.3	CARACTERIZAÇÃO CONSELHOS DE SAÚDE	67
4.4	PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DE SERVIÇOS	70
4.4.1	Métodos utilizados nos processos de melhoria e planejamento	78
4.5	PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DE SERVIÇOS	81
4.6	AVALIAÇÃO PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS	90
4.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	97
5	ESTUDO DE CASO II – EBCD NO NHS	100
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROJETOS E ENTREVISTADOS	100
5.2	RESULTADOS DO PROCESSO DE APLICAÇÃO DO EBCD	101
5.3	PARTICIPAÇÃO	103
5.4	ASPECTOS POSITIVOS	105
5.5	BARREIRAS DO PROCESSO	106
5.6	FATORES FACILITADORES	109
5.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	111
6	DESENVOLVIMENTO DO MODELO	113
6.1	REQUISITOS DO MODELO	113
6.2	ELABORAÇÃO DO MODELO – Versão para avaliação	115

6.3	AVALIAÇÃO DO MODELO.....	117
6.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO.....	122
7	CICLO DE MELHORIAS E DESENVOLVIMENTO BASEADO NA	
	EXPERIÊNCIA – CMBE	124
7.1	Pré-Planejamento – Fase 0.....	125
7.2	Planejamento – Fase 1	125
7.3	Execução – Fase 2	128
7.4	Avaliação – Fase 3.....	129
7.5	Ajustes - Fase 4.....	129
7.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO.....	130
8	CONCLUSÃO.....	131
8.1	Limitações da pesquisa e sugestão de trabalhos futuros.....	134
	REFERÊNCIAS.....	135
	APÊNDICE A	147
	APÊNDICE B.....	151
	APÊNDICE C	154
	APÊNDICE D	159
	APÊNDICE E.....	161
	APÊNDICE F	164
	ANEXO A.....	168
	ANEXO B.....	171
	ANEXO C	174

1 INTRODUÇÃO

Os serviços são essenciais na economia e parte integrante da sociedade sendo indispensáveis para o seu funcionamento e para a melhoria da qualidade de vida. A qualidade de vida, na sociedade pós-industrial, pode ser medida por meio de serviços de saúde, educação e lazer. A saúde é uma das condições necessárias para uma vida satisfatória e tornou-se uma questão crucial da sociedade moderna (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). A saúde além de corresponder a um modo de levar a vida, compõe um setor da economia no qual se produzem bens e serviços (PAIM, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS ou WHO - *World Health Organization*) define sistemas de saúde como todas as organizações, instituições, recursos e pessoas que objetivam melhorar a saúde. Os sistemas de saúde entregam intervenções preventivas, curativas e de reabilitação. Essas ações devem ser compreensivas e financeiramente justas, tratando as pessoas de maneira respeitosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a sociedade está mais exigente na qualidade dos serviços prestados a seus indivíduos, especialmente se esses são públicos como é o caso dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para oferecer serviços de qualidade, eles devem ser desenvolvidos de forma adequada. Serviços bem-sucedidos costumam ser o resultado de uma estrutura apropriadamente projetada e de um processo coordenado. Porém, por vezes, empresas negligenciam o uso de processos estruturados e vão direto para a concepção de ideias. Empresas de serviço devem dar ênfase ao desenvolvimento de novos serviços e devem desenvolver procedimentos sistêmicos para viabilizar este desenvolvimento (SCHEUING; JOHNSON, 1989). Segundo Kelly e Storey (2000), empresas do setor de serviços continuam abordando o desenvolvimento de serviços de forma não sistemática. Os autores indicam que as estratégias de iniciação de desenvolvimento de novos serviços são processos informais, mas as empresas que usam estratégias formalizadas tendem a ser mais satisfatórias, apontando a necessidade de as empresas adotarem abordagens estruturadas para o desenvolvimento de serviços.

O desenvolvimento de serviços de saúde deve usar um método estruturado assim como qualquer outro serviço para que tenha uma estratégia de serviço detalhada e entregue serviços satisfatórios. No caso dos serviços de saúde, esse processo também deve ser centrado no paciente, como indicado pela OMS (2010). Com o objetivo de ter serviços centrados nos pacientes, vários países adotaram políticas para a participação dos pacientes. No entanto, o progresso no envolvimento dos usuários (pacientes) é demorado (OCLOO; MATTHEWS,

2016) e os serviços ainda não estão colocando os pacientes em primeiro lugar (BATE; ROBERT, 2006). O design de serviços pode auxiliar serviços de saúde a serem centrados nos pacientes e aumentar a participação, uma vez que entre seus princípios está ser centrado no usuário e ser cocriativo (STICKDORN; SCHNEIDER, 2014).

O Design de Serviços¹ aborda a funcionalidade e a forma dos serviços sob a perspectiva dos usuários; garante que as interfaces dos serviços sejam úteis, utilizáveis e desejáveis para seus usuários e que sejam eficientes, eficazes e diferenciadas para os provedores (MAGER et al., 2008). O Design de Serviços tem seu foco no desenvolvimento da experiência do serviço e do processo e em estratégias para entregar os serviços; ele cria e dá forma às interfaces com os usuários (MORITZ, 2005). É um processo que cria os pontos de contato (*touchpoints*) e define como eles interagem entre si e o usuário. Pode ser usado para reprojetar um serviço existente, para melhorar seu funcionamento para os usuários, ou pode ser usado para criar serviços completamente novos. Para projetar serviços é importante considerar os usuários internos e externos (*stakeholders*). O Design de Serviços usa ferramentas e métodos que podem integrar conhecimento do comportamento do usuário, suas preferências e necessidades e podem possibilitar novas soluções a serem desenvolvidas (TECHNOLOGY STRATEGY BOARD; DESIGN COUNCIL, 2014).

Tanto a área da saúde como a do design têm um compromisso com o bem-estar dos usuários, sendo personagem central nas suas atuações, e isso tem aproximado essas áreas. Para atingir o objetivo de tornar as coisas melhores para os usuários, eles foram integrados ao processo de design, focando na experiência de dentro para fora e através do serviço interagindo com as diferentes partes do serviço (BATE; ROBERT, 2006). Segundo Bate e Robert (2006) outra razão para a ligação entre as disciplinas é que o "bom design" de serviços de saúde, e a resultante "boa experiência", não é diferente do bom design de qualquer outro segmento (Figura 1), sendo um resultado combinado do desempenho, engenharia e estética da experiência.

Ao contrário dos dois primeiros, a estética da experiência - terceiro elemento do bom design - dificilmente é associada ao processo de serviços de saúde (BATE; ROBERT, 2006). Os processos de redesign e reengenharia originaram-se da organização das linhas de montagem de produtos que não precisavam considerar a experiência destes produtos ao passar de uma fase para outra, isso não é o caso de um serviço de saúde. A incorporação da experiência na equação do projeto foi lenta e persistiu no uso de técnicas que focam apenas na

¹ Neste trabalho as nomenclaturas Design de Serviços e Desenvolvimento de serviços se referem igualmente ao processo criativo dos serviços.

velocidade e eficiência, mas não na experiência (BATE; ROBERT, 2007a). É necessário se ter um equilíbrio entre os elementos para que se tenha uma boa experiência de serviço. O desafio das iniciativas de uso do design na saúde é entender a experiência do tratamento em um nível profundo, tendo em mente que isto inclui todos os aspectos de experienciar subjetivamente um produto ou serviço (físico, sensitivo, cognitivo, emocional, cinético e estético) e usar o entendimento para projetar uma experiência de serviço de saúde que irá ter mais sucesso e ser mais gratificante do que poderia ter sido antes (BATE; ROBERT, 2006).

Figura 1 - Elementos do bom design

BOM DESIGN		
<u>Desempenho</u>	<u>Engenharia</u>	<u>Estética da experiência</u>
Quão bem faz o seu trabalho ou cumpre seu propósito	Quão seguro, bem projetado e confiável é	Como a interação com o produto ou serviço é sentida ou experienciada
(Funcionalidade)	(Segurança)	(Usabilidade)

Fonte: Adaptado de Bate e Robert (2006).

Bate e Robert (2006) sugerem que projetar serviços, ambientes, interações e processos com foco e para a experiência pode ser desafiador, mas de grande valia para os profissionais de melhoria da saúde. Esse processo não trata apenas em ser centrado no paciente ou promover a participação dos pacientes, mas colocar os objetivos de experiência dos pacientes e usuários no centro do processo de design e no mesmo nível que o processo e metas clínicas.

Como exemplo do uso do design na saúde se tem o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (*National Health Service - NHS*), que utilizou o design para atingir a melhoria dos serviços entregue a população. Com o objetivo de tornar os serviços de saúde mais acessíveis, eficazes, e seguros para população, os envolvidos neste projeto perceberam que seria necessário ir além das perspectivas, métodos, e abordagens existentes, pois não seriam suficientes para entregar as mudanças necessárias. Essa equipe encontrou no design não apenas uma forma particular de atividade profissional, mas uma abordagem mais compreensiva para solução de problemas (BEVAN et al., 2007). O sistema inglês NHS adotou a abordagem *Experience Based Co-Design* (EBCD – Co-Design Baseado na Experiência) para atingir esses objetivos.

O *Experience Based Co-Design* é um processo de Design com foco no usuário que traz a experiência dos usuários aos designers, os permitindo projetar experiências em vez de

serviços (BATE; ROBERT, 2006). Na saúde, o método é utilizado para projetar experiências melhores para os pacientes, familiares e equipe de saúde, buscando capturar a experiência vivida pelos envolvidos no serviço de saúde (INGLATERRA, 2010).

1.1 PROBLEMÁTICA

No cenário nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS), atuando por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) coordena a participação social. Cabe à SGEP propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e de controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde e a responsabilidade de ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários por meio da Ouvidoria Geral do SUS e das ações de auditoria, contribuir para alocação e a utilização adequada dos recursos públicos (BRASIL, 2017). A gestão participativa requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. Esse conjunto de atividades é voltado à melhoria da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade (BRASIL, 2009a).

Na gestão participativa, o gestor municipal deve instituir mecanismos de escuta e interação permanentes entre os gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários do SUS, para que suas opiniões, percepções e demandas sejam valorizadas nos processos de gestão. O gestor deve valorizar e fortalecer os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, instrumentos essenciais na formulação da política municipal de saúde (BRASIL, 2009b).

Os conselhos de saúde (municipais ou estaduais) são órgãos colegiados de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Atuam na formulação e proposição de estratégias que viabilizam a implementação dos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, regionalização e participação), e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde formados por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Os usuários são escolhidos por membros de seu segmento, com direito à voz e voto. A participação dos conselheiros é voluntária e não remunerada. As reuniões do Conselho são mensais e abertas para toda a população com direito à voz (BRASIL, 2006a; 2009b; 2006b).

A Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS não prevê a constituição de Conselhos Locais, mas dá a abertura para o exercício do controle social em outros espaços além das três esferas do governo, levando em consideração a especificidade de cada região. Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) podem ser estratégias e braços do Conselho Municipal nas várias localidades de um município, com objetivo de ampliar os canais de participação. Os CLS podem viabilizar maior aproximação do Conselho Municipal de Saúde com o bairro, no que se refere à participação, elaboração das proposições para a política de saúde e este também pode contribuir nas decisões tomadas pelo Conselho Municipal (SOUZA; KÜUGER, 2010). Em Florianópolis os CLS foram regulamentados na Resolução nº10/CMS/2008, estipulando que o CLS é um órgão consultivo do SUS, na área de abrangência da unidade local de saúde, atuando com atenção aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações e serviços de saúde correlacionados à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência do centro de saúde (CS) (FLORIANÓPOLIS, 2008).

Apesar de medidas de gestão participativa estarem inseridas na legislação do SUS (lei 8.080 e 8.142 de 1990), o desenvolvimento de iniciativas para participação social ficou abaixo das expectativas geradas na época da criação da constituição e das leis que visam à democratização com a participação da sociedade no SUS (BRASIL, 2006b). Os conselhos de saúde enfrentam obstáculos como o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados, e, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações (BRASIL, 2009a). Uma forma de fortalecer a participação da sociedade na gestão de serviços do SUS, pode ser pela inclusão de representantes dos usuários e funcionários, como os conselhos de saúde, no processo de desenvolvimento e melhoria dos serviços oferecidos.

Não foram encontrados artigos científicos, livros ou legislação que abordem o processo de desenvolvimento ou melhorias dos serviços de saúde prestados pelo SUS. No entanto, foram encontrados alguns documentos referentes ao planejamento da SMS do município de Florianópolis apresentado no subtítulo 3.1.4. Nestas referências, não é indicado se os usuários e representantes da comunidade participam na construção, melhoria, e planejamento dos serviços, ou se suas reivindicações e opiniões são avaliadas e inseridas no planejamento dos serviços como pontos de melhoria.

Assim se propõe a pergunta de pesquisa:

- Como promover a participação dos usuários na criação de melhorias ou no desenvolvimento de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) prestados pelos Centros de Saúde² (CS) por meio da cocriação?

A escolha do serviço dos CSs na esfera municipal, se deu pelo fato de o município coordenar e planejar o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual, e é o principal responsável pela saúde de sua população. A APS, por sua vez, seria capaz de solucionar 80% das necessidades e problemas de saúde (BRASIL, 2006a).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um modelo³ cocriativo de desenvolvimento ou melhoria de serviços para Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS tendo como base o EBCD.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Levantar o que vem sendo feito nos serviços de saúde referente ao desenvolvimento e melhoria de serviços, com foco em ações envolvendo os usuários;
- Identificar e descrever o processo atual adotado no desenvolvimento/ melhoria de serviços da APS do SUS Florianópolis;
- Analisar como foi o uso da abordagem EBCD em processos de melhoria de serviços de saúde do NHS/Inglaterra verificando o envolvimento dos usuários (pacientes e funcionários), barreiras enfrentadas no processo, resultados obtidos e efeitos duradouros;
 - Elaborar requisitos para o modelo;
 - Avaliar o modelo proposto.

1.3 JUSTIFICATIVA

Os serviços são parte integrante da sociedade e estão presentes no centro da economia (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). Isto tem motivado a crescente investigação sobre as atividades de prestação de serviço, elaborando novos estudos a respeito do setor (BRASIL, 2011a). A economia dos serviços está passando por uma transformação - de uma natureza baseada em transações para relações baseadas em experiências

² Centros de Saúde também são conhecidos como Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde.

³ Neste trabalho adota-se a definição de modelo como: uma representação dinâmica da realidade, mostram relações e permitem a previsão do impacto de uma mudança em um elemento variável do modelo (SHEHABUDDEEN et al., 1999).

(FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). Pesquisas acadêmicas que tratam do setor de serviços voltado para as experiências têm sido abordadas com maior frequência na área de Design de Serviços. No entanto, poucas abordagens para a inclusão da experiência dos usuários em serviços de saúde são encontradas, destacando-se o uso da abordagem EBCD que foi desenvolvida junto aos serviços de saúde britânicos. Os trabalhos existentes nessa área têm utilizado métodos cocriativos nas melhorias dos serviços, porém, essas pesquisas foram realizadas em sua maioria em países desenvolvidos que apresentam um cenário diferente do nacional e de outros países em desenvolvimento. É de grande valia que sejam realizadas pesquisas do envolvimento da experiência no projeto de serviços de saúde no SUS, considerando a realidade do sistema de saúde como recursos disponíveis, a organização dos serviços e suas diretrizes, como a de participação social.

Para a efetiva participação da sociedade no Sistema Único de Saúde é necessário o fortalecimento, aprimoramento e a qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista na legislação (BRASIL, 2006b). Trazer os usuários para participar do processo de desenvolvimento ou melhoria de serviços poderia auxiliar a atingir essas metas. A cocriação de serviços pode se tornar mais um canal de participação popular, proporcionando um momento para diálogo e construção de soluções e estratégias entre usuários e prestadores de serviço, buscando gerar serviços mais satisfatórios. O EBCD se baseia na cocriação focada na experiência vivida pelos usuários. Essa abordagem de desenvolvimento pode auxiliar na inserção da participação dos usuários no sistema de criação e planejamento de serviços adotado pela SMS.

Freire (2011) afirma que o design pode contribuir para o redesenho do Sistema de Saúde nacional de forma a alcançar o objetivo de qualificação e humanização; e que o EBCD é adequado para propor novos conceitos de serviço na saúde atendendo as diretrizes do Estado. A autora ainda coloca que o design contribui para a configuração de novas alternativas de serviços públicos com custos menores para o governo, uma vez que sua efetividade é testada junto às comunidades a que se destinam antes de serem investidos nestas os escassos recursos públicos.

Em um levantamento exploratório com profissionais dos CSs de Florianópolis e membros de Conselhos Locais de Saúde (CLS), foi relatado a falta de colaboração da comunidade nos espaços criados para a participação, tendo em alguns casos apenas a presença da equipe da unidade; houve também informação de que a comunidade vê as reuniões do conselho apenas como um local para expor reclamações e não para contribuir na proposta de soluções. O contato com uma pesquisadora (FREIRE, 2011) que atuou com co-design em

serviços de APS, indicou que antes da intervenção da pesquisa não era utilizado um método de projeto para o desenvolvimento ou melhoria dos serviços e os usuários não faziam parte do processo. Após essa intervenção algumas interfaces criadas foram mantidas, mas a cocriação com a comunidade não teve continuidade devido à mudança da equipe do CS.

Esses relatos indicam a necessidade de se ter um processo estruturado para o desenvolvimento e melhoria de serviços na saúde e que tenha incorporado neste processo a cocriação e transmitir à comunidade a importância de sua participação, que pode resultar na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde. O conhecimento adquirido por meio dessa pesquisa pode mostrar aos envolvidos no processo de melhoria de serviços de saúde da Atenção Primária um modelo para a participação dos usuários no processo de desenvolvimento e melhoria que se enquadre na realidade do sistema municipal utilizando mecanismos já disponíveis ou sem grandes investimentos. Os serviços entregues à sociedade resultantes deste processo serão mais adequados às necessidades dos usuários (internos - funcionários e externos - comunidade) e mais satisfatórios.

1.4 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

No estudo aqui apresentado, não serão desenvolvidas ferramentas de apoio às atividades do modelo, nem documentos de saída de fase. Esse estudo não pretende aplicar o modelo e não engloba aspectos de tratamento, diagnóstico, ou qualquer procedimento relacionado ao quadro clínico dos pacientes. O modelo desenvolvido busca agir na organização dos serviços prestados na APS e seus fluxos de trabalho, do município de Florianópolis. O modelo se aplica para os serviços prestados a comunidade nos CS, não envolvendo serviços relacionados à APS que não tenham interação com a comunidade ou possam ser prestados por outros níveis, como os distritos sanitários.

1.5 ADERÊNCIA AO PPGE

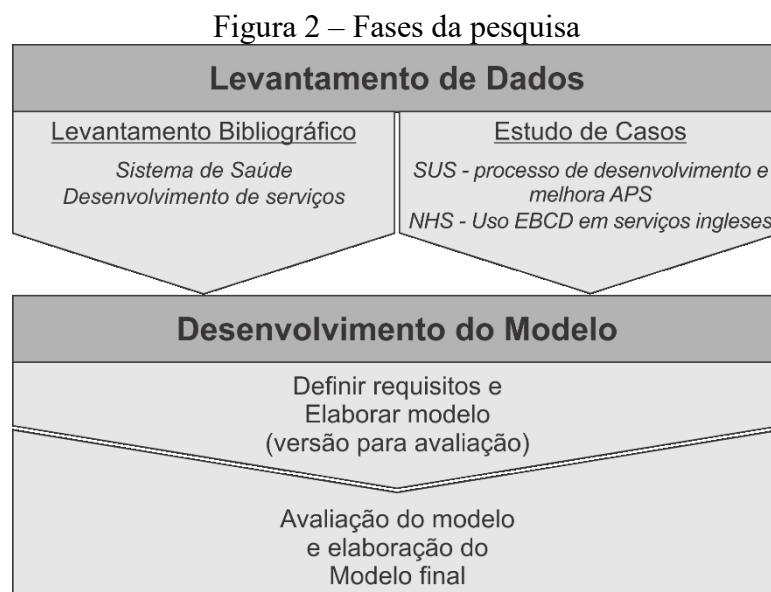
Neste estudo foi tratado o processo de desenvolvimento e melhoria de serviços da atenção primária à saúde do município de Florianópolis, abordando serviços do sistema organizacional ou do planejamento do funcionamento dos serviços de saúde e os elementos envolvidos nesse sistema. Com isso a pesquisa se enquadra na linha de pesquisa “metodologias de projeto de produtos e design” da área de Engenharia de Produto e Processos do PPGE. Os principais temas desenvolvidos nesta linha de pesquisa são: engenharia simultânea aplicada ao projeto do produto; ergonomia no desenvolvimento de produtos; estudos de design aplicados ao projeto; e o valor econômico agregado em projeto de produtos.

1.6 ESTRUTURA DA TESE

Esta Tese foi dividida em oito capítulos. O primeiro capítulo apresenta o contexto da pesquisa, sua problemática, os objetivos, a justificativa e as delimitações do estudo. O capítulo seguinte, apresenta o método adotado em cada fase da pesquisa: o levantamento de dados (bibliográficos - sistemático e exploratório, e estudos de caso), e o desenvolvimento do modelo (determinar requisitos, construção e avaliação do modelo proposto). O terceiro capítulo, por sua vez, se refere ao levantamento bibliográfico no qual são apresentados os temas de sistema de saúde (tipos de sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde, e a Atenção Primária à Saúde), desenvolvimento de serviços e Design Centrado no Usuário, e o desenvolvimento de serviços de saúde. Os dois capítulos seguintes, Capítulo 4 e 5, apresentam os dados coletados nos estudos de caso do processo de desenvolvimento e melhoria de serviços de APS do SUS de Florianópolis e sobre o uso da abordagem EBCD em serviços de saúde da Inglaterra respectivamente. O sexto capítulo, foi construído com base nas informações dos três capítulos anteriores e apresenta a definição dos requisitos do modelo, o processo de criação da proposta da versão para avaliação do modelo, a sua análise por especialistas e os tópicos para ajuste do modelo com base nas recomendações dos especialistas. Em seguida, o sétimo capítulo apresenta a versão final do modelo cocriativo para desenvolvimento/melhoria de serviços da APS de Florianópolis – Ciclo de melhorias e desenvolvimento baseado nas experiências. Por fim, no oitavo capítulo são traçadas as conclusões da pesquisa e indicações de trabalhos futuros.

2 MÉTODO

Essa pesquisa busca desenvolver um modelo cocriativo para o desenvolvimento e melhoria de serviços de saúde da atenção primária. Para isso, a pesquisa foi dividida em duas fases: levantamento de dados e desenvolvimento do modelo (Figura 2). A fase de levantamento de dados foi dividida em duas etapas: levantamento bibliográfico e estudo de casos (SUS e NHS). A fase de desenvolvimento do modelo foi dividida nas etapas: definição dos requisitos e elaboração do modelo, sua avaliação e ajustes que resultaram no modelo final. O detalhamento das fases é apresentado a seguir.



Fonte: Elaborado pela autora.

2.1 LEVANTAMENTO DE DADOS

A fase de levantamento de dados foi dividida em duas etapas, o levantamento bibliográfico e estudo de casos. Na primeira etapa buscou-se na literatura sobre os temas de sistemas de saúde e desenvolvimento de serviços. A segunda etapa consiste na realização de dois estudos de caso; o primeiro realizado na atenção primária de saúde do SUS, e o segundo em serviços de saúde da Inglaterra (NHS) que utilizaram Design de Serviços com foco em co-design (EBCD) na melhoria dos serviços.

2.1.1 Levantamento bibliográfico

O levantamento bibliográfico realizado neste estudo se dividiu em dois grandes temas: sistemas de saúde e desenvolvimento de serviços. A busca na área de sistema de saúde se deu para o entendimento do que consiste um sistema de saúde e como ele é organizado. Foca-se no Sistema Único de Saúde (SUS) e na área de Atenção Primária por ser a área de

aplicação da pesquisa. As informações sobre o assunto foram buscadas na literatura, legislações e portarias relevantes na área.

No assunto de desenvolvimento de serviços foi realizado uma busca sistemática, procurando identificar como tem sido realizado o desenvolvimento de serviços na saúde e a aplicação de Design Serviço (quais os modelos, técnicas e ferramentas usados – S1) e como métodos de Design Centrados no Usuário têm sido aplicados nos serviços (S2). Nestas duas buscas foi identificado o uso da abordagem EBCD, e então foi realizada uma terceira busca (S3) do uso desta abordagem nos serviços de saúde. O processo da busca sistemática foi dividido em três fases: planejamento, execução e síntese.

Na fase de planejamento foi elaborado o protocolo de busca realizado em três bases de dados: *Scopus*, *Web of Science (ISI)* e *PubMed*. Os *strings* utilizados para as buscas são apresentados no Quadro 1. As palavras-chave usadas nas *strings* deveriam estar presentes no título, resumo ou palavras-chave dos artigos. Essa busca foi limitada a artigos publicados em revistas acadêmicas. Trabalhos que abordavam assuntos relacionados a serviços digitais/*web*, desenvolvimento de *software* ou tecnologia da informação foram excluídos da análise. A escolha de bases de dados multidisciplinares (*Scopus* e *Web of Science*) se deu por esse assunto poder ser abordado em diferentes áreas de pesquisa como design, engenharia, administração de serviços, medicina, enfermagem e outras. A base *PubMed* foi selecionada por ser uma base de referência da área da saúde, em que essa pesquisa se relaciona. A execução da busca nas bases de dados foi inicialmente realizada em 08/04/2016 e foi atualizada periodicamente, sendo a última realizada em 29/01/2019.

Quadro 1 – *Strings* e objetivo das buscas

	String de busca	Objetivo
S1	(("service design" OR "service develop*") AND (healthcare))	Identificar modelos e ferramentas usados no desenvolvimento de serviços de saúde.
S2	(("service design" OR "service develop*") AND ("human centered Design" OR "user centered Design" OR "user experience" OR "co-design"))	Analisar o uso de Design Centrado no Usuário no desenvolvimento de serviços em geral que poderiam ser aplicados em serviços de saúde.
S3	(("Experience Based Design" OR "Experience Based Co-Design") AND (health*))	Analisar o uso da abordagem EBCD em serviços de saúde, verificando resultados, participação dos usuários, facilitadores, barreiras, etc.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na fase de execução foi implementado o protocolo de pesquisa nas bases de dados, e foram aplicados três filtros nos resultados encontrados eliminando os artigos que não estavam alinhados ao objetivo da pesquisa, ou que apresentavam algum dos critérios de exclusão presentes no protocolo. O primeiro filtro foi a leitura dos títulos, resumos, e palavras-chave dos artigos. O segundo filtro foi a leitura da introdução e conclusão dos artigos restantes. No terceiro filtro os artigos foram lidos na íntegra. Dos artigos resultantes desse processo de

filtragem foram extraídos dados para análise na fase de síntese. Nessa última fase da revisão foi escrito um artigo científico e parte da revisão bibliográfica dessa pesquisa. A Tabela 1 mostra o número de artigos encontrados em cada base, o número de trabalhos duplicados, e quantos artigos foram analisados em cada filtro. O Apêndice A mostra a relação dos artigos selecionados e análises bibliométricas referentes aos mesmos.

Tabela 1 – Resultados das buscas e filtros

Busca	Scopus	ISI	PubMed	Dup.	F1	F2	F3	Final.
S1	634	254	127	253	722	122	49	30
S2	125	46	14	47	137	58	21	10
S3	20	8	46	13	69	48	31	21
Total (sem duplicados)								55

Fonte: Elaborado pela autora.

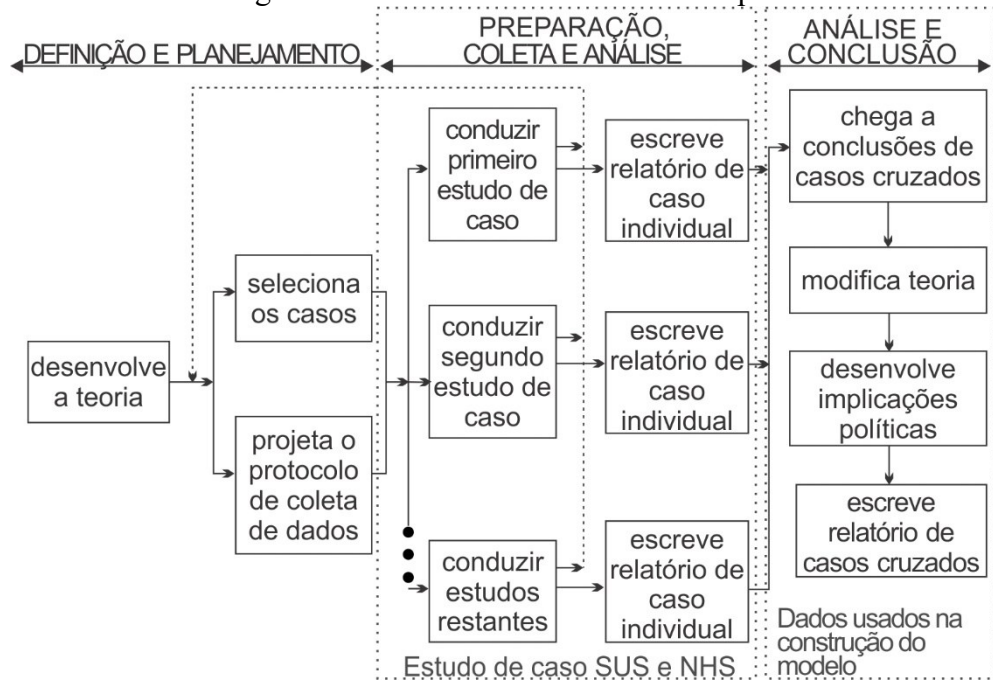
Somada às buscas sistemáticas, foi realizada uma pesquisa exploratória de artigos, livros e guias para equipes de profissionais da área da saúde que apresentam modelos ou métodos para desenvolvimento de serviços, ferramentas e técnicas centradas no usuário (incluindo cocriação) que tenham sido utilizadas no processo de desenvolvimento.

2.1.2 Estudo de casos

Segundo Yin (2001) a estratégia de pesquisa de estudo de caso é recomendada quando a pesquisa trata de perguntas de característica exploratória, não se tem controle sobre eventos comportamentais e focam em acontecimentos contemporâneos, como é o caso da pesquisa aqui apresentada. O estudo de caso realizado nessa pesquisa se trata de casos múltiplos incorporados (unidades múltiplas de análise), conforme a classificação de Yin (2001). Segundo o autor o método do estudo de caso múltiplo consiste em três fases: definição e planejamento; preparação, coleta e análise; análise e conclusão. A Figura 3 apresenta o método proposto pelo autor e a sua relação com as atividades da pesquisa.

Essa pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012/CNS/MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Número CAAE: 64114716.9.0000.0121). Para a realização de pesquisas no sistema público de saúde o projeto de pesquisa também foi analisado e aprovado pelo setor de pesquisa e saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No Anexo A constam os documentos referentes à aprovação da pesquisa.

Figura 3 – Método estudo de caso múltiplo



Fonte: Adaptado de Yin (2001, p. 73).

A coleta de dados em ambos casos foi realizada por entrevistas semiestruturadas. Ao aceitarem participar da pesquisa, os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), presente no Apêndice B. As entrevistas foram agendadas em data conveniente aos participantes, realizadas pessoalmente (com exceção de uma entrevista do segundo estudo, realizada por videoconferência) e em uma sala reservada para a privacidade e conforto do entrevistado. A identidade dos entrevistados foi preservada substituindo seu nome por uma identificação alfanumérica nos documentos resultantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio para análise e tratamento dos dados. Além das entrevistas foram utilizadas outras fontes de informação complementares como observação e documentos disponibilizados pelos entrevistados.

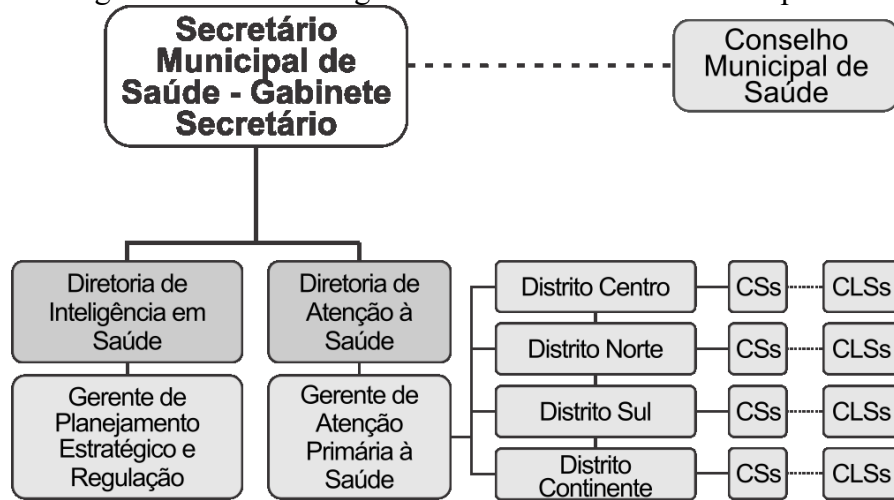
2.1.2.1 Estudo de caso Atenção Primária na saúde pública de Florianópolis

O primeiro estudo de caso foi realizado na Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis representado pelos CSs, buscando conhecer o processo usado para o desenvolvimento e melhoria dos serviços. Segundo Eckert, Clarkson e Stacey (2003), para que ferramentas, técnicas e outros mecanismos desenvolvidos para uso num processo de criação sejam eficientes, eles precisam estar baseados no entendimento do processo de pensamento e práticas de trabalho dos seus usuários, e é o que se busca neste estudo de caso.

Foram entrevistados representantes de áreas que atuam neste processo em seus vários níveis: setor de planejamento da SMS, distritos sanitários, e coordenadores de CSs, assim como órgãos representantes dos usuários, como Conselho Municipal de Saúde (CMS) e os

Conselhos Locais de Saúde (CLS). A Figura 4 mostra estes atores na estrutura organizacional da SMS de Florianópolis.

Figura 4 - Estrutura organizacional da SMS de Florianópolis



Fonte: Elaborado pela autora com base em documento da SMS (FLORIANÓPOLIS, 2009; 2017 a).

Para a amostragem dos participantes foi encaminhado e-mail para o setor de planejamento, distritos sanitários e CMS apresentando a pesquisa e solicitando a indicação de um representante de cada setor para participar da pesquisa, após foram agendadas as entrevistas com as pessoas indicadas. No caso dos coordenadores dos CSs foi solicitado ao setor de pesquisa da SMS a indicação de dois centros de saúde por distrito, foi solicitado centros de maior e menor porte para verificar possíveis diferenças relacionadas ao número de usuários. Foram indicados os CSs de Canasvieiras e Ratoles (Distrito Norte); Itacorubi e Saco dos Limões (Distrito Centro); Pântano do Sul e Armação (Distrito Sul); Coqueiros e Estreito (Distrito Continente). Para os CLS foram selecionados os conselhos referentes aos CSs onde foram realizadas as entrevistas.

Para as entrevistas foram elaborados quatro roteiros, sendo cada um elaborado considerando a atuação do setor e seu envolvimento com o processo de desenvolvimento e melhoria de serviços. O primeiro roteiro de entrevista foi aplicado com os coordenadores de CSs; o segundo com coordenadores de Conselhos Locais de Saúde e vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde; o terceiro roteiro foi aplicado com um representante do setor de planejamento, e o quarto com representantes dos distritos sanitários. O Quadro 2 mostra os temas abordados nos roteiros de entrevista.

Quadro 2 – Temática dos roteiros de entrevista

Roteiro	Área	Questões	Objetivo
1	CS	1-4	Função e tempo de trabalho entrevistado
		5-6	Caracterização CS
		7-14	Processo de desenvolvimento/melhoria
		15-22	Participação da comunidade
2	CLS/CMS	1-4	Caracterização do entrevistado
		5-8	Funcionamento Conselhos de saúde
		9-15	Participação da comunidade na gestão/melhoria de serviços
3	Planejamento	1-4	Função e tempo de trabalho entrevistado
		5	Papel do setor
		6-17	Processo de desenvolvimento/melhoria
4	Distritos Sanitários	1-4	Função e tempo de trabalho entrevistado
		5	Papel do setor
		6-11	Processo de desenvolvimento/melhoria

Fonte: Elaborado pela autora.

Os roteiros de entrevistas foram encaminhados para a avaliação de uma médica especialista em saúde da família atuante na APS de Florianópolis e para uma técnica administrativa com formação em Design. Foram avaliados se as perguntas estavam adequadas aos seus objetivos e se a linguagem utilizada estava apropriada. Os roteiros de entrevistas são apresentados no Apêndice C.

2.1.2.2 Estudo de caso da aplicação do Design de Serviços na saúde – NHS

O segundo estudo de caso foi realizado em parceria com o *OpenLab* da Universidade de Newcastle (Inglaterra) no qual foi analisado o uso da abordagem EBCD na melhoria de serviços de saúde do sistema inglês de saúde (NHS). Nesse estudo foram entrevistados os facilitadores de projetos de melhoria e um dos principais pesquisadores da abordagem EBCD, aqui representado por CD01. Os participantes foram convidados por indicações (bola de neve), três dos participantes foram indicados pelo Prof. Peter Wright da Universidade de Newcastle, um destes participantes indicou CD01 e este indicou os demais participantes (quatro facilitadores de projeto). A apresentação da pesquisa e convite para participação se deu via e-mail. Foram entrevistados sete facilitadores de projetos nos quais foi usado o EBCD ou suas variações, relacionado à sete projetos de variados serviços de saúde. As entrevistas foram realizadas de forma presencial, com exceção de uma, realizada por videoconferência.

Foram utilizados dois roteiros de entrevista neste caso, um para os facilitadores de projeto, abordando a experiência com o uso da abordagem EBCD e outro para a entrevista com CD01 abordando as alterações e o impacto do EBCD nos serviços de saúde no decorrer do tempo. Os roteiros destas entrevistas são apresentados no Apêndice C e o Quadro 3 mostra os tópicos abordados.

Quadro 3 – Tópicos abordados estudo de caso NHS

Roteiro	Área	Tópico
1	Facilitadores	Caracterização entrevistado
		Processo de aplicação EBCD
		Participação pacientes/funcionários
		Resultados
Aspectos positivos e negativos		
2	Pesquisador	Evolução EBCD
		Inserção no NHS
		Contribuições e desafios da abordagem
		Efeitos duradouros
		Perspectivas para o futuro do EBCD

Fonte: Elaborado pela autora.

2.1.2.3 Análise de Dados

Para a análise dos dados coletados nas entrevistas foi utilizada a Análise de Conteúdo, sendo esta definida como:

“um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que trata o que foi narrado, e uma dimensão interpretativa que decorre das investigações do analista em relação a um objeto de estudo, com recursos de um sistema de conceitos teórico-analíticos que permitem formular regras de inferência (GUERRA, 2006).

Neste trabalho foi utilizado o tema como unidade de registro. Segundo Bardin (2011), a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe o objeto de análise, sua presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Também foi feito uso da categorização/análise categorial. Análise categorial leva em consideração a totalidade de um texto, passando por uma classificação do recenseamento, segundo a frequência, ou ausência, de itens de sentido. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), com características em comum, sob um título genérico. A classificação se dá segundo um critério suscetível de fazer surgir um sentido introduzindo alguma ordem à confusão inicial (BARDIN, 2011).

Para a exploração do material e tratamento dos resultados foram adotadas as atividades propostas por Guerra (2006):

- Transcrição - as entrevistas que foram primeiramente documentadas em áudio devem ser transcritas, essa deve ser integral e fiel ao que foi dito;
- Leitura das entrevistas – durante a leitura são destacadas algumas frases (com código de cores) que, por exemplo, demonstram fatos, frases ilustrativas do discurso,

surpresas do discurso; também são realizadas anotações de análise temática e problemática das entrevistas;

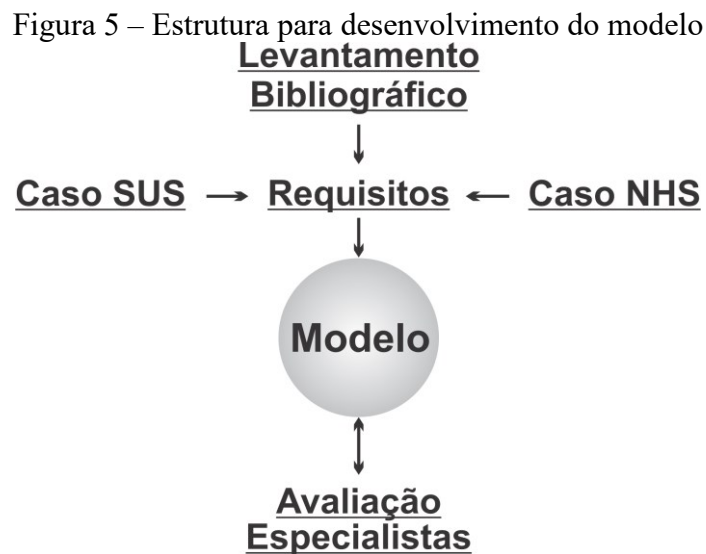
- **Construção das sinopses** – com base na leitura são construídas as sinopses que são sínteses do discurso que contêm a mensagem essencial da entrevista, mantendo a fidelidade ao que disseram os entrevistados;

- **Análise descritiva (categorial e temática)** – a intenção é mostrar o que foi dito pelos entrevistados agregando as diferentes lógicas do que foi relatado por eles;

- **Análise interpretativa** – conceber novos conceitos e avançar com proposições teóricas potencialmente explicativas do fenômeno que estuda.

2.2 DESENVOLVIMENTO DO MODELO

A fase de desenvolvimento do modelo foi dividida em duas etapas. A definição de requisitos e elaboração do modelo, usou dos conhecimentos adquiridos na fase de levantamento de dados para definir os requisitos e guiar a construção do modelo proposto. Na segunda etapa o modelo proposto foi avaliado por especialistas e elaborado sua versão final. A Figura 5 mostra o desenvolvimento do modelo relacionado as etapas da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora.

2.2.1 Definição de requisitos e elaboração do modelo para desenvolvimento e melhoria de serviços da APS

O modelo foi elaborado com base nos dados coletados nos estudos de caso e na literatura referente a métodos centrados no usuário e do uso de EBCD. No primeiro estudo de caso foram identificados os métodos atualmente utilizados (em que o EBCD pode ser incorporado), pessoas envolvidas e papéis exercidos, e fragilidades que podem ser trabalhadas na proposta do modelo. No segundo estudo de caso foram identificados quais os resultados

que podem ser obtidos em uma abordagem EBCD, como os usuários foram envolvidos durante o processo e no co-design desses resultados, e barreiras enfrentadas no processo. Na literatura, assim como no estudo de caso, são encontradas medidas que podem auxiliar na superação ou prevenção dessas barreiras. Ao identificar os pontos positivos e as fragilidades de cada estudo de caso e as medidas encontradas na literatura que podem auxiliar na solução ou prevenção das fragilidades foi determinado os requisitos do modelo.

A elaboração do modelo se deu a partir dos requisitos definidos, organizando as ações necessárias em fases. Para o detalhamento e operacionalização do modelo buscou-se definir o que cada fase do modelo deveria responder em relação aos seguintes questionamentos (MERINO, 2014, itens a-c):

- a)O que é esta fase?
- b)O que fazer nesta fase?
- c)Como fazer esta fase?
- d)Quem deve participar, conduzir essa fase?

O último questionamento foi adicionado para contemplar as questões de co-design proveniente do design de serviços e da abordagem EBCD.

2.2.2 Avaliação do modelo

Segundo Romano (2003) um modelo desenvolvido deve ser avaliado segundo critérios que permitam verificar o atendimento de seu propósito. O propósito do modelo é guiar o desenvolvimento/melhoria de serviços de saúde de atenção primária do SUS integrando a participação dos usuários (co-design). Para isso foram definidos os seguintes critérios de avaliação:

- Adequação do modelo ao tema proposto - considerando aspectos do design de serviços, co-design e sua capacidade de solução de problemas;
- Apresentação do modelo - permite a compreensão pelos interessados e a sua aplicação de forma clara e completa.

O questionário de avaliação do modelo contém 11 questões referentes aos critérios citados. Para a avaliação do nível de atendimento dos critérios foi adotada escala *Likert* de cinco pontos, na qual 1 corresponde ao não atendimento do ponto avaliado e 5 ao atendimento total. Após cada questão foi inserido um campo opcional para observações referentes à questão e ao final do questionário um campo para os especialistas indicarem suas opiniões e sugestões gerais do modelo. No questionário usado para a avaliação do modelo também foi inserido uma seção de caracterização do avaliador (formação, titulação, atuação profissional)

e autoavaliação do avaliador com relação a seus conhecimentos em desenvolvimento de serviços, co-design e desenvolvimento/melhoria de serviços de saúde. O instrumento de avaliação do modelo é apresentado no Apêndice D.

A avaliação do modelo foi realizada por especialistas. A seleção dos especialistas deu-se por meio de análise de currículo lattes de profissionais e pesquisadores das áreas de desenvolvimento de serviços e co-design. Também foram convidados os profissionais entrevistados nos estudos de caso. Os especialistas selecionados foram convidados a avaliar o modelo por e-mail. Neste contato foi apresentada a pesquisa, e encaminhado um documento em formato PDF com a apresentação do modelo e o detalhamento de suas fases, ao final desse documento encontra-se um link direcionando para o questionário de avaliação online (Apêndice E).

Para o julgamento dos pontos abordados nas questões de avaliação do modelo, foram utilizadas as medidas de tendência central moda e mediana. O critério avaliado em cada questão foi considerado adequado quando essas medidas foram 4 ou 5, o que significa que o critério foi atendido em boa parte ou atendido totalmente. Segundo Crespo (2002) o uso da moda é indicado quando a medida de posição deve ser o valor mais típico da distribuição, neste caso representa a avaliação feita pela maioria dos especialistas. Ainda segundo Crespo (2002), a mediana é indicada quando se deseja obter o ponto em partes iguais, portanto neste caso quando a mediana for maior que 3 estima-se que ao menos 50% dos especialistas consideraram o critério adequado.

Em questões em que a moda ou mediana for 3 ou menor, este ponto foi ajustado no modelo proposto buscando atender as indicações apresentadas pelos avaliadores nos campos observações e sugestões, criando assim o modelo final. As respostas dos dois grupos de especialistas foram analisadas conjuntamente, uma vez que a comparação de medianas entre grupos (teste de medianas) não apontou diferenças estatísticas significativas entre esses grupos em todas as questões. No entanto a moda e a mediana são apresentadas também divididas entre os grupos de especialistas para discussão dos dados.

3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Este capítulo apresenta os temas Sistema de Saúde e Desenvolvimento de Serviços. No tema de sistema de saúde é apresentado o que é um sistema de saúde, os tipos de sistemas de saúde e suas características. O foco desse tema é o Sistema Único de Saúde - SUS, os serviços de atenção primária e o processo de planejamento desses serviços no município de Florianópolis. Na seção de desenvolvimento de serviço também é abordado o Design Centrado no Usuário, apresentando modelos de desenvolvimento presentes na literatura. Também é exposto o conteúdo encontrado na busca sistemática de como o setor da saúde tem abordado o desenvolvimento de serviços e é apresentada a abordagem *Experience Based Co-Design* utilizada no sistema de saúde do Reino Unido.

3.1 SISTEMA DE SAÚDE

Como mencionado anteriormente, o sistema de saúde é formado pelas organizações, instituições, recursos e pessoas que objetivam melhorar a saúde, entregando intervenções preventivas, curativas e de reabilitação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Os sistemas de serviços de saúde têm dois objetivos principais: otimizar a saúde da população e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais (STARFIELD, 2002).

O sistema de saúde é formado por seis componentes essenciais ou "blocos de construção" (*building blocks*): entrega de serviços, força de trabalho de saúde, sistemas de informações de saúde, acesso a medicamentos essenciais, financiamento e liderança/governança. Esses componentes se refletem nos elementos necessários para o funcionamento do sistema de saúde, sendo estes: funcionários, financiamento, suprimentos, transporte, comunicação, orientação e direcionamentos gerais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A prestação de serviços depende da capacidade dos sistemas de serviços de saúde. A capacidade se dá pelos recursos necessários para oferecer os serviços (STARFIELD, 2002). O Quadro 4 mostra os principais componentes estruturais que definem a capacidade do sistema de serviço de saúde.

Quadro 4 - Elementos capacitantes de um sistema de saúde

Pessoal	Todos os envolvidos na prestação do serviço e sua educação e treinamento
Instalações e equipamentos	Prédios e componentes físicos das instalações, incluindo elementos como instrumental laboratorial e tecnologia para diagnóstico ou tratamento
Gerenciamento e comodidades	Características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção clínica (forma de registro de resultado de exames, cordialidade e respeito aos pacientes)
Variedade de serviços oferecidos	Gama de serviços que varia entre unidades, mas cada unidade define o tipo de serviços disponíveis
Organização de serviços	Definição se o trabalho se dá em equipe ou de forma individual, quais mecanismos para assegurar a confiabilidade e quem é responsável por oferecer os diferentes aspectos da atenção?
Mecanismos para oferecer continuidade da atenção	Especialmente importantes na Atenção Primária. Continuidade é oferecida na forma de profissionais ou equipes que servem como primeiro contato para o paciente, mas pode ocorrer de a continuidade ser o prontuário médico
Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento	Possibilitar o acesso às pessoas que necessitam dos serviços. Existem diversos tipos de acessibilidade - em relação ao tempo, geográfica, psicossocial.
Arranjos para financiamento	Método de pagamento dos serviços e remuneração da equipe.
Delineamento da população eletiva para receber os serviços	Cada unidade do sistema de serviços de saúde deveria ser capaz de definir a comunidade a qual serve e conhecer suas características importantes em termos sócio demográficos e de saúde. Membros da população deveriam ser capazes de identificar sua fonte de atenção e estar conscientes da responsabilidade desta pela oferta dos serviços requeridos
Administração do sistema de saúde	Sistemas de saúde diferem em sua responsabilidade em relação aqueles aos quais servem. Frequentemente não envolvem a população em decisões sobre a maneira pela qual os serviços são organizados ou oferecidos. Às vezes, conselhos comunitários servem como conselho consultivo. Raramente a responsabilidade pela tomada de decisão é compartilhada ou assumida por comitês comunitários.

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Strafield (2002).

3.1.1 Tipos de Sistema de Saúde

Os sistemas de saúde tendem a seguir o tipo de proteção social adotado pelos países; três tipos se destacam no mundo: a seguridade social, o seguro social e a assistência (PAIM, 2015). Similarmente, Rothgang *et al.* (2005) também destacam três tipos de serviço usando a nomenclatura de sistema de seguro social, serviço de saúde nacional e sistema privado (seguro). A Figura 6 mostra as características desses tipos de sistema de saúde.

Figura 6 - Características dos tipos de sistema de saúde

Seguro Social (meritocrático)	Seguridade (serviço de saúde nacional)	Assistência (residual)
<ul style="list-style-type: none"> • Universal; • Solidariedade, Serviços garantidos para aqueles que contribuem com a previdência social; • Provedores públicos e privados; • Controlado total ou parcialmente pelo Estado, barganha coletiva; • Ocorre em países como a Alemanha, França e Suíça. 	<ul style="list-style-type: none"> • Universal; • Equidade, Vinculado à condição de cidadania; • Financiado publicamente por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos; • Provedores públicos; • Controlado pelo Estado, hierarquizado; • Ocorre em países como Inglaterra, Canadá, Cuba, Suécia e Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de acordo com a capacidade de pagamento; • Algum atendimento apenas para aqueles que comprovem sua condição de pobreza; • Provedores privados; • Atendimento à saúde sob a responsabilidade do mercado; • Há restrições à intervenção do Estado; • Ocorre em países como Estados Unidos.

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Paim (2015, p. 17) e Rothgang et al. (2005, p. 191).

O tipo de sistema de saúde de seguridade ou serviços de saúde nacional depende mais do Estado do que os outros tipos de sistema. O Estado é responsável pela prestação do serviço, financiamento e regulamentação; o financiamento é baseado em impostos e a regulamentação geralmente é hierarquizada por meio de um modelo de planejamento. No Seguro Social, por sua vez, os serviços são prestados por provedores públicos, não governamentais, organizações sem fins lucrativos, e empresas privadas com fins lucrativos. O financiamento deste tipo de sistema é público por meio de fundos de segurança social que são agências parafiscais públicas, e apenas com base nas contribuições para a segurança social; a organização é negociada entre planos de saúde e prestadores de serviço. O sistema privado ou de assistência se caracteriza pelo financiamento privado, prestação de serviços por empresas privadas com fins lucrativos e um grau limitado de regulamentação pública. A coordenação entre provedores, financiadores e usuários em potencial é deixada para o mercado (ROTHGANG et al., 2005).

No Brasil, na década de 1920 foi adotado um sistema de proteção social baseado no seguro social. A partir de 1988, a Constituição brasileira optou pelo sistema de seguridade social, embora a saúde seja livre à iniciativa privada (PAIM, 2015).

3.1.2 Sistema Único de Saúde – SUS

A constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu Artigo 196, coloca a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012). O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. São objetivos do SUS a

identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Lei nº 8.080 1990a). O SUS oferece à população serviços de saúde com acesso integral, universal e gratuito. O sistema realiza em torno de 2,8 bilhões de atendimentos por ano, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade (FIOCRUZ, 2016).

O Art. 198 da Constituição Federal estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 2012).

A hierarquização dos serviços se dá segundo a complexidade tecnológica dos serviços (BRASIL, 2010). Essa hierarquização se dá pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011 b; 2010). Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (Atenção Primária de Saúde - APS⁴), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010).

A rede regionalizada permite a distribuição dos estabelecimentos de saúde de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados (PAIM, 2015). O princípio de regionalização orienta a organização do SUS, representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados. Com a regionalização os serviços são organizados em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento (BRASIL, 2006 a; PAIM, 2015).

A descentralização do SUS busca a adequação à diversidade regional do país. A gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a conseqüente transferência de

⁴ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2011b).

recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica. As decisões sobre o SUS devem ser tomadas em cada Município, Estado e Distrito Federal por meio das secretarias de Saúde, cabendo ao Ministério coordenar a atuação do sistema no âmbito federal (PAIM, 2015).

A integralidade de assistência garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2009 b). Essas ações e serviços podem ser individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2009b; 1990a). A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não em um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009b).

A participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde, trata-se de uma recomendação de organismos internacionais para o desenvolvimento de sistemas de saúde. Esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS; a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde (PAIM, 2015).

A Lei n.8.142 de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Essa lei estabelece neste aspecto que o SUS deve contar, em cada esfera de governo, com as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde, avalia a situação de saúde e propõe as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, essa conferência ocorre a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais. O Conselho de Saúde, como mencionado na parte introdutória deste trabalho, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários; atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b). Cabe ainda aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades; dessa forma, o Conselho Nacional definirá diretrizes nacionais e os demais conselhos definirão as diretrizes locais, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa (BRASIL, 2015a).

3.1.3 Atenção Primária à Saúde

Em 1920 a Grã-Bretanha divulgou o Relatório Dawson (*Dawson Report, Lord Dawson of Penn*) tratando da organização do sistema de serviços de saúde (LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002). O relatório apresentou uma estrutura organizacional baseada em

diferentes níveis de atenção com vínculos formais entre eles. Esses três níveis consistem em o nível mais básico, centro de atenção primária à saúde, apoiado por um nível secundário, formado por especialistas que forneciam atenção por consultas que era apoiado por um nível terciário baseado em hospitais-escola para atenção às doenças mais incomuns e complicadas. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (STARFIELD, 2002), dentre eles o Brasil.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata no ano de 1978 resultou na Declaração de Alma Ata. Esta Declaração reiterou a saúde como sendo um direito fundamental da humanidade e que deve ser respeitado, protegido e garantido a todos os povos do mundo (OMS; UNICEF, 1979; RAMÍREZ et al., 2016). Para se atingir esse objetivo se promoveu a adoção da estratégia de Atenção Primária. Países com uma orientação mais forte para Atenção Primária possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 1994).

Na Declaração de Alma Ata a Atenção Primária em saúde foi definida como:

"cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (OMS; UNICEF, 1979, p. 3).

No documento também é colocado que os cuidados primários de saúde refletem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades. Também visa os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção prevenção, cura e reabilitação. Quanto à participação da comunidade, os cuidados primários de saúde devem requerer e promover a participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, sendo a participação um direito e dever dos povos (OMS; UNICEF, 1979).

A Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. A Atenção Primária também integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe. Tem o papel de organizar e

racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002).

Geralmente identificada como a porta de entrada no sistema de saúde, a Atenção Primária pode ser distinguida de outros tipos de atenção pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas. Estas características incluem a variedade de diagnósticos ou problemas observados, prevenção de doenças e uma alta proporção de pacientes que já são conhecidos na unidade de saúde (STARFIELD, 2002). O Quadro 5 mostra as características da Atenção Primária à Saúde comparadas à Atenção Médica Convencional.

Quadro 5 - Características de atenção à saúde

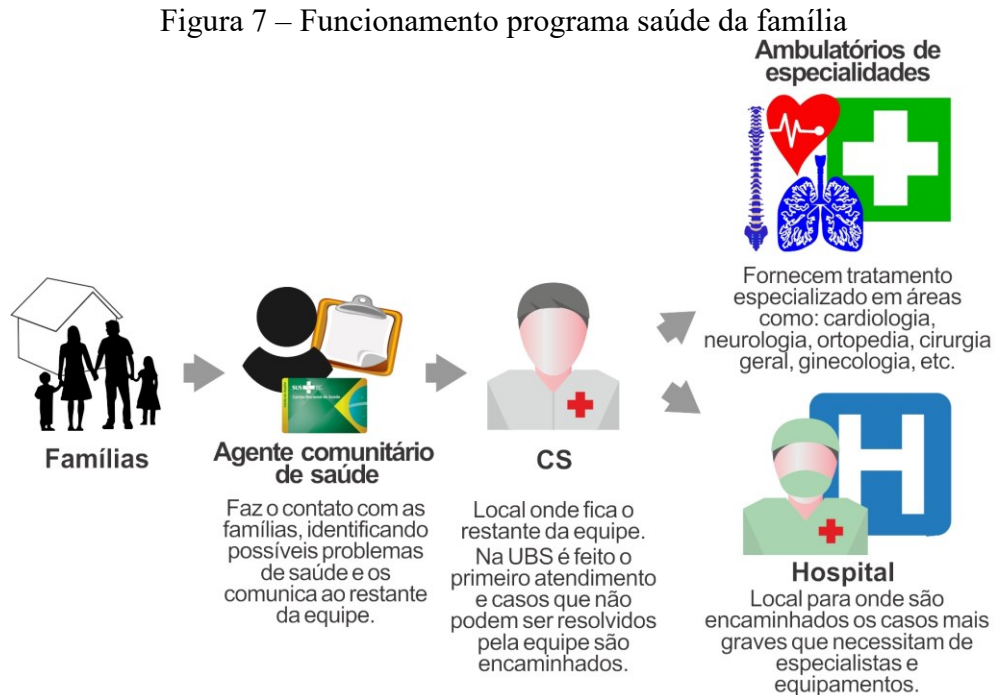
Convencional	Atenção Primária
<i>Enfoque</i>	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
<i>Conteúdo</i>	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
<i>Organização</i>	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
<i>Responsabilidade</i>	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Autoresponsabilidade

Fonte: Starfield (2002, p. 33).

No Brasil, a Atenção Primária, estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, é formada por equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. O primeiro nível de atenção tem função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

A atenção básica deve ser a base da RAS, sendo a modalidade de serviço com alto grau de descentralização e capilaridade. Cabe também à atenção básica ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011 b).

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011 b). O programa Saúde da Família divide as regiões da cidade em áreas (aproximadamente 4500 pessoas), cada área é alocada a uma equipe de profissionais de saúde (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários, e outros profissionais) (GUIA DE DIREITOS, 2016). O funcionamento do Programa Saúde da Família é demonstrado na Figura 7.



Fonte: Elaborado pela autora com base em guiadedireitos.org, acessado em 11/11/2016.

A Atenção Primária em Florianópolis é organizada segundo o modelo da Estratégia de Saúde da Família, com Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo acompanhamento e coordenação do cuidado da população de sua área de abrangência (FLORIANÓPOLIS, 2014a; 2016 a). Os Centros de Saúde (CS), são as estruturas responsáveis pela prestação da maioria dos serviços da Atenção Primária, distribuídas pelo município, apresentando-se como porta de entrada preferencial da rede de atenção (FLORIANÓPOLIS, 2016 a). Os centros de saúde e equipes de Atenção Primária estão agrupados, por território, em distritos sanitários, que são responsáveis pela coordenação geral, apoio e monitoramento das ações de Atenção Primária em seus respectivos territórios, com apoio da Diretoria de Atenção Primária e demais setores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde - SMS (FLORIANÓPOLIS, 2014a).

A SMS orienta a organização do acesso aos serviços de saúde de acordo com as características territoriais e necessidades da população, assim como, definir fluxos de entrada, considerando o percurso do usuário para demanda espontânea, demanda programática,

cuidado continuado e de urgência (FLORIANÓPOLIS, 2014b). São prestados nos CSs os serviços de atenção integral e longitudinal à saúde de todos os moradores do território adstrito, atendimento à demanda de todas as pessoas que moram ou visitam o território e atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (FLORIANÓPOLIS, 2016a). Na Atenção Primária de Florianópolis são oferecidas atividades assistenciais à saúde da criança e do adolescente, do adulto e do idoso, procedimentos e pequenas cirurgias, primeiro atendimento a urgências e emergências, atenção domiciliar e atenção coletiva (FLORIANÓPOLIS, 2014b).

Todo Centro de Saúde deve organizar seu processo de trabalho de modo a realizar escuta qualificada (ouvir a demanda, avaliar risco e vulnerabilidade, oferecer resposta adequada) em todo o horário de funcionamento e por todos os profissionais de saúde do Centro de Saúde. Todos os profissionais de Atenção Primária devem estar disponíveis para atendimentos de demanda espontânea e de demanda programada durante seu horário de trabalho (FLORIANÓPOLIS, 2014a).

Os Centros de Saúde do município devem, obrigatoriamente, disponibilizar em local visível para a população os horários de atendimento do centro, a área de abrangência, as formas de agendamento/acesso dos usuários ao Centro de Saúde e suas equipes, contato da ouvidoria e "cardápio" de serviços disponíveis e formas de acesso. Os Centros de Saúde podem também disponibilizar os fluxos de atendimento à população, devem considerar a ambiência (luminosidade, ventilação, acústica, entre outros), devem conhecer os fluxos de acesso e sistemas de regulação dos serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, orientando os usuários sobre a utilização dos demais serviços da rede municipal de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2014b; 2016a).

Quanto à participação popular, a SMS recomenda que todo Centro de Saúde tenha um Conselho Local de Saúde, e que facilite aos usuários registrarem elogios, sugestões, críticas ou reclamações disponibilizando livros, caixas ou canais eletrônicos para tal. Os contatos da ouvidoria devem estar expostos em local visível para o usuário como mencionado anteriormente (FLORIANÓPOLIS, 2014b; 2016a).

3.1.4 Planejamento em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

O Sistema de Planejamento do SUS integra processos e instrumentos para a sua gestão. Para garantir que o planejamento cumpra seu papel gerencial é necessário que se construa uma cultura de planejamento nas instituições (FLORIANÓPOLIS 2017a). Na saúde, planejar é imprescindível, pois possibilita conhecer a realidade e os problemas, avaliar os

caminhos a serem percorridos, perceber as oportunidades e almejar um futuro melhor (FLORIANÓPOLIS, 2014c).

A SMS tem buscado consolidar a cultura do planejamento na instituição, partindo do pressuposto que esse processo colaborativo é capaz de mudar a realidade dos serviços (FLORIANÓPOLIS, 2016b). O planejamento se constrói como processo participativo dos trabalhadores de todas as unidades de trabalho, de Centros de Saúde à gerências e diretorias, sendo estes incentivados a analisar a situação em que se encontram e planejar ações para superar as dificuldades (FLORIANÓPOLIS, 2017a). O planejamento com foco no usuário oportuniza melhor acesso e qualidade dos serviços prestados aos seus clientes e maior satisfação da rede municipal de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016b).

A SMS tem usado o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) para auxiliar no planejamento (FLORIANÓPOLIS, 2013). O ciclo PDCA descreve a filosofia da melhoria contínua. Essa abordagem aponta que verificar ou inspecionar a qualidade é uma ação tardia, o foco deve estar no processo. O ciclo consiste em quatro passos: planejar, escolher e analisar o problema; executar, implementar a solução; verificar os resultados da mudança; e agir para padronizar a solução e refletir sobre o aprendizado (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014).

3.2 DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇO E DESIGN CENTRADO NO USUÁRIO

Um serviço é um meio de entregar valor para o consumidor facilitando resultados que os consumidores querem atingir sem a propriedade de custos e riscos (RUDD; LLOYD, 2007). As principais características do serviço são: sua intangibilidade; sua relação direta entre fornecedor e consumidor; que os usuários participam na produção do serviço, não sendo possível separar o serviço do consumo; não podem ser armazenados; não podem ser possuídos; são experiências complexas; e é difícil mensurar sua qualidade (MORELLI, 2009; MORITZ, 2005).

Considerando as características únicas dos serviços é necessário envolvê-las no processo de desenvolvimento. Segundo Polaine, Lovlie e Reason (2013), serviços e produtos são completamente diferentes, portanto usar a mesma abordagem para projetar um serviço e um produto pode levar a um consumidor hostil em vez de obter resultados agradáveis aos usuários (*user-friendly*). Empresas de produtos tendem a focar na eficiência ao invés da qualidade da experiência completa do consumidor, como deve ocorrer nos serviços. Quando uma prestadora de serviços segue a tendência utilizada no produto podem surgir problemas que afetam a experiência do consumidor. Os autores dão como exemplo pacientes em hospitais que não recebem informações sobre porque eles estão esperando por horas, ou

recebem informações contraditórias durante um momento que estão emocionalmente fragilizadas (POLAINE; LOVLIE; REASON, 2013).

A elaboração de um sistema de prestação de serviços é um processo criativo (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). Esse processo criativo pode ser chamado de Desenvolvimento de Serviços ou Design de Serviços, dependendo da área de estudo. O Design de Serviços se dirige à funcionalidade e à forma dos serviços sob a perspectiva dos usuários. Como indicado anteriormente, objetiva assegurar que as interfaces do serviço sejam úteis, usáveis e desejáveis sob o ponto de vista dos usuários e eficaz, eficiente e distintivo para os fornecedores (MAGER et al., 2008). O Design de Serviços é a experiência global de um serviço assim como o design do processo e da estratégia para prestar esse serviço. Esse processo cria e formula a interface do cliente e constrói todos os detalhes da jornada de serviço, com suas estratégias voltadas aos usuários (MORITZ, 2005).

O processo do Design de Serviços conta com cinco princípios: centrado no usuário - os serviços devem ser testados através do olhar do cliente; cocriativo - todos os *stakeholders* devem ser incluídos no processo; sequencial - o serviço deve ser visualizado como uma sequência de ações inter-relacionadas; evidente - serviços intangíveis devem ser visualizados como artefatos físicos; e holístico - todo o ambiente de um serviço deve ser levado em consideração (STICKDORN; SCHNEIDER, 2014).

O projeto de um sistema de serviços envolve aspectos como localização, projeto e layout de instalações que permitam um fluxo eficaz de trabalhadores e clientes, definições de procedimentos e tarefas para os prestadores de serviços, medidas para assegurar a qualidade, grau de envolvimento dos clientes, seleção de equipamentos e capacidade adequada de serviço. O projeto de serviço consiste de elementos estruturais - sistema de fornecimento, design das instalações, localização, planejamento de capacidade - e elementos administrativos - informação, qualidade, o encontro de serviço, gerenciamento da capacidade e da demanda. (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). É importante que uma abordagem holística contemplando todos os aspectos do design seja adotado e que, quando alterado qualquer um dos elementos individuais do design, todos os outros aspectos sejam considerados (RUDD; LLOYD, 2007).

O serviço acontece no decorrer do tempo e é feito de pontos de encontro (*touchpoints*), as pessoas, informações e ambientes que se encontram no processo do serviço (TECHNOLOGY STRATEGY BOARD; DESIGN COUNCIL, 2014). O processo do design de serviço ajuda na compreensão dos consumidores, do mercado, recursos disponíveis e dá percepções nas expectativas do cliente, necessidades e experiências ao longo de todos os

pontos de contato (MORITZ, 2005). O processo de design de serviço depende de uma abordagem multidisciplinar (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014; MORITZ, 2005). Métodos e ferramentas são usados para fazer a experiência do serviço consistente, desejável, usável, viável, alinhada com a identidade da empresa e comercialmente de sucesso (MORITZ, 2005).

Para se projetar um bom serviço é necessário se ter os usuários em mente (TECHNOLOGY STRATEGY BOARD; DESIGN COUNCIL, 2014). Além dos usuários deve-se levar em consideração os diversos *stakeholders* (partes interessadas) deste serviço. Durante o processo de design é preciso envolver os usuários e os demais *stakeholders* na exploração e definição da proposição de serviços. Para se trabalhar com esse grupo heterogêneo de *stakeholders* os designers de serviços buscam criar um ambiente que facilite a geração e avaliação de ideias auxiliado por métodos e ferramentas, isto é chamado de cocriação ou co-design (STICKDORN; SCHNEIDER, 2014).

O co-design possibilita que os usuários participem do processo de desenvolvimento. Os usuários têm um papel vital no desenvolvimento e na entrega dos serviços, trabalhando com profissionais e equipe de serviço para criar soluções. A criação envolve um processo de diálogo que vai além das perspectivas iniciais de apenas um lado. O co-design não é apenas uma questão de consulta formal no qual os profissionais dão aos usuários uma oportunidade para expressarem suas opiniões em um número limitado de alternativas. É um processo mais criativo e interativo que desafia as opiniões das partes envolvidas e busca combinar as *expertises* de novas maneiras (COTTAM; LEADBEATER; DESIGN COUNCIL, 2004). As combinações produtivas dessas perspectivas diferentes auxiliam no entendimento tanto do lado da demanda do serviço (necessidades dos usuários) quanto o lado de prestação (processos e tecnologias), assim desenvolvendo um serviço de sucesso. O co-design pode trazer benefícios que se traduzem em serviços diferenciados e de maior qualidade, mais adequados e mais satisfatórios, tendo maior foco nos usuários (STEEN; MANSCHOT; DE KONING, 2011). O co-design envolve a transformação de relações de poder tradicionais entre os *stakeholders* e procura gerar propriedade coletiva do projeto (DONETTO et al., 2015).

As áreas de Design de Serviço e o Design Centrado no Usuário (DCU) apresentam vários relacionamentos em seus princípios de projeto e ambas as áreas tem o usuário como diretriz. O DCU se baseia nas necessidades e interesses dos usuários, dando atenção especial à questão de fazer produtos/serviços compreensíveis e facilmente utilizáveis. O DCU deve assegurar que o usuário possa descobrir o que fazer e que tenha condições de saber o que está

acontecendo (NORMAN, 2006). Para garantir que os desejos e necessidades dos usuários sejam satisfeitos, os usuários devem ser representados ao longo do processo como a melhor opção para a produção de produtos utilizáveis e bem-sucedidos (MAGUIRE, 2001).

O DCU, chamado de projeto centrado no ser humano na ISO 9241-11:2010, é uma abordagem para o desenvolvimento de sistemas interativos que tem por objetivo tornar os sistemas utilizáveis e úteis, dando ênfase aos usuários, suas necessidades e exigências, pela aplicação de técnicas de usabilidade e fatores humanos (ISO, 2010). O termo DCU pode ser visto como um termo "guarda-chuva" que cobre várias abordagens, como o design de serviços, design participativo, usabilidade, design para experiência do usuário, design transformativo, design centrado no valor, entre outros. Essas abordagens podem apresentar conflitos em seus fundamentos, mas seguem o princípio geral do DCU (KEINONEN, 2010).

O uso da abordagem DCU em projetos pode auxiliar na concepção de sistemas de maior usabilidade, que então podem beneficiar o aumento da produtividade, redução dos erros, do tempo de treinamento, e da necessidade de suporte humano, melhorar a aceitação do usuário e melhorar a reputação da empresa (MAGUIRE, 2001). Com o desenvolvimento e as mudanças no DCU, o foco de proteger os usuários por meio da usabilidade foi diluído com o surgimento de objetivos de projeto mais versáteis juntamente com o surgimento da Experiência do Usuário (UX). Ao mesmo tempo, o ser humano que costumava ser reduzido a um operador de um sistema de processamento de informações, foi substituído por um contribuinte mais holístico e ativo (KEINONEN, 2010).

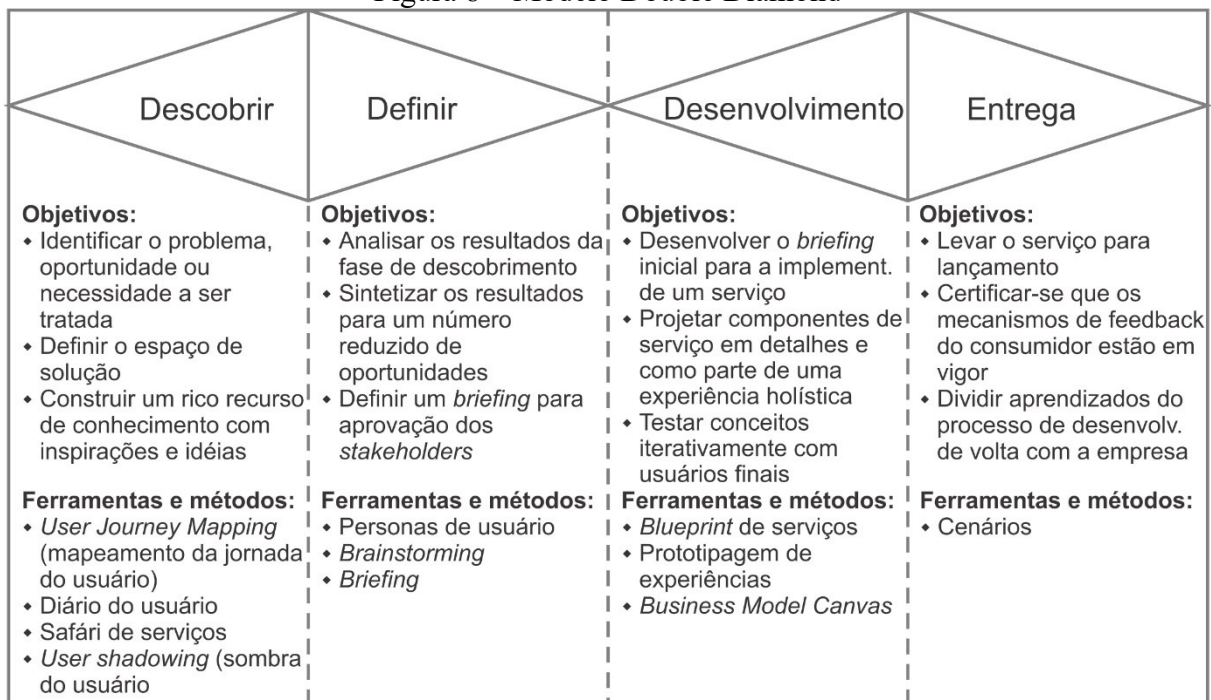
3.2.1 Modelos de desenvolvimento de serviço

Ao pensar o processo de Design, é importante ter em mente algumas considerações fundamentais. É necessário realizar saltos entre os estados de projetar com foco nos detalhes e projetar com uma visão holística. Assim, enquanto se trabalha nos detalhes de um ponto de contato, é preciso considerar a localização desse ponto de contato dentro de toda a jornada do usuário, ou ainda, enquanto se trabalha na reformulação do design das interações com funcionários, é necessário levar em conta a estrutura organizacional como um todo (STICKDORN; SCHNEIDER, 2014).

Os processos de Design não são lineares, mas é possível articular uma estrutura geral para eles, e essa é uma estrutura iterativa em sua abordagem. São encontradas na literatura várias estruturas para esse processo, mas todas compartilham fundamentalmente a mesma mentalidade (STICKDORN; SCHNEIDER, 2014). Segundo os autores as estruturas iterativas costumam se dar em quatro passos relacionados a exploração, criação, reflexão e

implementação, ou como colocado por Moritz (2005), o processo de criação de serviços passa pelos quatro D's: Descobrir, Definir, Desenvolver e entregar (do inglês *Deliver*). O modelo de desenvolvimento Duplo Diamante (*Double Diamond*) também passa por essas quatro etapas, o modelo mapeia como o processo de design passa por pontos onde o pensamento e as possibilidades são mais amplas o possível até chegar as situações em que são deliberadamente reduzidos e focados em objetivos distintos (TECHNOLOGY STRATEGY BOARD; DESIGN COUNCIL, 2014). A Figura 8 mostra esse modelo destacando os objetivos de cada fase e quais as ferramentas e métodos indicados durante o processo.

Figura 8 – Modelo Double Diamond



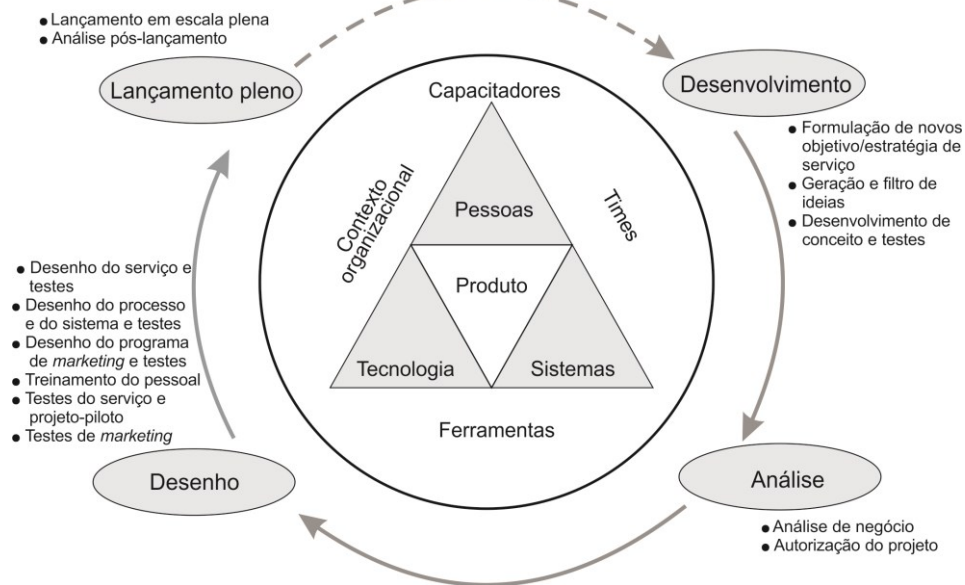
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de Technology Strategy Board, Design Council (2014).

O método não é um protocolo rígido que deve ser seguido sem pensar, é uma estrutura que pode ser adaptada a tarefa sendo realizada. Algumas ferramentas desempenham melhor num pensamento de panorama geral enquanto outros focam em detalhes específicos do projeto (TECHNOLOGY STRATEGY BOARD; DESIGN COUNCIL, 2014).

Na perspectiva da administração de serviços, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014) apresentam um ciclo de desenvolvimento de novos serviços (DNS) que também é composto por quatro etapas: desenvolvimento, análise, desenho e lançamento, tal como ilustrado na Figura 9. Como a figura mostra, o processo de desenvolvimento depende de fatores habilitadores como equipes multidisciplinares, ferramentas e cultura organizacional aberta à inovação. O resultado do processo de desenvolvimento de serviço é formado por pessoas (empregados, clientes), sistemas (necessários para o cumprimento das tarefas) e tecnologias.

O design de serviços pode ser associado ao desenvolvimento de novos serviços (DNS). O design de serviços promove o entendimento contextual e holístico da experiência dos usuários, que beneficia na identificação do posicionamento de valor que melhor atendem o valor de uso dos usuários; o co-design com ferramentas criativas pode facilitar a cocriação de valor; abordagens e métodos centrados no usuário podem ajudar a equipe organizacional a criar recursos de longo prazo para suportar a criação de valor dos usuários (YU; SANGIORGI, 2018).

Figura 9 – Ciclo do processo de DNS

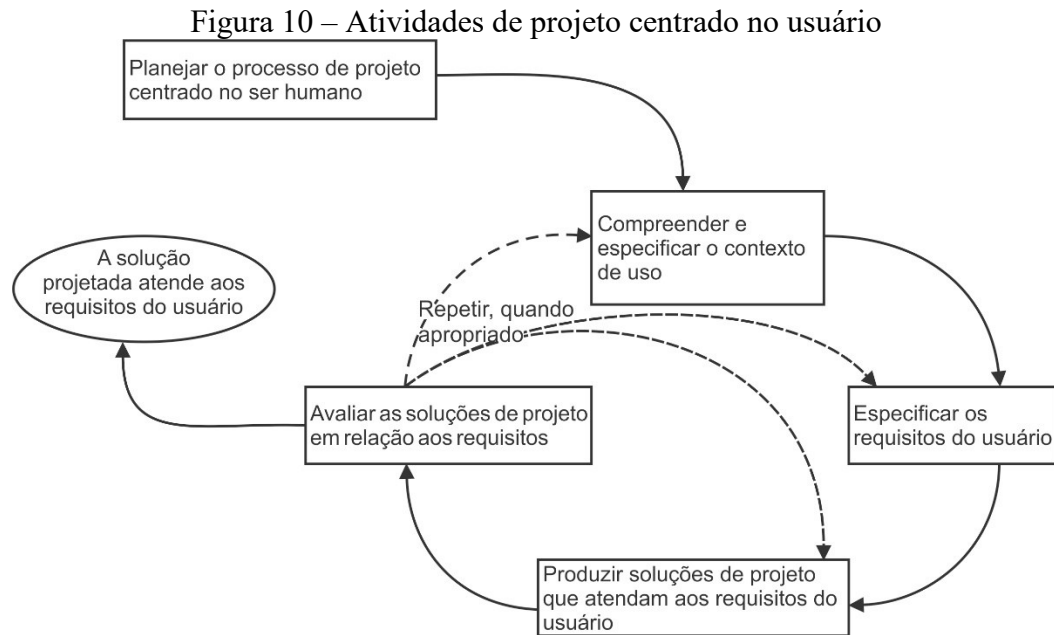


Fonte: Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014, p. 71).

A ISO 9241-11:2010 apresenta um modelo para projeto centrado no usuário. O projeto centrado no usuário recomenda quatro atividades de projeto: compreender e especificar o contexto de uso; especificar os requisitos do usuário, produzir soluções de projeto, e avaliar o projeto, como ilustra a Figura 10. As atividades de projeto indicadas nesta figura não formam um processo linear, mas cada atividade de projeto utiliza resultado de outras atividades (ISO, 2010). A figura mostra também que antes da execução das atividades de projeto se tem uma fase de planejamento.

A primeira atividade, compreender e especificar o contexto de uso, deve incluir os usuários, e demais grupos de *stakeholders*, as características dos usuários, os objetivos e as tarefas dos usuários, o ambiente do sistema (técnico e físico). Na etapa seguinte é indicado identificar as necessidades e especificar os requisitos funcionais e demais requisitos para o sistema. Na atividade de produzir soluções de projeto, possíveis soluções de projeto são feitas com base na descrição do contexto de uso, nos resultados de avaliações iniciais, no estado da arte estabelecido, nas orientações e normas de projeto e usabilidade, assim como na

experiência e conhecimento da equipe multidisciplinar de projeto. É sugerido que a avaliação do projeto seja realizada mesmo nas primeiras fases do projeto, recomenda-se que os conceitos de projeto sejam avaliados para se obter melhor entendimento das necessidades dos usuários. A avaliação centrada no usuário é um elemento essencial para esse tipo de projeto (ISO, 2010).



Fonte: NBR ISO 9241-11:2010, Projeto centrado no ser humano para sistemas interativos, (ISO, 2010).

Tanto a estrutura apresentada para Design de Serviço, quanto a abordagem administrativa estão de acordo com o apontado por Stickdorn e Schneider (2014) em apresentar fases relacionadas a exploração, criação, reflexão e implementação. Considerando os três elementos sugeridos por Bate e Robert (BATE; ROBERT, 2006) como elementos fundamentais para um "Bom Design" - desempenho, engenharia e estética da experiência - o modelo de administração de serviços é mais voltado aos dois primeiros elementos, enquanto o modelo de Design de Serviços abrange também questões relacionadas à experiência dos usuários. As atividades de projeto centrado no usuário poderiam ser incorporadas a qualquer modelo de desenvolvimento, podendo ajudar na incorporação do elemento de estética da experiência no processo de desenvolvimento.

3.3 DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇO NA SAÚDE

As melhores empresas de serviço privado sabem da necessidade de gerenciar a experiência de serviço e seus consumidores com o mesmo rigor que tratam seus componentes funcionais e operacionais. Os sistemas de saúde apresentam as mesmas características que qualquer outro sistema de serviço e passa por pressões similares, ou ainda maiores, para se tornarem mais centradas no usuário (BATE; ROBERT, 2007a).

Segundo os autores, o design voltado para as experiências realça não ser mais suficiente atender as expectativas dos clientes, mas superá-las em situações como as de serviços de saúde, no qual o cliente não busca os serviços por motivos de lazer, mas razões clínicas. Esse pensamento deve ser adotado para as situações estressantes, em que os pacientes e cuidadores se encontram, e vai ao acordo da cultura de melhoria contínua que muitos sistemas de saúde vêm adotando (BATE; ROBERT, 2007a).

Um levantamento e avaliação das práticas de desenvolvimento de serviço, apontou que os tipos mais comuns de projeto em serviços de saúde são projetos de novos serviços, integração de serviços, melhoria e encerramento de serviços. Os maiores motivadores para eles são novos decretos/políticas públicas relacionados à saúde e ajustes orçamentários. Esses projetos costumam conter fases de exploração, avaliação, criação, e implementação, mas elas não exploram em profundidade o que é definido para elas em metodologias de design. Por exemplo, na fase de criação/idealização deve-se gerar uma diversidade de opções para solução do problema em questão, nos serviços de saúde isso não costuma ocorrer, principalmente nos projetos de novos serviços, sendo executado nesta fase um plano para implementação (JUN; MORRISON; CLARKSON, 2014). Segundo esses autores, adota-se uma abordagem de cima para baixo, motivada por decretos, não dando oportunidades suficientes para os *stakeholders* explorarem em conjunto os problemas e as reais necessidades do serviço.

O levantamento bibliográfico de estudos relacionados ao desenvolvimento ou melhoria de serviços de saúde demonstrou que a maior parte dessas pesquisas usaram abordagem de assuntos relacionados a disciplina de Design, em especial abordagens centradas no usuário, co-design/design participativo e *Experience Based Co-Design* (EBCD). Por outro lado, Hjertstrom, Obstfelder e Norbye (2018), apresentam o desenvolvimento de serviços facilitado pelo conhecimento e experiência tanto clínicos quanto administrativos de líderes de enfermagem. Esse conhecimento e experiência são expressos em sua capacidade de negociar e facilitar a colaboração e a confiança entre colegas à medida que desenvolvem rotinas baseadas em padrões profissionais. Remus (2008), propõe o modelo de gerenciamento de riscos corporativos, em que busca reduzir os riscos das organizações de saúde usando tal modelo no desenvolvimento de novos serviços. O modelo proposto por Glushko e Tabas (2009) considera as necessidades da linha de frente e bastidores do serviço. Patrício *et al.* (2018), desenvolveram um modelo para desenvolvimento de serviços, *service design for value networks* (SD4VN), visando a rede de atores e buscando facilitar a interação entre eles. Esta proposta foi aplicada no suporte do projeto de um serviço nacional português para registros eletrônicos de saúde.

Referente aos estudos que utilizaram métodos de design de serviços, apontaram que o seu uso permite descobrir as necessidades que não são entregues aos *stakeholders*, definir os conceitos e os objetivos do serviço, prototipar e desenvolver um modelo de serviço aplicável (HAN et al., 2018). Também promoveu a inclusão de atores importantes em diferentes momentos do projeto e fornece uma estrutura para garantir que os insights coletados de todos os atores sejam levados para as propostas criadas (SALGADO et al., 2017). Ao usar a metodologia de Design de Serviços os funcionários sentiram-se mais motivados e engajados usando métodos criativos e focados em soluções em vez de desafios. Também contribuiu para a construção do senso de comunidade, colaboração e inclusão (EINES; ANGELO; VATNE, 2019).

O design com o envolvimento dos usuários (pacientes, cuidadores), reduz as deduções sobre o posicionamento e as necessidades dos usuários e melhora a comunicação entre os *stakeholders* (FALLON et al., 2008; WOO et al., 2011). Em casos em que houve o envolvimento dos pacientes os resultados contradisseram as pressuposições dos profissionais de saúde (HAGENSEN et al., 2016). Abordagem participativas, mostraram-se eficientes em construir colaboração entre os usuários e prestadores de serviço e identificando áreas para melhoria (BOWEN et al., 2013; IEDEMA et al., 2010; JUN et al., 2018; PICKLES; HIDE; MAHER, 2008). No entanto, o uso de métodos e processos apropriados é fundamental para transformar discussões em discussões voltadas a ação (JUN et al., 2018).

Uso de ferramentas como diários dos pacientes para o envolvimento dos mesmos, ajuda a capturar ideias de melhoria sob o contexto do paciente e os diários podem se tornar a voz dos pacientes no sistema de serviços de saúde. Os pacientes vivenciam experiências não apenas com um provedor de serviço de saúde, no dia-a-dia têm experiências que contemplam a interação com vários provedores de serviços de saúde e agências governamentais, podendo então compreender como esses serviços se encaixam no sistema e identificar oportunidades para serviços e melhorias (ELG et al., 2011). Mapas da jornada do usuário podem auxiliar na identificação de pontos de contato problemáticos no serviço e na compreensão de como os usuários (pacientes) usam os serviços. Esses mapas reforçam o foco no usuário e ajudam os funcionários a entenderem os problemas com base no comportamento (MARQUEZ; DOWNEY; CLEMENT, 2015). Trischler e Scott (2015) ressaltam a necessidade de utilizar várias ferramentas para coletar as informações dos usuários e outros *stakeholders* - personas, técnicas de mapeamento, entrevistas em profundidade, observação – para auxiliar no processo de conhecer de forma completa a experiência dos usuários.

Segundo Finn, Stephenson e Astin (2018), os pacientes gostariam de ter suas opiniões ouvidas para a melhoria da qualidade dos serviços, e não apenas aos serviços específicos em que usam, mas de uma forma geral. Ainda segundo os autores, os pacientes preferem ser envolvidos por meio de questionários, e comunicação por meio de e-mails, e a maior barreira para participação é o tempo, afirmando que teriam dificuldade de participar durante o horário comercial. Escutar os pacientes e compreender suas necessidades contribui no alinhamento do processo clínico com as necessidades e estilo de vida do paciente. Conseqüentemente, os pacientes podem controlar e gerenciar melhor sua condição clínica fora do serviço de saúde (HOWLAND; FISHER, 2015). O envolvimento dos pacientes na melhoria de serviços permite que eles ajam como intérpretes que trazem a experiência do paciente para o conhecimento clínico e traduzem a linguagem clínica em algo mais compreensível para os pacientes (ARMSTRONG et al., 2013).

O co-design adotado em alguns modelos tem o objetivo de trazer os usuários e outros *stakeholders* ao processo de criação do serviço, transformando as relações de poder⁵ para que todos sejam donos do processo (BATE; ROBERT, 2006; DONETTO et al., 2015). No processo de co-design o usuário traz um conhecimento especial, a experiência, que é o foco da abordagem EBCD, desenvolvendo experiências (BATE; ROBERT, 2006; IEDEMA et al., 2010). Quando pacientes e equipes se envolvem ativamente no processo de desenvolvimento, os envolvidos têm dificuldade de deixar o trabalho incompleto, facilitando a continuidade e implementação, uma vez que as pessoas irão apoiar aquilo que ajudaram a criar (BATE; ROBERT, 2007b). Pacientes que se envolvem no processo se sentem valorizados e melhoram sua autoestima (COAD et al., 2008). O uso de modelos de DCU, como é o caso do EBCD, o envolvimento da equipe e usuários no redesign de um serviço pode ser trabalhoso e mais demorado para implementar, mas o desempenho do serviço é melhor e tem maior sustentabilidade de suas melhorias (LIN; CHENG, 2015; LIN et al., 2011). No entanto, Borgstrom e Barclay (2017) sugerem que estas mudanças podem não ser sustentáveis a longo prazo.

Apesar dos benefícios do uso do design, algumas barreiras são enfrentadas para ter seu uso efetivo na saúde. Essas dificuldades são encontradas em aspectos relacionados às organizações, ao processo e aos *stakeholders*. As organizações apresentam dificuldades com a velocidade e volume das mudanças, o tempo disponível para as atividades de redesign (TICEHURST; WARD; CLARKSON, 2010), além de problemas de demanda de tempo

⁵Neste trabalho as relações de poder são consideradas a hierarquia empresarial, e membros da equipe clínica tendo mais poder que os usuários participantes do processo de criação.

considerando a carga horária dos funcionários e suas atividades (BOYD et al., 2012; CARR et al., 2011; HSU; MCCORMACK, 2012; PIPER et al., 2012). Em relação ao ambiente para execução das atividades, são encontradas dificuldades de limitação de espaço (BOYD et al., 2012) e do local escolhido para os eventos de participação dos usuários, se localizado em um hospital, o mesmo pode ser associado ao tratamento e trazer à tona lembranças negativas (EL ENANY; CURRIE; LOCKETT, 2013). Proposta de novos serviços podem enfrentar barreiras necessitando adequar as propostas a certas condições e características como oferecer terapias específicas para condições determinadas, se adequar às prioridades gerenciais, entre outras (WYE; SHAW; SHARP, 2008).

Em relação ao processo, são enfrentados problemas no entendimento do processo atual utilizado na organização, e dificuldade em lidar com a complexidade (DONETTO; TSIANAKAS; ROBERT, 2014; TICEHURST; WARD; CLARKSON, 2010). Em casos em que se tem a participação da comunidade há uma complicação no recrutamento dos participantes e mantê-los ao longo do processo (GUSTAVSSON, 2014; IEDEMA et al., 2010; JUN et al., 2018; NIMEGEER et al., 2016; PIPER et al., 2012; TOLLYFIELD, 2014); a participação dos grupos de interessados também pode ser inconsistente e desigual, como por exemplo membros dos serviços não terem disponibilidade de participar em todos os eventos do processo (JUN et al., 2018). Há uma falta de preparo para se recrutar indivíduos vulneráveis (dependentes químicos, moradores de rua, entre outros) para participação, sendo necessário que os recrutares ajam de forma diferente nestes casos (SNOW; TWEEDIE; PEDERSON, 2018). A participação da comunidade no processo de decisão pode produzir resultados confusos e imprevisíveis (FARMER; NIMEGEER, 2014). E, em alguns casos, a participação dos pacientes e da comunidade, aparenta não ter um real impacto no processo de tomada de decisões (FORBAT et al., 2009).

Em relação aos *stakeholders*, é observada a necessidade do envolvimento de um funcionário clínico sênior para conduzir as atividades de reprojeto, pois caso contrário provavelmente as mudanças não acontecerão e precisa-se motivar a participação de outros funcionários (BOWEN et al., 2013; IEDEMA et al., 2010; TICEHURST; WARD; CLARKSON, 2010; TOLLYFIELD, 2014). Duas outras dificuldades encontradas na implementação de metodologias de design na saúde dizem respeito a encontrar uma agenda comum entre os *stakeholders* e a resistência no uso de técnicas e ferramentas de apoio ao projeto (TICEHURST; WARD; CLARKSON, 2010).

O desequilíbrio na relação de poder é uma barreira citada em vários estudos (BATE; ROBERT, 2007b; DONETTO et al., 2015; EL ENANY; CURRIE; LOCKETT, 2013;

FUDGE; WOLFE; MCKEVITT, 2008; IEDEMA et al., 2010; KENYON et al., 2016; WAINWRIGHT; BOICHAT; MCCRACKEN, 2014). O desequilíbrio de poder e habilidades geralmente aparecem no processo de co-design, a diversidade dos participantes irá gerar diferentes perspectivas do serviço, às vezes inconciliáveis. A relação entre organização e cliente precisa ser reconfigurada para levar em conta esse desequilíbrio, bem como as relações internas dentro da organização (diferentes níveis hierárquicos) (BATE; ROBERT, 2007b). Alguns pacientes, como jovens e adolescentes, podem se sentir ansiosos, vulneráveis e inseguros devido ao desequilíbrio de poder entre os envolvidos (FALLON et al., 2008). Outra dificuldade enfrentada é a falta de imparcialidade no envolvimento de usuários, a seleção dos participantes é feita pela equipe, escolhendo aqueles que tem a mesma opinião que a equipe (EL ENANY; CURRIE; LOCKETT, 2013), e a equipe é quem define como o envolvimento será posto em prática (DONETTO et al., 2015; FUDGE; WOLFE; MCKEVITT, 2008).

A participação dos usuários no processo de desenvolvimento depende da redistribuição do poder no processo de decisão (SANGIORGI, 2011). Isso pode gerar problemas das relações de poder e o seu desequilíbrio. Considerando os problemas decorrentes dessas relações, Wainwright, Boichat e McCracken (2014) propuseram a *Nominal Group Technique* (NGT), buscando superar esse problema. A NGT objetiva reduzir os efeitos do poder e encorajar os pacientes a associarem suas experiências pessoais às atividades do desenvolvimento de serviço e minimizar a tendência de narrativa pessoal. Os autores expressam a necessidade de investigar a que extensão a técnica captura a voz dos pacientes de forma legítima, válida e confiável; e também, no processo de decisão qual a importância dada à voz dos pacientes.

3.3.1 Experience Based Co-Design – EBCD

Originalmente chamado de *Experience Based Design* (EBD), EBCD é uma abordagem para desenvolver experiências melhores aos pacientes, cuidadores e profissionais dos serviços de saúde, motivando que trabalhem juntos para entender as experiências e aprimorá-las (INGLATERRA, 2010). A abordagem foi desenvolvida pelos pesquisadores Bate e Robert com financiamento do instituto de inovação e melhorias do NHS, o instituto também promoveu o uso da abordagem nos serviços do NHS (BATE; ROBERT, 2007a; INGLATERRA, 2010). Como mencionado anteriormente, é um processo de design com foco no usuário que traz a experiência dos usuários aos designers, os permitindo projetar experiências em vez de serviços (BATE; ROBERT, 2006).

Nesse processo a participação dos usuários é direta e ativa, trazendo a noção de usuários como designers, seja por uma parte específica ou todo o processo. O EBCD é um empreendimento conjunto que envolve usuários e profissionais atuando como co-designers de um serviço (BATE; ROBERT, 2007a). Em um projeto de EBCD os pacientes podem adotar diversos papéis, como compartilharem experiências, identificando prioridades para melhoria no desenvolvimento de possíveis soluções, trabalhando em conjunto com os profissionais de saúde, e auxiliando a implementar e avaliar essas soluções (BOAZ et al., 2016).

EBCD pode ser uma ferramenta útil para mensurar a experiência do paciente e identificar áreas para melhoria (ELLIS; SILVERTON, 2014). Seu uso pode resultar em mudanças sustentáveis, gerar resultados positivos para os pacientes e funcionários, melhorar o relacionamento entre eles e motivar e engajar as pessoas envolvidas (BAYLISS et al., 2017; LARKIN; BODEN; NEWTON, 2015; MAHER; BAXTER, 2009; PIPER et al., 2012; POINT OF CARE FOUNDATION, 2013). EBCD também pode auxiliar em melhorias na segurança, eficiência, dignidade e confiabilidade dos serviços de saúde (MAHER; BAXTER, 2009). Por meio da abordagem é possível identificar problemas simples, complicados e complexos (GUSTAVSSON, 2014). Geralmente o processo de EBCD gera melhorias incrementais, porém essas mudanças incrementais e a combinação de várias destas melhorias em um curto período de tempo demonstraram ter um impacto positivo na experiência dos pacientes (DONETTO; TSIANAKAS; ROBERT, 2014; LOCOCK et al., 2014b; PICKLES; HIDE; MAHER, 2008). Os funcionários também tiveram a oportunidade de se reconectar com os valores fundamentais da profissão – cuidado e compreensão (TOLLYFIELD, 2014).

O EBCD é uma abordagem flexível que permite se adaptar a diversos tipos de serviço e propósitos de projetos (BORGSTROM; BARCLAY, 2017; DONETTO; TSIANAKAS; ROBERT, 2014), como por exemplo, cenários em que os pacientes são mais vulneráveis - cuidados paliativos, e psiquiátricos (BLACKWELL et al., 2017; COOPER; GILLMORE; HOGG, 2016; SPRINGHAM; ROBERT, 2015). O uso da abordagem EBCD não significa abandonar outras metodologias de melhoria, ela pode trabalhar bem com abordagens como *Lean e Six Sigma*, contanto que uma não se sobreponha à outra (BOYD et al., 2012). A abordagem também pode ser parte da melhoria contínua e de um processo de inovação de serviços (BORGSTROM; BARCLAY, 2017).

De modo geral em um processo de EBCD pacientes, seus cuidadores e profissionais do serviço de saúde capturam e entendem suas experiências com o serviço, trabalham juntos para melhorarem as experiências/serviço, com base neste entendimento, analisam as

mudanças realizadas (BOWEN et al., 2013; INGLATERRA, 2010). O processo e as ferramentas indicadas em cada etapa é descrito no Quadro 6.

Quadro 6 – Processo do EBCD

Etapas	Ferramentas
Preparação: criar um grupo diretor formado por funcionários chave e gerentes. O grupo é responsável pela organização do projeto e deve recrutar o facilitador do projeto. Durante o projeto o grupo diretor deve aconselhar, encorajar e informar os participantes.	
Observação do serviço: A observação permite conhecer o funcionamento do serviço e auxilia no entendimento das experiências dos pacientes e funcionários dos serviços.	Observação, notas de campo.
Recrutamento de participantes e Captura das experiências de pacientes e funcionários: no recrutamento a equipe do projeto deve sanar as preocupações dos participantes e assegurar a coparticipação. Os participantes contam suas experiências pessoais com o serviço –aspectos positivos e negativos.	Entrevistas em profundidade, entrevistas narrativas (filmadas), eventos de compartilhamento de histórias (<i>story-sharing events</i>), <i>shadowing</i> , diários.
Analisar experiências e identificar pontos de melhoria: reunir os participantes pelos seus grupos (pacientes e funcionários) onde é apresentada as experiências coletadas (podendo ser usado vídeo das entrevistas). Cada grupo elege os pontos de contato e os problemas que necessitam melhorias. Após as reuniões de cada grupo é feito o primeiro workshop misto em que os participantes conjuntamente priorizam e decidem quais problemas/pontos serão trabalhados, tendo a visão de ambos lados.	Mapas e jornadas emocionais, jornada do paciente, vídeos para motivar discussão (<i>trigger film</i>)
Grupos de Co-design: com a seleção dos pontos a serem trabalhados, são formados pequenos grupos de co-design formado por pacientes e funcionários. Cada grupo cria soluções/melhorias para um ponto selecionado.	<i>Brainstorming</i> , cenários, personas, discussão das necessidades dos <i>stakeholders</i> , organizar ideias em post-its, prototipagem, <i>blueprint</i> de serviços.
Avaliar, informar e celebrar as mudanças: avaliar as mudanças realizadas, compartilhar os resultados com os participantes e celebrar os resultados do projeto.	

Fonte: Elaborado pela autora com base em (BATE; ROBERT, 2007a, 2007b; BOWEN et al., 2013; BOYD et al., 2012; BOYD; MCKERNON; OLD, 2010; INGLATERRA, 2010; PICKLES; HIDE; MAHER, 2008; POINT OF CARE FOUNDATION, 2013; TSIANAKAS et al., 2012).

O envolvimento dos usuários contribui para a entrega de serviços centrados no usuário. Modelos com uso do co-design fazem com que os pacientes e a equipe clínica sejam envolvidas no início do processo, permitindo que as experiências e seus requerimentos sejam levados em consideração ainda nas fases iniciais. Segundo Bowen *et al.* (2013), as emoções experimentadas no uso do serviço, positivas ou negativas, podem ser mapeadas do começo ao fim do processo de serviço e serem relacionadas aos pontos de contato (mapa e jornada emocional). Esse mapa facilita identificar quais são os pontos que geram insatisfação e devem ser melhorados.

O envolvimento dos usuários contribui para a entrega de serviços centrados no usuário. Modelos com uso do co-design fazem com que os pacientes e a equipe clínica sejam envolvidas no início do processo, permitindo que as experiências e seus requerimentos sejam levados em consideração ainda nas fases iniciais. Segundo Bowen *et al.* (2013), as emoções experimentadas no uso do serviço, positivas ou negativas, podem ser mapeadas do começo ao

fim do processo de serviço e serem relacionadas aos pontos de contato (mapa e jornada emocional). Esse mapa facilita identificar quais são os pontos que geram insatisfação e devem ser melhorados.

Segundo Donetto *et al.* (2015) no período de 2005 a 2013 foram encontrados no sistema inglês ao menos 59 projetos implementados e 27 projetos em planejamento, o número de projetos parece estar aumentando no decorrer dos anos, porém, poucos estudos robustos em EBCD são encontrados. A maioria dos projetos realizados com essa abordagem são de pequena escala focando em processos específicos de cuidado, objetivando mudar comportamentos mais que estruturas (CARR *et al.*, 2011).

3.3.1.1 Forças e Barreiras do EBCD

Projetos de EBCD geralmente possuem forças que facilitam o seu sucesso e enfrentam limitações. Os componentes para o sucesso são, o papel do facilitador, o apoio contínuo da organização e a interação baseada em narrativa entre pacientes e funcionários (ROBERT, 2013). O uso de narrativas no EBCD mostrou que é possível identificar áreas que necessitam de melhorias (BATE; ROBERT, 2007b; TUNNEY; RYAN, 2014), e permitam adotar um pensamento diferente na organização, levando para uma visão mais centrada no paciente do processo e do sistema (GUSTAVSSON, 2014). As narrativas também valorizam a voz do paciente. Os pacientes se sentem ouvidos e isto, os dá um senso de comunidade e de propriedade do projeto (CARR *et al.*, 2011; COOPER; GILLMORE; HOGG, 2016; GUSTAVSSON, 2014; TSIANAKAS *et al.*, 2012). O papel do facilitador e o envolvimento de profissionais sênior da área clínica é importante em projetos que usam a abordagem, pois nos eventos de co-design o facilitador consegue manter o foco e produzir resultados tangíveis (IEDEMA *et al.*, 2010); e a participação dos profissionais da área clínica motiva outros profissionais a participarem e a criarem uma conexão direta com o ambiente de trabalho (IEDEMA *et al.*, 2010; TOLLYFIELD, 2014).

Segundo Donetto, Tsianakas e Robert (2014), as principais fraquezas mencionadas da abordagem são o tempo e o custo envolvido, principalmente na fase inicial. O tempo longo para realizar um projeto de EBCD motivou o desenvolvimento de uma versão acelerada da abordagem – *Accelerated Experience Based Co-Design*⁶ (AEBCD) – que usa um banco nacional inglês de vídeos com relatos da experiência dos pacientes para produzir um vídeo para apresentar no início do processo de melhoria e gerar discussão dos pontos de melhoria entre os participantes (LOCOCK *et al.*, 2014a, 2014b). Os resultados do ABCD mostraram

⁶ Co-Design Baseado na Experiência Acelerado

que o uso de arquivos nacionais serviu o propósito de iniciar a discussão e as atividades de melhoria resultantes foram similares as da abordagem original, assim como os níveis de satisfação (LOCOCK et al., 2014b).

Outras barreiras encontradas em projetos de EBCD, sendo algumas já mencionadas no contexto geral de design na saúde, são: o recrutamento e a retenção dos usuários, em alguns casos influenciado pelo aspecto clínico do paciente (por ex.: cuidados paliativos e emergência) (GUSTAVSSON, 2014; IEDEMA et al., 2010; PIPER et al., 2012; TOLLYFIELD, 2014); falta de apoio gerencial e disponibilização de recursos (ELLIS; SILVERTON, 2014; LARKIN; BODEN; NEWTON, 2015; PIPER et al., 2012); resistência dos profissionais, vendo o processo como uma carga adicional (PIPER et al., 2012); desequilíbrio de poder entre os participantes pode gerar conflitos (IEDEMA et al., 2010; KENYON et al., 2016); e ferramentas limitadas na abordagem para superar as barreiras interpessoais e estruturais (BORGSTROM; BARCLAY, 2017). No estudo do uso do EBCD de Donetto, Tsianakas e Robert (2014), 27% dos respondentes apontaram o engajamento dos funcionários como uma fraqueza da abordagem. Os participantes desta pesquisa apontaram que os funcionários se mostraram cépticos quanto a utilidade e propósito da abordagem por não estarem familiarizados com a mesma (resistência dos profissionais); relutantes às mudanças, como resultado da cultura organizacional; e sentiram desconforto ao ouvirem a voz dos pacientes, preferindo manterem-se distantes dos pacientes (desequilíbrio de poder). Essas barreiras não costumam ser mencionadas como preocupações de estudos futuros da abordagem como é o tempo e o custo.

Para superar barreiras como a participação limitada dos pacientes e manter o seu engajamento, Piper *et al.* (2012) sugerem mantê-los informados do progresso do projeto e seus resultados. Blackwell *et al.* (2017) também sugerem o uso de recrutamento contínuo dos pacientes e cuidadores. A flexibilidade da abordagem de ser adaptada ao quadro dos pacientes também ajuda neste ponto (BLACKWELL et al., 2017; BOAZ et al., 2016). Na questão dos funcionários sentirem-se sobrecarregados, Piper *et al.* (2012) sugerem integrar os princípios e processos do EBCD nas atividades diárias do trabalho do que ser apresentado como algo separado ou atividades adicionais.

Para se ter projetos de EBCD de sucesso, Bayliss *et al.* (2017) e Donetto, Tsianakas, e Robert (2014) recomendam a construção de relacionamentos com o grupo de participantes para que se sintam confortáveis em expressarem suas opiniões; proporcionar tempo necessário para cada fase do projeto para que os participantes e funcionários não se sintam sobrecarregados; e capacitar os participantes (funcionários, pacientes e cuidadores) na

abordagem para que tenham a informação necessária para conduzir o projeto, isto auxilia na solução de problemas de desequilíbrio de poder. Planejamento de projeto e estabilidade dos funcionários durante o projeto de EBCD são essenciais para construir e manter relacionamentos de confiança entre todos os participantes (IEDEMA et al., 2010).

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

Neste capítulo foram introduzidos os princípios e o foco de atuação do Sistema Único de Saúde. O SUS tem como diretrizes a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, e segue as recomendações da OMS ao ter foco na APS por meio da estratégia de Saúde da Família. O princípio de participação está ligado aos Conselhos de Saúde, exercendo o controle social. Percebe-se que essa participação pode ser ampliada sendo inserida em processos de melhoria e desenvolvimento de serviços como o co-design, elemento presente em métodos de DCU e Design de Serviços.

As buscas sistemáticas mostraram que os serviços de saúde têm recorrido a essas metodologias, principalmente o Design de Serviços, para atender as recomendações de inclusão dos pacientes nos serviços de saúde. O uso dessas abordagens mostra resultados positivos para a inclusão dos pacientes. Eles permitem ter melhor entendimento das necessidades dos pacientes, evitando erros de presunção que podem ocorrer quando os envolvidos nos processos são apenas os funcionários dos serviços. Métodos participativos contribuem na colaboração entre *stakeholders*, melhora a comunicação entre eles, auxilia no engajamento dos envolvidos e na criação de senso de comunidade.

No entanto, ainda existem barreiras enfrentadas nestas abordagens, sendo o desequilíbrio de poder (entre funcionários e pacientes) uma das mais mencionadas. Outros desafios estão relacionados a resistência da adoção de novas abordagem e ferramentas, e da capacidade das instituições de realizar as mudanças. Na literatura são encontradas sugestões para ajudar com essas barreiras, de modo geral é indicado a capacitação e conscientização dos envolvidos, para que tenham o conhecimento necessário para a execução das atividades do processo; e a construção/uso de bons relacionamentos, para o recrutamento de participantes e manter os envolvidos informados do andamento do processo, assim os envolvidos veem o resultado do seu trabalho.

Para a construção do modelo, devem ser considerados alguns dados apresentados neste capítulo. O princípio da participação do SUS está ligado aos Conselhos de Saúde, sendo o canal de participação da comunidade. No modelo, esses conselhos podem ser uma forma de envolver a comunidade no processo de desenvolvimento de serviços. Também são ressaltadas

as vantagens da participação dos usuários e do co-design, o que fortalece a justificativa da criação de um modelo cocriativo para os serviços de APS. Foram identificadas algumas dificuldades enfrentadas em processos participativos, em especial, o EBCD. No entanto, também foram encontradas medidas que podem auxiliar a prevenir esses problemas como foi apresentado no subtítulo 3.3.1.1. Essas medidas preventivas serão incluídas no modelo. A Figura 11 mostra a inserção destes elementos ao modelo.

Figura 11 – Requisitos do modelo vindos do levantamento bibliográfico



Fonte: Elaborado pela autora.

4 ESTUDO DE CASO I – SUS

Este capítulo apresenta os resultados do estudo de caso realizado na APS do SUS Florianópolis. Este estudo de caso teve o objetivo de compreender o processo de desenvolvimento de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis e a participação da comunidade neste processo. Os temas identificados na análise de conteúdo estão apresentados nos subtítulos 4.4, 4.5 e 4.6; os subtemas e as suas categorias são apresentadas nos quadros desses itens.

4.1 CARACTERIZAÇÃO ENTREVISTADOS

Neste estudo, foram entrevistados os coordenadores de sete Centros de Saúde (CSs), dos oito indicados pela SMS, a Coordenadora do CS Ratoles que não quis participar da pesquisa; um representante de cada Distrito Sanitário (sendo três coordenadores e uma apoiadora); e uma assessora de planejamento. Dos representantes da comunidade, no caso os Conselhos de Saúde locais e municipal, foram entrevistados os coordenadores dos CLS correspondentes aos CSs, sendo que a coordenadora do CLS Armação não quis participar, assim totalizando 6 coordenadores de CLS e um representante da bancada popular do CMS.

Os servidores de saúde entrevistados em sua maioria eram mulheres (dez), sendo apenas dois homens entrevistados (um coordenador de distrito e um coordenador de CS). Quanto as formações dos entrevistados apresentam as formações de enfermagem (sete), odontologia (quatro) e medicina (um). Em relação a formação dos coordenadores de CSs quatro eram enfermeiras, um dos entrevistados aponta a experiência deste profissional como um motivador para estarem nesses cargos: “não é por ser enfermeiras, mas como elas conhecem mais a dinâmica do trabalho em saúde eu acho que isso facilita bastante” (C06). Os entrevistados trabalham no SUS em média 11,83 anos e em seus cargos em média 2,96 anos como mostra o Quadro 7.

Em relação aos entrevistados dos conselhos de saúde, foram três mulheres e quatro homens, em sua maioria aposentados (quatro), dentre os entrevistados três exercem ou exerceram funções no setor de saúde (dois aposentados: segurança de trabalho da SMS e enfermeira, e Agente Comunitário de Saúde). A idade média dos entrevistados é de 57 anos, com tempo médio de participação nos conselhos de 5,5 anos (Tabela 2).

Quadro 7 - Caracterização entrevistados - serviço de saúde

	Sexo	Formação	Cargo	T. SUS	T. cargo
S01	M	Odontologia	Coordenador CS	4	3,5
S02	F	Enfermagem	Coordenador CS	11	4
S03	F	Medicina	Coordenador CS	29	1
S04	F	Enfermagem	Coordenador CS	15	1
S05	F	Odontologia	Coordenador CS	12	3
S06	F	Enfermagem	Coordenador CS	5	3
S07	F	Enfermagem	Coordenador CS	17	6
S08	F	Enfermagem	Assessora de planejamento	10	6
S09	F	Enfermagem	Apoiador DS	10	3
S10	F	Odontologia	Coordenador DS	9	4
S11	F	Enfermagem	Coordenador DS	7	0,25
S12	M	Odontologia	Coordenador DS	13	0,83
			Média	11,83	2,96

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 2 - Idade e tempo de atuação conselheiros

	Idade	Tempo atuação (anos)
C01	63	3
C02	54	1,5
C03	68	6
C04	58	5
C05	51	2
C06	66	13
C07	41	8
Média	57,29	5,50

Fonte: Elaborado pela autora.

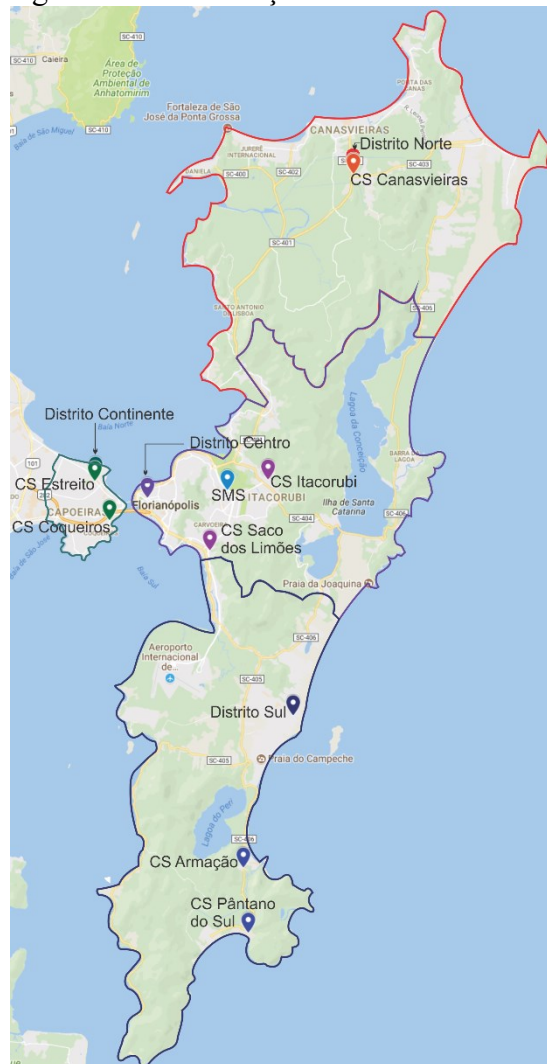
A maior participação de aposentados e a média etária próxima aos 60 anos pode ser devido ao tempo demandado ao participar das atividades da diretoria do conselho e do horário em que são realizadas as reuniões, algumas são em horário comercial, como exemplifica um dos entrevistados:

“Os conselhos locais têm uma característica de pessoas mais idosas, por que? Porque os idosos quando eles deixam, (...) as suas atividades profissionais eles precisam ter algo, e aí eles têm duas opções, ou eles vão para dança, isso, ou eles começam a fazer controle social, como eles não saem do posto, por que a maioria tem, acabam tendo uma vivência e acabam fazendo controle social, então se a gente for analisar os nossos conselhos locais por exemplo, tem uma participação muito forte dos idosos. (...) quando é esse usuário idosos que eu tava (sic) falando não tem muita dificuldade por que a reunião pode ser feita em horário comercial” (C07).

4.2 CARACTERIZAÇÃO CENTROS DE SAÚDE, DISTRITOS SANITÁRIOS, SETOR DE PLANEJAMENTO

Os CSs em que foram realizadas as entrevistas estão distribuídos de acordo com os quatro distritos sanitários do qual o território da cidade de Florianópolis está dividido. A Figura 12 mostra a localização dos centros estudados, distritos sanitários e secretaria municipal de saúde. Os contornos apresentados no mapa correspondem ao território de abrangência de cada Distrito Sanitário.

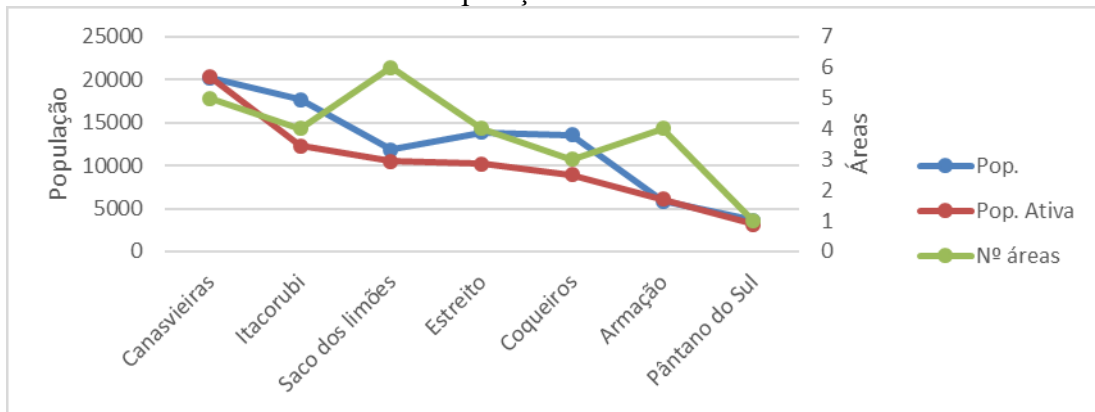
Figura 12 - Localização unidades estudadas



Fonte: Elaborado pela autora.

O SUS utiliza o geoprocessamento com o objetivo de definir áreas territoriais de responsabilidade para as equipes locais de saúde visando a vigilância em saúde, tendo como meta a educação, promoção e proteção à saúde (FLORIANÓPOLIS, 2017 a). Sendo assim o tamanho da população dos bairros/área de abrangência dos CS irá determinar o porte do CS (número de áreas e equipes). O Gráfico 1 apresenta a população referente a área dos CSs pesquisados (censo 2015), a população ativa em todos os serviços (médico, enfermagem, odontologia, enfermagem e médico - referente aos anos de 2015 e 2016), e o número de áreas em cada unidade (referente à 2017).

Gráfico 1 - População e áreas das unidades



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados disponíveis no site da SMS e planilha de indicadores do setor de planejamento (FLORIANÓPOLIS, 2017a).

Desses centros o de Canasvieiras é o que apresenta maior população, 20.254 habitantes com população ativa de 20.358, a unidade conta com 5 áreas/equipes de saúde da família. A unidade da Armação também apresenta a sua população ativa maior do que a população do censo (5.880 e 6.073), a coordenadora da unidade relatou “o último lance do IBGE (...), dá em torno de 4.777 pessoas, mas a gente percebe que não é isso, é mais gente”. De modo geral os coordenadores das unidades apontam que os dados do IBGE não são compatíveis com os dados de cadastro dos usuários, apesar de apenas Canasvieiras e Armação apresentarem isso expresso na população ativa. Os coordenadores das unidades de Canasvieiras e Pântano do Sul também levantaram o número de usuários cadastrados maior do que a população real do bairro por ser área litorânea e assim recebem usuários veranistas. Em relação ao número de áreas, a unidade do Saco dos Limões é a com o maior número de áreas, tendo seis áreas, no entanto a sua população é menor do que a de Canasvieiras e Itacorubi, que possuem cinco e quatro áreas respectivamente. Isso também ocorre na unidade da Armação que apresenta quatro áreas, mas sua população é menor do que a unidade de Coqueiros que tem apenas três áreas.

Os serviços oferecidos nos CSs seguem as orientações da Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS), sendo assim, os CSs devem ofertar os mesmos serviços e são organizados de forma similar.

Os serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), atendimentos médicos e enfermagem, são divididos em demanda programada e demanda espontânea. A classificação das demandas dada por um dos entrevistados é:

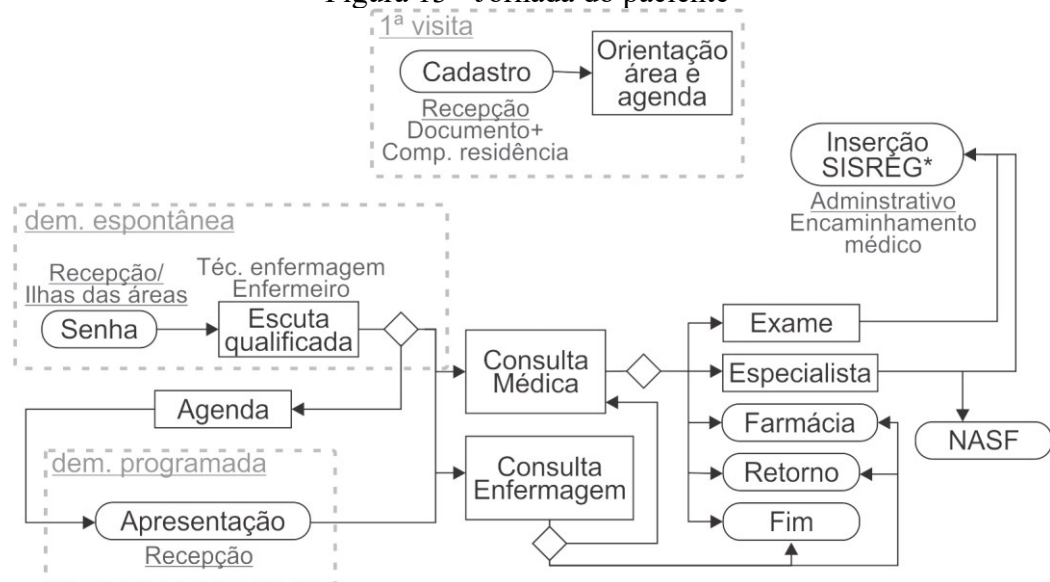
“demanda espontânea configura aquela pessoa que ela não tá (*sic*) bem, passou mal a noite ou tá com algum problema que não tem tempo de marcar consulta, ou ela tem um retorno de algum exame que precisava ver, ou ela tem algo que (...) precisa ser mais breve. E as agendas programáticas que são aquelas pessoas que vêm com um agendamento programado, que, ou requerem fazer alguma avaliação, ou seguimento de diabetes, hipertensão, ou alguma doença crônica, ou vem para avaliar criança,

primeira infância, ou vem *pra (sic)* questões ginecológicas, ou vem para consulta pré-natal ou vem para outras consultas que sejam coisas eletivas, e aí elas agendam semanalmente” (S07).

Em sua maioria, as vagas de atendimento são 50% de demanda espontânea, e 50% de demanda programada, uma das unidades atende uma porcentagem maior de demanda espontânea (70%). O aumento da porcentagem de atendimentos de demanda espontânea é indicado também em outros centros como mostram os relatos: “o ideal, nosso objetivo futuro é trabalhar com a agenda dia, que é a agenda livre, que as pessoas chegam e são atendidas no mesmo dia” (S04); e, “procura solucionar o problema do paciente naquele dia, seja ele a demanda que venha” (S06). O número de atendimentos médicos realizados nas unidades é na faixa de 20-30 atendimentos por equipe/profissional segundo os entrevistados.

A Figura 13 ilustra a jornada do usuário/paciente quando procura um atendimento clínico no CS. Um dos centros estudados trabalha com ilhas de áreas nos atendimentos de demanda espontânea; nesse caso são disponibilizadas uma quantidade de senhas de cada área/equipe; ao chegar na unidade o paciente pega diretamente a senha referente a sua área e segue para a sala de espera, não sendo necessário passar pela recepção. Esse sistema por ilhas aparenta dar maior agilidade no processo considerando a fala: “ele chega às 8 horas, ele geralmente é atendido por ordem de chegada, então antes das 9:30 horas ele já foi atendido, isso em um dia ruim” (S03).

Figura 13 - Jornada do paciente⁷



Fonte: Elaborado pela autora.

⁷ *SISREG – Sistema Nacional de Regulação é um sistema criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório, através de módulos que permitem desde inserção da oferta até a solicitação, pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade (PORTAL DA SAÚDE SUS, 2017).

O setor de Planejamento é responsável pela elaboração dos instrumentos de gestão do SUS, coordenar o planejamento estratégico municipal e das unidades, e está iniciando a análise de custos de saúde como indica a fala:

"é responsável pela elaboração de todos os instrumentos de gestão do SUS, elaboração do plano municipal de saúde, a cada 4 anos, por coordenar a elaboração da programação anual de saúde, o relatórios anuais de gestão, das prestações de contas, como ministrar o que a gente tem que fazer no conselho como *pra (sic)* audiência pública, essa é a parte do arcabouço legal do SUS que a gente coordena, (...), uma construção coletiva, *pra (sic)* que considerasse os vários fatores, agora todos esses instrumentos de planejamento, que é o plano, a programação o próprio relatório de anual, eles são feitos por todas as áreas da secretaria, não é uma construção nossa, a gente coordena, a gente oferece ferramentas, metodologias, participamos junto (...). E outra frente que foi iniciada o ano passado, a gente trabalhou bastante com o levantamento de dados esse ano nós estamos estruturando, (...), que é análise de custos em saúde (...), isso é importante muito mais num momento de crise que a gente tem hoje na saúde, no país inteiro e no sistema de saúde com baixo financiamento" (S08).

Os Distritos Sanitários têm um papel gerencial e estratégico no seu território de abrangência. Os distritos são "uma forma descentralizada de gestão" (S12), e são responsáveis por "implementar as políticas do município, organizar o processo de trabalho, organizar a oferta de serviços de saúde dentro daquele distrito específico" (S10), "o objetivo é que as unidades estejam exercendo o que está preconizado nas políticas municipais de saúde" (S11). Também cabe aos distritos dar apoio operacional, logístico, e auxiliar nas dificuldades com os recursos humanos e insumos das unidades. Os distritos contam com os apoiadores de território que são o elo de ligação entre os distritos e as equipes dos CSs; cada apoiador é responsável por um número de CSs do seu distrito. Os apoiadores dão auxílio nas demandas dos centros e apoio técnico (S09, S10, S11, S12); cumprem papel estratégico avaliando o direcionamento e alinhamento às políticas municipais (S09, S10, S12), e dão apoio no planejamento anual das unidades (S10, S11, S12).

4.3 CARACTERIZAÇÃO CONSELHOS DE SAÚDE

Os conselhos de saúde, segundo a Lei nº 8142 (BRASIL, 1990b), atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. O Conselho Municipal de Saúde é formado 50% de representantes da população, 25% por trabalhadores dos serviços de saúde e os outros 25% pela gestão e prestadores de serviços, segundo o entrevistado C07, estando de acordo com a legislação (BRASIL, 2006 a). Os Conselhos Locais de saúde têm sua diretoria formada por servidores do CS (50%) e membros da comunidade (50%); dos conselhos pesquisados a diretoria era formada de 8 a 16 membros, sendo divididos entre membros efetivos e suplentes, essas

características estão dentro do estipulado na Resolução nº10, onde é especificado que o número mínimo de conselheiros é 8 e o máximo é 16 (FLORIANÓPOLIS, 2008).

Os conselhos realizam reuniões mensais com duração média de 1 hora – 1 hora e 30 minutos, mas as atividades dos membros dos conselhos vão além do período das reuniões:

"neste meio tempo ai a gente tem que dar encaminhamentos ao que a gente deliberou na reunião, e também mobilizar a população *pro (sic)* próximo encontro, então assim, ele é de mês em mês, mas acaba tomando tempo das pessoas assim, principalmente das pessoas que estão na coordenação, a secretária, coordenadora e algumas pessoas mais ativas" (C02);

"as reuniões são mensais, mas elas têm algumas coisas que tem, tem reunião da câmara técnica, tem reunião das comissões, um conselheiro não vai uma vez por mês no conselho, não, no mínimo ele vai gastar, mínimo tá, num mês 4 ou 5 vezes ele vai ter que discutir 1 ou 2 horas de saúde por mês" (C07).

Em ambos os conselhos há uma eleição da diretoria. No caso dos CLS o requisito para a participação dos membros da comunidade é que sejam moradores da região de abrangência da unidade em questão. No CMS a população é representada por entidades, as quais devem ser reconhecidas a mais de dois anos. Os CLS não atendem a esses requisitos então não podem ser eleitos como representantes da população no conselho municipal, como ilustra a fala:

"os conselhos locais têm um problema (...), eles não podem disputar a eleição do conselho municipal de saúde por que eles não tem CNPJ, (...), pela lei é obrigatório que tenha um CNPJ, então quem é que está fazendo essa representação, as associações de moradores, então o que que nós tentamos trazer, que as associações de moradores inscrevesse alguém do CLS, então nós também tentamos aproximar a relação da associação de moradores com o CLS, então ouve isso, na nova concepção do conselho *pro (sic)* projeto de lei que foi feito agora, vai ser eleitos os conselheiros, vai ter um conselho regional, tá, e vai ser eleito os conselheiros regionais dos conselhos locais, então a gente avançou nesse ponto, então hoje na próxima gestão, os conselheiros locais vão se encontrar regionalmente e vão escolher um representante de cada região *pra (sic)* ser conselheiro municipal de saúde, justamente *pra (sic)* quebrar essa coisa de não ter um CNPJ e não ser conselheiro" (C07).

Sobre o perfil dos participantes dos conselhos locais é ressaltado pelos entrevistados que os que se envolvem nas atividades do conselho são pessoas dedicadas, interessadas como mostram as falas:

"o perfil de quem quer ver o serviço bem feito, que o serviço de saúde seja bom, de qualidade, e dos usuários que participam são pessoas envolvidas na comunidade, sempre são aquelas pessoas que de alguma forma tiveram algum tipo de envolvimento em algum tipo de associação" (C02),

"o pessoal dos usuários sim, são pessoas interessadas, batalhadoras, no sentido de que estão participando sempre das reuniões, participam do conselho, dessa capacitação" (C03). No conselho municipal os representantes da população são membros de associações de moradores, sindicatos, lideranças comunitárias e ressalta a maior participação de pessoas idosas, como foi indicado na caracterização dos entrevistados.

Nas entrevistas quando abordado o papel dos conselhos, tanto os conselheiros quanto os coordenadores dos CS colocaram o aspecto fiscalizador dos conselhos pelo controle social; também foi ressaltado pelos entrevistados dos CS de que os conselhos levam as demandas da comunidade e o seu posicionamento e os conselheiros também destacam o seu papel de reivindicar com os órgãos superiores as necessidades de seus CS. O Quadro 8 ilustra o papel dos conselhos na visão dos CLS, CMS e CS.

Quadro 8 - Papel dos Conselhos de saúde

	Categorias	Relatos	
CLS	Fiscalizador/controlado social (C01, C04, C06)	"ele cuida para que o atendimento as pessoas seja o melhor possível, (...), melhorar o relacionamento entre as pessoas, (...) procurar melhorar o ambiente de trabalho também é nossa preocupação, também com relação aos insumos, medicamentos e os exames" (C01)	
	Melhorar a relação dos funcionários e população (C01)	"é fazer esse tipo de reivindicação, quando falta médico, por que só o conselho local de saúde que tem voz, voz ativa assim de conseguir e levar essa documentação <i>pra (sic)</i> que chegue na mão do secretário da saúde, por que se for o coordenador, se for funcionário dizer que falta um remédio, eles nem vão dar importância, então por isso que tem que ter a voz com a comunidade, o conselho e a comunidade que tem voz <i>pra (sic)</i> fazer as reivindicações, e <i>pra (sic)</i> fazer acontecer" (C05)	
	Elo ADM e população (C03)	"é uma instancia de controle social do SUS na rede básica, nosso papel é fazer uma avaliação junto à comunidade de como se dá essa atenção à saúde na rede básica,(...), o nosso papel na verdade é viabilizar que as condições de trabalho" (C06)	
	Reivindicar demandas CS a órgãos superiores (C02, C03, C05, C06)	"o conselho municipal de saúde ele é diferente dos outros conselhos por ele ser deliberativo, (...), ele aprova as contas da prefeitura, o aprovar, que é o que a gente chama de controle social, ele nos dá uma responsabilidade muito grande na aprovação das contas, agora o que nós queremos não é só ser o aprovador de contas, a gente quer participar da política participativa de construção na saúde" (C07)	
	Discussão saúde comunidade (C02)	"o presidente traz coisas da comunidade, (...) e ele tem uma boa ligação com o atual prefeito e com o atual secretário de saúde também, ele passa diretamente as preocupações nossas <i>pro (sic)</i> secretário, (...), ele tem um acesso bom ao secretário, isso ajuda um muito a gente sabe"(S01)	
	Suporte a gestão (C04)	"ele fortalece as nossas necessidades, se você tem o controle social do teu lado a gente consegue negociar muito melhor com o secretário de saúde, (...), o conselho fortalece muito as ações" (S03)	
CS	Acompanhamento assistência à saúde (C06)	"O conselho local, é <i>pra (sic)</i> ser um espaço de cidadania, de educação, de participação de construção de um SUS que a gente acredita, (...), e as pessoas não percebem como um equipamento deles, então hoje existe os conselhos locais com intervenções midiáticas, por que chegou num momento que não tem mais como ficar com uma janela quebrada, ou dois meses sem médico, ai chama a imprensa, são ações que eu não acho que são construtivas, são necessárias, mas não deveria ser esse o caminho" (S04)	
	Traz a visão da comunidade (S01, S05)	"como controle social mesmo, vendo o que está acontecendo, se realmente está sendo usado da forma que seria os recursos que vem, os profissionais estão sendo bem aproveitados, avaliando, participando de algumas tomadas de decisões que cabem a eles, (...), mas as que eles pudessem participar, estar junto atuando, opinando, elogiando criticando, trazendo as demandas deles, o que eles realmente precisam" (S05)	
		Leva e traz informações (S02, S06)	"é ir em busca de resposta <i>pra (sic)</i> aquilo que talvez não se tenha uma resposta naquele momento, e eu acho um espaço muito bom e muito importante por que é tanto a voz da população quanto a voz até nossa, de demandas que a gente pode compartilhar e que eles podem também ajudar com a solução" (S06)
		Interface com a gestão (S03)	
Espaço de cidadania, participação (S04)			
	Intervenção mídia(S04)		
Controle social (S05, S06)			

Fonte: Elaborado pela autora.

Relatos como dos entrevistados C05, S01 e S03 apresentados no Quadro 8 mostram a importância e a força dos conselhos para a resolução das demandas que surgem nos CS, ressaltam também o aspecto político dos sistemas de saúde, em que a pressão da população e a exposição dos problemas na mídia forçam a prefeitura e outros órgãos a agirem.

Nas reuniões dos conselhos locais de saúde, as pautas costumam contar com o estado atual da unidade de saúde, suas condições para o atendimento e as demandas do momento. Para as comunicações das demandas, dois entrevistados (C02, C04) apontaram comunicação entre os membros em grupo de aplicativo de mensagens instantâneas. Nessas reuniões também são apresentados os encaminhamentos que foram tomados após a reunião anterior e seus resultados, caso tenham. Um dos entrevistados coloca que também é aberto espaço para que usuários possam trazer suas demandas pessoais. O Quadro 9 apresenta os temas presentes nas pautas de reuniões dos conselhos locais de saúde e do conselho municipal.

Quadro 9 - Temas presentes nas pautas de reuniões dos conselhos

	Categorias	Relatos
CLS	acontecimentos/ informações; momento (C01, C02, C03, C04, C05) Informes [encaminhamentos] (C02, C06) Grupo aplicativo mens. Inst. (C02, C04) Demandas participantes (C02) Condição de oferta assistência (C06)	"é quase sempre assim no momento, (...), durante o mês assim a gente vai socializando no grupo, (...), a primeira leitura da ata da reunião anterior, os informes do que é que a gente participou durante o mês, como é que foi esses encontros, do que é que tratou, e aí depois se discute alguma dificuldade das pessoas ali" (C02) "é vista a necessidade daquele momento, não tem assim uma, é velório, esse mês tem essa dificuldade, então vamos falar mês que vem sobre isso" (C03)
	CMS Prestação de contas Apresentação programas Demandas sociedade Apresentação informações solicitadas	"tem o que a gestão traz como a prestação de contas, tudo tem que ser apresentado, alguns programas vão ter que ser apresentados <i>pra (sic)</i> ser aprovados, e as pautas que a própria sociedade coloca como demandas, (...), então nós também pedimos algumas coisas e eles nos trazem, mas a reunião sempre com uma pauta muito intensa por causa das dificuldades que se tem" (C07)

Fonte: Elaborado pela autora.

As reuniões do conselho municipal apresentam uma pauta mais estruturada, tendo a prestação de contas da saúde do município e apresentação de programas que devem ser aprovados pelo conselho. Os representantes da sociedade apresentam as suas demandas, como a solicitação de resolução de problemas que os CS possam ter, como falta de medicamentos ou profissionais. Caso os membros do conselho tenham solicitado alguma informação adicional isso também é apresentado na reunião.

4.4 PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DE SERVIÇOS

Pelas entrevistas foi percebido que o desenvolvimento de novos serviços não é usual nos CS, os serviços oferecidos são guiados pela política municipal, que sugere um “cardápio”

de serviços que devem ser oferecidos. Geralmente as equipes trabalham na melhoria dos serviços, as melhorias podem ser da oferta dos serviços ou no processo de trabalho. A melhoria acontece a partir de ações locais dos centros ou por meio do planejamento anual que é realizado em todas as unidades e orientado pelo setor de planejamento da SMS. O Quadro 10 apresenta como os coordenadores entrevistados conduzem o processo de melhoria em suas unidades.

Quadro 10 - Processo de melhoria nos CS – processo local

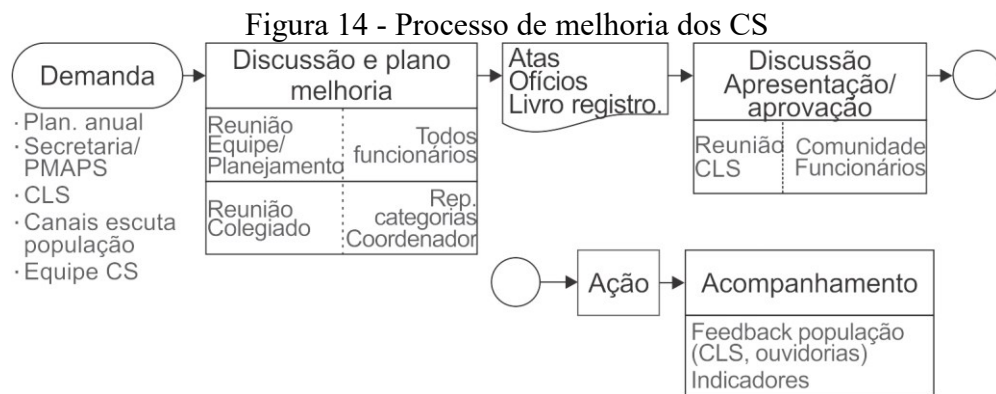
Categorias		Relatos
Reuniões	Reuniões de equipe (S01, S02, S05, S07)	"a gente tem uma caixa de sugestões (...), os usuários escrevem (...) problemas ou sugestões, a gente leva isso <i>pra (sic)</i> discussão, (...) discute com a equipe as melhorias, na reunião de equipe, e com a população nas reuniões do conselho local" (S01)
	Conselho Local de Saúde (S01, S02, S06)	"reunião de equipe que a gente discute como é feito, como vai ser atendido, tem o CLS também que a população participa" (S02)
	Colegiado gestor (S03, S04, S05)	"temos um colegiado de gestão, que se reúne uma vez por semana, então a coordenação junto com o colegiado, tem um representante de cada categoria, ai eles decidem o que é melhor dos processos de trabalho" (S03)
	Reuniões de Planejamento (S04, S05, S06, S07)	"a gente tá sempre construindo, sempre! (...). Nós temos reuniões mensais de planejamento, e a gente tem as reuniões de colegiado gestor, que acontecem quinzenalmente" (S04)
	Caixa sugestões (S01, S06)	"o colegiado gestor que faz uma gestão co-participativa com a coordenação, (...), cada representante ajuda nessa coordenação, ai a gente faz as discussões e ai cada categoria leva <i>pra (sic)</i> sua equipe, e cada representante leva <i>pra (sic)</i> sua categoria, é feita uma discussão na outra semana a gente vem com a resposta de cada um e soluciona aquela demanda, então a gente tem resolvido assim cerca de 70% das demandas geradas ali" (S05)
		"reunião de planejamento que a gente sempre discute e traz as demandas que o centro de saúde tenha, ou o que aconteceu naquele mês que a gente ache que precisa melhorar, a gente tem a nossa caixinha de sugestões dos pacientes que as vezes também contribui <i>pra (sic)</i> alguma mudança, (...) e também a gente sempre leva <i>pra (sic)</i> reunião do conselho se vai ter alguma mudança ou não, o que está achando, se o número está bom ou não e através disso até a gente já fez algumas modificações" (S06)
		"tem duas formas de planejamento, a gente tem os planejamentos in loco de cada equipe, (..) que está sempre alinhando uma equipe com a outra, (...), e tem o nosso planejamento anual, (...), que é protocolo da secretaria de saúde" (S07)
SMS	Política Municipal (S02)	"algumas solicitações da secretaria de saúde, que seria que a gente tenha uma carteira de serviço, a gente tem uma política municipal, que a gente tem que se guiar <i>pra (sic)</i> como construir a oferta de serviço" (S02)

Fonte: Elaborado pela autora.

Como mostra o Quadro 10 a maioria das melhorias são discutidas em reuniões. Geralmente as melhorias são originadas de uma demanda que pode vir da população por meio de ouvidorias, caixa de sugestões, do CLS; de algum pedido da secretaria de saúde; ou da própria equipe. Essas demandas são apresentadas e discutidas nas reuniões de equipe/conselho gestor/planejamento, em que são pensadas mudanças para melhorar a demanda em questão. Neste momento de discussão, alguns entrevistados apontaram a participação do CLS, sendo que um deles aponta a demanda ser levada para discussão com o conselho (S01), mas a manifestação mais forte é da presença do conselho para validação das

ações ou informação das alterações que serão realizadas (S01, S02, S06). Os coordenadores de quatro unidades (S01, S02, S6, S07) relatam que o processo de desenvolvimento e melhoria dos serviços é igual ou similar em todas as unidades, enquanto os outros (S03, S04, S05) dizem ter seus próprios regimentos.

Nenhum dos coordenadores dos CS relataram ter um desenho, ou algum documento de mapeamento das atividades e recursos utilizados nos serviços como resultado do processo de desenvolvimento ou melhoria. Existem apenas protocolos clínicos que são usados como guia nos atendimentos. Uma das unidades possui um guia para as vacinas e agendamentos (C05). Os documentos resultantes do processo são atas de reuniões (em todas as unidades), ofícios (S01), trabalhos (S02), livro registro (S03), e matriz de intervenção (S04, S07). A Figura 14 mostra uma compilação do processo de melhoria descrito nas entrevistas.



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação de como são conduzidas as demandas trazidas pela comunidade aos conselhos, os conselheiros colocam que as demandas que estão sob o arcabouço de responsabilidades dos centros, tendem a ser resolvidas em menor tempo. Caso as demandas não possam ser atendidas nos centros, elas são encaminhadas por meio de comunicações internas às instâncias superiores, como distrito sanitário, CMS e SMS. No caso do distrito sanitário um dos entrevistados (C03) aponta que este nem sempre tem autonomia para solucionar o problema. O CMS em suas reuniões abre espaço para que os conselhos locais façam seus informes, onde eles apresentam as demandas dos seus centros ao presidente do conselho, cargo exercido pelo secretário de saúde. Segundo os entrevistados, demandas que são levadas para a SMS ou para a prefeitura são mais demoradas de ser atendidas, e nem sempre são atendidas na sua integridade. Segundo o entrevistado C07, problemas orçamentários dificultam o atendimento das solicitações da comunidade, e que só são respondidas sob a pressão da comunidade, como mostra o relato presente no Quadro 11.

Quadro 11 - Condução para solução dos problemas

	Categorias	Relatos
CLS	<p>Procura resolver de imediato no CS (C01, C05, C06)</p> <p>Levado a outras instâncias (C01, C02, C05, C06)</p> <p>Demandas resolvidas no CS são mais rápidas (C02)</p> <p>Prefeitura não atende demandas em sua integridade (C02, C05, C06)</p> <p>Prefeitura demora (C02, C05, C06)</p> <p>Poucas manifestações de problemas [usuários] (C03, C06)</p> <p>demandas levadas aos distritos - não tem autonomia (C03)</p>	<p>"assunto interno a gente faz um, reivindicações, solicitações, eles mesmos na área administrativa, com o coordenador já encaminha isso, esses expedientes, chamado de comunicação interna no caso, e a gente, quando, a gente só reforça, quando existe necessidade de que não estão querendo atender, por algum motivo, então a agente vai lá, até pede audiência com o próprio secretário, nesse caso ai, dependendo da situação, dependendo do caso, da gravidade ou não da coisa, a gente vai até o secretário pressionar ele" (C01)</p> <p>"não houve nenhum, não teve nenhum planejamento que foi atendido na integra, por que a gente queria um novo posto de saúde, isso ai a gente nem cogitou mais, nem ampliação não cogitamos mais, então isso já não foi atendido, a gente baixou a demanda para pedir os remédios, e os materiais, isso ai eles estão repondo na medida do possível" (C02)</p> <p>"vai levar as reclamações, demandas, só que o distrito não tem autonomia, então ele manda <i>pro (sic)</i> secretário, então o secretário que decide, o que vai entrar, então é muito ruim isso ai" (C03)</p>
CMS	<p>Informe dos conselhos locais (apresentação demandas)</p> <p>Respostas dependem da complexidade e orçamento</p> <p>Só responde com pressão</p>	<p>"hoje a gente também tem dentro da reunião do conselho o que a gente chama de 'informes dos conselhos locais', então é separado um tempo, os conselheiros locais vêm e trazem seus problemas do posto e a gente têm que dar uma resposta sobre isso como conselho, e ainda o secretário é o presidente, então ele também acaba ouvindo essas demandas e acaba tendo que se responsabilizar por elas. (...) depende da complexidade dos problemas, o problema que nós estamos tendo hoje é o orçamento, (...), mas tem coisas que são resolvidas mais rapidamente, e também só se responde com pressão, aquele que ficar em casa esperando, vai demorar mais tempo <i>pra (sic)</i> ter uma resposta então a gente incentiva a participação por isso, por que quando a pessoa vai lá e cobra, ela tem mais probabilidade de ser atendida" (C07)</p>

Fonte: Elaborada pela autora.

Nos distritos o processo de melhoria pode ser trabalhado em cima de indicadores, como foi apontado por um dos entrevistados:

"a gente primeiro avalia os indicadores de cada centro de saúde, *pra (sic)* fazer um diagnóstico prévio do que, quais são os centros de saúde e as equipes que precisam, que estão adequadas, quais que precisam melhorar e quais que a gente tem que ter uma atividade específica *pra (sic)* aquela realidade, então a gente olha primeiro o indicador, depois, a gente tem três apoiadores de território, que são os profissionais de nível superior, que são responsáveis por determinados centros de saúde. Então a gente discute com eles isso, e faz o plano *pra (sic)* intervenção no centro de saúde, então esse apoiador leva *pra (sic)* discutir com a equipe, 'olha esses são os seus indicadores, por que que a gente tá assim', aí constrói isso junto com a equipe, os motivos, o diagnóstico daquilo estar daquele jeito, e identifica o que precisa ser melhorado junto com a equipe, com o coordenador da unidade, a equipe pode dizer assim, 'eu não faço teste rápido por que eu não tenho treinamento', 'eu não faço teste rápido por que eu não consigo organizar meu processo de trabalho *pra (sic)* ter isso', então esse apoiador de território, ele tem a função de organizar isso, falta treinamento, então vamos promover treinamento, olhar *pro (sic)* processo de trabalho e dizer, 'vocês podem fazer desse, desse, ou desse jeito', dá opções técnicas *pra (sic)* que a equipe consiga melhorar aquele processo dentro da sua unidade, então esse apoiador de território que faz essa parte prática, e daí faz essa intervenção dentro da equipe, acompanha, e depois a gente volta aos indicadores, mudou, não mudou, a unidade está fazendo, não está fazendo" (S10).

O Planejamento Anual de Saúde é um processo que iniciou em 2010 com um levantamento da SMS de quantos CS realizavam planejamento, nesta época o planejamento não era obrigatório nem induzido pelo Ministério de Saúde. No ano seguinte a SMS realizou um estudo piloto com a realização de planejamento estratégico de uma unidade de cada distrito sanitário, no entanto esses planos eram desalinhados ao planejamento municipal. Em 2012 o planejamento foi realizado de forma alinhada ao plano municipal, e atingiu 40% das unidades; ainda em 2012 o Ministério da Saúde lançou um programa de melhoria do acesso a qualidade que induzia a realização de uma autoavaliação com um período de desenvolvimento. Esse programa impulsionou a iniciativa de planejamento da secretaria que em 2013 teve em todas suas unidades a realização do planejamento (S08).

O setor de planejamento da SMS entende o planejamento como algo importante e obrigatório em serviços de saúde, por apresentar recursos finitos que devem ser usados da melhor forma para atender a saúde da população. Porém, o setor não trabalha com a lógica da obrigatoriedade:

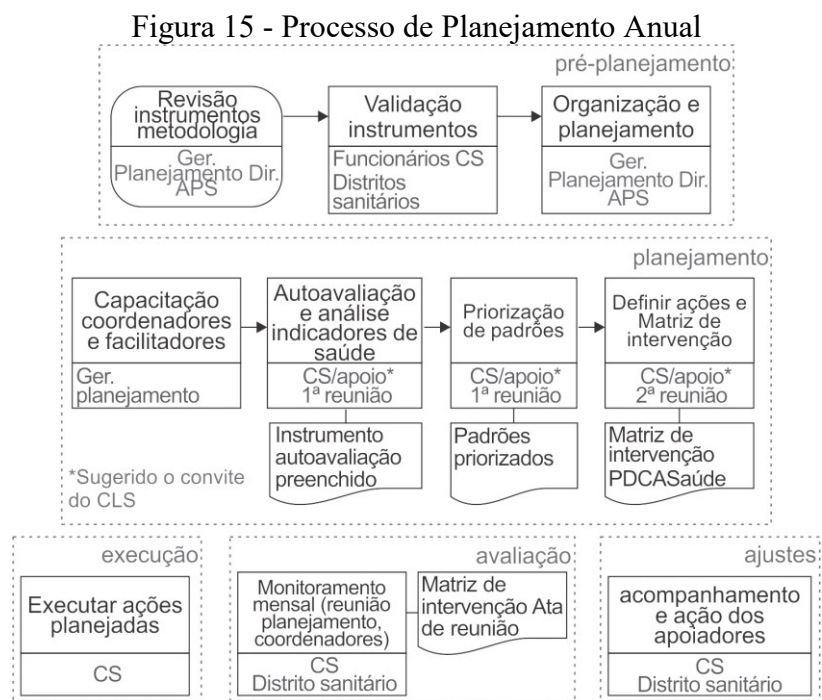
“a gente entendia naquele momento lá começando isso em 2012, de que se eu simplesmente obrigar isso para eles fazer, todos iriam fazer mas o sentido que aquilo faria para a unidade seria simplesmente *pra (sic)* cumprir uma formalidade talvez não promovesse reflexão sobre o processo de trabalho, mudança de forma que pudesse impactar indicadores, e na qualidade da oferta de serviço da população, aí a gente trabalhou com a lógica de se ser voluntário, de ser participativo, de ser ascendente, dos trabalhadores participarem, hoje lá na unidade de saúde quem elabora o planejamento são todos os trabalhadores junto com a coordenação e a ideia que um apoiador do distrito esteja junto no sentido de apoiar aquele momento, não interferir, então eles tem autonomia para priorizar os problemas que eles entendem que é estratégico, conforme a autoavaliação, conforme os indicadores que eles analisam” (S08).

O Planejamento Anual das unidades proposto pelo setor é dividido em quatro etapas: planejamento, execução, avaliação e ajustes (FLORIANÓPOLIS, 2017 b). Esse processo foi descrito pelo planejamento como segue:

"começa já no segundo semestre do ano que precede o planejamento, a gente faz uma revisão de todo o instrumento de autoavaliação, da metodologia, como é que vai ser, quais são as ferramentas, como é que a gente vai se organizar para ofertar aquilo *pra (sic)* eles fazerem o planejamento, e isso tudo é articulado com a atenção primária à saúde, ou seja o instrumento de autoavaliação, que eles vão lá e se autoavaliam, em cima de padrões de qualidade em cima de indicadores tudo isso é construído junto com a equipe de atenção primária, tá, a gente chama também trabalhadores que participam do projeto, que a gente chama trabalhadores das unidades *pra (sic)* estarem validando os distritos também, *pra (sic)* estarem olhando aquele instrumento, validando se a dissertação está boa, se é pertinente, se faz sentido, é uma construção coletiva; validado e fechado isso, inicia o ano. Quando inicia o ano a gente chama as unidades, coordenadores e mais um facilitador de cada unidade, *pra tá (sic)* numa capacitação digamos, é o momento 0, e nessa capacitação a gente orienta, explica o que é o planejamento, a importância dele, os instrumentos, os momentos, como é que vai ser, o passo a passo, e a partir daí eles organizam o cronograma os próximos dois meses, eles tem um período do mês que eles fecham a unidade, então a gente orienta que as duas reuniões iniciais do ano a partir do momento de capacitação, que eles façam o planejamento, então, depois da

capacitação, na primeira reunião mensal em que estão todos reunidos, que eles façam uma autoavaliação, que seja coletiva, que haja discussão, e que priorizem o que vai ser trabalhado naquele ano. Na outra reunião, em cima do que eles priorizaram e que vai ser trabalhado, eles pensam em ações, a gente orienta a utilização da árvore de problemas *pra (sic)* pensar as ações, pensam um cronograma de execução dessas ações, quem vai ser o líder, o líder não é necessariamente quem vai executar mas é quem vai estar puxando a equipe andando *pra (sic)* fazer o trabalho, os custos que serão necessários, e ordenando as ações de uma ordem cronológica lógica a forma de cumprir aquele problema, aquele objetivo, *pra (sic)* vencer aquele objetivo que eles definiram. Eles inserem, eles usam um sistema, que auxiliam nisso, um sistema desenvolvido por nós, pelo planejamento, eles fazem autoavaliação desse sistema, fica registrado, ou seja, tem como um distrito a atenção primária que é quem tem interesse nessa melhoria da área, enquanto a área técnica de atenção primária em saúde, eles tem como monitorar tudo isso, quais são os padrões que são menos cumpridos, digamos assim, que a gente tem que dedicar esforço *pra (sic)* estar trabalhando desenvolvendo, eles conseguem visualizar *pra (sic)* dar um direcionamento nisso. E eles inserem a matriz de intervenção nesse sistema e depois eles realizam o monitoramento da execução deste planejamento em reuniões mensais que eles fazem com apoio ao distrito sanitário, nesse sistema também é possível fazer o monitoramento" (S08).

O sistema (software) mencionado na fala é chamado de PDCA Saúde, nele são registradas as atividades realizadas durante o Planejamento Anual (FLORIANÓPOLIS, 2017b). A Figura 15 ilustra o processo indicando envolvidos e documentos resultantes.



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas e documentos do setor de planejamento da SMS (FLORIANÓPOLIS, 2017a; 2017b).

Na etapa de planejamento as unidades realizam a autoavaliação, sendo essa etapa considerada como fundamental por permitir o diagnóstico adequado da realidade local, viabilizando as fases de priorização e pactuação de metas, em busca das melhorias necessárias. A autoavaliação é realizada com uso de um instrumento criado pela SMS. Esse instrumento é alinhado à Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do município, com o objetivo de identificar os pontos fortes e fracos das equipes de trabalho dos CS, para

que as equipes possam se conhecer plenamente (FLORIANÓPOLIS, 2017b). O Anexo B contém o instrumento de autoavaliação do ano de 2017.

O instrumento de autoavaliação foca em padrões que estão alinhados à Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS). Os padrões são elementos que devem estar presentes na oferta e organização dos serviços dos CS. Nesta etapa a equipe avalia se esses padrões estão sendo executados totalmente, parcialmente, ou não é executado no centro. Os padrões presentes na autoavaliação são revisados anualmente e podem refletir a opinião dos usuários apesar de não ser de forma sistematizada:

"ela vem mais de uma análise mais subjetiva, da equipe técnica de gestores que está na atenção primária, por exemplo tem lá um padrão, que é o agendamento por telefone, (...), a gente entende que isso é uma necessidade do usuário, essa necessidade ela é colocada em vários espaços, mas não houve assim, quero te dizer, uma linearidade, a gente fez uma pesquisa de satisfação com o usuário e veio e a gente incluiu no padrão, mais uma percepção" (S08).

Os padrões estão organizados em dimensões/atributos que se dividem entre essenciais e complementares:

"os essenciais são aqueles que eu sou obrigada, eu sou obrigada a estar executando, os complementares eles são importantes, eu também devo, mas quando eu tenho que priorizar quais que eu vou trabalhar primeiro, eu tenho que olhar *pros (sic)* essenciais, não desmerecendo os demais, mas é que o outro não tem negócio, é inegociável." (S08).

As dimensões e atributos também estão relacionados aos indicadores utilizados pela SMS que são encaminhados às equipes pela secretaria e são utilizados na autoavaliação. Os indicadores são apresentados no Anexo C.

Com o conhecimento da situação atual das unidades em relação aos padrões presentes no instrumento as equipes devem priorizar padrões para trabalharem durante o ano. As equipes têm autonomia para escolher quais padrões serão trabalhados, sendo assessorados pelos apoiadores dos distritos sanitários, também são orientados que sejam priorizados primeiramente os padrões essenciais que foram avaliados como não executados. Durante o ano as equipes dos CS devem trabalhar com cinco padrões problemáticos, sendo no mínimo três essenciais e dois complementares (S08).

O Quadro 12 apresenta como os entrevistados e os setores que representam atuam na questão do acompanhamento das ações resultantes dos processos de melhoria e de planejamento. Alguns dos coordenadores de centros de saúde apontam a resposta da comunidade as ações como um acompanhamento (S03, S04). Em sua maioria os coordenadores dos CS relataram o acompanhamento por meio da avaliação das atividades do planejamento anual e do registro do que é feito no sistema PDCA Saúde (S01, S06, S07). Um dos coordenadores coloca que o acompanhamento é algo que é feito, mas não faz parte da rotina (S02).

Quadro 12 - Acompanhamento das ações

Categorias	Relatos	
CS	<p>"via de regra sim, mas não é, não é muito rotineiro não" (S02)</p> <p>"o controle social é feito pelo conselho de saúde, (...), outra forma tem as ouvidorias, tem uma urna lá na frente onde as pessoas podem reclamar, (...) e tento resolver da melhor forma, mas se eu não consigo resolver eu levo <i>pro (sic)</i> conselho e levo <i>pro (sic)</i> colegiado" (S03)</p> <p>"o termômetro é na hora, a própria equipe sente a insatisfação, (...) então eles tem um <i>feedback</i>, e a população fala" (S04)</p> <p>"a gente não tem assim uma metodologia <i>pra (sic)</i> isso, a gente costuma fazer um <i>checklist</i>, a gente volta na reunião e vê o que foi resolvido" (S05)</p> <p>"faz um tempo que a gente não recebe o PMAQ⁸, mas é uma questão que avalia e a gente também tem a própria secretaria que avalia os indicadores, então agora a gente fez um planejamento <i>pra (sic)</i> todo esse ano, então a gente recebeu os indicadores e ali a gente consegue avaliar o que a gente tem que melhorar, e já uma forma também de mudança" (S06)</p> <p>"teoricamente a gente tem que ir alimentando esse sistema mensalmente, que acaba não sendo feito, muito pouco, e no final do ano a gente sempre reavalia <i>pra (sic)</i> ver, a gente aqui como uma equipe a gente decide o que a cada três meses reavaliar o que foi feito o que não foi" (S07)</p>	
	Planejamento / Distritos	<p>"ela é monitorada pelo sistema, (...), nós do planejamento temos responsabilidade, mas muito mais tem a área técnica da atenção primária, (...), mas eles quanto área técnica eles tem que ter uma indução, um acompanhamento, se eles entendem que tem a estratégia, (...), mas a minha análise é que essa avaliação ainda é frágil, não acontece como deveria" (S08)</p> <p>"na teoria sim, existe uma dificuldade na prática de se fazer isso, (...), isso muitas vezes não acontece, é atropelado pela necessidade do dia-a-dia, fica de lado, fica esquecido, e o papel do distrito na figura do apoiador, seria justamente ajudar as equipes pararem, olharem <i>pra (sic)</i> isso, pensarem, fazerem esse monitoramento, essa avaliação, só que as vezes o distrito também é atropelado pelo dia-a-dia e também não dá conta de fazer esse movimento" (S09)</p> <p>"as equipes elas são estimuladas a acompanhar isso nas reuniões mensais de planejamento (...), é tem o sistema de monitoramento que é o PDCA Saúde, muitas vezes eles tem dificuldade de usar ele no dia-a-dia, então a gente já abriu mão de dizer assim: a tem que preencher o sistema, minimamente se eles conseguirem fazer isso, voltar nas ações todo o mês, isso já é um processo de monitoramento e avaliam os resultados à medida que isso vai acontecendo" (S10)</p> <p>"o que a gente tem feito enquanto distrito, até <i>pra (sic)</i> estimular que as unidades façam, é as unidades estão apresentando umas <i>pras (sic)</i> outras nas nossas reuniões de coordenadores o seu planejamento, e tem sido bem interessante assim, que as vezes uma unidade pensa numa ação que outra não teria pensado <i>né (sic)</i> então faz uma troca bem legal" (S11)</p> <p>"cada equipe está fazendo isso da sua forma, e a gente tem como pegar os relatórios do PDCA <i>pra (sic)</i> ver quais ações que foram escolhidas, e o, a gente aqui (...), eles (apoiadores) que tem mais o controle, (...), então quando eles vão participar fazer visitas de apoio, ou quando eles vão participar de uma reunião geral, eles já aproveitam <i>pra (sic)</i> fazer o monitoramento de como está o andamento dessa, dessa ação" (S12)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

⁸ PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB): tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015b).

Os setores gerenciais (planejamento e distritos sanitários) de forma geral apontam o sistema PDCA Saúde como um instrumento de acompanhamento das atividades. Pelo sistema os distritos sanitários e o setor de planejamento conseguem visualizar os relatórios do CS e acompanhar quais padrões estão sendo trabalhados em cada unidade, quais ações foram planejadas e estão ocorrendo conforme o plano. Segundo os entrevistados algumas unidades apresentaram dificuldade em utilizar o sistema, assim em 2017 o acompanhamento pelo sistema não é mais obrigatório. Esse acompanhamento pode ser realizado nas reuniões mensais de planejamento (S10, S11, S12). Um dos distritos tem incentivado que as unidades apresentem seus planejamentos, possibilitando uma troca de ideias (S11). Outra dificuldade que os distritos sanitários, na figura dos apoiadores, têm enfrentado é fazer o monitoramento e avaliação das ações junto com as equipes; tanto os apoiadores como as equipes das unidades deixam de fazer o acompanhamento para atender as necessidades diárias do seu serviço (S09).

4.4.1 Métodos utilizados nos processos de melhoria e planejamento

Em relação se é seguido algum método para os processos e qual seria, os entrevistados dos CS responderam em parte sobre o seu processo de melhoria e em parte do planejamento anual. O Quadro 13 apresenta o que os entrevistados usam como guia para os seus processos. Do processo de melhoria dos CS, duas unidades dizem não ter um método para o processo, três citam o planejamento anual guiado pela SMS, e quatro indicam utilizar de outras ferramentas ou processos. Uma das unidades a coordenadora aponta a sua experiência profissional para realizar melhorias na unidade, isso com base nas diretrizes do SUS (S03, Quadro 13). Outra equipe aponta o uso de matriz DAFO (análise *SWOT*) na sua unidade (S04). Uma equipe utiliza uma priorização por meio de votos da equipe das demandas semanais que devem ser resolvidas (S05). Também foi relatado solucionar as demandas buscando dados no sistema da unidade (S06).

Segundo o setor de Planejamento o planejamento anual sempre segue o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act* – Planejar, Executar, Verificar, Atuar); “eles entendem o PDCA, inclusive o nome do sistema de monitoramento é PDCA Saúde, eles entendem que tem que fazer o planejamento, executar, fazer os ajustes, fazer a avaliação e assim inicia o ciclo (...), eu tenho certeza que elas já sabem o que é o planejamento que o PDCA” (S8). No entanto, os demais entrevistados não citam o PDCA como método, em geral é relatado o processo que é orientado pelo setor, as políticas municipais e outras ferramentas utilizadas. Um dos entrevistados relaciona o PDCA ao sistema utilizado para monitoramento, mas não como um

método: “o método ele é estabelecido através da secretaria de saúde - *que seria o PDCA?* - O PDCA é o sistema operacional” (S07).

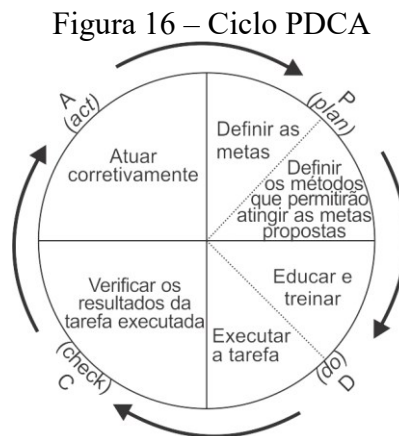
Quadro 13 - Método utilizado nos processos

Categoria	Relatos
<p>CS</p> <p>Não utiliza (S01, S02)</p> <p>Secretaria/planejamento estratégico (S04, S05, S07)</p> <p>Outros (S03, S04, S05, S06)</p>	<p>"Não, mais é de escuta mesmo, e assim no caso as sugestões ali" (S01)</p> <p>"no meu caso foi a experiência mesmo, (...), mas assim é baseado nas diretrizes do SUS, é equidade, distribuição das tarefas, atendimento por área de abrangência, é aumentar o acesso" (S03)</p> <p>"a gente trabalha muito com matriz também, matriz DAFO, mais matriz DAFO" (S04)</p> <p>"a gente faz isso anualmente, com uma metodologia proposta pelo planejamento, (...) a gente faz o planejamento anual, mas esse <i>pra (sic)</i> semanal é a medida que vai surgindo as demandas assim, (...), a metodologia assim, (...), todas as categorias apresentam a demanda e a gente vota em qual é a mais importante <i>pro (sic)</i> dia, <i>pra (sic)</i> aquela semana, e vão ficando assim, o que a gente consegue ir resolvendo, a metodologia é essa, a passada pela gestão é o PDCA" (S05)</p> <p>"tudo depende da demanda que a gente tem, por exemplo, nossa questão é o número de faltas, então a gente tem no nosso sistema a gente consegue captar muitos dados, então em cima daquilo a gente vê 'em determinado mês quantos pacientes faltaram', em cima disso a gente vai tentar melhorar ou vai tentar arrumar um outro modo" (S06)</p> <p>"o método ele é estabelecido através da secretaria de saúde, [que seria o PDCA?] o PDCA é o sistema operacional" (S07)</p>
<p>Planejamento/ Distritos</p> <p>PDCA/Planej. Estr. participativo (S08, S09, S10)</p> <p>Políticas (S09, S10)</p> <p>Práticas apoiadores (S10, S11)</p> <p>Diversos níveis de iniciação (S12)</p>	<p>"é sempre o ciclo de PDCA, (...), fecha os instrumentos, validei tudo com as áreas, faço capacitação, eles fazem a autoavaliação, fazem matriz de intervenção, executam ações, eles já fazem isso a 6 anos" (S08)</p> <p>"gerencia de atenção primária, (...) tem também seus instrumentos, que foram nos últimos anos a carteira de serviços, e ai desde ano passado a política municipal de atenção primária a saúde a PMAPS que ai ela traz digamos um cardápio de serviços mínimos de requisitos mínimos de qualidade <i>pra (sic)</i> uniformizar minimamente aquilo que é o básico, que é o mínimo que todas as unidades teriam que buscar oferecer, nos próximos períodos <i>pra (sic)</i> ter alguma equidade, <i>pra (sic)</i> quando o usuário busque uma unidade aquele mínimo ele tenha em qualquer um" (S09)</p> <p>"trabalha a partir da política municipal de atenção básica do município de Florianópolis pautado obviamente nas políticas do ministério de saúde, (...); então questões de formação técnica <i>pra (sic)</i> melhoria da qualidade, elaboração de protocolos, elaboração do de fluxos de serviços, tudo isso é feito em função dessas nossas políticas de acordo com a secretaria municipal de saúde" (S10)</p> <p>"a gente trabalha com os apoiadores de atenção primária, (...), então eles estão constantemente dentro das unidades, quando a gente vai implementar, vai trabalhar com algum projeto é eles que levam <i>pras (sic)</i> unidades, a gente vê em conjunto entre os distritos e as unidades o que a gente vai trabalhar, e eles levam a atuação" (S11)</p> <p>"melhoria de serviços e construção de novos serviços, eu acho que ela ocorre em diversos níveis, desde a criação de uma política federal, ou municipal, ou se a gente for indo <i>pra (sic)</i> ponta, o distrito ele pode ter uma iniciativa, o centro de saúde pode apresentar uma ideia inovadora, um profissional, ou o usuário pode sugerir, então vai desde o nível federal até o usuário" (S12)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

O ciclo PDCA é um método de controle de processo relacionado ao Controle da Qualidade Total difundido inicialmente nos sistemas produtivos do Japão (CAMPOS, 1992; ISHIKAWA, 1986). O ciclo PDCA pode ser utilizado para manter e melhorar o planejamento

de qualidade de um processo (CAMPOS, 1992). A Figura 16 mostra os objetivos de cada fase do ciclo PDCA.



Fonte: Elaborado pela autora com base em Campos (1992); Ishikawa (1986).

Ao comparar as fases de planejamento do processo da SMS e do ciclo PDCA dos autores citados, pode-se dizer que são realizadas as atividades no processo da SMS. Na matriz de intervenção são definidas ações a serem realizadas, quem será o líder dessas ações e quando serão realizadas, assim definindo o método para atingir as metas. No planejamento anual das unidades não se tem a definição de metas, mas sim a autoanálise e a priorização dos padrões, escolhendo quais os padrões serão trabalhados. Essas atividades se assemelham com as do ciclo PDCA para a melhoria de resultados, nesse caso no planejamento é identificado o problema, investigado suas características, descoberto as causas para então elaborar um plano de ação (CAMPOS, 1992), o setor de planejamento da secretaria incentiva o uso da ferramenta da árvore de problemas para esse processo.

A fase de execução dos autores referenciados consiste em educar e treinar os trabalhadores, no caso da SMS a capacitação dos coordenadores dos CS acontece na fase de planejamento. Segundo Ishikawa (1986) a educação e treinamento deve ser realizada com todos os envolvidos. Neste caso a capacitação é relatada apenas com os coordenadores e um participante (facilitador) de cada unidade, não foi mencionado por nenhum dos entrevistados uma capacitação de todos os membros das equipes. A execução da tarefa é realizada ao cumprir o que foi planejado na matriz de intervenção.

Na etapa de verificação (*check*) se tem a verificação de resultados, onde compara o resultado alcançado com a meta planejada (CAMPOS, 1992), analisando se os fatores causadores estão sobre controle e os efeitos/resultados do processo estão de acordo com o planejado (ISHIKAWA, 1986). No processo de planejamento anual se tem um acompanhamento das atividades planejadas em reuniões de equipe com o auxílio dos apoiadores dos distritos sanitários, no entanto, o monitoramento enfrenta dificuldades para sua

realização devido às demandas diárias enfrentadas pelos membros das equipes, como mencionado anteriormente. Os relatos das entrevistas não indicam a realização de um estudo de efetividade das ações realizadas, o monitoramento realizado aparenta focar se as atividades estão sendo realizadas dentro do cronograma estabelecido no planejamento.

A última etapa do planejamento realizado nas unidades de saúde, ajustes, não foi detalhada nas entrevistas e também é pouco abordada nos materiais de capacitação utilizados pela SMS. Em uma das entrevistas é colocado que cabe aos apoiadores incentivarem o ajuste das atividades planejadas em situações onde essas por algum motivo não foram cumpridas (S08). O que a literatura indica para essa fase é que com os resultados da verificação, da causa de efeitos irregulares ou insatisfatórios, pode-se traçar ações corretivas. Ações desse efeito não foram mencionadas nas entrevistas, ou no material de capacitação.

4.5 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO DESENVOLVIMENTO E MELHORIA DE SERVIÇOS

A diretriz do SUS de participação da comunidade está diretamente relacionada aos conselhos de saúde. O conselho de saúde é um dos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo (BRASIL, 2013). Os conselhos locais de saúde foram citados por todos os coordenadores de CS como a forma que a diretriz de participação está inserida nos serviços ou em seu planejamento. O mesmo ocorreu com os representantes dos distritos sanitários. Duas unidades também apontaram trabalhar com a associação de moradores do bairro (S06, S07). Um dos distritos apontou usar além dos conselhos outros canais de ausculta da população para a participação da comunidade, porém falta uma sistematização dos dados (S12). O setor de planejamento procura induzir a criação e o envolvimento dos conselhos nas mudanças realizadas nas unidades no instrumento de autoavaliação. O Quadro 14 mostra os relatos dos entrevistados (funcionários SMS) em relação a participação da comunidade nos serviços.

Em relação aos CLS, os coordenadores dos CS destacam a falta de participação e de conscientização da população e a importância da sua participação no conselho. Como foi apontado por S02 no Quadro 14, a população costuma procurar o CLS principalmente para resolver seus problemas pessoais com o serviço de saúde, e não para colaborar com o papel do conselho de controle social e atuação no planejamento. A falta de conscientização na questão de o conselho ser um espaço para a população discutir e reivindicar melhorias no sistema de saúde também é apontado por S04 e S07.

Quadro 14 - Participação da comunidade nos serviços de saúde

Categoria	Relatos
<p style="text-align: center;">CS</p> <p>CLS (S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07) Pouca participação (S01, S02, S03, S04, S05, S07) Associação moradores (S06, S07) Ouvidorias (S07)</p>	<p>"Uma pena que são poucos que participam do conselho, em média de 15 a 20 pessoas, só que normalmente são os mesmos, as vezes já estão a anos praticando e vem sempre, por que novos é muito complicado" (S01) "o conselho local de saúde, (...), mas aqui não é muito atuante não, ninguém está interessado no todo, em trabalhar pela comunidade. (...) a população tem voz, tem força, então eu vejo muitos outros centros de saúde que tem o conselho mais atuante que eles conseguem trazer mais benefícios <i>pras (sic)</i> unidades" (S02) "eles (funcionários) tem uma ideia muito ruim do que seja um controle social, eu não vejo assim, eu acho muito importante, mas eles tem, e não querem participar, então com muita dificuldade nós conseguimos chegar onde está hoje" (S03) "as pessoas, eu acho no Brasil, não entendem que o SUS é uma conquista e que é deles, e que eles precisam cuidar disso aqui, não adianta o trabalhador querer lutar, querer ir fazer discussão com a gestão se a população não se indigna, então <i>pra (sic)</i> eles o SUS não funciona, <i>pra (sic)</i> eles isso não é deles, mas ao mesmo tempo é, as pessoas não se dão conta disso aqui é um espaço deles" (S04) "já faz um tempo que o conselho voltou atuar assim, mas bem timidamente, (...), mas o pessoal que vem opinar não tá legal isso, não tem, infelizmente não tem, é quem vem é paciente que está sempre aqui, que gosta que vem aqui <i>pra (sic)</i> participar ver o que está acontecendo ajuda dar uma opinião" (S05) "a gente sempre leva <i>pra (sic)</i> reunião do conselho aquilo que a gente está trabalhando, e procura ver questões que a gente possa vincular, de estar trabalhando junto, a gente tem uma parceria também com os moradores, e associações (...), então tanto o conselho, quanto a equipe traz as demandas e ali a gente vai discutindo" (S06) "a gente tem o CLS que capenga, que está sempre assim beirando a falência, mas tá ai, por que a participação popular ela é hoje mais vista em loco, <i>pra (sic)</i> situações individuais e geralmente conflitantes, mas no popular que é <i>pra (sic)</i> pessoa participar da reunião e contribuir e tentar mudar e pressionar os órgãos públicos para que eles tenham algumas modificações isso não acontece" (S07)</p>
<p style="text-align: center;">Planejamento/ Distritos</p> <p>Induzido na autoavaliação (S08, S11) CLS/CMS (S09, S10, S11, S12) Falta cultura de participação (S09, S10) Perfil de gestão (S09) Teoria x Prática (S10) Convocado em urgências (S10) Aviso de mudanças no CLS (S11) CLS, ouvidorias, pesquisa satisfação, conferências (S12) Falta sistematizar e analisar os dados (S12)</p>	<p>"uma indução nossa do planejamento, a área técnica sempre é mais focada, ela tem mais dificuldade em enxergar a importância disso, dar legitimidade fortalece a relação do centro de saúde da equipe com a comunidade, (...), a gente tenta induzir com a formação de conselhos a participação, se as decisões da unidade são compartilhadas ou se são informadas pelo menos" (S08) "a gente tem um conselho municipal de saúde que acho que é bastante organizado, mas é aquela situação que depende muito de quem é o secretário, quem é o prefeito, vai dar espaço <i>pra (sic)</i> que algo seja deliberado ali ou não, e acho que de um modo geral como sociedade a gente não tem a cultura da participação, nem de eu como indivíduo ir lá participar nem de eu como integrante de uma instituição, dar voz e respeitar aquilo que foi deliberado por algum fórum de participação" (S09) "ela está prevista na teoria, mas é difícil incorporar uma prática em muitos centros de saúde, tanto é que acabam acionando a participação popular em questões mais urgentes ou políticas, (...), mas no processo de planejamento, melhoria, rotineiro, isso é bem difícil de consolidar " (S10) "as unidades acionam o conselho quando, por exemplo, vai mudar o processo de trabalho, (...), e acionam o conselho local de saúde <i>pra (sic)</i> juntos com eles qual vai ser a melhor" (S11) "a gente tem a ouvidoria, que é um canal que a gente usa bastante <i>pra (sic)</i> ter um contato direto com a unidade, tem a avaliação da satisfação dos usuários, (...), tem os conselhos locais de saúde, tem a conferência municipal de saúde, o plano municipal de saúde, então tem oficinas distritais, (...), então acho que tem bastante canais de participação, eu acho que falta talvez é sistematizar isso um pouquinho, melhorar alguns desses instrumentos" (S12)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

A falta de participação atuante dos conselhos nos processos de planejamento também foi apontada por dois representantes distritais. Como relatou S09 (Quadro 14), a atuação do

conselho depende da gestão atuante no momento, se ela dará espaço para participação do conselho, assim como a sociedade brasileira não tem a cultura de participação: “nem de eu como indivíduo ir lá participar nem de eu como integrante de uma instituição, dar voz e respeitar aquilo que foi deliberado por algum fórum de participação” (S09). O entrevistado S10 coloca que apesar da participação dos conselhos estar prevista, é difícil a atuação na prática do conselho no planejamento de todas as unidades, o conselho costuma ser acionado em situações urgentes ou políticas. A dificuldade de recrutamento de membros da comunidade e o seu engajamento durante o processo é uma barreira também citada na literatura (FORBAT et al., 2009; GUSTAVSSON, 2014; IEDEMA et al., 2010; JUN et al., 2018; NIMEGEER et al., 2016; PIPER et al., 2012; TOLLYFIELD, 2014).

Quando questionado aos coordenadores dos CS o que é considerado participação da comunidade foram mencionados: o acompanhamento e discussão das questões da unidade (S04, S06, S07); elogios, críticas e sugestões (S01, S05); voluntariado (S06, S07); ouvidorias (S05); e participação das mobilizações (S06). Os canais de participação da comunidade ou de ausculta citados pelos coordenadores dos CS são apresentados na Tabela 3. O canal de participação mais citado foi a caixa de sugestões (5) que fica na sala de espera das unidades, a ouvidoria (4) que é um canal para encaminhar reclamações, denúncias, críticas e sugestões também foi um dos mais citados assim como o e-mail. Dentre os canais citados, destaca-se o uso de uma mídia social por duas unidades para a interação com os seus usuários, e as conversas realizadas na sala de espera. O conselho local de saúde teve poucas menções como canal de participação, no entanto um dos entrevistados abordou a intenção de colocar um membro do CLS no colegiado gestor da unidade: “a gente tem a ideia de colocar um membro no colegiado, mas isso ainda (pausa), tem que ver alguém que se interesse mesmo, bem, que faça parte do conselho, que a gente consiga convidar e que se comprometa participar” (S05).

Tabela 3 - Canais de participação comunidade

Canal	Nº citações	CS
Caixa de sugestões	5	S01, S02, S03, S04, S06
Ouvidoria	4	S02, S03, S04, S07
E-mail	4	S01, S02, S03, S06
Telefone	3	S01, S02, S06
Coordenador CS	3	S03, S04, S07
CLS	2	S01, S03
Facebook	2	S03, S06
ACS/Equipe CS	1	S03
Sala de espera	1	S04

Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo os coordenadores dos centros entrevistados a comunidade participa do processo de melhoria e de planejamento dos serviços. Em relação ao momento desta

participação ou a inserção das opiniões dos usuários um dos entrevistados apontou que isso não ocorre (S02), no entanto, essa unidade verifica as informações vindas das anuncias de saúde e as utiliza para realizar mudanças no serviço. Outro coordenador apontou convidar o CLS para participar do planejamento, mas que isso é difícil ocorrer devido ao horário de trabalho (S07), este entrevistado apontou que as alterações são influenciadas a partir da observação dos usuários pela equipe. Os demais entrevistados apontaram que essa participação ocorre no CLS, um deles apontou também o uso das repostas presentes na caixa de sugestões. O Quadro 15 mostra os relatos referentes ao momento de participação dos usuários.

Quadro 15 - Momento de participação e validação de opiniões dos usuários

Categories	Relatos
CLS (S01, S03, S04, S05, S06) Caixa sugestões (S06)	"São a partir disso que as melhorias são realizadas" (S01) "quando a gente tem alguma, alguma sugestão, a gente leva <i>né (sic)</i> , mas local específico seria só o conselho local" (S05) "a gente sempre coloca, por exemplo, ah, vai mudar a questão do acolhimento, a gente leva <i>pra (sic)</i> reunião do conselho, eles contribuem, ou a gente procura fazer e eles depois, a gente faz, verifica num próximo se melhorou, se a população achou bom ou não" (S06)
Não (S02) Convite CLS planej. (S07) Observações cotidiano (S07)	"eu acho que é mais termômetro a gente observa pontualmente algumas situações e a gente vê o que pode melhorar e aí a gente traz isso <i>pra (sic)</i> reunião, mas não é algo 'ah uma pessoa veio e trouxe'" (S07)

Fonte: Elaborado pela autora.

Como mostra o Quadro 15 um dos centros parte das colocações dos usuários para realizar as melhorias dos serviços (S01). Neste sentido, outro entrevistado aponta que antes das reuniões do conselho todas as manifestações dos usuários, vindas de diversos canais, são discutidas: "então a gente junta isso tudo e dá um tom para o direcionamento da unidade, para melhoria" (S03). Outra unidade aponta que o local para a participação é através do conselho, mas relata também uma alteração realizada pela observação e conversas cotidianas da equipe com os usuários:

"(...) da vacina, que todo mundo tinha que passar pela recepção, mas os usuários começaram a reclamar que eles ficaram muito tempo esperando *pra (sic)* ir *pra (sic)* vacina, que tinha cadastro novo e tal, aí a gente percebeu isso e conversou em equipe, e passou a senha da vacina independente, uma coisa simples que melhorou muito, e que, a gente não estava percebendo que isso estava acontecendo" (S05).

Um dos entrevistados ressalta que para melhorar esse processo o ideal é a maior participação da comunidade:

"a única coisa que poderia ter mais pessoas mais envolvidas neste processo, então como as vezes são poucas e, às vezes, quase sempre as mesmas, isso dificulta por que a gente não tem um cenário maior (...), mas o que a gente usa também é a caixinha, que ali colocam o que as pessoas que frequentam mais assim, mas o ideal é que houvesse mais participação" (S06).

As pesquisas de satisfação são um meio de captação de informação dos usuários, onde se tem dados relacionados à percepção dos usuários quanto ao serviço. Esses dados

podem ser usados para identificação de pontos que necessitam melhoria no serviço sendo oferecido. Dos CS estudados, dois não realizam pesquisas de satisfação, dois usam um instrumento próprio para pesquisa e três usam um modelo estabelecido pela SMS. Segundo os entrevistados S02, S03 e S05, os resultados da pesquisa de satisfação deveriam ser enviados periodicamente para a SMS, que avaliaria os resultados e daria um retorno às unidades. Apenas o entrevistado S03 relata ter recebido o retorno dos resultados da SMS, mas recebeu o resultado referente a apenas um dos anos. Das unidades que realizam a pesquisa de satisfação, quatro delas (S01, S02, S03, S06) utilizam os dados da pesquisa para orientar ações de melhoria, uma delas (S07) coloca que a pesquisa aponta quais são as fragilidades do momento. Os dados referentes à pesquisa de satisfação estão apresentados no Quadro 16.

Quadro 16 - Uso de pesquisa de satisfação nos CS

	Categorias	Relatos
Realização	Modelo enviado pela secretaria (S01, S02, S03) Caixa sugestões ou pesquisa própria (S06, S07)	"a gente tem uma urna que a cada 2 meses eu acho a gente teria que mandar para secretaria avaliar, não sei nem se isso está funcionando, tem isso estabelecido pela secretaria, mas não é uma prática que a gente tá usando" (S02) "a gente tem a nossa pesquisa que a gente faz na caixinha de sugestão, e quando a gente tem algo que a gente quer é buscar mais específico a gente faz pesquisa" (S06)
	Não é realizado (S04, S05)	"a gente fazia mensal, mas, assim te sendo bem sincera, desde que teve a primeira greve a gente está tentando sobreviver, então isso hoje não é prioridade, porque é muita reclamação e muita sugestão, como é que eu posso falar que a pessoa sugeriu serviços, se ele não tem papel higiênico, se não tem um copo, entendeu, então eu tenho que ir meio que com maré" (S04) "agora no momento a gente não tá fazendo, não está sendo feito, e a da urna também a gente já retirou dali, o planejamento não pediu mais" (S05)
Uso dados	Dados orientam ações (S01, S02, S03, S06) Termômetro (S07)	"eu como coordenadora leio tudo antes de mandar, e eu uso isso como uma ouvidoria" (S03) "o que eu vejo assim é que muitas vezes ele nos dá um termômetro exato de quais são nossas fragilidades maiores" (S07)

Fonte: Elaborado pela autora.

Uma das unidades que atualmente não realiza pesquisa de satisfação coloca que mesmo quando eram realizadas, os resultados não eram muito utilizados: "não impactava tanto, um ou outro detalhe são importantes, mas no geral não. A equipe faz uma boa autocrítica, sobre o que está acontecendo" (S04). No entanto, como citado anteriormente, Hagesen *et al.* (2016) colocam que a participação dos pacientes traz resultados que contradisseram as pressuposições dos profissionais de saúde.

Segundo os entrevistados dos conselhos de saúde, quatro indicaram participar do planejamento e melhoria dos serviços, um deles coloca que participam, mas não querem interferir no processo, que trabalham em parceria com a equipe da unidade (C01), outros três colocam a participação através da discussão nas reuniões do CLS (C02, C04, C06), assim como foi apontado pelos coordenadores dos CS. Um dos entrevistados (C03) coloca que o

conselho não participa do planejamento dos serviços da unidade, mas que parte do conselho e da coordenadoria da unidade, tem interesse para tal. Segundo o entrevistado C07, atualmente o conselho municipal participa do planejamento municipal de saúde apresentando os problemas, porém há o interesse de também participar na construção de propostas para os serviços municipais de saúde. O Quadro 17 traz o posicionamento dos conselheiros quanto a participação atual nos processos de planejamento e melhoria dos serviços.

Quadro 17 - Participação conselhos no planejamento de serviços

Categorias		Relatos
CLS	Participa sem interferir/parceria (C01)	"Ajuda, o conselho pode se envolver mais ou menos, depende da equipe que está trabalhando e das pessoas que estão aqui também, em muitos casos tem conselhos que nem consegue entrar na unidade, (...), a gente tem liberdade, respeito, e a gente consegue fazer um trabalho de parceria" (C01)
	Debate reunião CLS (C02, C04, C06) Não (C03)	
CLS	Interesse em participar/reuniões planejamento (C03)	"Não, deveria, inclusive a nossa coordenadora, que agora não está mais conosco na unidade de saúde, ela tem essa ideia, que a gente devia, devesse participar da organização <i>né (sic)</i> " (C03)
	Mais ou menos (C05)	
CMS	Sim	"Agora sim, (...), mas anteriormente não, inclusive uma das nossas críticas é que o planejamento municipal era só feito muito, muito fragilmente com os profissionais, (...), hoje a gente está cobrando a participação dos usuários e dos profissionais, se você me perguntar 'é o planejamento que nós sonhamos?', ainda não, o que a gente apresentou ali são os problemas, a gente não quer também só apresentar os problemas, a gente quer chegar a um grau de evolução de fazer as propostas e construir as propostas juntos e um diálogo que a gestão possa dizer 'isso aqui não dá, por que isso aqui'" (C07)

Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar de haver a participação do CMS no planejamento municipal, o representante entrevistado aponta que a participação atual não é suficiente, está se buscando construir uma gestão participativa, mas existem questões que dificultam atingir esse objetivo. No caso dos CLS, um entrevistado coloca que a participação ainda apresenta fragilidades, como o CLS ficar muito isolado do CMS e da gestão de saúde (C03). Os demais entrevistados apontaram como a participação do conselho atua no CS. No caso do entrevistado C01 o conselho procura não interferir na gestão, mas escuta os funcionários e procuram auxiliar em suas questões com sugestões. Tanto C01 como C06 colocam que atuam dando sugestões, o entrevistado C06 ressalta que existe uma padronização dos serviços pela prefeitura, assim conseguem fazer sugestões pequenas. Segundo o entrevistado C05, a participação pode ser ou não suficiente, mas os CLS são o que consegue fazer com que as demandas sejam atendidas. O Quadro 18 apresenta esses relatos.

Quadro 18 - Atuação dos conselhos (participação)

Categorias		Relatos
CLS	Dão sugestões (C01, C06)	"nós não pretendemos interferir na gerencia, nós somos apoiadores, quando temos alguma questão <i>pra (sic)</i> colocar <i>pra (sic)</i> mudanças, a gente conversa e a gente trata e nós não procuramos interferir assim, damos sugestões. (...), e com conversa a gente já resolveu, (...), porque muitas vezes eles não querem reclamar <i>pro (sic)</i> coordenador, que ficam com medo com receio, mas <i>pra (sic)</i> gente eles falam alguma coisa e a gente quando pode atua" (C01)
	Ouve reclamações funcionários (C01)	"se é não sei, mas é o que ainda funciona que a gente sabe <i>né (sic)</i> , a única que a gente consegue ter voz ativa <i>pra (sic)</i> levar" (C05)
	Não interferir gestão/ apoiadores (C01)	"a nossa participação no gerenciamento é sugerindo algumas pequenas alterações, por que eles vem de pacote pronto do município também, mas tem uma questão também que é justo salientar, vai depender da coordenadora, da formação que ela tem, por que agora, parece que continua sendo só as enfermeiras, não é por ser enfermeiras, mas como elas conhecem mais a dinâmica do trabalho em saúde eu acho que isso facilita bastante" (C06)
	Única que funciona/ voz ativa (C05)	"não, não por que o conselho é muito isolado, e como o conselho municipal de saúde é composto por sindicatos, (...), ah, participação nossa, do conselho local, eu vejo que o conselho municipal é uma coisa distante, se bem que agora de uns dois anos <i>pra (sic)</i> cá tem havido um esforço da secretária do conselho de trazer os conselheiros <i>pra (sic)</i> reuniões" (C03)
CMS	Ainda não, Gestão participativa sendo construída	"não, ainda não. Nós estamos batalhando <i>pra (sic)</i> chegar lá, mas assim, uma gestão participativa, ela vai sendo construída, a gente está tentando construir (...), o que a gente está percebendo é uma dificuldade muito grande devido à falta de orçamento e decisão pelo corte de orçamento ninguém consulta a gente" (C07)

Fonte: Elaborado pela autora.

A fala de C01 no Quadro 17, em que coloca que há casos onde o conselho não “consegue entrar na unidade” e no Quadro 18 de que o conselho não quer interferir, sugere a presença de desequilíbrio de poder, tanto em funcionários de serviços de saúde não permitirem a atuação da comunidade, como na comunidade não perceber como pode atuar em conjunto com os funcionários, onde ambos são donos da ação, num mesmo nível de importância. O desequilíbrio de poder é uma barreira citada várias vezes na literatura referente a projetos onde se tem a participação dos pacientes (BATE; ROBERT, 2007b; DONETTO et al., 2015; EL ENANY; CURRIE; LOCKETT, 2013; FUDGE; WOLFE; MCKEVITT, 2008; IEDEMA et al., 2010; KENYON et al., 2016; WAINWRIGHT; BOICHAT; MCCRACKEN, 2014).

Assim como foi apontado por coordenadores de unidades de saúde e membros dos distritos sanitários, os conselheiros locais de saúde colocam que se tem pouca participação dos usuários nos conselhos de saúde, assim como a falta de conscientização da importância do conselho e da participação. O Quadro 19 apresenta questões relacionadas a participação da comunidade nos conselhos.

Quadro 19 - Participação da comunidade nos conselhos

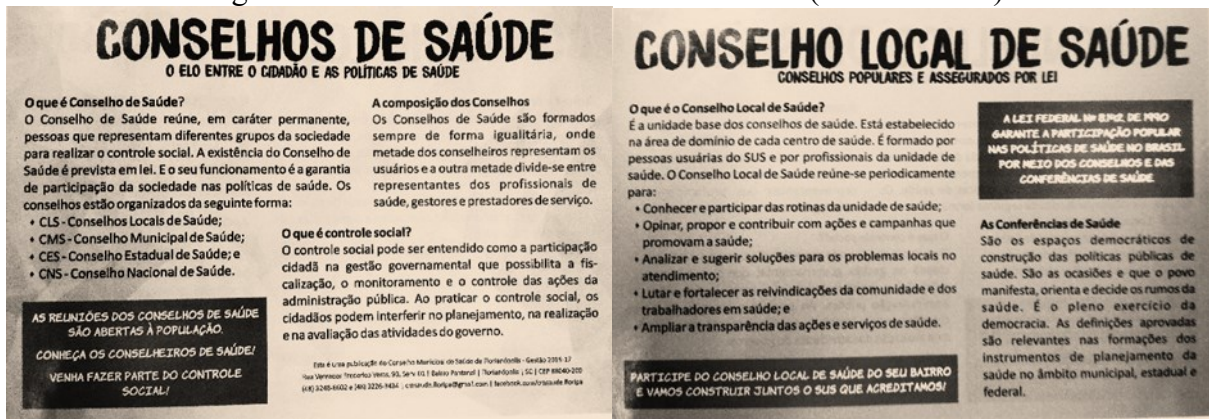
Categorias	Relatos	
CLS	Usuários pouco participativos (C01, C02, C03, C04, C05, C06)	"tô (<i>sic</i>) fazendo um processo agora com o público de reeducação desse pessoal, para que eles possam participar, entendeu, para que eles sejam mais assíduos, e assim, mais interessados de participar das reuniões, de reclamar, (...), quanto mais se participação, isso é de regra, mesmo que a pessoa não se manifeste, mas venha na reunião, já significa apoio, isto é essencial" (C01)
	Reeducação para participação (C01)	"os usuários não tem consciência de quanto eles deveriam participar, então eles participam razoavelmente, sendo muito chamados, muito, eles ainda não percebem o quanto os conselhos são importantes. (...) nós temos que fazer é que houvesse mais trabalho de chamamento das pessoas <i>pra (sic)</i> participar, na verdade a mídia, a mídia local a mídia nacional, eles não trabalham muito com essas coisas de interesse da sociedade, eu acho que teria que fazer mais de divulgar esses espaços" (C02)
	Presença = apoio (C01)	"a ação ativa da comunidade é quando há um problema e eles se sentem prejudicados, eu preciso disso, eu preciso daquilo, temos que trazer aquele médico <i>pra (sic)</i> nossa região (...), então vem o pensamento de resolver, nesses casos a comunidade aparece/interage mas no exercício da cidadania da participação do conselho, no documento é um número bem reduzido" (C04)
	Falta conscientização participação e importância CLS (C02)	"nós temos uma dificuldade muito grande ainda, apesar de que na saúde a gente está avançando, mas a maioria da sociedade ainda nem sabe que existe um conselho, (...), mas a própria sociedade, o maior número eu acho que ela não tem entendimento disso" (C07)
	Pouca divulgação espaços (C02)	
	Comunidade ativa apenas em problemas de falta RH/ medicamentos (C04, C06)	
Dificuldade para renovação dos componentes do conselho (C04, C06)		
CMS	Sociedade não sabe que existe conselho	

Fonte: Elaborado pela autora.

O entrevistado C07 levanta o ponto que grande parte da sociedade não sabe da existência desses conselhos. O entrevistado C02, também coloca que é necessária maior divulgação dos conselhos para que as pessoas participem. Para a divulgação e apresentação dos conselhos a SMS disponibilizou *folders* informativos para serem entregues aos usuários (Figura 17). Relacionado à conscientização para a participação, um dos entrevistados coloca que está procurando reeducar os membros da comunidade para participarem e apoiarem o conselho e coloca: “por que eles podem não vir, não vir aqui, mas estrategicamente eu *tô (sic)* fazendo questão que eles saibam” (C01). Outro entrevistado apontou a falta de interesse da sociedade e a passividade em aceitar as coisas mesmo sendo seu direito:

“eu acho que é uma negligência, que é o fruto do que nós vivemos hoje nesse país, ‘ah isso não é comigo, isso não posso, eu não quero, não vou perder meu tempo’, (...), as pessoas elas não reclamam de nada, é outro problema, eu acho que tudo bem, tá tudo certo, tudo arrumado, (...), então assim, é tudo uma passividade excessiva, ela é responsável pela não participação também em conselho e em outras reuniões” (C06).

Figura 17 - Folder informativo de CMS e CLS (frente e verso).



Fonte: Entregue pelo entrevistado C01.

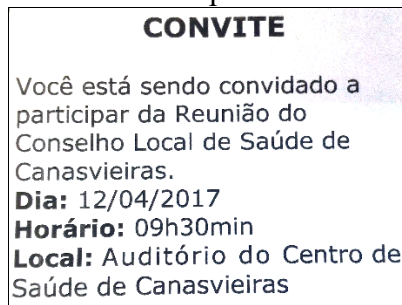
Dois entrevistados (C04, C06) ressaltaram que a participação ativa da comunidade ocorre quando o CS apresenta problemas com falta de recursos humanos (em geral profissionais de saúde), ou medicamentos; no entanto, ao ser revolido o problema geralmente a participação da comunidade volta a ser pequena:

“dois anos atrás, o médico pediu demissão e foi embora, mas a secretaria de saúde sabia disso, ele já tinha avisado, a secretaria de saúde não fez nada, quando nós encaminhamos a informação, (...), o secretário disse, ‘não, nós não temos nenhum médico disponível’, (...), resultado, [leve riso], é, nós conseguimos mais de quase 700 assinaturas da comunidade *pra (sic)* ir ao secretário, só que me pergunta como que foram as assinaturas, as agentes comunitárias ali no posto toda hora, chamando os mais próximos, eu como conselho eu fui na missa, o padre, a gente falou na igreja, aí todo mundo me procurou, (...), resultado conseguimos um médico, mas aí acabou tudo, a gente chama [pausa com feição de descontentamento], (...), não tinha quem ia” (C06).

Essa situação vai de encontro ao que foi citado anteriormente de que nesses momentos a pressão da população é o que faz com que os problemas sejam resolvidos.

Outro fator que influencia a participação da comunidade nos conselhos é a sua divulgação. Para informar os usuários, os entrevistados dos CLS relatam o uso de cartazes e avisos com as datas das reuniões (C01, C02, C03, C04, C05) ou de faixas (C06), geralmente dispostos no CS. Os funcionários das unidades também fazem o convite aos usuários (C05), sendo que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o mais apontado, realizando o convite aos usuários ao efetuar as visitas domiciliares (C02, C04, C05). A distribuição de pequenos convites impressos (mosquitinhos) também é utilizada, sendo disposto no CS (consultórios - C01) ou pelos ACS (C01, C03). A Figura 18 mostra um convite/mosquitinho usado no CS de Canasvieiras.

Figura 18 - Convite para reunião de CLS



Fonte: Fornecido por entrevistado.

Em reação ao que motiva a participação é citado: algum problema pessoal (C01, C06); falta de recursos nas unidades (C02, C07); motivação vinda dos funcionários para que se tenha a atuação do conselho (C05). O entrevistado C07 também coloca como motivação ideias pessoais. Dois dos entrevistados apontaram fatores que influenciam a desmotivação da participação nos conselhos: a população não sabe o seu poder (C03) e a fragilidade na educação em formar cidadãos (C04). O Quadro 20 apresenta essas questões.

Quadro 20 - Motivação ou desmotivação para participação

	Categorias	Relatos
CLS	Estar com algum problema (C01, C06)	"a maioria vem porque teve algum problema ou porque estão tendo algum problema" (C01)
	Falta algo para comunidade (C02)	"quando falta alguma coisa <i>pra (sic)</i> comunidade eles participam mais, (...), então elas participam quando elas veem ser tirado o direito delas de usufruir o sistema de saúde local, quando <i>tá (sic)</i> tudo mais ou menos resolvido (...), então eles cham e vão atrás quando são tirados os seus direitos" (C02)
	Voz ativa (C05)	"nós que estamos motivando eles e explicando, explicação do porque eles deveriam estar aqui, pela voz ativa e <i>pra (sic)</i> fazer as reivindicações" (C05)
	População não sabe sua força (C03)	"eu acho que o pessoal não sabe a força que tem, (...), se a gente não for <i>pra (sic)</i> cima do bandido, o bandido vai ganhar de nós sempre, (...), eu tô <i>(sic)</i> dizendo isso por que até 2009/10 eu nunca nem sabia o que era conselho, eu estou com 68, quer dizer, quase 60 anos sem saber" (C03)
CMS	Falta formação de cidadania (C04)	"eu vejo que a formação do cidadão (...) é necessário que exista essa bagagem para que o cidadão seja consciente que a coisa pública não é simplesmente algo que vem <i>pra (sic)</i> ele de graça e que ele não precisa lutar por isso, não precisa defender e até fiscalizar, (...), se houver essa bagagem de informação o cidadão ele interage, ele vota, ele luta, ele batalha <i>pra (sic)</i> manutenção do sistema" (C04)
	Ideal (C07)	"eu sou motivado por ideal, mas eu acho uma das coisas que a gente percebe que acontece é que quando há algum problema as pessoas acabam se mobilizando (...), falta um médico, falta isso, falta aquilo, acaba, os conselhos locais acabam se fortalecendo nesses período, as vezes o que acontece, depois de fortalecer ele não acaba mais, ele continua, só que as vezes passa o problema e ele volta a ficar uma estafa, uma dificuldade maior, volta a ter o mesmo momento devagar"
	Problemas nas Unidades - falta de recursos (C07)	

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 AVALIAÇÃO PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS

Durante as entrevistas realizadas neste estudo de caso os entrevistados foram solicitados a apontar os pontos positivos e negativos do processo de melhoria dos serviços (profissionais do serviço de saúde) e dos conselhos de saúde (conselheiros). O Quadro 21 e o Quadro 22 mostram os apontamentos dos entrevistados relacionados aos pontos positivos e

negativos processo de melhoria respectivamente, e o Quadro 23 os apontamentos dos conselhos de saúde.

A equipe dos CS foi apontada como ponto positivo por quatro coordenadores de unidade (S01, S02, S04 e S06), os relatos de S01 e S04 no Quadro 21 ilustram este ponto. As duas unidades que trabalham com colegiado gestor na unidade apontaram este como um ponto positivo (S03, S05); segundo esses entrevistados o conselho permite trabalhar em parceria nas decisões e dá um senso de valorização aos envolvidos:

“é pensado junto, a gente vê o que é melhor para o serviço mesmo, (...), tirou uma carga grande do cargo da coordenação, e os profissionais gostam por que eles participam, eles podem opinar, eles podem ver o pró e o contra, se tem um consenso, cada um pode lutar pelo seu ponto de vista” (S05).

O entrevistado S03 coloca também o trabalho com os conselhos de saúde e as ouvidorias como um ponto forte para as melhorias, como mostra o relato no Quadro 21.

Quadro 21 - Pontos positivos da melhoria dos serviços.

Categorias	Relatos
CS	<p>"Forte acho que a equipe que é muito unida, mesmo com as dificuldades que a gente tem, é muito difícil o pessoal reclamar sabe, mesmo com as situações de RH por ex., cada vez menos RH mas o pessoal que fica trabalha dobrado entendeu" (S01)</p> <p>"o grande ponto forte é o colegiado, você ter a parceria de representantes empoeirados de cada categoria é muito importante, (...), o segundo grande ponto é o conselho de saúde, é você ouvir as pessoas, ficar o tempo todo ouvindo, é uma ouvidoria (...), as reuniões de planejamento também são, lógico, se faz um diagnóstico e se planeja aquele ano, vai melhorar isso, aquilo e aquilo outro" S03)</p> <p>"as pessoas estão levando na unha,(...), por que, o que que te motiva <i>pra (sic)</i> ação, normalmente é dinheiro no bolso, (...), abraço é legal, mas dinheiro no bolso é [leve riso], então, esse comprometimento que as pessoas tem aqui com o SUS, com os seus usuários é muito bonito de ver, é o que mantém a gente ainda acreditando" (S04)</p>
Planejamento/ Distritos	<p>"então essa questão do planejamento, da carteira de serviços, da política municipal de atenção primária, então de como devem funcionar os serviços, quais são as coisas mínimas que devem ser oferecidas, (...) assim pelo menos no papel, garantir algumas coisas pelo menos na lei assim <i>né (sic)</i>, acho que sistematizar, ordenar e registrar algumas coisas de processo de trabalho de fluxos foi muito importantes assim" (S09)</p> <p>"a gente tem muitos espaços institucionalizados de discussão, então tem reuniões de categoria profissional, reunião da gente com os coordenadores, da gente com a gerência de atenção primária que é instância superior, então eu acho que isso favorece muito qualquer inovação que tenha, qualquer ideia que venha tanto do usuário, quanto a política nova, a gente tem esses canais <i>pra (sic)</i> discutir novas ações, eu acho que a formação dos profissionais da rede, que também é um ponto bem forte, a gente tem é muitos profissionais que tem especializações em áreas diversas, (...), você tem um grupo de discussão muito rico <i>pra (sic)</i> pensar em estratégias de melhoria, (...), a gente usa muita a ouvidoria, como uma, ferramenta de melhoria dos serviços" (S12)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

O processo de planejamento anual foi apontado por S03 e S07 como um fator positivo. S07 coloca que o fato de existir um planejamento, e esse processo ser apoiado pela gerência é algo importante:

“a gente ganha um apoio, vamos dizer, um suporte *pra (sic)* parar e pensar sobre isso, eu acho que isso é uma grande potencialidade, de pensar sobre o que a gente está fazendo, e acho que só isso já dá um impacto por que se não a gente só fica fazendo, fazendo, fazendo e não consegue avaliar, não consegue ver o que está fazendo, não consegue avançar, não consegue ver quais são nossas fragilidades, visualizar nossas fragilidades eu acho que esse momento é superimportante *pra (sic)* gente assim, e tem sido assim uma coisa bem rica assim, por que traz um comprometimento de toda a equipe, traz movimento em relação as ações e que envolvem o nosso trabalho do dia a dia”.

Os entrevistados dos setores gerenciais também apontaram a importância do momento de planejamento para a reflexão do estado da unidade, um dos entrevistados coloca:

“é um momento que as unidades, que as equipes se reúnem, que a gente tem a participação de todos os membros da unidade *pra (sic)* ver no que está dando, o que que está ruim, (...), de toda a equipe se reunir *pra (sic)* pensar no planejamento naquele momento específico” (S11).

A institucionalização do planejamento foi apontada como algo positivo por três entrevistados dos setores gerenciais (S08, S10, S12), como mostra o relato de S10 que também ressalta a importância dos apoiadores no processo:

“O processo de planejamento, e de melhoria já é algo que está institucionalizado, então é visto como prioridade pela gestão, (...) as equipes estão já empoderadas dessa questão do planejamento, acho que a figura do apoiador tá bem próxima às equipes é um ponto bem positivo, que é uma dificuldade que a gente tinha quando essa figura não existia, de como atuar lá na ponta *pra (sic)* mudança de processo, *pra (sic)* melhoria e *pra (sic)* apoio das equipes, que as vezes não sabe como fazer ou tem dificuldades” (S10).

No entanto, o entrevistado S08, membro do setor de planejamento, coloca que a atuação dos apoiadores ainda é frágil, indicando que eles devem ser mais atuantes no processo (Quadro 22).

O entrevistado S08, assim como os CS, coloca o trabalho da equipe como um ponto forte do planejamento, o trabalho da equipe promover melhorias a cada ano trabalhando em uma lógica de melhoria contínua. O entrevistado também destaca o trabalho conjunto com a direção de atenção primária: “não faz sentido nenhum o nosso planejamento trabalhar aqui sozinho sem ter o foco de atenção da atenção primária” (S08). O entrevistado S12 coloca a multidisciplinaridade das equipes e os diversos espaços para discussão estabelecidos, como sendo benéficos para a melhoria dos serviços, assim como fazer uso das informações vindas das ouvidorias. Além do planejamento, o entrevistado S09 aponta o registro de condições mínimas de atendimento e de fluxos de trabalho em uma política municipal como um ponto positivo para a melhoria dos serviços.

Quadro 22 - Pontos negativos da melhoria de serviços

	Categorias	Relatos
CS	Falta RH (S01, S02, S03, S04, S06)	"a gente tem sempre defasagem de profissional, de material, a gente nunca vai dar conta de toda a demanda que a gente tem" (S02)
	Falta material (S02, S04, S06)	"a falta de RH técnico, que é um RH barato, (...), então agora se tem 3 técnicos agora trabalhando, (...), e a gente precisaria ter 6, então esse ponto que não é da minha governabilidade, está fora do meu alcance, (...), acho que um pouco é o funcionalismo público, ele tem uma coisa dessa demorosidade" (S03)
	Não atende demanda (S02, S06)	"mas como a demanda cada vez aumenta mais, e a gente talvez não tenha muito tempo <i>pra (sic)</i> realizar tudo aquilo que a gente queria" (S06)
	Demandas fora da gerência (S03, S07)	"do planejamento, eu acho que tem coisas que não são da nossa gerência, (...), por ex., eu vejo que a minha unidade precisa vários consertos e várias coisas de manutenção predial, eu não consigo colocar isso no meu planejamento por que eu não vou conseguir executar. (...), uma crítica desde o início do planejamento, é ele foi feito muito de forma vertical, eu sei que o pessoal que está no planejamento, é um pessoal que tem se empenhado muito <i>pra (sic)</i> se tornar isso mais horizontal, mas ele é vertical" (S07)
	Funcionalismo público (S03, S04)	"nós tínhamos que trabalhar com um protagonismo maior dos apoiadores que estão lá nos distritos, com relação a se envolver mais com o processo, principalmente, (...), a equipe lá do local, que se ele é apoiador ele tem que tá apoiando desde o modelo da autoavaliação" (S08)
	Momento político/incerteza pagamento (S04)	"a gente tem uma escassez total de recursos e aí o que acontece é que apesar de a gente ter escrito tantas coisas boas, (...), só que a gente simplesmente não consegue fazer por que a gente fica fazendo um papel de zeladoria" (S09)
	Pontualidade/presença reuniões (S05)	"a gente ainda tem dificuldade de monitorar e avaliar as ações, de trabalhar com as equipes as mudanças de processo baseado em o que é de melhor evidência, as equipes ainda fazem isso mais empiricamente assim, o que que eu acho que vai mudar meu indicador, o que que eu acho que tenho que fazer, então o uso de evidências e literatura ele ainda é bem incipiente" (S10)
Planejamento/ Distritos	Verticalização plan. (S07)	"vem uma autoavaliação pronta do planejamento <i>pra (sic)</i> unidades preencherem, (...), como as ações são criadas a partir daqueles dados que o planejamento já nos passou, as vezes não é aquilo que a unidade gostaria de trabalhar no momento" (S11)
	Pouca atuação dos apoiadores (S08)	"as pessoas elas levam, elas vislumbram muito as queixas das pessoas, como uma coisa negativa, e não como uma ferramenta que poderia trazer, informações <i>pra (sic)</i> gente repensar o que a gente está oferecendo <i>pras (sic)</i> pessoas, então as vezes, a pessoa vê assim, ela organiza o serviço com base no que ela tem de recurso, e com base no que ela tem experiência prévia, e não com base no que o usuário tá precisando, isso é bem negativo" (S12)
	Falta recursos (S09)	
	Monitorar e avaliar ações (S10)	
	Autoavaliação padrão (S11)	
	Resistência a mudança (S12)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os pontos negativos apresentados pelos coordenadores das unidades a falta de profissionais (S01, S02, S03, S04, S06) e a falta de materiais (S02, S04, S06) foram os mais citados. O problema de falta recursos também foi mencionada por um representante dos distritos (S09), que ressalta como isso influencia na execução plena das atividades que cabem ao seu cargo (Quadro 22). O entrevistado S06 aponta que a comunidade contribui em casos de falta de material: “na questão de materiais, medicamentos, a gente também tem muita contribuição da população, quando falta algum material, principalmente de limpeza, a população tem contribuído”.

A falta de profissionais apontada pelos entrevistados ocorre em diversos setores, um dos entrevistados aponta que alguns funcionários se aposentam mas a prefeitura não está contratando novos profissionais para esses cargos:

“os agentes atuais que nós temos de 1 a 2 anos se aposentam, quase 80% deles se aposentam daqui 1 ou 2 anos, (...), nenhuma política da prefeitura de contratar agente de saúde, e até a recepção nossa, (...) a gente tem um administrativo só, seria a pessoa que fica na recepção, (...), faz das 8 às 2 e das 2 às 5 da tarde não teria ninguém *pra (sic)* ficar ali, coloca o agente de saúde também ali, (...), então cada vez se faz menos visita domiciliar” (S01).

Em sua fala o entrevistado também coloca o caso dos profissionais administrativos que possuem uma carga horária menor, esse problema também foi apontado por outros entrevistados (S06, S07).

Os relatos de S02 e S03 no Quadro 22 também ilustram o cenário de falta de profissionais e o de S02 ainda indica como isso contribui com a dificuldade de atender as demandas de saúde da unidade. A demanda de serviços das unidades também foi mencionada por S06, que indica que a demanda alta não permite que os funcionários realizem tudo que gostariam. O atendimento da carga de serviços das unidades também pode ser influenciado pela motivação dos funcionários. Neste aspecto S04 coloca a crise política-financeira do momento como algo que traz incerteza aos funcionários, e também a noção formada por algumas pessoas de “funcionalismo” público (este último também mencionado por S03), como ilustra a fala:

“o ponto mais frágil, tá sendo a transição de gestão e o momento político nacional, muito difícil, aliado a isso a falta de RH, e a falta de medicação, a falta de lençol, falta de agulha, falta de papel para a impressora, isso tem gerado muito estresse para a equipe, a incerteza do pagamento, isso tudo tem deixado a rede muito frágil, (...) as vezes as pessoas chegam a um serviço público, achando que elas não vão trabalhar, que elas não vão precisar atender, que elas podem ter uma agenda flexível, isso não existe” (S04).

Em relação às necessidades dos centros, dois entrevistados apontam que as ações necessárias para atendê-las não são de sua gerência, tanto em aspectos de profissionais (S03), quanto em relação ao planejamento anual (S07). Quanto aos processos de melhoria S05 aponta que reunir todos da equipe é algo difícil, e acaba tendo que fechar o atendimento para a realização: “a única coisa negativa assim é que a gente não consegue reunir todo mundo, que a gente tem que tirar uma horinha do atendimento” (S05), e S07 aponta que o processo do planejamento ainda é muito verticalizado: “o planejamento ele fica muito restrito ao que é nossa gerência, então não nos dá possibilidade de conseguir outras coisas, (...), então uma coisa que vem de lá *pra (sic)* cá, pode ser que não seja interessante *pra (sic)* gente, *pra (sic)* nossa realidade”. Essa visão de que autoavaliação padrão da SMS não possibilita que as

unidades trabalhem em outras questões que sejam de seu interesse é compartilhada por um dos representantes dos distritos de saúde (S11).

O monitoramento e avaliação das ações que fazem parte do processo de planejamento anual dos serviços foi apresentado como um ponto frágil do processo (S10), dificuldades referentes a essa etapa também foram indicadas pelos entrevistados quando discutido o acompanhamento das atividades. Segundo S10 as unidades apresentam dificuldade de monitorar a situação e relacionar as mudanças às evidências (Quadro 22), assim como algumas equipes não veem a importância desse acompanhamento: “então isso é uma fragilidade por que algumas equipes (...), não entendem a importância, acabam fazendo o processo pro forma mesmo só *pra (sic)* cumprir tabela” (S10).

O entrevistado S12 aponta a resistência a mudança dos profissionais do sistema de saúde como um ponto negativo do processo, que poderia fazer uso das informações vindas dos usuários para transformar os serviços para que eles atendam às necessidades dos usuários e assim serem serviços centrados nos usuários:

“tem muitos espaços que a gente consegue saber o que o usuário tá pensando, (...), então a gente sabe muitas vezes o que o usuário tá querendo, só que por uma série dessas dificuldades, da resistência a mudança, ou das pessoas acharem que os usuários não tem conhecimento técnico *pra (sic)* dar boas sugestões, acaba que isso fica um pouco engessado, e que a gente acaba não considerando a visão do usuário *pra (sic)* melhorar o serviço, então é muito comum você ler nos textos, nas políticas, que o serviço de saúde deve estar centrado no usuário, só que as pessoas não param *pra (sic)* pensar no que que é isso, como o usuário chega com uma queixa, a pessoa ela atua na defensiva, (...), então o serviço na verdade o serviço não tá centrado no usuário, ele está centrado no que o profissional faz com os seus recursos, humanos, materiais, e com o que ele tem de experiência, (...), então isso é uma coisa que aparece em todos os canais de comunicação do usuário, só que nunca ninguém parou *pra (sic)* pensar, o que que a gente pode fazer com essa informação que o usuário está nos trazendo, ele está dizendo que a necessidade dele não tá sendo atendida por essa política atual, mas muitas vezes isso não é traduzido em prática pela questão da resistência, pela questão da experiência prévia do profissional, de não sair da zona de conforto, (...), então, conclusão o serviço ele é usuário centrado em algumas coisas, muitos movimentos aconteceram a partir das necessidades dos usuários, só que tem coisas importantes que o usuário tá dizendo *pra (sic)* gente e que a gente não está levando em consideração” (S12).

Na fala de S12 também é ilustrado o desequilíbrio de poder entre funcionários dos serviços de saúde e os usuários/pacientes ao atestar que os funcionários não acreditam que os usuários podem ter boas sugestões por não terem conhecimento técnico.

Dentre os pontos positivos dos CLS estão o auxílio do conselho na qualidade do trabalho das unidades (C01, C06). Neste sentido um dos entrevistados coloca a participação dos conselhos nas decisões da unidade (C02). A participação na gestão também foi apresentada no conselho municipal, que o crescimento da participação fortaleceu o conselho (C07). A força do conselho como voz da população é uma característica que foi apresentada por C03, apesar de isso ainda não ocorrer no conselho em questão. O entrevistado C06

também colocou que a coordenação da unidade do seu conselho aponta que o conselho é a voz da unidade e que: “o conselho é o que facilita abertura de muitos caminhos *pro (sic)* centro de saúde”. A mediação entre o CS e os órgãos públicos também foi considerado um ponto positivo: “faz a mediação entre centro de saúde e os órgãos públicos, (...), e nós vamos, estamos à disposição, então ela é importante, muito importante *pra (sic)* coordenação e *pra (sic)* o andamento do das políticas do SUS” (C04). Também foi apontado como forças do CLS a união dos membros – usuários e funcionários (C05) e o engajamento dos envolvidos na solução dos problemas (C06). O conselho municipal, além da participação da gestão, apontou a aproximação do conselho com a comunidade por meio dos conselhos locais (C07) como ponto forte do conselho. O Quadro 23 apresenta esses resultados.

Como foi apontado no item anterior, a participação das pessoas nos conselhos é uma dificuldade citada pela maioria dos entrevistados, no caso dos pontos negativos dos conselhos a baixa participação da população e dos funcionários foi mencionada por dois entrevistados (C03, C06). C06 atribui a falta de participação a indiferença da comunidade: “é essa indiferença que é uma questão assim bem (pausa) bem difícil de ser resolvida”. Relacionado a isso C01 e C05 apontam que é necessário ter maior comprometimento dos participantes, C01 coloca que faz parte da cultura popular, de ter pessoas mais engajadas e interessadas que outras. C05 coloca a necessidade de os funcionários envolvidos no conselho serem pontuais.

Outro problema enfrentado apontado por um entrevistado é a dificuldade em conseguir que as solicitações encaminhadas sejam atendidas e não barrem no sistema:

“os conselhos muitas vezes eles gostariam de encaminhar coisas, a coordenação, junto com o todos os membros, gostariam de encaminhar coisas de resolver e não consegue, por que as vezes barra no sistema, no sistema que não tem verba, que cria leis adversas ao interesse público, aí o conselho junto com toda a comunidade acaba ficando mais naquela de ter que fazer movimento *pra (sic)* mostrar que não tá bom, *pra (sic)* mostrar o que está perdendo, e não construção realmente de uma coisa melhor” (C02).

Ao não conseguir a solução para as demandas o entrevistado aponta que isso gera uma frustração nos envolvidos, como é apresentado no Quadro 23.

Um dos entrevistados coloca que existe um despreparo da população para participar dos conselhos: “nós precisamos preparar mais o cidadão *pra (sic)* exercer essa atividade, falta de conhecimento, e o geral falta de informação, é bagagem de conhecimento no assunto saúde” (C04). A questão da capacitação dos conselheiros também foi mencionada no CMS, Segundo C07 se tem um desequilíbrio na formação dos conselheiros:

“A gente tem que ter mais formação, tem conselheiros nossos que já tiveram mais formações do que alguns, então isso deveria ter uma paridade dessas formações, e preparação *pra (sic)* que esses conselheiros estivessem mais preparados *pros (sic)* embates que a gente tem, uma preparação, uma formação, existe tá, não estou dizendo que ela não existe, mas tem que melhorar mais nos conselhos locais”.

No caso do conselho municipal foi colocado como pontos negativos a falta de espaços para discussão com a população e a divulgação dos conselhos, C02 também coloca isso a respeito da participação da população.

Quadro 23 - Pontos positivos e negativos dos conselhos de saúde

	Categorias	Relatos
CLS	Positivos Ajuda desenvolver trabalho de qualidade (C01, C06) Participação das decisões e dificuldades CS (C02) Compreender saúde do bairro (C02) Força como conselho (C03) Mediação CS/órgãos públicos (C04) União (C05) Grupo engajado (C06)	"é a gente poder estar começando a participação das pessoas nas decisões e nas dificuldades do posto, do posto, da unidade de saúde, então esse é o ponto forte, e forte também por que ele vai estar compreendendo também o que está acontecendo na saúde no seu bairro, conhecendo melhor as pessoas" (C02) "o ponto forte nós não temos ainda, não colocamos em ação ainda, que é a força nossa como conselho" (C03) "apesar do grupo ser restrito dos que assumem o conselho mesmo, se engajarem no processo, o ponto forte é esse, que o grupo se reúne, ele é pequeno, mas que a gente tá sempre em cima, (...), esse é o ponto forte do conselho, essa crença de que o conselho ajuda a manter a qualidade do trabalho e busca alternativas, que através do conselho a gente consegue resolver" (C06)
	Negativos Comprometimento (C01, C05) Encaminhamentos barrados no sistema (C02) Falta resolução gera frustração (C02) Falta participação população e funcionários (C03, C06) Falta preparo do cidadão para a atividade (C04)	"muitas pessoas (...), são menos interessados, (...), faltam reuniões, não estão engajados 100% como deveriam, então é uma vulnerabilidade, é uma falha humana que é inerente de toda a composição, da cultura popular, da cultura do povo mesmo, uns são mais ativos e outros menos, uns são mais interessados e outros menos, ainda, com tudo, ainda são pessoas que ainda tem alguma consideração a elas, por que elas fazem parte, vieram aqui, se habilitaram, são pessoas que ainda estão assim, classificadas <i>né (sic)</i> , em termo de interesse, tem muitos que não vem, não querem nem saber" (C01) "então chega uma hora, que se tu não tem, se as autoridades não atendem as reivindicações o povo acaba se desanimando porque você vai lá sempre <i>só pra (sic)</i> reclamar e na outra reunião é a mesma coisa, e no outro mês as mesmas coisas que não foram resolvidas, por isso que é importante que assim, que tenha resolução ao menos das coisas mais emergentes, até <i>pra (sic)</i> atender a população também <i>né (sic)</i> , que sem o remédio e sem poder atender, então o posto também não tem sentido, a unidade de saúde também não tem sentido" (C02)
CMS	Positivos Relação com as comunidades - CLS Crescimento da participação na gestão	"a relação dele hoje com as comunidades é um ponto forte; por causa dos conselhos locais, (...), então essa relação, melhorou muito! Isso é nosso ponto forte uma relação próxima da comunidade, é um ponto forte, outra é que a gente foi, houve um crescimento da participação, isso nos deixou hoje em uma situação mais forte do que em outros conselhos que não tem essa participação" (C07)
	Negativos Capacitação dos conselheiros (desnivelada) Poucos espaços para diálogo com a sociedade Falta divulgação conselhos	"a gente precisa ter espaço de diálogo com a sociedade, nós não temos um meio de comunicação que a gente consiga dialogar com a sociedade, rádio, TV, espaços para falar das demandas que acontecem, isso é um ponto frágil, e a sociedade precisa conhecer que existe um conselho, então a gente tem que superar isso" (C07)

Fonte: Elaborado pela autora.

4.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

Analisando os dados coletados, pode-se perceber, referente ao processo de desenvolvimento de serviços do SUS na esfera municipal, que este não envolve membros dos CS e seus usuários, uma vez que nenhum entrevistado comentou sobre esse processo. Melhorias realizadas fora do planejamento anual não seguem um modelo estruturado definido

institucionalmente. Os entrevistados não descreveram como são criadas as propostas de melhoria, seja no planejamento anual ou melhoria realizada independentemente nos CS, o que pode indicar que o processo de ideação não seja bem explorado, até por não ser um tema de domínio das áreas envolvidas neste processo. Os processos não-clínicos que ocorrem nos CS não apresentam uma documentação que mapeie o processo com indicações das pessoas envolvidas, as tarefas que compõem o processo e os documentos resultantes, como um *blueprint* de serviços. Consequentemente as mudanças resultantes dos processos de melhoria não são inseridas em um documento oficial do processo, são apenas registrados em atas.

Referente ao planejamento anual, percebe-se que é um processo estruturado, institucionalizado e apoiado pela SMS. Este processo oportuniza que os CS avaliem a sua situação atual e reflitam como melhorar a prestação de serviços. Apesar destes aspectos positivos, o processo apresenta algumas fragilidades como a equipe não ter total percepção de que a metodologia adotada é o PDCA, não ter todos os envolvidos capacitados no método, e as fases finais do processo não tem o mesmo nível de detalhamento, e atenção que as demais, até mesmo sem ser executado atividades indicadas na literatura para essas fases. Como alguns entrevistados apontaram, o instrumento de autoavaliação obriga que os CS atuem em pontos pré-definidos, focados em políticas e requisitos mínimos para a prestação de serviço. Apesar destes pontos serem importantes, eles podem não refletir as verdadeiras necessidades das equipes dos CS e seus usuários, e também não contemplam questões relacionadas as experiências, e que podem influenciar positivamente a satisfação.

Considerando o aspecto participação dos *stakeholders* (funcionários e usuários) nos processos estudados no SUS, percebe-se a participação dos conselhos de saúde e usuários no levantamento de problemas nas reuniões ou por outros meios como ouvidoria e caixas de sugestões e os conselhos costumam aprovar as alterações propostas pelos CS. Alguns CS trabalham com colegiado gestor, que permite que representantes de cada área participem da discussão de como proceder com os problemas levantados, e também representando os interesses de cada área técnica. A participação como foi apresentada pelos entrevistados é limitada, principalmente em relação aos usuários e seus representantes. Não é claro até que ponto se têm a participação da comunidade nas melhorias, aparentando ter a participação apenas na indicação de problemas e validação de soluções, sem de fato participarem na criação de propostas de melhoria.

Neste estudo de caso foram encontrados aspectos positivos e negativos tanto do processo de melhoria de serviços quanto da participação da comunidade e funcionários, como foi aqui apresentado. No modelo proposto os aspectos positivos devem ser incorporados e

valorizados, e devem ser propostas ações para solucionar ou prevenir as fragilidades ou aspectos negativos. As medidas para atacar essas questões podem vir da literatura ou do estudo de caso do uso do EBCD (apresentado no capítulo seguinte). A Figura 19 destaca os pontos aqui identificados e sua inserção na composição do modelo.

Figura 19 – Relação do estudo de caso SUS com o modelo



Fonte: Elaborado pela autora.

5 ESTUDO DE CASO II – EBCD NO NHS

Este capítulo apresenta os resultados do estudo de caso realizado em parceria com o *OpenLab* da Universidade de Newcastle (Inglaterra). O objetivo foi investigar o uso da abordagem EBCD em serviços de saúde diversos do NHS, verificando o envolvimento dos usuários (pacientes e funcionários), barreiras enfrentadas no processo, e seus resultados. Os principais temas identificados na análise de conteúdo estão apresentados nos subtítulos 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 e 5.6; os subtemas e as suas categorias são apresentadas nos quadros desses itens.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROJETOS E ENTREVISTADOS

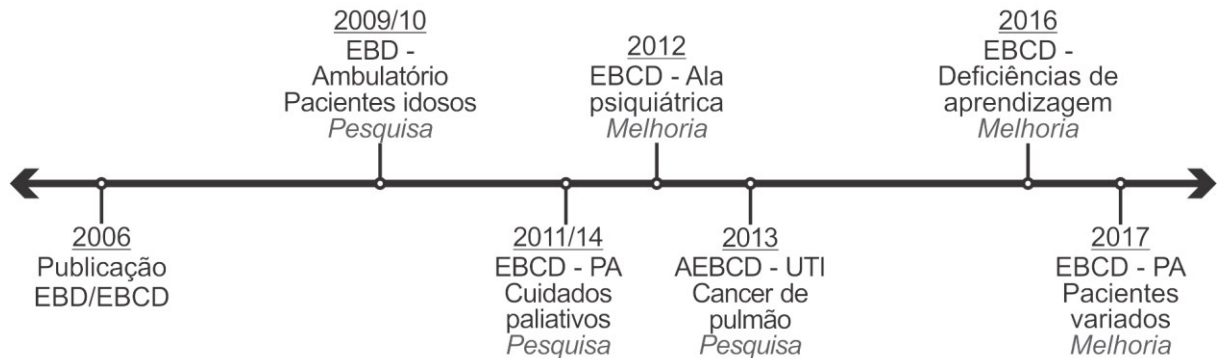
Foram entrevistados sete facilitadores de projetos que utilizaram a abordagem EBCD e um pesquisador sênior envolvido na implementação original do processo na Inglaterra. O Quadro 24 apresenta os projetos onde a abordagem foi usada e relacionada aos entrevistados de cada projeto e a Figura 20 mostra uma linha do tempo da execução destes projetos.

Quadro 24 - Projetos de melhoria estudados

Projeto	Descrição	Ent.
Ambulatório – pacientes idosos (2009)	Parte de um projeto de pesquisa do uso de <i>design thinking</i> em serviços de saúde. Foram entrevistados três membros de um time multidisciplinar que conduziu o projeto. No projeto os entrevistados exerciam os papéis de diretor clínico (hospital) e líder clínico no projeto; pesquisador clínico, e pesquisador de design. A multidisciplinaridade da equipe fortaleceu o uso de métodos criativos na fase de co-design.	CD06, CD07, CD08
Emergência – Cuidados paliativos (2011/14)	Parte de uma pesquisa de doutorado em enfermagem. O facilitador é enfermeiro com experiência profissional na área de cuidados paliativos. Como profissional viu a necessidade de mudanças no serviço por ser uma experiência traumática para pacientes e funcionários. Durante a pesquisa não estava atuando como enfermeiro.	CD02
Ala de Psiquiatria (2012)	Projeto de melhoria de ala psiquiátrica sofrendo reclamações formais. Facilitador atua como líder de terapias artísticas e experiência dos pacientes na instituição. Um grupo formado por ex-pacientes também conduziram o projeto, usando sua experiência atuando como pesquisadores. Por ser um assunto sensível não foram recrutados pacientes fora deste grupo.	CD05
UTI e Câncer de Pulmão (2013)	Dois casos conduzidos paralelamente na mesma instituição, parte de uma pesquisa da forma acelerada da abordagem (AEBCD). Facilitador é enfermeira sênior da UTI.	CD04
Deficiência de aprendizagem (2016)	Projeto de melhoria proposto após o facilitador fazer o treinamento da abordagem EBCD promovido pela fundação <i>Point of Care</i> .	CD03
Emergência (2017)	Projeto de melhoria realizado na mesma instituição, projetos de uso do AEBCD e facilitado pelo mesmo profissional. Esse projeto usou a forma tradicional da abordagem.	CD04

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 20 - Linha do tempo dos projetos relatados



Fonte: Elaborado pela autora.

Pela análise de conteúdo foram identificados cinco temas principais: resultados, participação (pacientes e funcionários), aspectos positivos, desafios/barreiras do processo, e fatores facilitadores percorridos a seguir.

5.2 RESULTADOS DO PROCESSO DE APLICAÇÃO DO EBCD

O processo de aplicação da abordagem EBCD costuma gerar dois tipos de resultados, os resultados primários e os efeitos duradouros. Esses aspectos segundo CD01 estão presentes desde o desenvolvimento da abordagem:

“nós sempre pensamos que tem dois aspectos para o EBCD, um era com frequência mudanças implementais, mudanças de primeira ordem, (...), das equipes menores de co-design, eles trabalham em melhorias específicas e discretas, e isso é ótimo, elas trazem, esperançosamente, mudanças, e tornam os serviços melhores para os pacientes e para equipe. (...) O que nós sempre nos interessamos foi no tipo muito menor de impacto transformacional nos valores, comportamentos e mentalidades, vinda de ter os pacientes e funcionários trabalhando juntos como co-designers, (...). Então, de um lado, você tem essas mudanças incrementais, que vem de projetos de melhoria de qualidade, e do outro se tem essa mudança de maior impacto, no longo prazo, de mudanças transformacionais em torno dos comportamentos da mentalidade” (CD01).

O Quadro 25 mostra os principais resultados obtidos nos processos relatados nas entrevistas.

A maioria dos resultados primários dos projetos do estudo de caso tem relação ao bem-estar do paciente. CD03 coloca que:

“o que eles (pacientes) querem é que alguém se comunique de uma forma que eles entendam, que os respeite como indivíduos, escute o que eles têm a dizer, (...), e que façam as coisas menos assustadoras, para que eles saibam o que vai acontecer depois”.

Apesar do entrevistado estar se referindo a pacientes com deficiência de aprendizado, os mesmos aspectos são encontrados em todos os casos, os pacientes querem que os atendentes vejam a pessoa no paciente. Isso se reflete nas mudanças na comunicação, reformulação de documentos para fornecerem informações claras, de forma mais amigável, assim como a sinalização do ambiente de prestação de serviço. Os treinamentos e a prática da

equipe também foram influenciados por esses aspectos. Os treinamentos auxiliam os funcionários a interagirem com os pacientes de forma mais sensível e como agir em algumas situações.

Quadro 25 - Resultados do processo EBCD

	Categorias	Relatos
Resultados primários	Bem-estar pacientes (CD02, CD03, CD04, CD05, CD06, CD07, CD08)	"tentar e colocar a pessoa à frente ao em vez do seu diagnóstico, (...), então nós reestruturamos toda documentação, (...) e realmente focamos na pessoa" (CD04) "tornar isso mais amigável, e mais útil e mais pessoal" (CD08)
	Treinamentos equipe (CD02, CD03, CD04, CD05, CD07, CD08)	"na emergência, eles não tinham treinamento em cuidados paliativos, mas eles começaram implementar isso de novo na sua rotina de atualização" (CD02)
	Melhorias comunicação e documentos (CD02, CD03, CD04, CD05, CD06, CD07, CD08)	"Nós decidimos trabalhar com comunicação, eu acho que foi muito bom e ajudou, isso era muito importante para eles (pacientes). (...) nós fizemos alguns treinamentos com a equipe de como produzir informação acessível" (CD03)
Efeitos duradouros	Prática profissional (CD02, CD05)	"eles fizeram mudanças na sua prática individual e ainda fazem; coisas simples como oferecer um telefonema, uma bebida, ou checar de forma, talvez mais gentil" (CD02)
	Valores (CD01, CD04, CD05)	"Esse compartilhamento e transparência, ela parece reconectar você aos seus valores profissionais, e porque você escolheu fazer o trabalho que você faz" (CD04)
	Mimética (CD01, CD04, CD05, CD06, CD07)	"uma vez que você faz com que as pessoas participem deste processo nessas organizações, e eles veem o seu valor, então isso se espalha, e forma uma estratégia de melhoria de qualidade mais amplo" (CD01)

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as mudanças secundárias, de longo prazo, estão as mudanças na prática profissional e reconexão aos seus valores. As mudanças na prática são pequenas ações, como mostra a fala de CD02 no Quadro 25. CD07 ressalta que a abordagem promove mudanças no serviço mesmo não se tendo resultados tangíveis:

"O processo é realmente importante, e nós mudamos pessoas, e nós mudamos como as organizações pensam e trabalham usando esses métodos. Você pode não ver uma coisa brilhante, uma coisa nova no final, mas o que você pode ter é três ou quatro funcionários que mudaram a forma como se comportam em relação as pessoas e entre eles".

Três entrevistados apontaram o retorno aos valores que os levaram a trabalhar em serviços de saúde. CD01 aponta que fez diversas avaliações de processos do uso de EBCD e os funcionários geralmente apontam que o processo os reconecta aos valores e comportamentos que os motivou a seguir a profissão, o retorno, a parceria entre pacientes e funcionários. Um dos entrevistados também aponta que o processo lembra os funcionários da sua importância para seus pacientes (CD05).

No aspecto organizacional dos efeitos duradouros está relacionado às mudanças pessoais. Como CD01 aponta após o envolvimento no processo as pessoas da organização começam a trabalhar mais em conjunto com os pacientes e seus familiares nos processos de melhoria de qualidade. Um dos entrevistados relata que a abordagem foi aderida a cultura organizacional, por proporcionar inovações, resultados sustentáveis, mudar a cultura das

pessoas, funcionários e pacientes terem voz ativa no processo (CD04). Em alguns casos o uso da metodologia não foi absorvido pela organização, mas ela ainda é difundida. CD06 coloca que o projeto gerou impactos não tangíveis, mas ele ainda tem efeitos miméticos. CD05 menciona a complexidade das organizações, por serem formadas de várias pessoas, e cada um absorve coisas diferentes, algumas delas mantiveram os aprendizados do processo em sua prática, e elas se tornam mais sênior na organização, e podem trazer o uso da abordagem de volta, enquanto outras não absorvem nada e continuam seu trabalho sem mudanças.

5.3 PARTICIPAÇÃO

A participação dos pacientes e funcionários foi categorizada em recrutamentos e as atividades em que participaram (Quadro 26). Alguns projetos tiveram dificuldade no recrutamento de funcionários, essas barreiras serão apresentadas no tópico desafios deste estudo de caso. Os funcionários foram convidados em reuniões de equipe, durante a fase de observação, em um dos casos foram contratados funcionários para participação com recursos do projeto, e um outro caso os funcionários foram instruídos a participar. Os casos de AEBCD e EBCD realizado no departamento de emergências (referente ao caso de 2017) a abordagem foi apresentada com antecedência aos funcionários, o que facilitou o recrutamento pois estavam familiarizados com o processo e viram sua importância.

Para recrutar os pacientes os coordenadores dos projetos utilizaram a estrutura dos serviços, convidando-os a partir dos departamentos, cartazes e panfletos. Alguns casos também tiveram auxílio de instituições de caridade/voluntários (CD06, CD07, CD08), grupos de apoio, facilitadores e contatos profissionais (CD03) para recrutar participantes. Esses recursos foram utilizados nos casos de pacientes idosos e com deficiência de aprendizado, por serem pacientes menos acessíveis: “se colocasse algo no Facebook não iríamos conseguir muitas pessoas com deficiência de aprendizado, então nós precisamos fazer pelos nossos contatos pessoais” (CD03). No projeto de AEBCD o facilitador do projeto se beneficiou do relacionamento mantido pelo departamento com seus pacientes (Quadro 26), e a necessidade que esses pacientes sentem de retribuir ao serviço: “Eu acho que é tudo sobre o relacionamento, eles confiavam em nós, e eles queriam retribuir. Tem algo quando você teve uma doença grave, e no câncer de pulmão, tem essa coisa de retribuição que eles querem fazer” (CD04).

Quadro 26 - Recrutamento de participantes e atividades de participação

	Categoria	Relatos	
Recrutamento	Pacientes	Pelo departamento (CD02, CD03, CD04)	“Nós mantemos um relacionamento com nossos pacientes depois da UTI, então nós apenas colocamos cartazes e distribuimos panfletos avisando que faríamos isso nos próximos meses e se estivessem interessados para me avisarem, e 30 pessoas nos procuraram, (...) e no câncer de pulmão foi a mesma coisa, usamos a nossa estrutura” (CD04) “Vários por contatos individuais, nós conhecemos centenas de pessoas, então convidamos diretamente (CD03)
		Contatos profissionais (CD03, CD04)	
		Cartazes (CD04)	
	Funcionários	Instituições parceiras (CD05, CD06, CD07, CD08)	“alguns dos idosos foram recrutados pelo ambulatório, (...), e nós acabamos trabalhando com uma organização (...), e fomos muito afortunados em trabalhar com eles porque eles já trabalhavam com idosos da região e com pessoas que poderiam representar esse tipo de experiência” (CD08)
		Reuniões de equipe/ Observação (CD02, CD03, CD04)	
		e-mail (CD03)	
Participação – Co-design	Terceirização de funcionários (CD06, CD07, CD08)	“nós tínhamos, pagávamos, contratávamos ou terceirizamos uma das enfermeiras para trabalhar diretamente no projeto conosco, (...), ela era nosso ponto de ligação principal, e então nós, para os grupos de co-design, tínhamos um punhado de pessoas” (CD07) “eles foram ditos para ir, o que é uma fraqueza, (...), eles foram mandados pelos gerentes, felizmente nós conseguimos superar isso” (CD05) “nós fizemos os workshops, com aqueles três grupos diferentes, nós estávamos tentando opiniões diferentes sobre como nós fazemos as coisas; em termos da participação nós realizamos os grupos como o projeto do <i>Kings Fund</i> programou” (CD03) “nós fizemos várias filmagens, buscando como nós poderíamos projetar alguns processos de acolhimento, e isso envolveu bastante <i>role-playing</i> , e foi muito divertido, provavelmente uma das melhores partes do projeto, porque as pessoas estavam trabalhando juntas e pensando, isso foi bom” (CD05) “Tiveram várias coisas em que as pessoas não estavam apenas sentadas em um grupo focal, dando suas ideias e depois indo embora. Foi participativo em sua abordagem, e coprodutivo em sua abordagem, e as pessoas estavam envolvidas em criarem ideias e testá-las” (CD07) “os temas dos ‘pontos de contato’ foram gerados por análise temática dos filmes e esses temas se tornaram os tópicos para o exercício de mapa emocional” (CD04)	
	Instruídos a participar (CD05)		
	<i>Workshops</i> e discussões (CD02, CD03, CD04, CD05, CD06, CD07, CD08)		
	Filmagens/ <i>role playing</i> (CD05)		
Participação – Co-design	Prototipagem (CD06, CD07, CD08)	“os temas dos ‘pontos de contato’ foram gerados por análise temática dos filmes e esses temas se tornaram os tópicos para o exercício de mapa emocional” (CD04)	
	Mapa emocional (CD04, CD06, CD07, CD08)		

Fonte: Elaborado pela autora.

As declarações dos entrevistados sobre como ocorre a participação, de modo geral, segue as atividades indicadas no guia de aplicação de EBCD disponibilizado pela *Point of Care Foundation* (2013), participando de entrevistas em que pacientes e funcionários compartilham suas experiências de uso dos serviços, participando de eventos/workshops de priorização dos pontos a serem trabalhados. O evento de co-design na maioria dos casos também segue o guia de aplicação. Nesses casos, os entrevistados declararam realizar discussões e priorização de pontos (CD02 a CD08), pesquisar modelos de referência em literatura ou visitas técnicas (CD02, CD04), sugestão de ideias pelos participantes e analisar a viabilidade (CD02 a CD08). No evento de co-design pacientes e seus cuidadores puderam confrontar os funcionários sobre alguns problemas, e isso ajudou os funcionários a

entenderem as expectativas dos pacientes. CD02 aponta que os funcionários da equipe de enfermagem têm uma percepção de que o que é desejado é que estejam sempre fazendo avaliações longas e intensas, no entanto o que a maioria dos pacientes desejam é um reconhecimento, que o atendente o conforto, e que esse tipo de atenção pode ser feito muito rapidamente.

Dois casos (CD05, CD06 a CD08) mencionam o uso de ferramentas de criação durante o evento de co-design. O projeto realizado em uma ala psiquiátrica usou filmes e encenações (*role playing*) para gerar ideias de inovação. O projeto de EBCD realizado com pacientes idosos usou várias ferramentas para explorar soluções para os problemas identificados:

“nós claramente não estávamos apenas fazendo grupos focais, nós estávamos fazendo workshops para criar novos conhecimentos com base nas pessoas com quem estávamos trabalhando e com eles testar e experimentar aquele conhecimento” (CD07).

Ambos os casos tinham facilitadores de áreas criativas.

5.4 ASPECTOS POSITIVOS

Os relatos dos entrevistados referente aos aspetos positivos da abordagem estão geralmente relacionadas às características centradas nas pessoas do EBCD e com isso gerar mudanças (Quadro 27). Os entrevistados apontam como positivo o envolvimento dos pacientes e dos funcionários e como isso é fundamental para melhorias no serviço, como citado por CD04:

“Pacientes e seus parentes são muito importantes e eles são os usuários do serviço, então eles frequentemente veem aonde inovação e mudanças podem acontecer. Os funcionários são os provedores do serviço, então eles têm um bom entendimento de se elas podem ou não funcionar. Eu acho que envolver os dois, e escutar suas experiências, (...) é assim que você os engaja, porque você tem tempo para escutá-los, e eles querem continuar contribuindo”.

CD02 destaca que envolvendo os pacientes e os funcionários as mudanças criadas beneficiam ambos os lados, que realmente refletem as necessidades dos envolvidos.

Quadro 27 - Aspectos positivos da abordagem

Categorias	Relatos
Centrado em pessoas (CD02, CD04, CD05, CD06, CD07, CD08)	“A abordagem foca nas pessoas, e elas se envolvem por se sentirem ouvidas; e por serem ouvidas é mais provável que sugiram o que nós poderíamos fazer para tornar as coisas melhores” (CD02)
Mudanças direcionadas pela experiência (CD02, CD04, CD05, CD06, CD07, CD08)	“Capturou as suas vozes (participantes) de forma incrível, de um modo que jamais teria conseguido com outra abordagem, não apenas suas vozes mas também as suas experiências de forma que levou a mudanças” (CD02)

Fonte: Elaborado pela autora.

O foco nas experiências das pessoas e suas histórias tiveram impacto positivo no processo, pacientes e funcionários se sentem validados o que contribui para a participação (CD02). Segundo CD03, ao compartilharem suas experiências, pacientes e funcionários

conseguem visualizar o mundo do outro e isso os coloca no mesmo plano, se tornando parceiros iguais, com uma causa em comum. A abordagem também dá força a voz dos pacientes que geralmente tem menos poder no cenário normal de serviços de saúde. Isso foi útil no caso em que os pacientes estavam muito doentes para manterem sua participação com uso das filmagens das entrevistas no evento de co-design (CD02). Na literatura também foi encontrado indicações que o uso de narrativas dá poder à voz de pacientes (COOPER; GILLMORE; HOGG, 2016; GUSTAVSSON, 2014).

As melhorias feitas no serviço por meio do EBCD foram direcionadas pelas experiências. Um dos entrevistados considerou a abordagem uma das mais capazes de criar mudanças (CD05). CD08 coloca que as experiências e as histórias das pessoas são

“uma forma útil e valiosa para entender um serviço e como ele necessita de mudanças, e, na verdade, como ele pode ser mudado, é uma forma muito útil de encontrar foco para o projeto e recurso para o projeto, material para o projeto”.

CD06 e CD07 apontam que o uso de diferentes métodos cocriativos, e dando oportunidade para as pessoas se envolverem e trabalharem juntas, e por meio disso ver algo diferente como resultado. Os aspectos centrados no humano da abordagem fazem com que pacientes e funcionários trabalhem juntos, capturem suas experiências, fortalece a voz dos pacientes e traduz isso em melhorias que beneficiam ambos os lados.

5.5 BARREIRAS DO PROCESSO

Várias barreiras foram apontadas durante as entrevistas, estes podem vir de diferentes níveis. CD06 coloca que há barreiras humanas, de serviço, do meio (estrutura concreta), e do sistema. Os desafios do processo foram divididos nas categorias de barreiras humanas (funcionários, e pacientes e cuidadores/familiares) e organizacionais (falta de comprometimento gerencial, e a capacidade do sistema de absorver as mudanças) como ilustra o Quadro 28.

O desafio associado aos pacientes é geralmente relacionado a sua condição, a doença pode incapacitar que eles compareçam aos eventos ou de participar no processo em toda sua extensão. É uma barreira que não pode ser controlada e requer flexibilidade dos facilitadores/pesquisadores. Algo similar ocorre com a participação de cuidadores/familiares, por serem cuidadores em tempo integral: “cuidadores as vezes era difícil, porque obviamente são cuidadores em tempo integral, e não podiam sempre ir as coisas, então nós tínhamos que ser adaptáveis, eu as vezes ia a suas casas” (CD03). Dificuldade de recrutamento também é identificado em outros estudos de aplicação do EBCD, podendo ter a influência da condição

clínica (BLACKWELL et al., 2017; GUSTAVSSON, 2014; IEDEMA et al., 2010; PIPER et al., 2012).

Quadro 28 - Desafios do EBCD

Categorias		Relatos
Humanas	Funcionários	<p>Resistencia a projetos de melhoria (CD02, CD05, CD06, CD07, CD08)</p> <p>Dificuldade de aceitar visão do paciente (CD02, CD05)</p> <p>Impedimentos de participação/participação forçada (CD03, CD05, CD06, CD07, CD08)</p>
	Pacientes	<p>Condição do paciente limita participação (CD02, CD03, CD05, CD06, CD07, CD08)</p> <p>Cuidadores trabalha em tempo integral (CD03)</p>
Organizacio- mais	Baixo comprometimento gerencial (CD03, CD05, CD06, CD07, CD008)	“Eu acho que as pessoas disseram que sim, era o que elas queriam fazer, mas a cultura toda, o serviço todo não estavam felizes, realmente conectados” (CD03)
	Baixa capacidade de absorver mudanças (CD03, CD06, CD07, CD08)	“Nos mostra como é difícil mudar em organizações públicas, eles são organismos extremamente complicados, (...), gerar mudança é muito duro” (CD05)

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos funcionários, a maioria dos entrevistados mencionam um sentimento de ressentimento a projetos de melhoria dos funcionários. Na Inglaterra, novas abordagens para melhoria são comuns nos serviços de saúde. E os funcionários “viram essas tentativas de fazer mudanças no passado. Eles dedicam esforço e energia nisso e nada em particular acontece, então se tinha uma descrença em algumas pessoas, compreensivelmente, e isso interferiu em alguns casos” (CD08). Em um dos casos, o facilitador teve dificuldade em conduzir o evento de co-design por causa da percepção dos funcionários em relação a esses projetos: “eu acho que alguns funcionários estão fadigados à mudança. Eles não querem pensar diferente porque eles têm certa exaustão” (CD05). O estudo de Piper *et al.* (2012) também apontou que a equipe dos serviços via o processo como um fardo adicional.

A participação dos funcionários também tem outros desafios. Em alguns casos, os funcionários têm ciência da pressão que há sobre eles e sentem dificuldades com isso, e ao escutar o lado do paciente, os funcionários sentem-se frágeis, e ficam defensivos, mesmo sabendo que o que os pacientes estão dizendo é verdade (CD02). O desequilíbrio de poder da relação funcionário-paciente é outro desafio. Os funcionários têm dificuldade em ver o valor das considerações dos pacientes, e isso pode ser intensificado dependendo da condição do paciente, como por exemplo pacientes idosos ou psiquiátricos como apontado por CD05 (Quadro 28), o entrevistado destaca que pessoas com doenças físicas são pacientes que ainda

são vistos como pessoas capazes de expressar suas opiniões e compreender as coisas, enquanto pacientes psiquiátricos, que podem ter episódios de ouvir vozes, alucinações, problemas emocionais, são descreditados e que não tem nada a contribuir. Novamente apontando para uma barreira relacionada ao desequilíbrio de poder, que também foi mostrado como desafio em estudos em que o EBCD foi aplicado (IEDEMA et al., 2010; KENYON et al., 2016).

Em situações em que os funcionários estavam dispostos a participar, houve barreiras como estarem preocupados com a carga de trabalho adicional de seus colegas para cobrir sua ausência no departamento ou a gerência não permitir a sua participação, como aponta CD03 no Quadro 28. Em um dos casos os gerentes obrigaram que os funcionários participassem, o que pode dificultar a participação:

“frequentemente, os gerentes estão desesperados para tentar fazer com que alas ou equipes melhorem, mas o perigo é que eles nos dão as equipes mais difíceis, onde, na verdade você precisa de uma equipe que realmente queira que você entre, (...) e eu acho que isso pode ser uma fraqueza do que fazemos” (CD05).

No aspecto organizacional, os entrevistados apontaram barreiras relacionadas às posições gerenciais e a capacidade limitada do sistema de se adaptar às mudanças e implementá-las. A falta de apoio gerencial em qualquer nível se mostrou uma barreira significativa. Os gerentes controlam os recursos alocados ao projeto e permitem ou não que os funcionários usem seu tempo para participarem dos projetos. Em um dos casos, o facilitador do projeto tinha permissão gerencial para a execução do projeto, mas a gerência não estava totalmente comprometida (CD03). Os entrevistados também apontaram que o apoio dos gestores intermediários é mais difícil devido às pressões do cargo em atender metas impostas como ilustra CD07:

“o nível de gerência intermediário é onde era o ponto delicado, e compreensivelmente, essas são as pessoas que (...) tem um gerente sênior está dizendo ‘você precisa apoiar isso!’ (*bate na mesa*), mas também tem (...) metas a cumprir e assim por diante”.

CD03 também destaca que as medidas em que as gerências estavam focando eram quantitativas e não em mudar fundamentalmente o serviço, o que em alguns casos era o que seria necessário. Barreiras como estas também foram identificadas na literatura (ELLIS; SILVERTON, 2014; LARKIN; BODEN; NEWTON, 2015; PIPER et al., 2012).

Similar à resistência dos funcionários aos projetos de melhoria, no nível do sistema de prover o serviço, existe uma relutância em alterar a forma como os serviços são conduzidos. De acordo CD03 90% das barreiras não são relacionadas às pessoas, mas ao serviço e como ele é gerenciado e liderado, ainda segundo CD03

“nós estávamos como em uma esteira, em que tínhamos que ver as pessoas, avaliá-las, fazer algo com elas e liberá-las o mais rápido possível, porque nós temos muito

para lidar e poucos funcionários, e as pessoas não podiam sair disso ou assumir o risco”.

Esse comportamento relacionado às mudanças em serviços de saúde ajuda a manter uma visão centrada no serviço, segundo CD07 se tem um grande investimento nos hospitais e eles são construídos em torno do que é mais fácil para os hospitais entregarem os serviços, e não em torno da jornada do paciente.

Sistemas de saúde são complexos e interdependentes, e isso influencia em sua capacidade de se adaptar e fazer mudanças. CD03 relata que comumente as instituições trabalham em mudança superficiais, tornando mais agradável e que em muitas organizações mudanças necessárias seriam um processo de longo prazo por necessitar mudar atitudes e crenças. Alguns entrevistados se demonstraram frustrados em relação a incapacidade das instituições de absorverem mudanças, esses entrevistados (CD03, CD06, CD07, CD08) viram necessidade de mudanças na natureza do serviço, gostariam de ter conceitos bem desenvolvidos serem implementados, mas geralmente apenas uma parte é implementada. CD07 coloca que durante o projeto foram criados métodos que permitiram as pessoas pensarem além de melhorias incrementais, tendo novas ideias e gostariam de ter visto elas poderiam ter ido mais longe.

5.6 FATORES FACILITADORES

Como apontado por Glenn e Robert (2013), os fatores facilitadores identificados nas entrevistas também foram o papel dos facilitados, o suporte organizacional e a interação baseada em narrativas (Quadro 29), esse último foi tirado no item 5.4. ASPECTOS POSITIVOS, por ocasionar foco na experiência (centrado em pessoas) e melhorias dirigidas pela experiência.

O papel do facilitador é considerado fundamental, é ele quem coordena o projeto e conecta a organização, funcionários e pacientes. Segundo CD04 cabe ao facilitador engajar os pacientes e seus familiares, e os funcionários; mantê-los informados sobre o andamento do projeto; explicar o método e implementá-lo; conduzir as atividades; verificar o impacto de seus resultados. Durante a condução dos eventos de co-design os facilitadores podem trazer informações de outros casos que podem auxiliar na proposta de melhorias (CD02). Também pode introduzir conhecimentos de design, e usar ferramentas que podem auxiliar no processo de criação (CD06, CD07, CD08).

Segundo CD04 para engajar a equipe o facilitador deve assegurar-lhes que terão tempo e que mudanças serão realizadas. Os facilitadores geralmente são profissionais de

saúde, e frequentemente membros da equipe da organização, isso permite que use seu relacionamento profissional para engajar e recrutar funcionários para o projeto:

“Eu disse, ‘eu sou enfermeira, (...) eu vi como isso é difícil, você não tem tempo para verificar isso, eu tirei licença do trabalho clínico para que eu possa fazer essa parte por você, se você confiar em mim suas histórias eu posso fazer as pesquisas necessárias e trazer aos cuidados dos seus gerentes, eu posso ajudar’ e eles pareceram realmente apreciar isso, então eles se abriram, e eles viram coisas acontecerem e isso fez diferença” (CD02).

Quadro 29 - Fatores facilitadores em projetos – EBCD

Categoria	Relatos
Facilitador do projeto Conduzir projeto (CD02, CD04, CD06, CD07, CD08) Recrutar pessoas chave/ engajamento participantes (CD02, CD04) Mediar discussões (CD02, CD06, CD07, CD08)	“O facilitador é essencial para o projeto funcionar ou não, e eu não tinha antecipado o impacto disso” (CD04) “Eu precisava de pessoas (...) que trabalhavam com esses pacientes (...) para permitir que pessoas se sentissem confortáveis com o processo” (CD04) “Ter esse papel, que as vezes era difícil, (...), por outro lado (...) eu também podia advogar pelo hospital e pelos pacientes de uma forma que não esperava” (CD02)
Suporte organizacional Apoio gerencial (CD02, CD04, CD06, CD07, CD08) Boa relação com paciente e funcionários (CD04) Preparo pré-intervenção (CD04)	“Foi muito importante ter o entendimento e apoio dos níveis executivos, porque isso se traduziu em celebrar e reconhecer o processo (...) e também deu legitimidade. Se eu encontrasse barreiras que eu não conseguiria resolver sozinha eu podia ir a eles e eles me habilitavam para resolvê-las. (...) é uma metodologia que a organização realmente respeita e aspira ter em toda organização” (CD04) “Nós temos estruturas no processo do hospital em que levamos coisas novas, e temos um time multidisciplinar e discutimos se vamos adotar isso ou não. (...) nós tivemos uma reunião em que apresentamos como isso seria, o que envolveria, e deu oportunidade para pessoas questionarem, (...) eu acho que eles confiaram na direção médica e no meu envolvimento nisso, que não estaríamos investindo em algo que não valeria a pena” (CD04) “Nós temos um relacionamento com nossos pacientes após a UTI, então apenas colocamos pôsteres e distribuimos folhetos (...) e 30 pessoas vieram, sem esforço nenhum” (CD04)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os facilitadores também trouxeram pessoas chave para o projeto para que pacientes e funcionários se sentissem confortáveis durante o processo (CD04). Como o facilitador é o ponto de contato entre os pacientes e a organização, os pacientes cobram do facilitador para ver os resultados do que foi planejado durante o projeto (CD03, CD04). A sua posição no projeto também permite que atue como mediador entre a organização e os pacientes (CD02).

Outro fator identificado nas entrevistas como facilitador é o suporte organizacional. Como mencionado nas barreiras organizacionais, a falta de suporte da gerência intermediária pode ser uma barreira, mas quando o projeto tem apoio total da gerência ele ganha legitimidade e acesso facilitado aos funcionários e sua participação. CD 02 relata que a gerência permitiu que realizasse atividades do projeto durante os dias de treinamentos obrigatórios dos funcionários, permitindo acesso a um número maior de funcionários do que se tivesse abordado eles em outro momento. O apoio gerencial também pode auxiliar na superação de obstáculos encontrados no processo, a confiança dos gerentes na abordagem

também contribui para o seu uso em outros departamentos, que pode eventualmente fazer parte da cultura organizacional (CD04 – Quadro 29).

O apoio organizacional não se limita a alocar recursos e incentivar as ações dos projetos, além disso deve promover um relacionamento de confiança com os funcionários e pacientes e apresentar o método antes de sua implementação aos funcionários permitindo que eles se familiarizem com o processo, como mostra o relato de CD04 no Quadro 29. Esse processo também ajudou no recrutamento dos funcionários durante o processo feito nesta instituição. A organização manter uma relação com seus pacientes também foi um facilitador mencionado por CD04, por ter facilitado o recrutamento dos pacientes no projeto, o entrevistado também coloca que os pacientes confiavam neles e queriam retribuir a instituição após seu tratamento.

5.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

O estudo da aplicação da abordagem EBCD mostrou que a abordagem é válida para gerar mudanças centradas a partir das experiências e gera mudanças focadas no bem-estar dos pacientes. Os resultados mencionados pelos entrevistados em sua maioria são mudanças incrementais relacionadas a alteração de documentos que melhoram a comunicação entre os envolvidos e o treinamento dos profissionais.

Foi identificado no estudo de caso os mesmos agentes facilitadores de projeto de EBCD que os sugeridos por Robert (2013) – o facilitador do projeto (mediador), o suporte organizacional e a intervenção com base em narrativas, nestes aspectos destacam-se os elementos de preparação pré-intervenção (planejamento) e o bom relacionamento do prestador de serviço e pacientes. Dentre as barreiras do processo as principais estão relacionadas ao engajamento de participantes, desequilíbrio de poder e falta de suporte organizacional e a sua dificuldade de implementar as mudanças. O desequilíbrio de poder e dificuldades com recrutamento e engajamento, são barreiras que também foram percebidas no caso do SUS.

Na literatura são encontradas sugestões para superar essas barreiras como foi indicado em 3.3.1.1 Forças e Barreiras do EBCD. Dentre as indicações estão: manter os participantes informados do andamento do projeto, a construção de relacionamentos entre os envolvidos, treinamento dos participantes e planejamento do projeto. Essas sugestões foram mencionadas por alguns participantes, e os que adotaram tais medidas demonstraram ter menos barreiras em seus projetos, fortalecendo assim a intenção de inserir tais medidas no modelo como indicado em 3.4.

As barreiras identificadas no caso do EBCD são principalmente causadas pela falta de planejamento adequado e suporte organizacional. Durante o planejamento os recursos necessários para o projeto devem ser definidos, a abordagem deve ser apresentada aos envolvidos e estes devem ser capacitados para que tenham o conhecimento necessário e estejam engajados no projeto. A organização deve estar favorável para aceitar e implementar as mudanças. O planejamento pode facilitar na implementação das mudanças, e assim os envolvidos conseguem ver o resultado do projeto e ficam mais dispostos a participar em outros projetos e a manter as mudanças geradas.

Com essas considerações, na proposta de modelo se buscou inserir as medidas de participação e co-design que auxiliam na promoção de resultados centrados nos usuários e os aspectos facilitadores de projeto. Assim como no estudo de caso realizado no SUS, foram identificados aspectos negativos, as barreiras do processo. Na proposta do modelo foram inseridas medidas para mitigar essas barreiras. Essas medidas vieram da literatura ou do próprio estudo de caso. A Figura 21 mostra esses pontos em relação a construção do modelo.

Figura 21 – Relação do estudo de caso NHS com o modelo



Fonte: Elaborado pela autora.

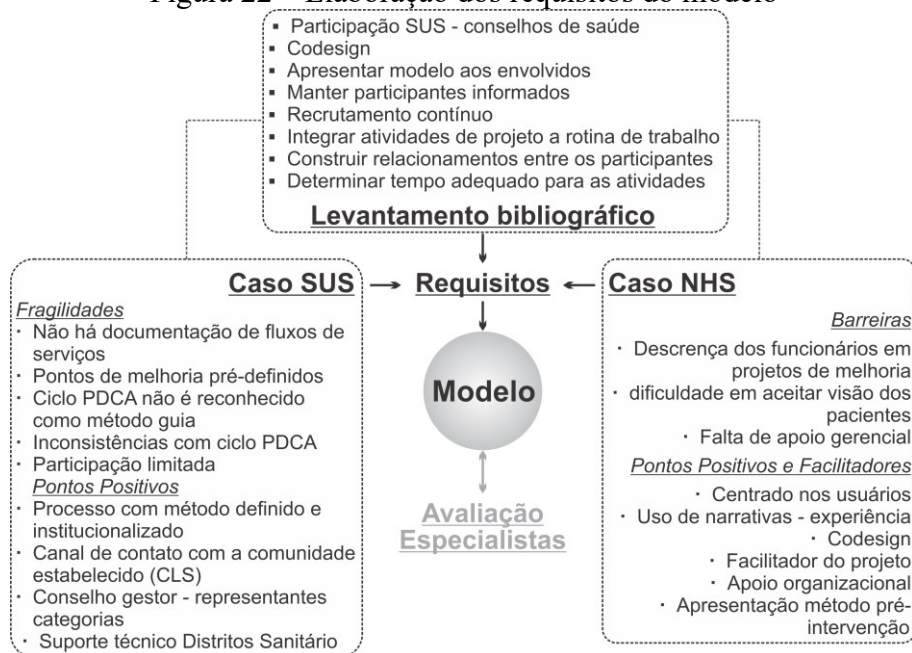
6 DESENVOLVIMENTO DO MODELO

Este capítulo apresenta a determinação dos requisitos do modelo, a elaboração da versão de avaliação e o resultado da avaliação dos especialistas.

6.1 REQUISITOS DO MODELO

Para o desenvolvimento do modelo foram elaborados seus requisitos. Estes requisitos foram definidos a partir dos dados analisados na fase de levantamento desta pesquisa, incorporando no modelo os aspectos positivos identificados nos estudos de casos e buscando corrigir e prevenir as fragilidades e barreiras identificadas ao incluir ações vindas da literatura ou dos próprios estudos de caso (Figura 22). Os pontos identificados nos estudos de caso e seu desdobramento nos requisitos do modelo são apresentados no Quadro 30.

Figura 22 – Elaboração dos requisitos do modelo



Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 30 – Elaboração requisitos do modelo

	Avaliação	Requisito do modelo
	Desenvolvimento e melhoria - APS/SUS	
	Planejamento anual tem um método estabelecido, institucionalizado que faz parte da rotina/cultura	Incluir aspectos de co-design e experiência dos usuários (pacientes e funcionários) por meio do EBCD
Positivos	Envolvimento dos CLS no levantamento/aprovação de melhorias	Existe um canal ativo para comunicação com os pacientes - recrutamento para processo - possíveis representantes da experiência dos pacientes
	Conselho gestor - representantes de todas áreas (funcionários) participam do processo de melhoria	importante ter a representatividade de todos no processo - experiência com o serviço - incluir pacientes
	Designação de um apoiador do distrito sanitário para auxiliar o Centro de Saúde em suas dificuldades	O apoiador pode atuar no treinamento de todos os envolvidos no processo.

Fonte: Elaborado pela autora (continua).

Quadro 30 – Elaboração requisitos do modelo (continuação)

Desenvolvimento e melhoria - APS/SUS		
	Desenvolvimento dos serviços não envolve profissionais dos centros de saúde e seus usuários	O modelo proposto pode também ser utilizado para o desenvolvimento de novos serviços
	Não se tem documentação de fluxos (atividades e documentos) para aspectos não-clínicos dos serviços	Antes da intervenção é necessário ter um mapeamento do serviço - <i>blueprint</i> - facilitando identificação de pontos de melhoria ⁹
	Melhorias fora do planejamento anual não possuem metodologia institucionalizada ou mesmo localmente	Introdução de narrativas dos usuários para diagnóstico do serviço pode levantar pontos de melhoria antes não identificados no planejamento anual - modelo proposto pode ser adaptado para processo local de melhorias
Negativos	Instrumento de autoanálise força trabalhar em melhorias pré-definidas pela SMS – padrões	Inserir o uso de narrativas dos usuários como elemento de avaliação da unidade e incluir pontos levantados na priorização
	As fases de avaliação e ajustes do planejamento anual não correspondem ao do ciclo PDCA	Nessas etapas deve ser verificado também a efetividade das ações considerando o problema em questão, e realizar ajustes para isso caso necessário
	Nem todos envolvidos tem entendimento do método usado ou reconhece o PDCA como a metodologia base	Treinar todos os envolvidos no processo para entendimento e conscientização de sua necessidade
	Pouca participação de pacientes e funcionários - não se tem cultura de participação	Apresentação do modelo previamente aos pacientes e funcionários para sensibilização e familiarização com o processo - uso de representantes da experiência da categoria (pacientes ou funcionários)
	Visão restrita de participação - resumida a indicação de problemas e aprovação de ações	Uso do co-design para maior envolvimento dos usuários - ferramentas de criação
Uso EBCD serviços de saúde/NHS		
Positivos	Abordagem centrada no usuário - envolve pacientes e funcionários, focando nas experiências	
	Melhorias beneficiam os dois lados, participantes trabalham em um objetivo em comum	Uso de narrativas (experiência com o serviço) e co-design de melhorias
	Resulta em melhorias direcionadas ao bem-estar dos pacientes - mudanças incrementais de fácil implementação	
	Empoderamento da voz dos pacientes	Auxilia a amenizar o desequilíbrio de poder (funcionários x pacientes)
Uso EBCD serviços de saúde/NHS		
Fatores facilitadores	Papel do facilitador - conduz o projeto e certifica o entendimento do método e o andamento do processo aos participantes, engajamento dos participantes e media a discussão entre os lados	Inserir a figura do facilitador - ideal que seja um funcionário sênior, que os funcionários e pacientes tenham um relacionamento de confiança - facilita o recrutamento e participação
	Apoio organizacional permite o bom andamento do projeto e implementação de melhorias	Associar a abordagem EBCD ao planejamento anual, que tem apoio institucional
	Sensibilização e familiarização do método antes de sua aplicação	Incluir a apresentação do modelo/sensibilização na fase pré-planejamento
Barreiras	Funcionários descrentes em projetos de melhoria por não verem resultados	Inserir sensibilização no pré-planejamento, adotar medidas recomendadas por Bayliss <i>et al.</i> (2017)
	Dificuldade em aceitar a visão do paciente	Donetto, Tsianakas e Robert (2014).
	Falta de apoio gerencial	

Fonte: Elaborado pela autora.

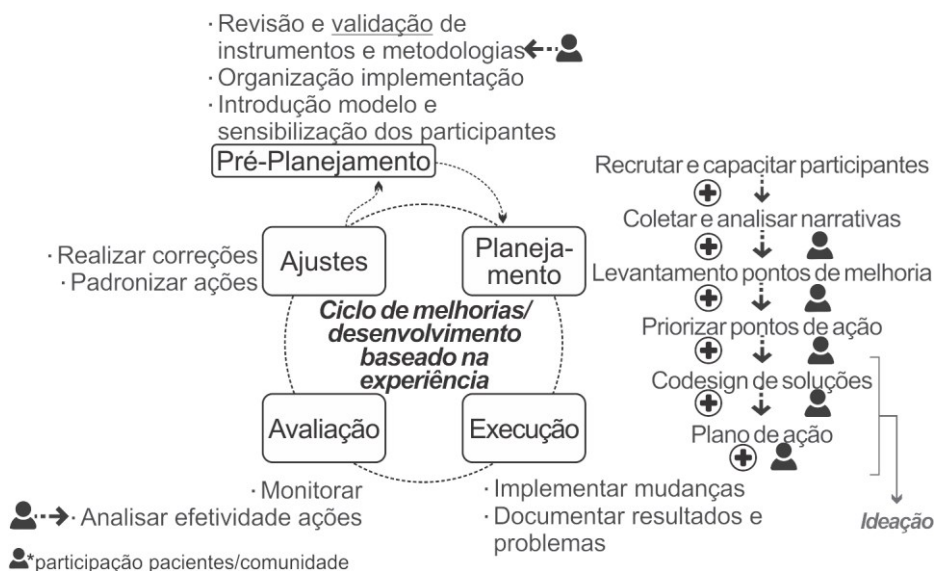
⁹Atividade necessária, mas não foi incluída por se tratar de algo necessário independente do modelo.

6.2 ELABORAÇÃO DO MODELO – VERSÃO PARA AVALIAÇÃO

Considerando os requisitos, a versão de avaliação do modelo foi desenvolvida com base no processo de planejamento anual da SMS, uma vez que este é um processo com metodologia definida, institucionalizado e apoiado pelos setores administrativos da secretaria, tendo recursos disponibilizados. Por ser um processo já instaurado, também vai de encontro a indicação de Piper *et al.* (2012) de incorporar as atividades na rotina dos profissionais não gerando uma carga adicional de trabalho. O tempo de duração deste processo também é similar ao de um processo de aplicação do EBCD, de 9 a 12 meses (DONETTO; TSIANAKAS; ROBERT, 2014).

A Figura 23 resume o modelo proposto, demonstrando o ciclo das fases e suas atividades. A figura destaca os momentos em que há *input*/participação dos usuários. Também é enfatizado o processo de criação das alternativas e seu detalhamento – ideação. Em um processo de design a ideação seria uma fase a parte, no entanto, para manter a estrutura utilizada atualmente e assim facilitar sua aceitação foi inserida na fase de planejamento. O nome atribuído ao modelo, “Ciclo de melhorias/desenvolvimento baseado na experiência”, apresenta primeiramente o termo melhoria porque na APS os CS atuam em melhorias, o que não impede que o modelo seja usado para o desenvolvimento de novos serviços.

Figura 23 - Modelo para melhorias e desenvolvimento de serviços na APS-SUS (versão para avaliação)



Fonte: Elaborado pela autora.

Atualmente na fase de pré-planejamento do planejamento anual, membros do setor de planejamento em conjunto com a direção de atenção primária revisam os instrumentos que serão usados no processo e planejam a condução do processo. Na literatura (BAYLISS et al., 2017; DONETTO; TSIANAKAS; ROBERT, 2014) e no estudo de caso do uso da abordagem

EBCD é indicado que o método seja apresentado aos participantes antes de sua aplicação, para que possam se familiarizar e retirar dúvidas e demonstrar como os resultados dessa abordagem podem contribuir pessoal ou profissionalmente. Essa medida pode contribuir no recrutamento de participantes no processo e foi inserida como uma das atividades da fase.

Na fase de planejamento foram inseridas atividades com o objetivo de incluir os pacientes/comunidade no processo e o co-design de melhorias. Nesta fase foram considerados pontos negativos identificados anteriormente: apenas dois integrantes de cada unidade fazerem parte da capacitação – o que pode gerar com que nem todos tenham conhecimento do método; a limitação do instrumento de autoanálise que não permite trabalhar em pontos fora do instrumento; e baixa participação da comunidade no CLS. Visando isso, foram incluídas medidas apresentadas no Quadro 30 como capacitar todos envolvidos, usar narrativas para identificar pontos de melhoria e o co-design de soluções. Capacitar todos os envolvidos também beneficia que o conhecimento sobre o processo se mantenha nos CS mesmo com as possíveis mudanças na equipe, no entanto é indicado que novos funcionários passem sempre pela capacitação.

Na fase de execução da literatura consta o treinamento. Neste caso, isso foi realizado no planejamento por ter o envolvimento dos usuários em etapas anteriores e é necessário o conhecimento do processo para executá-las. Nesta fase se ressalta o acompanhamento da execução, observando desafios que possam surgir na implementação das ações planejadas e seus resultados. É indicado que a implementação das mudanças ocorram rapidamente, pois, ver as mudanças acontecendo pode motivar os usuários (DONETTO; TSIANAKAS; ROBERT, 2014).

Atualmente na fase de avaliação, o material de treinamento da SMS dispõe pouco conteúdo sobre sua condução, indicando apenas o monitoramento das ações propostas. Nesta fase, além de monitorar, se deve verificar os resultados das propostas. Atividades deste cunho foram incluídas no modelo.

Assim como a fase anterior, a fase de ajustes é pouco detalhada no planejamento anual. Seguindo o PDCA, nesta fase foram propostas ações corretivas e a padronização das propostas após sua verificação.

Para cada fase do Ciclo de Melhorias Baseado nas Experiências (CMBE) foi elaborado um quadro respondendo as questões apresentadas no subtítulo 2.2.1, o que é a fase, o que fazer, como fazer e quem deve participar. Nestes quadros também foram inseridas as saídas da fase e quando pertinente inserido sugestões de ferramentas ou documentos de apoio.

O Quadro 31 mostra o quadro da fase de planejamento, os quadros de todas as fases é apresentado no Apêndice E.

Quadro 31 – Detalhamento da fase Planejamento			
O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Definir metas e métodos para atingí-las	1.Recrutar pacientes/comunidade	Convidar pacientes e funcionários – definir até que ponto desejam participar – manter recrutamento por todo ciclo	Centros de Saúde, Agentes comunitários, Conselhos de Saúde, Associação de moradores
	2.Capacitar envolvidos	Capacitar funcionários e pacientes ou seus representantes para atuação no processo	G. Planejamento, Distritos sanitários
	3.Definir facilitador	Definir pessoa responsável pela condução do processo.	Centros de saúde, distrito sanitários, CLS
	4.Coletar narrativas	Realizar entrevistas com pacientes e funcionários buscando capturar a sua experiência com o serviço	Facilitador
	5.Levantar pontos de melhoria (anterior - autoavaliação)	Apresentar pontos vindos das experiências dos pacientes e funcionários, executar instrumento de autoavaliação	Facilitador, equipe centro de saúde e representantes dos pacientes
	6.Priorizar pontos a serem trabalhados	Analisar os pontos apresentados, quais os mais importantes para pacientes e funcionários	
	7.Evento de Co-design	Desenvolver soluções para os pontos priorizados em grupos mistos (pacientes e funcionários), usar ferramentas para criação	
	8. Definir plano de ações	Definir cronograma e responsáveis pelas mudanças criadas	Facilitador, centros de saúde
Saídas da fase			
Narrativas pacientes e funcionários	Pontos identificados para melhoria (experiências)	Pontos priorizados	
Melhorias propostas	Detalhamento das propostas	Plano de ações (implementação)	
Ferramentas sugeridas			
Identificação de pontos para melhoria	Mapa emocional, jornada do paciente, safary de serviços, observação		
Priorização	Técnica Nominal de Grupo (TNG), matriz GUT, votação por pontos		
Co-design/detalhamento	<i>brainstorming, storyboard, scenarios</i> , personas, prototipagem de experiências, <i>role-playing, blueprint</i> de serviços		

Fonte: Elaborado pela autora.

6.3 AVALIAÇÃO DO MODELO

Para a avaliação foi criado um material introdutório ao modelo criado, constando suas fases com objetivos, saídas e ferramentas possíveis de serem utilizadas (Apêndice E). Neste material constava um *link* de direcionamento para a avaliação on-line do modelo, em relação aos critérios adequação ao tema e a apresentação do modelo. O material foi enviado para 35 especialistas da área de desenvolvimento de serviços, desenvolvimento e gestão de serviços de saúde e co-design, junto a um convite para avaliar o modelo. Os especialistas

foram selecionados pelo seu perfil de atuação presente no currículo lattes. Também foram convidados treze entrevistados que participaram no estudo de caso da APS do SUS – Florianópolis. Dos convidados, vinte responderam ao questionário de avaliação (dezesseis especialistas, quatro profissionais dos serviços de saúde de Florianópolis), tendo uma taxa de resposta de 42% (46% especialistas e 31% profissionais). O Quadro 32 apresenta o perfil dos avaliadores, sendo divididos nas classes especialistas da área de desenvolvimento e especialistas em serviços de saúde.

Quadro 32 - Perfil dos avaliadores

Perfil do Avaliador – Classe	
A01	Professora Dra. na área de Design de produtos, atuando há 12 anos. Trabalha principalmente com os temas de metodologia de projeto de produto, design de produto e eco design – <i>Desenvolvimento</i>
A02	Professor Dr., na área de Design de produtos, atuando há 10 anos. Trabalha principalmente com os temas design colaborativo e cocriação, e a colaboração em redes de design – <i>Desenvolvimento</i>
A03	Professor, com formação em administração (Grad., Msc, Dr.), com especialização em design estratégico. Leciona em cursos de graduação e pós-graduação em design (10 anos). Trabalha principalmente com os temas de marketing, comportamento do consumidor e design, focado na investigação da experiência do usuário e suas repercussões no processo de projeto – <i>Desenvolvimento</i>
A04	Professor Dr., na área de design e eng. de produção. Pesquisador da área de serviços há 6 anos, e experiência de mercado em design de produtos. Trabalha principalmente com os temas engenharia do produto e processo, gestão de serviços, desenvolvimento sustentável - <i>Desenvolvimento</i>
A05	Enfermeira com especializações em saúde da família, gestão em saúde pública e gestão da clínica em regiões de saúde. Atua como enfermeira e coordenadora local de um Centro de Saúde de Florianópolis há mais de 10 anos – <i>Saúde</i>
A06	Professora Dra. na área de design de produtos. Atua principalmente nos temas ergonomia, design e conexões com usuários – <i>Desenvolvimento</i>
A07	Professora Dra. na área de eng. de produção, atuando há 3 anos na área de serviços. Trabalha principalmente com os temas satisfação de clientes, modelagem da satisfação de clientes, gerenciamento de serviços, avaliação de qualidade percebida e determinantes da satisfação dos clientes – <i>Desenvolvimento</i>
A08	Professor Dr., na área de design de produtos, atuando no ensino e como profissional em design de produtos e serviços há 35 anos. Trabalha principalmente com os temas pesquisa em design, design industrial, design <i>thinking</i> , ergonomia, consultoria no desenvolvimento de produtos eletroeletrônicos, equipamentos hospitalares e projetos especiais – <i>Desenvolvimento</i>
A09	Professora Dra. na área de design, com mestrado em saúde e meio-ambientes, atuando há 15 anos no ensino e desenvolvimento de produtos. Trabalha principalmente com os temas design e sustentabilidade; inovação em design; inovação social; design e contexto urbano; sistemas produto-serviço – <i>Desenvolvimento</i>
A10	Odontólogo com especialização em saúde da família, atua em Centros de Saúde de Florianópolis com 12 anos de experiência, já atuou como coordenador de CS – <i>Saúde</i>
A11	Enfermeira especialista em saúde da família com 2 anos de atuação em equipe de saúde da família, 4 anos em apoio de território e 1 ano em apoio de informação – <i>Saúde</i>
A12	Enfermeira, com mestrado em saúde coletiva e com especializações em saúde pública e economia da saúde. Atua na assessoria de planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde (Florianópolis) há 7 anos – <i>Saúde</i>
A13	Professora Dra. na área de Design, com experiência em design de serviços e co-design. Trabalha principalmente com os temas abordagem de design estratégico para inovação social; o design como processo político; as abordagens participativas e colaborativas de design; e poder e o conflito no âmbito dos processos de design – <i>Desenvolvimento</i>
A14	Professor Dr., na área de design, atuando há 30 anos na área. Trabalha principalmente com os temas ensino e pesquisa em design, gestão do design, metodologia de projeto e fatores humanos – <i>Desenvolvimento</i>

Fonte: Elaborado pela autora (continua).

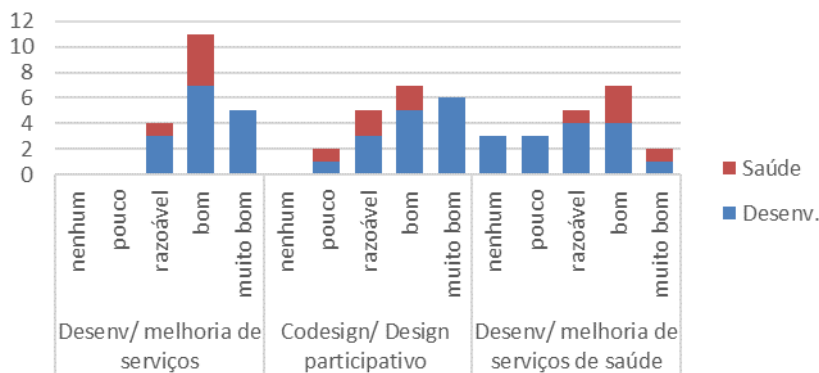
Quadro 32 – Perfil dos avaliadores (continuação)

Perfil do Avaliador – Classe	
A15	Professor Dr. formado, na área de engenharia, lecionando na área de administração, atuando há 8 anos como pesquisador da área de serviços. Trabalha principalmente com os temas gestão de serviços, gestão de operações de serviços, gestão da qualidade, análise e modelagem de processos – <u>Desenvolvimento</u>
A16	Professor Dr., na área de design, atuando há 4 anos na pesquisa e ensino de design de serviço. Trabalha principalmente com os temas design participativo; inovação social e inovação sociogênica; design de impacto Social; design de serviços; novos métodos de design; gestão de design e design estratégico – <u>Desenvolvimento</u>
A17	Professor Dr., na área de design de produtos, atuando profissional e academicamente há 12 anos. Trabalha principalmente com os temas ergonomia e usabilidade de produtos, ergonomia organizacional, interfaces e interações físicas, design e tecnologias assistivas – <u>Desenvolvimento</u>
A18	Professor Dr., na área de saúde coletiva, atuando há 10 anos. Trabalha principalmente com os temas planejamento, implementação e avaliação de políticas e programas, monitoramento de políticas e programas, modelos de atenção em saúde, saúde comunitária, educação popular em saúde, avaliação de tecnologias em saúde – <u>Saúde</u>
A19	Professora Dra. na área de design, atuando há 19 anos na área. Trabalha principalmente com os temas gestão de design, design centrado no usuário, tecnologia assistiva, design universal/inclusivo em produtos e serviços – <u>Desenvolvimento</u>
A20	Professora Dra. na área de design, atuando há 11 anos na área. Trabalha principalmente com os temas design estratégico, design de serviços, sustentabilidade e inovação social, EBCD – <u>Desenvolvimento</u>

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi questionado aos avaliadores como julgavam seus conhecimentos em relação ao (a) desenvolvimento e melhoria de serviços, (b) co-design ou design participativo e (c) desenvolvimento e melhoria de serviços de saúde. As respostas de acordo com as classes de especialistas (desenvolvimento e saúde) são apresentadas no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Autoavaliação de conhecimentos



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao processo de desenvolvimento e melhoria de serviços, a maior parte dos especialistas julgou seus conhecimentos como bom, sendo que na classe de especialistas em desenvolvimento também houve os que julgaram o seu conhecimento como muito bom. Em relação ao co-design, os especialistas da classe da saúde julgaram seus conhecimentos entre pouco e bom, enquanto a maioria dos especialistas em desenvolvimento classificaram seus conhecimentos no assunto como bom ou muito bom. Na questão de desenvolvimento e melhoria de serviços de saúde, por sua vez, ocorre o inverso, a maioria dos especialistas em saúde julgaram seus conhecimentos como bom e muito bom, enquanto a maioria dos

especialistas em desenvolvimento julgaram como nenhum a razoável, sendo que cinco destes ainda consideraram seus conhecimentos como bom ou muito bom.

Os resultados da avaliação do modelo pelos especialistas e pelos profissionais de saúde são apresentados no Quadro 33. O quadro mostra a moda, mediana de cada pergunta da avaliação do modelo. Foram considerados resultados satisfatórios moda e medianas correspondentes a 4 e 5, pois sugerem que o modelo atende totalmente, ou em muitos aspectos, o ponto questionado. No Quadro 33 a moda e a mediana dos avaliadores foi apresentada nos grupos desenvolvimento (D) e saúde (S) e todos os avaliadores em conjunto (T).

Quadro 33 - Resultados de avaliação das questões

Moda			Mediana		
D	S	T	D	S	T
<i>O modelo contempla a participação dos pacientes e funcionários no processo (co-design)?</i>					
4	4	4	4	4	4
<i>Contribui na adoção da visão do usuário no processo (centrado no usuário)?</i>					
4	4	4	4	4	4
<i>Permite atuar em diferentes pontos de contato dos serviços da APS?</i>					
3	4	5	3	4	4
<i>Permite atuar em diferentes elementos do sistema de serviços da APS?</i>					
5	3	5	4	4	4
<i>O modelo apresenta ferramentas e métodos de apoio ao processo?</i>					
3	3	<u>3</u>	3	4	<u>3</u>
<i>Apresenta concordância entre os resultados (saídas) obtidos em cada fase ou atividade?</i>					
4	4	4	4	4	4
<i>Considera procedimentos de documentação dos resultados (saídas) do processo?</i>					
5	4	5	4	4	4
<i>A representação do modelo (quadros e ciclo) é adequada para descrevê-lo?</i>					
3	4	4	3	4	<u>3</u>
<i>O modelo é facilmente entendido (sequência de fases e atividades)?</i>					
4	4	4	4	4	4
<i>O modelo contém a informação necessária para o desenvolvimento/melhoria de serviços da APS?</i>					
4	4	4	3	4	<u>3,5</u>
<i>Permite orientar o desenvolvimento/melhorias para serviços da APS?</i>					
4	4	4	4	4	4

Fonte: Elaborado pela autora.

Como indica o Quadro 33, os avaliadores não consideraram suficientemente adequadas a apresentação de ferramentas e métodos de apoio ao processo, a representação do modelo, as informações para apoiar o desenvolvimento/melhoria de serviços. Este último critério foi considerado inadequado apenas pelo valor da mediana (3,5). Dos critérios de avaliação definidos (adequação ao tema e representação), os pontos considerados insuficientemente adequados são referentes à representação, estando relacionados a dificuldade de compreensão e aplicação do modelo. Destaca-se que os avaliadores da área da saúde apresentam mediana 4 em todas as questões. Isso pode ser devido a maior familiaridade

com o processo atual, no qual o modelo proposto se baseou ou por ser um número menor de especialistas da classe.

Nas observações do instrumento de avaliação, em relação às ferramentas, os avaliadores sugerem a inclusão de outras ferramentas para a coleta das informações como etnografia e grupos focais além das narrativas. Também indicam que as ferramentas estão evidentes na etapa de planejamento, mas não em outras etapas, e ressaltam a necessidade de capacitar as pessoas para utilizar estas ferramentas adequadamente. Um dos avaliadores aponta que é importante que a equipe crie suas próprias ferramentas a partir de uma abordagem reflexiva; e outro avaliador (da área da saúde) coloca que é necessário o uso de indicadores de saúde como ferramentas para avaliar a efetividade das medidas tomadas no processo.

No aspecto da representação do modelo, vários avaliadores apontaram dificuldades com a representação gráfica, principalmente na identificação da participação/ação dos usuários durante o processo e também as ferramentas empregadas nas fases. Também foi apontado que a representação gráfica pode gerar dúvidas descrevendo dois processos, um iniciando com o pré-planejamento e outro no planejamento. Um dos avaliadores sugere elencar na representação do modelo os pontos de contato em que o modelo pode atuar, outros sugerem a numeração das fases e atividades e o uso de cores. Também foi sugerido a criação de um vídeo para apresentar e explicar o modelo.

Referente às informações necessárias para o desenvolvimento/melhorias de serviços de saúde, de modo geral, os avaliadores ressaltam a necessidade de maior detalhamento das fases, atividades e ferramentas de apoio, e que para sua aplicação seria melhor ter a apresentação do modelo como um guia/manual. Um avaliador da área da saúde coloca que o uso das ferramentas propostas deve ser feito de forma simplificada, considerando que há uma dificuldade com os instrumentos utilizados atualmente, que está em uso a vários anos. Também é indicado que as interações de cocriação sejam mais explícitas. Os avaliadores também indicam deixar claro que o modelo permite adaptações, orientações para mediação (facilitador do projeto), escolha e customização de ferramenta e documentos para que atenda às necessidades dos envolvidos e as particularidades do sistema. Parte de questionamentos dos avaliadores nas observações se deu pela falta de informações no material enviado, esse material foi resumido para não tomar muito tempo dos avaliadores, porém isso levou à falta de informações.

Essas sugestões vindas da avaliação dos especialistas levaram a alterações no modelo para a composição do modelo final. O Quadro 34 mostra as alterações adotadas no modelo

buscando atender as indicações dos avaliadores. Nota-se que as sugestões dos especialistas focam mais nas fases iniciais ou de modo geral no modelo. O relatório completo das alterações é apresentado no Apêndice F. O capítulo 7 – Ciclo de Melhorias Baseado na experiência – apresenta a versão final do modelo.

Quadro 34 - Alterações realizados no modelo

Fase	Questão	Alteração
Guias gerais do modelo	Informações	Destacar que o modelo pode ser adaptado às necessidades da SMS/CS, sendo atividades, ferramentas ou documentos, como a inclusão da avaliação por indicadores de saúde e criação de suas próprias ferramentas. Destacar também que o processo não tem a intenção de atuar em aspectos clínicos.
		Nos primeiros ciclos, que os profissionais não estão completamente familiarizados com o modelo, sugerir que sejam criadas parcerias com profissionais, estudantes ou pesquisadores de design para auxiliar na condução do processo, ou elaborar material didático para capacitar os facilitadores neste aspecto.
		Incluir “pontos importantes” de cada fase, como particularidades ou benefícios de atividades
	Representação	Para facilitar o entendimento da representação gráfica foi incluído a numeração das fases, cada fase foi agrupada por cores, e foi alterada a legenda dos ícones de representação da ação dos pacientes e dos profissionais de saúde
Fase 0	Ferramentas	Sugerir o uso de ferramentas/ documentos de mapeamento do sistema de serviço, para que nas fases seguintes seja mais fácil identificar os pontos de melhoria e os componentes do serviço envolvidos (documentos, pessoas, produtos)
	Informações	Pontos importantes: importância da apresentação do modelo, uso de documentos de mapeamento do sistema
	Representação	Inclusão de ícones de representação de ação dos atores (pacientes e profissionais)
	Ferramentas	Inclusão de ferramenta para coleta das experiências além das narrativas
Fase 1	Informações	Pontos importantes: incluir na apresentação do modelo os pontos destacados no capítulo de desenvolvimento do modelo, como condução da cocriação, o papel do facilitador, tempo de análise de dados.
		Capacitar o Facilitador do projeto

Fonte: Elaborado pela autora.

6.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

Neste capítulo foi apresentado o desenvolvimento e avaliação da primeira versão do modelo desenvolvido para a melhoria ou desenvolvimento de serviços de APS do SUS Florianópolis. O modelo proposto baseou-se em um dos processos utilizados atualmente na APS para a melhoria dos serviços, mantendo o que é considerado positivo pelos funcionários dos CS, e buscou promover a cocriação e resolver fragilidades identificadas no estudo de caso do processo.

Para fortalecer e ampliar a participação dos usuários (funcionários e pacientes/comunidade) na construção das melhorias, foi inserindo a participação na identificação de pontos de melhoria e atividades cocriativas. Os elementos referentes a participação basearam-se na abordagem EBCD. Para corrigir as fragilidades identificadas, e evitar barreiras encontradas em projetos de EBCD foram propostas ações encontradas na

literatura como sugestões para superar essas barreiras e que se mostraram eficientes no estudo de caso de aplicação do EBCD.

Essa versão do modelo foi avaliada por especialistas em desenvolvimento, co-design e serviços de saúde, quanto sua adequação ao tema (design de serviços, co-design, capacidade de solucionar problemas) e a apresentação do modelo (informações são claras e completas). Os especialistas indicaram algumas fragilidades no modelo relacionados principalmente a sua apresentação. Em sua avaliação, os especialistas colocaram sugestões para melhoria do modelo, dentre elas usar outras ferramentas e documentos para apoio do projeto, capacitar as pessoas para o uso destas ferramentas e conduzir algumas das atividades, maior detalhamento das fases e aprimorar a representação gráfica do modelo. Essas sugestões levaram a alterações no modelo proposto buscando reverter as fragilidades apontadas e então produzir o modelo final – apresentado no capítulo seguinte. A Figura 24 mostra a relação desta avaliação dos especialistas com a construção do modelo final.

Figura 24 – Relação da avaliação com o modelo
Levantamento bibliográfico



Fonte: Elaborado pela autora.

7 CICLO DE MELHORIAS E DESENVOLVIMENTO BASEADO NA EXPERIÊNCIA – CMBE

O modelo proposto para o desenvolvimento e melhoria de serviços da Atenção Primária à Saúde do SUS - Ciclo de melhorias/desenvolvimento baseado na experiência – visa a melhoria de serviços de APS oferecidos pelo SUS, focando em aspectos não clínicos do serviço. O modelo foi construído com base no processo usado atualmente pela SMS de Florianópolis no planejamento anual, onde é usado o ciclo PDCA, e na abordagem EBCD. Este modelo conceitual pode e deve ser adaptado para as necessidades de cada CS ou da SMS, sejam as atividades propostas ou os documentos e ferramentas presentes em cada fase. A Figura 25 mostra de forma simplificada as fases deste modelo e os momentos de participação dos pacientes e membros da comunidade. Por se tratar de uma abordagem focada na experiência dos usuários, o modelo proposto pode gerar estranhamento e dificuldades para profissionais de saúde. Portanto sugere-se que nos primeiros ciclos de uso do modelo a SMS deve buscar apoio de profissionais da área de design ou universidades, onde os estudantes e pesquisadores da área podem ter uma troca de conhecimentos.

Figura 25 – Ciclo de melhoria baseado na experiência – versão final



Legenda:

👤 - indica a participação/ação dos pacientes (e/ou cuidadores/familiares)/comunidade.

⊕ - indica ação dos funcionários do serviço de saúde (comitê/grupo de profissionais)

Fonte: Elaborado pela autora.

Nos próximos subtítulos é detalhado as fases do CMBE.

7.1 PRÉ-PLANEJAMENTO – FASE 0

Nesta fase do processo deve ser preparada e planejada a execução do processo de melhoria ou desenvolvimento. No caso da APS de Florianópolis o principal ator desta fase é o setor de Planejamento da SMS. O Quadro 35 mostra as atividades base desta fase.

Quadro 35 – Pré-planejamento

O que é?	O que fazer?	Como Fazer?	Quem?
Preparar execução do planejamento anual	1.Revisar instrumentos e metodologia	Analisar avaliação anterior do processo - solucionar pontos indicados	Gestão de Planejamento Direção de Atenção primária
	2.Validar instrumentos	Fazer testes com os usuários dos instrumentos, realizar ajustes necessários	G. Planejamento, Distritos sanitários, Equipe Centros de saúde, CMS
	3.Organizar e planejar	Montar cronograma de atividades do ciclo, preparar material necessário	G. Planejamento, Direção APS, Distritos Sanitários
	4.Apresentar metodologia	Introduzir aos CS e aos CLS o método, mostrar contribuições – responder questionamentos	G. Planejamento, Distritos Sanitários
Saídas da fase			
Instrumentos validados	Cronograma de aplicação	Material para sensibilização e capacitação	
Documento/Ferramentas para apoio			
<i>Blueprint</i> de serviços	Matriz SIPOC (fornecedores, entradas, processo, saídas, clientes – <i>Suppliers, Inputs, Process, Outputs, Customers</i>)		

Fonte: Elaborado pela autora

Pontos importantes da fase:

- É fundamental que o modelo seja apresentado antes da sua implementação para os funcionários e representantes da comunidade, como o CMS ou CLS. Essa ação auxilia os profissionais e a comunidade a verem valor na abordagem e tenham tempo para retirar possíveis dúvidas a seu respeito. A apresentação prévia do modelo também pode motivar as pessoas a fazer parte do projeto e aceitarem o convite no momento do recrutamento.

- Ter documentos que auxiliam no mapeamento do processo, como o *Blueprint* de serviços e a Matriz SIPOC, serão úteis no decorrer do projeto, facilitando a identificação de pontos que necessitam melhorias, e os elementos do sistema serviço envolvidos no ponto identificado, como documentos, pessoas, produtos, serviços externos entre outros.

7.2 PLANEJAMENTO – FASE 1

Na fase de planejamento é realizado o recrutamento da equipe de trabalho do projeto (funcionários, pacientes/comunidade e facilitador) a identificação dos pontos passíveis de melhoria, a criação e detalhamento de propostas, e o plano para implementação. O Quadro 36 mostra as atividades base da fase.

Quadro 36 – Planejamento

O que é?	O que fazer?	Como Fazer?	Quem?
Definir metas e métodos para atingi-las	1.Recrutar pacientes/comunidade	Convidar pacientes e funcionários – definir até que ponto desejam participar – manter recrutamento por todo ciclo	Centros de Saúde, Agentes comunitários, Conselhos de Saúde, Associação de moradores
	2.Capacitar envolvidos	Capacitar funcionários e pacientes ou seus representantes para atuação no processo e o Facilitador para a condução do processo	G. Planejamento, Distritos sanitários; Apoio universidades
	3.Definir facilitador	Definir pessoa responsável pela condução do processo	Centros de saúde, distrito sanitários, CLS
	4.Coletar narrativas	Realizar entrevistas com pacientes e funcionários buscando capturar a sua experiência com o serviço	Facilitador
	5.Levantar pontos de melhoria (anterior - autoavaliação)	Apresentar pontos vindos das experiências dos pacientes e funcionários, executar instrumento de autoanálise	Facilitador, equipe centro de saúde e representantes dos pacientes
	6.Priorizar pontos a serem trabalhados	Analisar dos pontos apresentados quais os mais importantes para pacientes e funcionários	
	7.Evento de Co-design	Desenvolver soluções para os pontos priorizados em grupos mistos (pacientes e funcionários), usar ferramentas para criação	
	8.Definir Plano de ações	Definir cronograma e responsáveis pelas mudanças criadas	Facilitador, centros de saúde
Saídas da fase			
Narrativas pacientes e funcionários	Pontos identificados para melhoria (experiências)		Pontos priorizados
Melhorias propostas	Detalhamento das propostas		Plano de ações (implementação)
Ferramentas sugeridas			
Captura de experiências	Narrativas, etnografia, observação, jornada do usuário, safari de serviços		
Identificação de pontos para melhoria	Mapa emocional		
Priorização	Técnica Nominal de Grupo (TNG), matriz GUT, votação por pontos		
Co-design/detalhamento	<i>brainstorming, storyboard, scenarios</i> , personas, prototipagem de experiências, <i>role-playing, blueprint</i> de serviços		

Fonte: Elaborado pela autora.

Pontos importantes da fase:

- O recrutamento para participação da comunidade pode ser difícil. Por isso o uso do bom relacionamento entre serviço e pacientes deve ser explorado e convidar diretamente pacientes ou seus familiares que tenham bom potencial para participar além de membros e frequentadores dos CLS. Associar-se a membros do CLS, associações de moradores também pode ajudar no recrutamento. Os agentes comunitários por visitarem pacientes em sua rotina de trabalho também poderiam coletar a experiência dos usuários e representá-las no processo e no convite para participação.

- Ao recrutar participantes, é importante definir em que momentos eles desejam participar. Manter o recrutamento durante o processo para manter o número de participantes no decorrer do processo. Ao recrutar pacientes deve se buscar pacientes que trarão experiências positivas e negativas. Apenas perspectivas positivas não contribui para o propósito do processo, mas pode trazer ideias para melhorias (POINT OF CARE FOUNDATION, 2013).

- O facilitador tem um papel fundamental para o bom andamento do processo. É indicado que quem exerça esse papel seja um funcionário sênior, que tenha a confiança e motive a participação de outros funcionários, mas que também tenha um bom relacionamento com os pacientes. Deve manter os envolvidos informados do andamento das atividades, resultados e atuar como mediador entre as partes. Cabe também ao facilitador conduzir as entrevistas e analisar os dados identificando possíveis os pontos para melhoria indicados nos relatos.

- O processo de coleta de narrativas deve ser realizado em um local que o participante se sinta confortável e respeite sua privacidade. Recomenda-se que os participantes assinem um termo de consentimento para uso dos dados e gravação da entrevista (POINT OF CARE FOUNDATION, 2013). O roteiro de entrevista usado como exemplo pela *Point of Care Foundation* aborda os temas: a trajetória do participante até o momento com o serviço, problemas, e melhores e piores partes do serviço. Para a análise dos dados a equipe do projeto pode escolher o método que preferir, como análise temática ou outros métodos qualitativos. A coleta das narrativas e sua análise requer tempo (maior do que o utilizado na fase de planejamento atual da SMS). Bayliss *et al.* (2017) aconselha gerenciar as expectativas dos participantes em relação ao tempo que alguns aspectos do processo podem levar e programar bastante tempo para análise de dados.

- Para a priorização dos pontos a serem trabalhados sugere-se que se tenha um mescla entre o instrumento atual com base em diretrizes de saúde e o uso das narrativas. Para a escolha dos pontos é indicado um sistema de pesos, do que os envolvidos consideram mais importante para o centro de saúde. Ferramentas como Técnica Nominal de Grupo (TNG), matriz GUT (Gravidade, Urgência, Tendência), e votação por pontos (*Dot voting* ou *dotmocracy*), podem auxiliar nessa tarefa. Também é recomendado o uso de mapa emocional, que ajudará a identificar os pontos mais críticos do processo do serviço.

- O momento de co-design deve explorar possíveis soluções para os pontos identificados. Para auxiliar na criação de alternativas recomenda-se o uso de ferramentas de

criação como *brainstorming*, *storyboard*, *scenarios*, personas, prototipagem de experiências, encenação (*role-playing*). As ferramentas e instrumentos de criação podem variar de acordo com o problema em questão, cabendo ao facilitador introduzir instrumentos adequados a cada caso. Uso dessas ferramentas pode auxiliar na criação de alternativas mais inovadoras ou que não seriam consideradas de outra forma. Durante o co-design o facilitador deve mediar o processo de criação buscando que todos participem, sem que algum participante domine a atividade, e que as opiniões de pacientes e funcionários tenham pesos equilibrados.

- Para o co-design é indicado que se criem pequenos grupos mistos de profissionais e pacientes/comunidade e que cada grupo trabalhe com um ponto de melhoria dos priorizados. Sendo assim se for escolhido atuar em três pontos de melhoria devem ser criados três grupos de co-design.

- O uso dessas ferramentas e o processo de criação pode ser um desafio para o facilitador por sua formação em áreas da saúde, nos primeiros ciclos pode ser indicada a parceria com profissionais de áreas criativas como design, ou universidades em que os alunos e pesquisadores possam executar uma atividade prática de mediação de grupos de co-design. Outra possibilidade é elaborar material didático para capacitação dos facilitadores, não apenas no processo, mas também em co-design.

7.3 EXECUÇÃO – FASE 2

Nesta fase são implementadas as melhorias definidas na fase anterior de acordo com um cronograma, e documentados dificuldades ou problemas, enfrentados nesta fase. O Quadro 37 mostra as atividades base da fase.

Quadro 37 – Execução			
O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Executar ações planejadas	1. Implementar mudanças previstas	Seguir cronograma de ações, fazer as mudanças, produzir material necessário	Facilitador, Centros de saúde
	2. Documentar problemas	Verificar se houve problemas durante ou após implementação, verificar se persistem, iniciar análise desses dados	
Saídas da fase			
Relatório de implementação de melhorias (resultados/problemas)			

Fonte: elaborado pela autora.

Pontos importantes da fase:

- Sugere-se que a implementação das mudanças ocorra rapidamente, pois ao ver as mudanças acontecerem pode motivar os envolvidos na continuidade do processo e para ciclos futuros.

7.4 AVALIAÇÃO – FASE 3

Nesta fase deve ser verificado se as ações programadas foram executadas, e analisar os resultados que as mudanças geraram – resolveram ou não o problema identificado? Caso não tenham atingido o resultado esperado, buscar entender o porquê e propor nova ação por meio do co-design. O Quadro 38 mostra as atividades base da fase.

Quadro 38 - Avaliação

O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Verificar resultados	1. Monitorar atividades	Acompanhar se as ações de melhoria estão sendo executadas conforme planejado	Facilitador, Distrito Sanitário
	2. Analisar efetividade das ações	Analisar se as mudanças solucionaram o problema inicial. Caso não tenham solucionado verificar o motivo e propor nova ação (co-design). Se houveram problemas na implementação, foram consequências da proposta ou resistência a mudanças.	Facilitador, Centro de saúde, Distritos sanitários, CLS (percepção dos usuários as mudanças – co-design)
Saídas da fase			
Relatório de análise		Detalhamento ajuste/nova melhoria	

Fonte: Elaborado pela autora.

Ponto importante da fase:

- Essas atividades de análise da efetividade das melhorias propostas não são identificadas no processo atual. Esta é uma etapa importante do PDCA para a reflexão e aprendizado sobre as ações executadas, e também para informar os envolvidos do andamento do processo.

7.5 AJUSTES - FASE 4

Seguindo o PDCA, nesta fase é proposto ações corretivas e a padronização das propostas após sua verificação. O Quadro 39 mostra as atividades base da fase.

Quadro 39 - Ajustes

O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Atuar corretivamente	1. Efetuar correções as ações de melhoria	Implementar ações corretivas resultantes de novo co-design. Verificar efetividade. Caso necessário realizar novas ações corretivas.	Facilitador, Centro de saúde, Distritos sanitários, CLS
	2. Padronizar	Melhorias que foram aprovadas devem ser padronizadas e incluídas no fluxo de serviços	Facilitador, Centro de Saúde, Distrito Sanitário
Saídas da fase			
Relatório de implementação		Atualização documento processo de serviço	

Fonte: Elaborado pela autora

Pontos importantes da fase:

- Verificar com os profissionais e pacientes a efetividade das melhorias, se houve melhoria nas experiências com o serviço, e se o problema em questão foi resolvido.

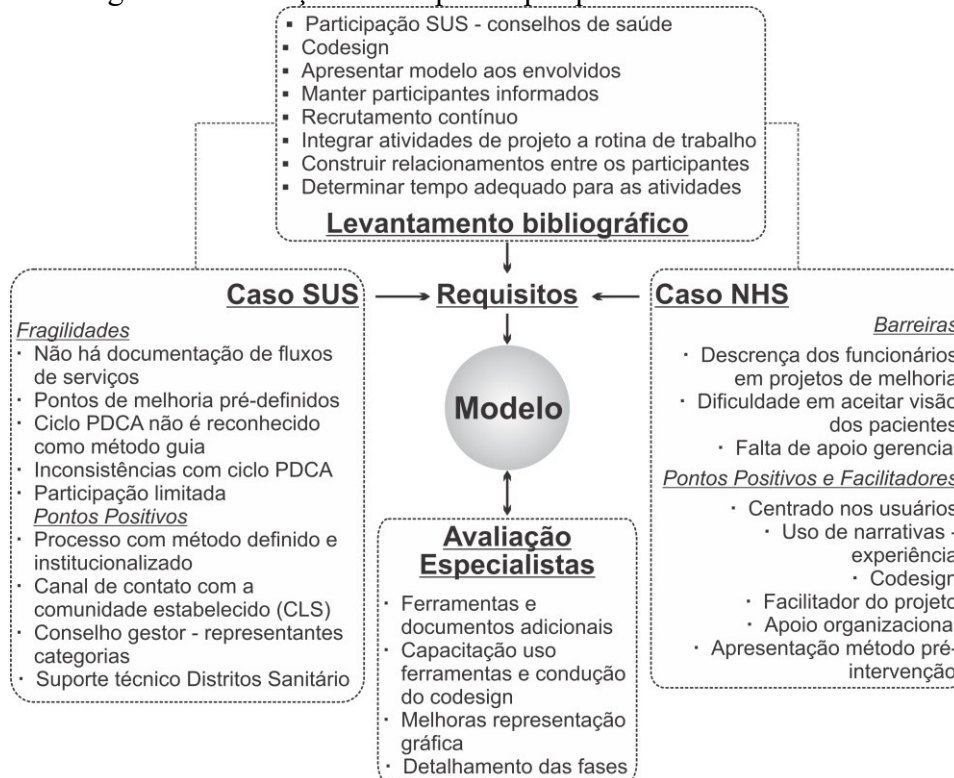
• Como as atividades dessa fase também não são realizadas desta forma atualmente, ressalta-se a necessidade de padronizar e incluir os novos processos/fluxos as documentações e processos de trabalho dos centros de saúde.

• Dar um retorno a todos os envolvidos no processo, demonstrando a importância de sua contribuição no processo, e como sua atuação contribui como a melhoria do serviço.

7.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou a versão final do CMBE, modelo proposto para guiar o processo de melhoria e desenvolvimento dos serviços de APS do SUS Florianópolis. O modelo buscou atender aos requisitos do modelo definidos a partir da coleta de dados vindos da literatura e dos estudos de casos e incorporar as sugestões dos especialistas após a avaliação da versão inicial do modelo. A Figura 26 mostra esta relação entre os dados coletados, os requisitos do modelo e a avaliação dos especialistas para o desenvolvimento do modelo CMBE.

Figura 26 – Relação das etapas da pesquisa com o modelo final



Fonte: Elaborado pela autora

8 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo a construção de um modelo cocriativo para o desenvolvimento e melhoria de serviços oferecidos na APS do SUS, utilizando como base a abordagem EBCD. Para a criação deste modelo foram buscadas informações na literatura sobre o desenvolvimento/melhoria de serviços de saúde e como esses serviços têm envolvido os usuários neste processo. Também foi realizado um estudo de casos múltiplos, um referente a investigação do processo de desenvolvimento e melhoria de serviços da APS do SUS – Florianópolis e o envolvimento de seus usuários/comunidade, e outro referente ao uso da abordagem EBCD em serviços de saúde britânicos.

Na busca na literatura constatou-se que o design de serviços é bastante utilizado como apoio para a adoção do envolvimento dos pacientes em diversos países e a abordagem mais frequentemente adotada é o EBCD. O levantamento bibliográfico também permitiu identificar benefícios de abordagens cocriativas (por meio do co-design), barreiras enfrentadas nestes processos e indicações de como superar algumas delas. Os principais benefícios vindos da participação dos *stakeholders* são: o melhor entendimento de suas necessidades, prevenindo erros de presunção das necessidades; a colaboração entre os atores do processo, melhorando a comunicação e gerando um senso de comunidade. As barreiras identificadas são relacionadas a aspectos organizacionais, ao processo e aos *stakeholders*. O desequilíbrio de poder é a barreira mais citada neste tipo de abordagem, e essa barreira também foi identificada nos estudos de caso realizados na pesquisa. As indicações para auxiliar na superação de barreiras em projetos de co-design, foram identificados em alguns projetos do estudo de caso do EBCD, e essas sugestões se mostraram eficientes quando apontadas no estudo de caso, assim estas foram incluídas na proposta de modelo.

No estudo de caso realizado na APS do SUS – Florianópolis percebeu-se que não é comum o desenvolvimento de novos serviços, e quando este ocorre provavelmente não tem o envolvimento de membros dos Centros de Saúde. Tanto as melhorias dos serviços quanto os novos serviços são direcionados por políticas e portarias de saúde, estas são focadas em aspectos técnicos e clínicos dos serviços. O planejamento anual é o principal processo pelo qual são realizadas melhorias nos serviços. Esse processo é apoiado institucionalmente, e busca seguir o método PDCA, no entanto, as duas últimas fases não recebem o mesmo detalhamento e atenção que as fases iniciais, e nem todos os envolvidos estão familiarizados com o método. Neste processo, as equipes dos CS devem realizar uma autoanálise e determinar que pontos serão trabalhados durante aquele ano. Esse processo de autoanálise

utiliza um instrumento fechado, com um rol de pontos determinados, não permitindo que as equipes trabalhem em questões fora deste instrumento. A atuação dos usuários, representada pela comunidade dos bairros, ocorre nos Conselhos de Saúde, ou pelos canais de ausculta da SMS. A participação da comunidade nas melhorias dos serviços de saúde é limitada, focando no apontamento de problemas, reivindicação de recursos em órgãos superiores, e aprovação das melhorias. A comunidade não costuma participar na construção das propostas de melhoria. A participação também é um desafio nos conselhos, eles têm dificuldade que a comunidade participe das reuniões e atribuem isso a falta de conhecimento da existência dos conselhos pela comunidade e a falta de interesse.

O estudo de caso do uso do EBCD indicou que a abordagem permite produzir melhorias dirigidas pela experiência, resultando em melhorias focadas no bem-estar dos pacientes. As melhorias resultantes são principalmente incrementais, mas também afetam o comportamento dos profissionais envolvidos, o que pode gerar resultados duradouros. O processo enfrenta barreiras, principalmente relacionadas a aceitação dos funcionários - tanto por um cansaço de abordagem de melhorias nas quais não veem resultado, como o desequilíbrio de poder. A aceitação dos funcionários está relacionada a barreira de falta de apoio da instituição, não disponibilizando recursos necessários ou não conseguindo implementar as melhorias resultantes do processo. O sucesso dos projetos de aplicação do EBCD depende de alguns facilitadores como o apoio da instituição – liberando os profissionais para as atividades, implementando as melhorias, planejamento adequado; o uso de narrativas – traz a experiência dos usuários e funcionários para o projeto; e o papel do facilitador – personagem responsável pela condução do projeto, capacitação e sensibilização dos envolvidos. Esses facilitadores se demonstraram capazes de superar ou reduzir as barreiras identificadas quando adotadas.

O modelo proposto nesta pesquisa embasou-se nos achados da busca na literatura e dos estudos de caso. O modelo segue o processo usado atualmente no planejamento anual, inserindo ações vindas da abordagem EBCD visando fortalecer a participação da comunidade e oportunizar melhorias baseadas nas experiências dos *stakeholders*, e ações vindas da literatura e do estudo de caso para prevenir as barreiras identificadas durante a pesquisa e nas fragilidades do processo atual.

Com a escolha do processo de planejamento anual, buscou-se facilitar a aceitação da instituição e dos profissionais da APS sendo que o processo já faz parte do cronograma institucional, e não seria visto como uma carga adicional de trabalho como no caso de ser proposto um processo paralelo. Ainda para contribuir com a aceitação e diminuir possíveis

desequilíbrios de poder, foram inseridas ações de sensibilização e capacitação de funcionários e usuários/comunidade. Foram incluídas as ações sugeridas nas fases de Checar e Agir corretivamente do ciclo PDCA nas fases de Avaliação e Ajustes, que não são bem definidas no processo atual do planejamento anual da SMS.

Para que o processo amplie seu campo de atuação de melhorias e oportunize atuar em questões que afetem de forma positiva a experiência dos usuários, foi incluído o uso de narrativas para a percepção das experiências dos usuários e funcionários. Essa coleta pode ter apoio de outras estratégias/ferramentas de coleta, além de usar os canais já presentes na rede de APS, como as ouvidorias. No modelo proposto buscou-se aumentar a participação dos usuários no processo de melhoria, propondo que representantes dos usuários façam parte da escolha dos pontos a serem trabalhados e que tenha o co-design das propostas de melhoria. O momento de co-design pode ser um desafio para os profissionais de saúde e os usuários e seus representantes, portanto é indicada a associação com profissionais de áreas criativas. Para amenizar as dificuldades de recrutamento dos usuários, propôs-se o convite direto a usuários que membros da equipe dos CSs têm um bom relacionamento e o uso de representantes da experiência dos usuários pelo CLS, associação de moradores, ou até agentes comunitários que poderiam coletar as experiências nas visitas domiciliares. Ao adotar ações fundamentais do EBCD (narrativas e co-design) no modelo proposto, é provável que ele proporcione benefícios assimilados à abordagem que foram descritos na literatura, como a identificação de áreas de melhoria, melhorias sustentáveis, resultados benéficos a pacientes e funcionários, melhorias na segurança, eficiência, dignidade e confiabilidade dos serviços de saúde.

O modelo proposto foi avaliado por especialistas de desenvolvimento de serviços e serviços de saúde. Em sua avaliação foi apontado algumas deficiências referentes às ferramentas de apoio, apresentação de informações e representação do modelo. Esses pontos foram adequados de acordo com o sugerido pelos avaliadores. A representação gráfica foi alterada buscando melhor delimitação das fases e da representação da participação de usuários e membros dos CS, foram incluídas novas ferramentas nas fases iniciais, e foram incluídos tópicos importantes de cada fase. Vale ressaltar que o modelo proposto não é um modelo fixo, ele deve ser adaptado para as necessidades do CS, podendo ser incluídas novas ferramentas ou ferramentas criadas pelos próprios envolvidos.

O modelo proposto contribui com a resolução de um problema recorrente dos serviços de saúde - o desenvolvimento/melhoria de serviços sem seguir um modelo estruturado – e contribui para o fortalecimento da política de gestão participativa do SUS. O uso do modelo proposto irá resultar em melhorias ou novos serviços que sejam centrados no

usuário e nas suas experiências com o SUS. Ao trazer os usuários para participar da construção/melhoria de serviços, e assim levando ao melhor atendimento de suas reais necessidades, o uso do modelo resulta em serviços mais satisfatórios. Por meio desta pesquisa, percebeu-se que mudanças motivadas pelas experiências dos usuários, mesmo que sejam melhorias incrementais, validam seus usuários que se sentem ouvidos, e isso contribui na participação de outros projetos cocriativos. Ao trazer funcionários e pacientes para trabalharem juntos, possibilita também que os pacientes escutem e entendam as limitações enfrentadas pelos funcionários, o que pode motivar a junção de forças e a execução de melhorias de acordo com as políticas públicas e orçamentárias dos CS.

8.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA E SUGESTÃO DE TRABALHOS FUTUROS

Na etapa de avaliação do modelo, o material enviado aos especialistas foi resumido para não ocupar muito tempo dos avaliadores, não apresentando alguns detalhes do modelo que posteriormente foram inseridos como pontos importantes das fases. A não apresentação destas informações pode ter gerado dúvidas e ter influenciado a sua avaliação.

As medidas adotadas na proposta de modelo para prevenir as barreiras comuns em processos cocriativos podem não apresentar os mesmos resultados identificados na literatura e estudo de caso, uma vez que elas foram usadas em outro contexto de serviço e cultural.

Para trabalhos futuros sugere-se a aplicação do modelo em Centros de Saúde, e sua avaliação em uso; isso permitirá analisar os resultados do processo e sua influência na percepção dos serviços pelos usuários e em indicadores de saúde. Como cada município pode organizar seus processos de forma diferente, estudar a aplicação do modelo em outros municípios é indicado. Apesar do EBCD ser comumente aplicado em serviços de saúde de atenção secundária e terciária, é válido estudar a aplicação do modelo proposto nesta pesquisa em outros níveis de atenção de saúde, uma vez que ele apresenta elementos do EBCD, mas não segue integralmente a abordagem e a maioria das aplicações do EBCD foram em outro contexto cultural e econômico. Outro tópico, para trabalho futuro identificado, foi o desenvolvimento de uma cultura participativa, pois, a falta de uma cultura participativa dificulta o recrutamento e ação de funcionários dos serviços de saúde e da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ARMSTRONG, N.; HERBERT, G.; AVELING, E.-L.; DIXON-WOODS, M.; MARTIN, G. Optimizing patient involvement in quality improvement. **Health Expectations**, v. 16, n. 3, p. e36–e47, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BATE, P.; ROBERT, G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. **Quality & safety in health care**, v. 15, n. 5, p. 307–310, 2006.
- BATE, P.; ROBERT, G. **Bringing User Experience to Healthcare Improvement: The Concepts, Methods and Practices of Experience-based Design**. Oxford: Radcliffe Publishing, 2007a.
- BATE, P.; ROBERT, G. Toward More User-Centric OD: Lessons From the Field of Experience-Based Design and a Case Study. **The Journal of Applied Behavioral Science**, v. 43, n. 1, p. 41–66, 2007b.
- BAYLISS, K.; PRINCE, R.; DEWHURST, H.; PARSONS, S.; HOLMES, L.; BROWN, P. Working with public contributors to improve the patient experience at the Manchester Clinical Research Facility: an evaluation of the Experience Based Design approach. **Research involvement and engagement**, v. 3, p. 10, 2017.
- BEVAN, H.; ROBERT, G.; BATE, P.; MAHER, L.; WELLS, J. Using a Design Approach to Assist Large-Scale Organizational Change: “10 High Impact Changes” to Improve the National Health Service in England. **The Journal of Applied Behavioral Science**, v. 43, n. 1, p. 135–152, 2007.
- BLACKWELL, R. W. NÉE; LOWTON, K.; ROBERT, G.; GRUDZEN, C.; GROCOTT, P. Using Experience-based Co-design with older patients, their families and staff to improve palliative care experiences in the Emergency Department: A reflective critique on the process and outcomes. **International Journal of Nursing Studies**, v. 68, p. 83–94, 2017.
- BOAZ, A.; ROBERT, G.; LOCOCK, L.; STURMEY, G.; GAGER, M.; VOUGIOUKALOU, S.; ZIEBLAND, S.; FIELDEN, J. What patients do and their impact on implementation: An ethnographic study of participatory quality improvement projects in English acute hospitals. **Journal of Health Organization and Management**, v. 30, n. 2, p. 258–278, 2016.

BORGSTROM, E.; BARCLAY, S. Experience-based design, co-design and experience-based co-design in palliative and end-of-life care. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 0, p. 1–7, 2017.

BOWEN, S.; MCSEVENY, K.; LOCKLEY, E.; WOLSTENHOLME, D.; COBB, M.; DEARDEN, A. How was it for you? Experiences of participatory design in the UK health service. **CoDesign**, v. 9, n. 4, p. 230–246, 2013.

BOYD, H.; MCKERNON, S.; MULLIN, B.; OLD, A. Improving healthcare through the use of co-design. **New Zealand Medical Journal**, v. 125, n. 1357, p. 76–87, 2012.

BOYD, H.; MCKERNON, S.; OLD, A. **Health Service Co-design: working with patients to improve healthcare services**. New Zealand: Waitemata District Health Board, 2010.

BRASIL; Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2012.

BRASIL. Lei, n.8.080, de 19 de setembro de 1990(a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lex: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990(b). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Lex: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006(a). Brasília: Editora Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>.

BRASIL; Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011(b). **Lex: Ministério da Saúde - Gabinete do ministro**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015(b).

Lex: Ministério da Saúde - Gabinete do ministro. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>

BRASIL; Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Lex:** Ministério da Saúde - Gabinete do ministro. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

BRASIL; Ministério da Saúde. **PNASS - Programa nacional de avaliação de serviços de saúde:** resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, 2007.

BRASIL; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **O SUS de A a Z:** Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o Controle Social na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL; Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS: avanços e desafios.** 1º ed. Brasília: CONASS, 2006b.

BRASIL; Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A Gestão do SUS.** 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). **Conheça a secretaria.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgep>>. Acesso em: 19/1/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS.** 2ª ed. Brasília: editora MS, 2009a.

BRASIL; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Anual de Serviços.** Rio de Janeiro: 2011a.

CAMPOS, V. F. **TQC controle da qualidade total:** no estilo japonês. 2º ed. Belo Horizonte: UFMG, 1992.

CARR, V. L.; SANGIORGI, D.; BÜSCHER, M.; JUNGINGER, S.; COOPER, R. Integrating evidence-based design and experience-based approaches in healthcare service design. **Health Environments Research and Design Journal**, v. 4, n. 4, p. 12–33, 2011.

- COAD, J.; FLAY, J.; ASPINALL, M.; BILVERSTONE, B.; COXHEAD, E.; HONES, B. Evaluating the impact of involving young people in developing children's services in an acute hospital trust. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 23, p. 3115–3122, 2008.
- COOPER, K.; GILLMORE, C.; HOGG, L. Experience-based co-design in an adult psychological therapies service. **Journal of Mental Health**, v. 25, n. 1, p. 36–40, 2016.
- COTTAM, H.; LEADBEATER, C.; DESIGN COUNCIL. **Health: Co-creating Services**. London: Design Council, 2004.
- CRESPO, A. A. **Estatística fácil**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- DONETTO, S.; PIERRI, P.; TSIANAKAS, V.; ROBERT, G. Experience-based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector. **The Design Journal**, v. 18, n. 2, p. 227–248, 2015.
- DONETTO, S.; TSIANAKAS, V.; ROBERT, G. **Using Experience-based Co-design (EBCD) to improve the quality of healthcare: mapping where we are now and establishing future directions**. Londres: King's College London, 2014.
- ECKERT, C. M.; CLARKSON, P. J.; STACEY, M. K. The Spiral of Applied Research: a Methodological View on Integrated Design Research. 14th International Conference on Engineering Design (ICED'03). **Anais...**, 2003. Stockholm.
- EINES, T. F.; ANGELO, E.; VATNE, S. Discourse analysis of health providers' experiences using service design. **Nursing open**, v. 6, n. 1, p. 84–92, 2019.
- ELG, M.; WITELL, L.; POKSINSKA, B.; ENGSTRÖM, J. Solicited diaries as a means of involving patients in development of healthcare services. **International Journal of Quality and Service Sciences**, v. 3, n. 2, p. 128–145, 2011.
- ELLIS, P. E.; SILVERTON, S. Using the experience-based design approach to improve orthodontic care. **Journal of Orthodontics**, v. 41, n. 4, p. 337–344, 2014.
- EL ENANY, N.; CURRIE, G.; LOCKETT, A. A paradox in healthcare service development: professionalization of service users. **Social Science & Medicine**, v. 80, p. 24–30, 2013.
- FALLON, S.; SMITH, J.; MORGAN, S.; STONER, M.; AUSTIN, C. "Pizza, patients and points of view": Involving young people in the design of a post registration module entitled the adolescent with cancer. **Nurse Education in Practice**, v. 8, n. 2, p. 140–147, 2008.
- FARMER, J.; NIMEGEER, A. Community participation to design rural primary healthcare

services. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 130, 2014.

FINN, V.; STEPHENSON, J.; ASTIN, F. Patient preferences for involvement in health service development. **British Journal of Nursing**, v. 27, n. 17, p. 1004–1010, 2018.

FIOCRUZ, F. O. C. **PenseSUS - SUS: O que é?** Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 7/5/2016.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 7º ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

FLORIANÓPOLIS. Portaria/SS/GAB/nº 26, de 14 de março de 2014(a). **Lex: Diário Oficial eletrônico do Município**, Edição nº 1174.

FLORIANÓPOLIS, Diretoria de Planejamento Informação e Captação de Recursos; Gerência de Planejamento. **Programação Anual de Saúde 2016**. Florianópolis. 2016(b).

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Portaria nº22/2016, de 9 de setembro de 2016 (a). **Lex: Diário Oficial eletrônico do Município**, Edição nº 1820.

FLORIANÓPOLIS; Secretaria Municipal de Saúde (SMS); CALDERON, D. B. L.; NICOLAZI, M. DA C.; AQUINO, N. M. R. **Planejamento dos Centros de Saúde - 2017: Metodologia**. Florianópolis, 2017(b).

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Carteira de Serviços -Atenção Primária à Saúde**. Florianópolis, 2014(b).

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Florianópolis 2009**. Florianópolis, 2009 Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/21_10_2010_11.44.45.c9ed471c8430ceb52fcee15c6f629e76.pdf>. Acesso em: 23/1/2017.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: < <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 22/8/2017(a).

FLORIANÓPOLIS; Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde. Criação, Implantação e Funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Florianópolis Resolução n.10/CMS/2008, de 18 de março de 2008. **Lex: Conselho Municipal de Saúde**.

Disponível em: <

<http://portal.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/cms/?p=doc&tipo=resolucao&ano=2008>>

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Diretoria de Planejamento Informação e Captação de Recursos; Gerência de Planejamento. **Sistema PDCASaúde: Manual do usuário**. Florianópolis, 2013.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Diretoria de Planejamento Informação e Captação de Recursos; Gerência de Planos Metas e Políticas de Saúde; Programa Planeja Floripa Saúde. **Plano municipal de saúde 2014 - 2017**. Florianópolis, 2014(c).

FORBAT, L.; CAYLESS, S.; KNIGHTING, K.; CORNWELL, J.; KEARNEY, N. Engaging patients in health care: An empirical study of the role of engagement on attitudes and action. **Patient Education and Counseling**, v. 74, n. 1, p. 84–90, 2009.

FREIRE, K. D. M. Design para serviços : uma intervenção em uma Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Estudos em Design**, v. 24, n. 2, p. 1–23, 2016.

FREIRE, K. DE M. **Design de Serviços, Comunicação e Inovação social: um estudo sobre serviços de atenção primária à saúde**, 2011. Tese (Doutorado em Artes & Design) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

FUDGE, N.; WOLFE, C. D. A.; MCKEVITT, C. Assessing the promise of user involvement in health service development: Ethnographic study. **BMJ**, v. 336, n. 7639, p. 313–317, 2008.

GLUSHKO, R. J.; TABAS, L. Designing service systems by bridging the “front stage” and “back stage”. **Information Systems and e-Business Management**, v. 7, n. 4, p. 407–427, 2009.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso**. São João do Estoril: Principia, 2006.

GUIA DE DIREITOS. **Funcionamento do SUS**. Disponível em: <http://www.guiadedireitos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=12%3Afuncionamento-do-sus&catid=20%3Asus&Itemid=32>. Acesso em: 11/11/2016.

GUSTAVSSON, S. M. K. Improvements in neonatal care; using experience-based co-design. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 27, n. 5, p. 427–438, 2014.

HAGENSEN, A.; LONDON, A. E.; PHILLIPS, J. J.; HELTON, W. S.; PICOZZI, V. J.;

BLACKMORE, C. C. Using Experience-Based Design to Improve the Care Experience for Patients With Pancreatic Cancer. **Journal of Oncology Practice**, v. 12, n. 12, p. e1035–e1041, 2016.

HAN, N.; HAN, S. H.; CHU, H.; KIM, J.; RHEW, K. Y.; YOON, J.; JE, N. K.; RHIE, S. J.; JI, E.; LEE, E.; KIM, Y. S.; OH, J. M. Service design oriented multidisciplinary collaborative team care service model development for resolving drug related problems. **PLOS ONE**, v. 13, n. 9, p. e0201705, 2018.

HJERTSTROM, H. K.; OBSTFELDER, A.; NORBYE, B. Making New Health Services Work: Nurse Leaders as Facilitators of Service Development in Rural Emergency Services. **HEALTHCARE**, v. 6, n. 4, p. 1–13, 2018.

HOWLAND, S.; FISHER, K. Looking through the patient lens – Improving best practice for young people with juvenile idiopathic arthritis transitioning into adult care. **SpringerPlus**, v. 4, n. 1, p. 111, 2015.

HSU, M. Y.; MCCORMACK, B. Using narrative inquiry with older people to inform practice and service developments. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 5–6, p. 841–849, 2012.

IEDEMA, R.; MERRICK, E.; PIPER, D.; BRITTON, K.; GRAY, J.; VERMA, R.; MANNING, N. Codesigning as a discursive practice in emergency health services: The architecture of deliberation. **Journal of Applied Behavioral Science**, v. 46, n. 1, p. 73–91, 2010.

INGLATERRA; National Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement. **The EBD approach: Experience based design using patient and staff experience to better healthcare services**. Tamworth: New Audience Limited, 2010.

ISHIKAWA, K. **¿Qué es el control total de calidad?** La modalidad japonesa. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 1986.

ISO, International Organization for Standardization. **ISO 9241-210: Ergonomics of human-system interaction - Part 210: Human-centred design for interactive systems**. Switzerland, 2010.

JUN, G. T.; CANHAM, A.; ALTUNA-PALACIOS, A.; WARD, J.; BHAMRA, R.; ROGERS, S.; DUTT, A.; SHAH, P. A participatory systems approach to design for safer integrated medicine management. **Ergonomics**, v. 61, n. 1, p. 48–68, 2018.

JUN, G. T.; MORRISON, C.; CLARKSON, P. J. Articulating current service development

practices: A qualitative analysis of eleven mental health projects. **BMC Health Services Research**, v. 14, 2014.

KEINONEN, T. Protect and appreciate - Notes on the justification of user-centered design. **International Journal of Design**, v. 4, n. 1, p. 17–27, 2010.

KELLY, D.; STOREY, C. New service development: initiation strategies. **International Journal of Service Industry Management**, v. 11, n. 1, p. 45–63, 2000.

KENYON, S. L.; JOHNS, N.; DUGGAL, S.; HEWSTON, R.; GALE, N. Improving the care pathway for women who request Caesarean section: an experience-based co-design study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 348, 2016.

LARKIN, M.; BODEN, Z. V. R. Z.; NEWTON, E. On the Brink of Genuinely Collaborative Care: Experience-Based Co-Design in Mental Health. **Qualitative health research**, v. 25, n. 11, p. 1463–76, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil - Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

LIN, C. J.; CHENG, L.-Y. An integrated model of service experience design improvement. **The Service Industries Journal**, v. 35, n. 1–2, SI, p. 62–80, 2015.

LIN, M. C.; HUGHES, B. L.; KATICA, M. K.; DINING-ZUBER, C.; PLSEK, P. E. Service Design and Change of Systems: Human-Centered Approaches to Implementing and Spreading Service Design. **International journal of design**, v. 5, n. 2, p. 73–86, 2011.

LOCOCK, L.; ROBERT, G.; BOAZ, A.; VOUGIOUKALOU, S.; SHULDHAM, C.; FIELDEN, J.; ZIEBLAND, S.; GAGER, M.; TOLLYFIELD, R.; PEARCEY, J. Testing accelerated experience-based co-design: a qualitative study of using a national archive of patient experience narrative interviews to promote rapid patient-centred service improvement. **Health Services and Delivery Research**, v. 2, n. 4, p. 1–122, 2014a.

LOCOCK, L.; ROBERT, G.; BOAZ, A.; VOUGIOUKALOU, S.; SHULDHAM, C.; FIELDEN, J.; ZIEBLAND, S.; GAGER, M.; TOLLYFIELD, R.; PEARCEY, J. Using a national archive of patient experience narratives to promote local patient-centered quality improvement: An ethnographic process evaluation of ‘accelerated’ experience-based co-design. **Journal of Health Services Research and Policy**, v. 19, n. 4, p. 200–207, 2014b.

MAGER, B.; ERLHOFF, M.; MANZINI, E.; PARKER, S.; HEAPY, J. S. In: Michael

- Erlhoff; T. Marshall (Orgs.); **Design Dictionary: Perspectives on Design Terminology**. p.347–391, 2008. Berlin: Birkhäuser.
- MAGUIRE, M. Methods to support human-centred design. **International Journal of Human Computer Studies**, v. 55, n. 4, p. 587–634, 2001.
- MAHER, L.; BAXTER, H. Working in partnership with service users. **British Journal of Healthcare Management**, v. 15, n. 4, p. 172–175, 2009.
- MARQUEZ, J. J.; DOWNEY, A.; CLEMENT, R. Walking a Mile in the User's Shoes: Customer Journey Mapping as a Method to Understanding the User Experience. **Internet Reference Services Quarterly**, v. 20, n. 3–4, p. 135–150, 2015.
- MERINO, G. S. A. D. **Metodologia para a prática projetual do design: com base no projeto centrado no usuário e com ênfase no design universal**, 2014. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.
- MORELLI, N. Service as value co-production: reframing the service design process. **Journal of Manufacturing Technology Management**, v. 20, n. 5, p. 568–590, 2009.
- MORITZ, S. **Service Design: Practical Access to an Evolving Field**. London: KISD, 2005.
- NIMEGEER, A.; FARMER, J.; MUNOZ, S. A.; CURRIE, M. Community participation for rural healthcare design: description and critique of a method. **Health & Social Care in the Community**, v. 24, n. 2, p. 175–183, 2016.
- NORMAN, D. A. **O Design do dia-a-dia**. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.
- OCLOO, J.; MATTHEWS, R. From tokenism to empowerment: Progressing patient and public involvement in healthcare improvement. **BMJ Quality and Safety**, v. 25, n. 8, p. 626–632, 2016.
- OMS, Organização Mundial de Saúde.; UNICEF, Fundo das Nações para a Infância. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata - URSS, 1978)**. Brasília, 1979.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.
- PATRÍCIO, L.; PINHO, N. F. DE; TEIXEIRA, J. G.; FISK, R. P. Service Design for Value Networks: Enabling Value Cocreation Interactions in Healthcare. **SERVICE SCIENCE**, v. 10, n. 1, p. 76–97, 2018.
- PICKLES, J.; HIDE, E.; MAHER, L. Experience based design: A practical method of

- working with patients to redesign services. **Clinical Governance**, v. 13, n. 1, p. 51–58, 2008.
- PIPER, D.; IEDEMA, R.; GRAY, J.; VERMA, R.; HOLMES, L.; MANNING, N. Utilizing experience-based co-design to improve the experience of patients accessing emergency departments in New South Wales public hospitals: an evaluation study. **Health services management research**, v. 25, n. 4, p. 162–172, 2012.
- POINT OF CARE FOUNDATION. **EBCD: Experience-based co-design toolkit** | Point of Care Foundation. Disponível em: <<https://www.pointofcarefoundation.org.uk/resource/experience-based-co-design-ebcd-toolkit/>>. Acesso em: 8/10/2018.
- POLAINE, A.; LOVLIE, L.; REASON, B. **Service Design: From Insight to Implementation**. New York, New York, USA: Rosenfeld Media, 2013.
- PORTAL DA SAÚDE SUS. SISREG - Sistema Nacional de Regulação. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1039-sas-raiz/drac-raiz/cgra/11-cgra/14550-sisreg>>. Acesso em: 25/10/2017.
- RAMÍREZ, N. A.; GIOVANELLA, L.; ROMERO, R. V.; SILVA, H. T.; ALMEIDA, P. F.; RÍOS, G.; GOEDE, H.; OLIVEIRA, S. Mapping primary health care renewal in South America. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 261–267, 2016.
- REMUS, B. Addressing risk in the design of new healthcare services: a step-by-step methodology. **Journal of Healthcare Risk Management**, v. 28, n. 1, p. 31–36, 2008.
- ROBERT, G. Participatory action research: using Experience-based Co-design (EBCD) to improve the quality of health care services. In: S. Ziebland; A. Coulter; J. D. Calabrese; L. Locock (Orgs.); **Understanding and using experiences of health and illness**. p.138–149, 2013.
- ROMANO, L. N. **Modelo de Referência para o Processo de Desenvolvimento de Máquinas Agrícolas**, 2003. Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) Universidade Federal de Santa Catarina.
- ROTHGANG, H.; CACACE, M.; GRIMMEISEN, S.; WENDT, C. The changing role of the state in healthcare systems. **European Review**, v. 13, n. 1, p. 187–212, 2005.
- RUDD, C.; LLOYD, V. **Service Design**. London: The Stationery Office, 2007.
- SALGADO, M.; WENDLAND, M.; RODRIGUEZ, D.; BOHREN, M. A.; OLADAPO, O.

T.; OJELADE, O. A.; OLALERE, A. A.; LUWANGULA, R.; MUGERWA, K.; FAWOLE, B. Using a service design model to develop the “Passport to Safer Birth” in Nigeria and Uganda. **International journal of gynaecology and obstetrics**, v. 139, n. 1, p. 56–66, 2017.

SANGIORGI, D. Transformative services and transformation design. **International Journal of Design**, v. 5, n. 2, p. 29–40, 2011.

SCHEUING, E. E.; JOHNSON, E. M. A Proposed Model for New Service Development. **Journal of Services Marketing**, v. 3, n. 2, p. 25–34, 1989.

SHEHABUDDEEN, N.; PROBERT, D.; PHAAL, R.; PLATTS, K. Representing and Approaching Complex Management Issues: Part 1 - Role and Definition. **SSRN Electronic Journal**, p. 1–29, 1999.

SNOW, E. M.; TWEEDIE, K.; PEDERSON, A. Heard and valued: The development of a model to meaningfully engage marginalized populations in health services planning. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 1–13, 2018.

SOUZA, A. V. DE; KÜUGER, T. R. Participação social no SUS: Proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, p. 80–96, 2010.

SPRINGHAM, N.; ROBERT, G. Experience based co-design reduces formal complaints on an acute mental health ward. **BMJ Quality Improvement Reports**, v. 4, n. 1, p. u209153.w3970, 2015.

STARFIELD, B. Is primary care essential. **The Lancet**, v. 344, p. 1129–1133, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEEN, M.; MANSCHOT, M.; DE KONING, N. Benefits of Co-design in Service Design Projects. **International Journal of Design**, v. 5, n. 2, p. 53–60, 2011.

STICKDORN, M.; SCHNEIDER, J. **Isto é Design Thinking de Serviços: Fundamentos, Ferramentas, Casos**. Bookman Editora, 2014.

TECHNOLOGY STRATEGY BOARD; DESIGN COUNCIL. **Design methods for developing services: an introduction to service design and a selection of service design tools**.

, 2014. Disponível em: <[http://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/Design methods for](http://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/Design_methods_for)

developing services.pdf>. .

TICEHURST, A.; WARD, J.; CLARKSON, J. Barriers to Design in Healthcare. **Australasian Medical Journal**, v. 3, n. 9, p. 570–579, 2010.

TOLLYFIELD, R. Facilitating an accelerated experience-based co-design project. **British journal of nursing**, v. 23, n. 3, p. 136–141, 2014.

TRISCHLER, J.; SCOTT, D. R. Designing Public Services: The usefulness of three service design methods for identifying user experiences. **Public Management Review**, v. 18, n. 5, p. 718–739, 2015.

TSIANAKAS, V.; ROBERT, G.; MABEN, J.; RICHARDSON, A.; DALE, C.; GRIFFIN, M.; WISEMAN, T. Implementing patient-centred cancer care: Using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services. **Supportive Care in Cancer**, v. 20, n. 11, p. 2639–2647, 2012.

TUNNEY, A. M.; RYAN, A. Listening to carers' views on stroke services. **Nursing Older People**, v. 26, n. 1, p. 28–31, 2014. England.

WAINWRIGHT, D.; BOICHAT, C.; MCCRACKEN, L. M. Using the nominal group technique to engage people with chronic pain in health service development. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 29, n. 1, p. 52–69, 2014.

WOO, J.; MAK, B.; CHENG, J. O.; CHOY, E. Identifying service needs from the users and service providers' perspective: A focus group study of Chinese elders, health and social care professionals. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 23–24, p. 3463–3471, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies**. Geneva: WHO Document Production Services, 2010.

WYE, L.; SHAW, A.; SHARP, D. Designing a “NHS friendly” complementary therapy service: A qualitative case study. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, p. 173, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 2a ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YU, E.; SANGIORGI, D. Service Design as an Approach to Implement the Value Cocreation Perspective in New Service Development. **Journal of Service Research**, v. 21, n. 1, p. 40–58, 2018.

APÊNDICE A

Aqui será apresentada a relação dos artigos selecionados na revisão sistemática da literatura e dados bibliométricos. O Quadro A.I apresenta o portfólio de artigos selecionado das 3 buscas.

Quadro A.I: Portfólio de artigos analisados

Nº	Referência	Busca
01	Bate, P; Robert, G. (2006), “Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient”, <i>Quality & safety in health care</i>	S3
02	Bate, P; Robert, G. (2007), “Toward More User-Centric OD: Lessons From the Field of Experience-Based Design and a Case Study”, <i>The Journal of Applied Behavioral Science</i> .	S3
03	Fallon, S. <i>et al.</i> (2008), “ ‘Pizza, patients and points of view’: involving young people in the design of a post registration module entitled the adolescent with cancer”, <i>Nurse Education in Practice</i> .	S1
04	Coad, J. E. <i>et al.</i> (2008), “Evaluating the impact of involving young people in developing children’s services in an acute hospital trust”, <i>Journal of Clinical Nursing</i> .	S1
05	Wye, L., Shaw, A. and Sharp, D. (2008), “Designing a ‘NHS friendly’ complementary therapy service: a qualitative case study”, <i>BMC Health Services Research</i> .	S1
06	Fudge, N., Wolfe, C.D.A. and McKeivitt, C. (2008), “Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study”, <i>British Medical Journal</i>	S1
07	Remus, B. (2008), “Addressing risk in the design of new healthcare services: a step-by-step methodology”, <i>Journal of Healthcare Risk Management</i> .	S1
08	Pickles, J; Hide, E; Maher, L. (2008), “Experience based design: A practical method of working with patients to redesign services”, <i>Clinical Governance</i>	S3
09	Glushko, R.J. and Tabas, L. (2009), “Designing service systems by bridging the ‘front stage’ and ‘back stage’”, <i>Information Systems and e-Business Management</i> .	S2
10	Forbat, L. <i>et al.</i> (2009), “Engaging patients in health care: an empirical study of the role of engagement on attitudes and action”, <i>Patient Education and Counseling</i> .	S1
11	Ticehurst, A., Ward, J. and Clarkson, J. (2010), “Barriers to design in healthcare”, <i>Australasian Medical Journal</i> .	S1
12	Iedema, R; <i>et al.</i> (2010), “Codesigning as a discursive practice in emergency health services: The architecture of deliberation”, <i>Journal of Applied Behavioral Science</i> .	S3
13	Woo, J. <i>et al.</i> (2011), “Identifying service needs from the users and service providers’ perspective: a focus group study of Chinese elders, health and social care professionals”, <i>Journal of Clinical Nursing</i> .	S1
14	Carr, V.L. <i>et al.</i> (2011), “Integrating evidence-based design and experience-based approaches in healthcare service design”, <i>Health Environments Research and Design Journal</i>	S1
15	Lin, M.C. <i>et al.</i> (2011), “Service design and change of systems: human-centered approaches to implementing and spreading service design”, <i>International Journal of Design</i> .	S1/S2
16	Elg, M; <i>et al.</i> (2011), “Solicited diaries as a means of involving patients in development of healthcare services”, <i>International Journal of Quality and Service Sciences</i> .	S1/S2
17	Sangiorgi, D. (2011), “Transformative services and transformation design”, <i>International Journal of Design</i> .	S2
18	Boyd, H. <i>et al.</i> (2012), “Improving healthcare through the use of co-design”, <i>New Zealand Medical Journal</i> .	S1
19	Hsu, M.Y. and McCormack, B. (2012), “Using narrative inquiry with older people to inform practice and service developments”, <i>Journal of Clinical Nursing</i> .	S1
20	Tsianakas, V; <i>et al.</i> (2012), “Implementing patient-centred cancer care: Using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services”, <i>Supportive Care in Cancer</i> .	S3
21	Piper, D; <i>et al.</i> (2012), “Utilizing experience-based co-design to improve the experience of patients accessing emergency departments in New South Wales public hospitals: an evaluation study”, <i>Health services management research</i> .	S3
22	El Enany, N., Currie, G. and Lockett, A. (2013), “A paradox in healthcare service development: professionalization of service users”.	S1
23	Bowen, S. <i>et al.</i> (2013), “How was it for you? Experiences of participatory design in the UK health service”, <i>CoDesign</i> .	S1

Quadro A.I: Portfólio de artigos analisados (continuação)

Nº	Referência	Busca
24	Armstrong, N. <i>et al.</i> (2013), “Optimizing patient involvement in quality improvement”, <i>Health Expectations</i> .	S1
25	Jun, G T; Morrison, C; Clarkson, P J. (2014), “Articulating current service development practices: A qualitative analysis of eleven mental health projects”, <i>BMC Health Services Research</i> .	S1
26	Farmer, J. and Nimegeer, A. (2014), “Community participation to design rural primary healthcare services”, <i>BMC Health Services Research</i> .	S1
27	Wainwright, D., Boichat, C. and McCracken, L.M. (2014), “Using the nominal group technique to engage people with chronic pain in health service development”, <i>The International Journal of Health Planning and Management</i> .	S1/S2
28	Tollyfield, R. (2014), “Facilitating an accelerated experience-based co-design project”, <i>British journal of nursing</i> .	S3
29	Gustavsson, S. M. K. (2014), “Improvements in neonatal care; using experience-based co-design”, <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> .	S3
30	Locock, L; et al. (2014), “Using a national archive of patient experience narratives to promote local patient-centered quality improvement: An ethnographic process evaluation of ‘accelerated’ experience-based co-design”, <i>Journal of Health Services Research and Policy</i> .	S3
31	Ellis, P E; Silvertown S. (2014), “Using the experience-based design approach to improve orthodontic care”, <i>Journal of Orthodontics</i> .	S3
32	Lin, C.J. and Cheng, L.-Y. (2015), “An integrated model of service experience design improvement”, <i>Service Industries Journal</i> .	S2
33	Howland, S. and Fisher, K. (2015), “Looking through the patient lens: improving best practice for young people with juvenile idiopathic arthritis transitioning into adult care”, <i>SpringerPlus</i> .	S1
34	Marquez, J.J., Downey, A. and Clement, R. (2015), “Walking a mile in the user’s shoes: customer journey mapping as a method to understanding the user experience”, <i>Internet Reference Services Quarterly</i> .	S2
35	Nimegeer, A. <i>et al.</i> (2015), “Community participation for rural healthcare design: description and critique of a method”, <i>Health and Social Care in the Community</i> .	S1
36	Donetto, S. <i>et al.</i> (2015), “Experience-based co-design and healthcare improvement: realizing participatory design in the public sector”, <i>The Design Journal</i> .	S1
37	Trischler, J; Scott, D R. (2015), “Designing Public Services: The usefulness of three service design methods for identifying user experiences”, <i>Public Management Review</i>	S2
38	Springham, N; Robert, G. (2015), “Experience based co-design reduces formal complaints on an acute mental health ward”, <i>BMJ Quality Improvement Reports</i> .	S3
39	Larkin, M; Boden, Z V R Z; Newton, E. (2015), “On the Brink of Genuinely Collaborative Care: Experience-Based Co-Design in Mental Health”, <i>Qualitative Health Research</i> .	S3
40	Cooper, K; Gillmore, C; Hogg, L. (2016), “Experience-based co-design in an adult psychological therapies service”, <i>Journal of Mental Health</i> .	S3
41	Kenyon, S L; et al. (2016), “Improving the care pathway for women who request Caesarean section: an experience-based co-design study”, <i>BMC pregnancy and childbirth</i> .	S3
42	Hagensen, A; et al. (2016), “Using Experience-Based Design to Improve the Care Experience for Patients With Pancreatic Cancer”, <i>Journal of Oncology Practice</i> .	S3
43	Boaz, A; et al. (2016), “What patients do and their impact on implementation: An ethnographic study of participatory quality improvement projects in English acute hospitals”, <i>Journal of Health Organization and Management</i> .	S3
44	Borgstrom, E; Barclay, S. (2017), “Experience-based design, co-design and experience-based co-design in palliative and end-of-life care”, <i>BMJ Supportive & Palliative Care</i>	S1/S2
45	Salgado, M; et al. (2017), “Using a service design model to develop the ‘Passport to Safer Birth’ in Nigeria and Uganda”, <i>International journal of gynaecology and obstetrics</i> .	S2
46	Blackwell, R W, et al. (2017), “Using Experience-based Co-design with older patients, their families and staff to improve palliative care experiences in the Emergency Department: A reflective critique on the process and outcomes”, <i>International Journal of Nursing Studies</i> .	S3
47	Bayliss, K; et al. (2017), “Working with public contributors to improve the patient experience at the Manchester Clinical Research Facility: an evaluation of the Experience Based Design approach”, <i>Research involvement and engagement</i> .	S3

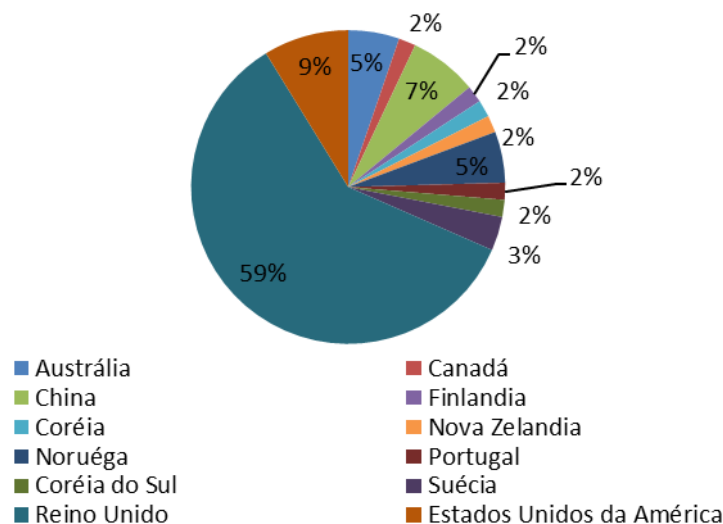
Quadro A.I: Portfólio de artigos analisados (continuação)

Nº	Referência	Busca
48	Jun, G T; et al. (2018), “A participatory systems approach to design for safer integrated medicine management”, <i>Ergonomics</i>	S1
49	Snow, E M; Tweedie, K; Pederson, A. (2018), “Heard and valued: The development of a model to meaningfully engage marginalized populations in health services planning”, <i>BMC Health Services Research</i> .	S1
50	Hjertstrom, H K; Obstfelder, A; Norbye, B. (2018), “Making New Health Services Work: Nurse Leaders as Facilitators of Service Development in Rural Emergency Services”, <i>Healthcare</i> .	S1
51	Finn, V; Stephenson, J; Astin, F. (2018), “Patient preferences for involvement in health service development”, <i>British Journal of Nursing</i> .	S1
52	Patrício, L; et al.. (2018), “Service Design for Value Networks: Enabling Value Cocreation Interactions in Healthcare”, <i>Service science</i> .	S1
53	Han, N; et al. (2018), “Service design oriented multidisciplinary collaborative team care service model development for resolving drug related problems”, <i>PLOS ONE</i>	S1
54	Yu, E; Sangiorgi, D. (2018), “Service Design as an Approach to Implement the Value Cocreation Perspective in New Service Development”, <i>Journal of Service Research</i> .	S2
55	Eines, T F; Angelo, E; Vatne, S. (2019), “Discourse analysis of health providers' experiences using service design”, <i>Nursing open</i> .	S1

Fonte: Elaborado pela autora.

O Gráfico A.I se refere ao país de origem dos artigos, para isso foi considerado apenas o primeiro autor do artigo ou autor correspondente. O gráfico mostra que a maioria dos artigos são do Reino Unido e outros países desenvolvidos, apenas seis trabalhos são de países em desenvolvimento e não foram encontrados trabalhos realizados no Brasil. O autor de maior ocorrência é um autor britânico, Glenn Robert, que foi coautor de 9 dos artigos selecionados.

Gráfico A.I: Artigos selecionados segundo o país de origem

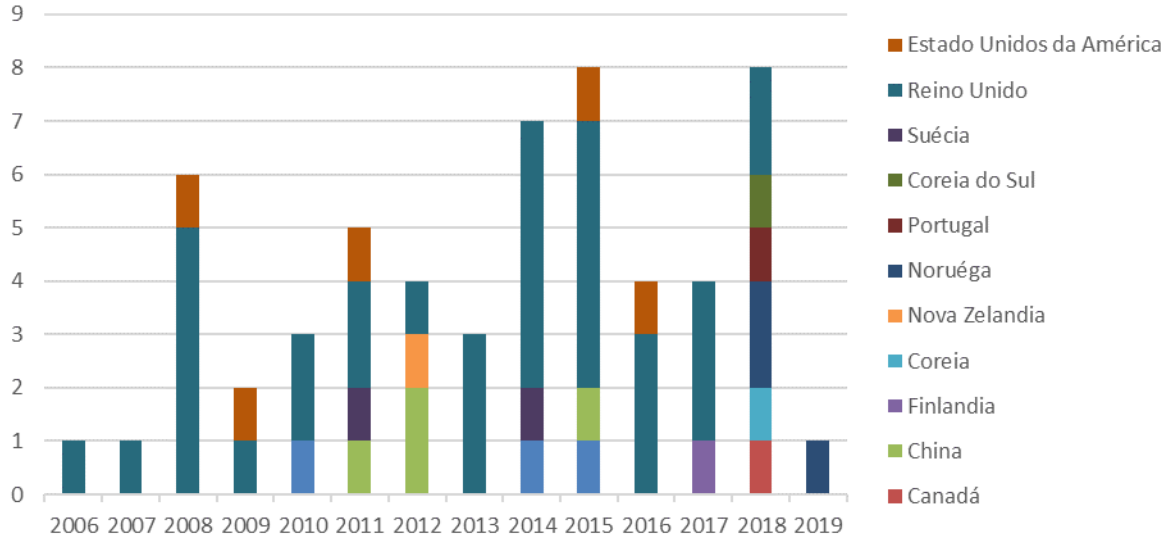


Fonte: Elaborado pela autora.

O Reino Unido ter o maior número de artigos pode ser devido a política adotada pelo Serviço Nacional de Saúde (NHS) de envolver os pacientes no desenvolvimento e melhoria de serviços (FALLON et al., 2008; FORBAT et al., 2009; FUDGE; WOLFE; MCKEVITT, 2008; HOWLAND; FISHER, 2015; TICEHURST; WARD; CLARKSON, 2010).

O Gráfico A.II apresenta o número de artigos publicados por ano relacionados ao país de origem do estudo. Como pode-se perceber os anos de maior publicação foram 2015 e 2018 (oito publicações cada), seguido de 2014 (sete publicações).

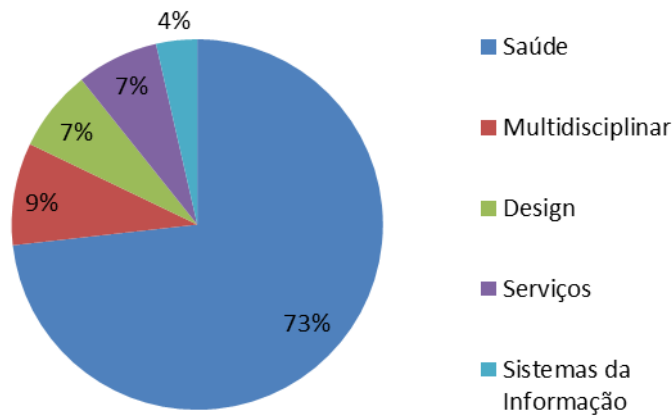
Gráfico A.II: Distribuição dos artigos pelo ano de publicação



Fonte: Elaborado pela autora.

O Gráfico A.III mostra a divisão dos artigos em relação a sua área de estudo. A maioria deles foram publicados em revistas da área da saúde (42), seguido da área de Multidisciplinar (5 publicações). As revistas de maior frequência foram: *BMC Health Service Research*, com quatro publicações; e *Journal of Clinical Nursing* com três publicações.

GráficoA. III: Áreas de estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE B

TCLE referente ao estudo de caso SUS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de doutorado intitulada "Diagnóstico do desenvolvimento de serviços em unidades básicas de saúde do município de Florianópolis: estudo de uso de modelos cocriativos", que fará coleta de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas, tendo como objetivo diagnosticar como é realizado o processo de desenvolvimento e melhoria de serviços na saúde pública de atenção primária do município de Florianópolis com foco nas medidas usadas para envolvimento dos usuários (co-design) e suas experiências com o serviço. Serão previamente marcados a data e horário para as entrevistas, utilizando roteiro de entrevista e gravador de áudio. A entrevista será gravada para posterior transcrição – que será guardado por dois (02) anos e após eliminada.

O(a) Senhor(a) não terá despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de dano, durante a pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por envolver medidas não invasivas (entrevista semi-estruturada). Caso alguma pergunta gere algum tipo de constrangimento ou desconforto, você pode se recusar a responder. O pesquisador responsável estará acompanhando a pesquisa fornecendo explicações em qualquer momento para minimizar a possibilidade de constrangimento durante a pesquisa.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um código alfanumérico

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão auxiliar no mapeamento do processo de desenvolvimento usado atualmente na Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis, tendo uma visão global do processo que possa ser visualizada por todos os interessados. Com isso também é possível identificar pontos que podem ser melhorados no processo, em particular os pontos relacionados à participação da comunidade no processo; auxiliando na gestão participante presente na legislação do SUS. A maior participação da comunidade no processo de desenvolvimento e melhoria dos serviços pode gerar um aumento na satisfação dos usuários e funcionários dos serviços oferecidos, assim como melhorar a experiência dos serviços prestados.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores Mayara Ramos (estudante de doutorado) e Marcelo Gitirana Gomes Ferreira (Prof. Orientador).

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Como garantia, informamos que será cumprido os termos da Resolução 466/2012/CNS/MS.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

 Prof. Marcelo Gitirana Gomes Ferreira
 Pesquisador (UFSC/UFDESC)
 E-mail: marcelo.gitirana@gmail.com

 Mayara Ramos
 Pesquisador (UFSC)
 E-mail: mayara.ramos@gmail.com
 Tel: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____.

ENDEREÇO DE CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.
E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br Telefone: +55 48 3721-6094.

TCLE referente ao estudo de caso NHS



Experience-based Co-design (EBCD) in British Healthcare system: Informed consent

Experience-based co-design (EBCD), previously known as Experience-based Design (EBD), is an approach to improve healthcare services that combines participatory and user experience design tools and processes to bring about quality improvements in healthcare organisations. EBCD enables staff and patients (or other service users) to co-design services, reflecting on their experiences of a service, working together to identify improvement priorities, devising and implementing changes, and then jointly reflecting on their achievements.

Through a partnership between Newcastle University's Open Lab and Federal University of Santa Catarina (UFSC - Brazil), in this research, we intend to do a case study in order to understand how the EBCD process was implemented in healthcare units and its lasting impacts.

In this sense, we are inviting you to a semi-structured interview regarding your experience with EBCD in the healthcare environment. The interview will be audio recorded so it can be transcribed and data analysed. We will preserve your identity by replacing your name with an alphanumeric code.

We will use this data on a paper reporting the lasting impacts of the EBCD action in healthcare units, and on the development of a co-creative model of service improvement directed to the Brazilian public healthcare system (SUS).

The research will allow analyse similarities and differences on the use of EBCD in distinct healthcare services and its results, as well as verify if after the introduction, results of the processes are still present. The findings of this research can be sent to you if you like.

There are no physical risks associated with taking part in this study.

You can stop taking part in the interview or decline to answer any of the questions at any point, without giving reasons. We respect your decision and you will not be questioned on why you no longer want to take part.

UFSC's ethics committee evaluated and approved this research project (approval number CAAE 64114716.9.0000.0121).

Feel free to make any inquiries about the project and your participation.

For further information about the project contact:

Mayara Ramos, visiting PhD Student, Open Lab, Newcastle University – PhD student, GEPPS, UFSC

Email: mayara.ramos@gmail.com

Telephone: [REDACTED]

Complaints:

If you are dissatisfied with any aspects of the research project and wish to make a complaint, please contact:

Peter Wright, Open Lab, Newcastle University

Email: p.c.wright@ncl.ac.uk

Telephone: [REDACTED]

Researcher:

Name of Researcher

Signature

Date



FEDERAL UNIVERSITY OF
SANTA CATARINA - BRAZIL



Consent Form

Please do not sign this form until you have had the chance to ask questions and raise any concerns. Please initial the box and sign if you agree with the statements below. Please draw a line through any statements that you do not agree with.

	I have read the information about the research and agree to take part.
	I understand how data will be collected and used in academic publications.
	I agree to audio-recordings to be made during the interview.

Participant:

Name of Participant

Signature

Date

Researcher:

Name of Researcher

Signature

Date

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1- Membros da equipe do SUS - CS

Identificação entrevistado: S _____

1. Formação: _____
2. Cargo: _____
3. Tempo de atuação no SUS: _____
4. Tempo de atuação no cargo: _____
5. Qual a população da área que a Unidade atende? Quantos atendimentos são realizados em média em um mês? Qual o perfil dos usuários?
6. Poderia descrever como são organizados os serviços oferecidos no CS? Poderia descrever a jornada do usuário em um dos serviços prestados?
7. Como ocorre a construção/organização dos serviços (novos ou melhorias) prestados nos CS? Poderia descrever o processo?
8. As ações realizadas neste processo são documentadas? Existe um documento final com o "desenho" dos serviços?
9. É utilizado um método para esse processo? Qual?
10. Quem são as pessoas (cargos) que participam desse processo?
11. Esse método/processo é utilizado em todos os níveis do serviço (SMS e CS)?
12. Há um acompanhamento das melhorias efetuadas no processo (avaliação)?
13. Em sua opinião, quais são os pontos fortes e fracos do atual processo de desenvolvimento e melhoria de serviços?
14. São enfrentadas dificuldades no processo? Quais seriam e quais são os motivos dessas barreiras?
15. Como a diretriz "participação da comunidade" do SUS está inserida nos serviços ou em seu planejamento no CS?
16. O que é considerado participação?
17. Quais são os canais de participação da comunidade? Quais as formas que os usuários têm para encaminhar sugestões, reclamações, dar sua opinião sobre o serviço?
18. Qual o papel dos Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde? Eles fazem parte do processo de melhoria dos serviços?
19. São realizadas pesquisas de satisfação com os usuários? Caso seja, com que frequência e como são realizados? Os resultados influenciam/orientam o processo de melhoria dos serviços?
20. As informações vindas dos usuários são avaliadas no planejamento dos serviços? Como isso ocorre?
21. Em algum momento do processo de desenvolvimento ou alterações dos serviços os usuários ou seus representantes participam, ou suas opiniões são inseridas e avaliadas?
22. Como os usuários recebem as mudanças realizadas nos serviços?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 2 - CONSELHOS DE SAÚDE

Identificação entrevistado: C _____

- 1.Ocupação/Formação: _____
- 2.Idade: ____
- 3.Há quanto tempo aproximadamente participa das atividades do Conselho? _____
- 4.Como é constituído o Conselho? Existem requisitos para participar ou fazer parte do Conselho? Quais?
- 5.Qual o papel do Conselho de Saúde?
- 6.Qual a frequência das reuniões? Como a comunidade é convidada para participar das reuniões do Conselho?
- 7.Como são definidas as pautas das reuniões?
- 8.Qual o perfil dos participantes do Conselho (comunidade e funcionários dos CS)?
- 9.O Conselho participa do planejamento e melhoria dos serviços oferecidos nos CS?
- 10.As questões trazidas pela comunidade ao conselho são conduzidas de que maneira? Elas são atendidas ou respondidas? Isso leva em média quanto tempo? Existe diferença ao tratar com a SMS ou os CS?
- 11.Os usuários se sentem ouvidos pelo sistema de saúde?
- 12.Acredita que a atual participação do Conselho no gerenciamento dos serviços é suficiente?
- 13.Em sua opinião, quais são os pontos fortes e fracos do Conselho de Saúde?
- 14.A comunidade e os funcionários participam facilmente no Conselho ou se tem dificuldade para que compareçam as reuniões e continuem participando?
- 15.O que motiva a participação ou a não participação dos membros da comunidade em sua opinião?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 3 - Membros da equipe do SUS - Planejamento

Identificação entrevistado: S _____

- 1.Formação: _____
- 2.Cargo: _____
- 3.Tempo de atuação no SUS: _____
- 4.Tempo de atuação no cargo: _____
- 5.Qual a atuação do setor de planejamento?

6. Como é realizado o planejamento dos serviços de atenção primária do município? Poderia descrever o processo?
7. As ações realizadas neste processo são documentadas? Quais os documentos?
8. É utilizada alguma metodologia neste processo? Qual? É utilizada no plano anual e no de quatro anos?
9. Quem são as pessoas (cargos) que participam deste processo? Como atuam neste processo? Representantes da comunidade participam do processo?
10. Na ferramenta de autoavaliação, disponível no site do setor, são apresentados padrões essenciais e complementares. Como são definidos estes padrões? Podem ser incluídos novos padrões ou esses padrões são atualizados anualmente? São incluídos padrões/tópicos originados de necessidades/reclamações/sugestões dos usuários?
11. Como se dá a priorização dos padrões?
12. A respeito dos indicadores, como eles são definidos? Como são analisados?
13. Há um acompanhamento das melhorias efetuadas no processo (check/avaliação)? Os resultados de um ano influenciam no que será realizado no novo ciclo/ano? Metas que não são atingidas completa ou parcialmente continuam a ser trabalhadas no próximo ciclo de planejamento ou irá depender de uma nova priorização?
14. O planejamento engloba como os serviços são oferecidos/organizados nos centros de saúde? Como?
15. São enfrentadas dificuldades no processo? Quais seriam e quais os seus motivos?
16. Em sua opinião, quais são os pontos fortes e fracos do atual processo?
17. Como a diretriz "participação da comunidade" do SUS está inserida no planejamento?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 4 - Membros da equipe do SUS - Distritos

Identificação entrevistado: S _____

1. Formação: _____
2. Cargo: _____
3. Tempo de atuação no SUS: _____
4. Tempo de atuação no cargo: _____
5. Qual a atuação dos distritos sanitários?
6. Como ocorre a melhoria dos serviços da atenção primária ou a criação de novos serviços? Se tem a participação do distrito? Poderia descrever o processo? Quem participa deste processo? É utilizada uma metodologia específica?
7. Como ocorre o planejamento (anual) dos serviços na atenção primária? Qual o papel do distrito neste processo?
8. As melhorias/ações planejadas são acompanhadas e avaliadas? Como? Esse acompanhamento é documentado? Como?
9. Qual o papel do apoiador do distrito sanitário nas unidades de saúde? Quais as suas atuações? Em que momentos ele está presente nos centros de saúde?

10. Em sua opinião, quais são os pontos fortes e fracos do atual processo de melhoria/planejamento de serviços?
11. A diretriz do SUS de “participação da comunidade” está envolvida nos processos de melhoria/planejamento/formação dos serviços? Como?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Facilitadores de projeto (NHS)

Interviewee: CD _____

1. Could you introduce yourself? (Job title; how long in the job)
2. Could you describe how the process of introduction of EBCD to the service was?

	Situation before the intervention
	Identification of the need to improve
	Knowledge of EBCD/was the organization first experience with EBCD
	When
	Who were involved/lead
	Method/changes
	Barriers/solutions

3. How did the patients (users) and staff participate throughout the process?

	Invitation
	Participation motivation
	Strengths and challenges
	Kept participating

4. What resulted from the EBCD intervention?

	How long after
	Maintained/improved/declined – why
	Lessons learned

5. To your knowledge, after this experience, were changes made on how the service conduct improvements or innovations? What were the impacts on the organization?

	EBCD/changes/used in other services or areas
	Patients/staff participation
	Why

6. What were the positive and negative aspects of this experience?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Pesquisador EBCD

Interview: CD _____

1. Could you tell me about the EBCD evolution through time? (motivation/changes/ diversity of services/ countries where it was used, any developing countries/ private or public services)
2. How the NHS presented/inserted the method to its services? How is done today? (incentive, training, funding, management)
3. What are the biggest contribution/results of method? What about the challenges?
4. Did the experience with the method had any lasting effects in the healthcare units that had used it?
5. What specific value EBCD or human-centred/co-design measures brought to service improvement?
6. What are your expectations for human-centred methods and co-design in healthcare services in the future?

APÊNDICE D

Questionário de avaliação do modelo

Link questionário online: <https://goo.gl/forms/QLXANz7ZWjr5GSyyl>

Caracterização do avaliador:

Qual a sua formação e títulos? _____

Qual é a sua atuação profissional e tempo de experiência na área de projeto de serviços e/ou codesign? _____

Como avalia o seu conhecimento em:	Nenhum	Pouco	Razoável	Bom	Muito bom
Desenvolvimento/ melhoria de serviços					
Codesign/ Cocriação					
Desenvolvimento/ melhoria de serviços de saúde					

Avaliação do modelo:

O modelo proposto permite orientar o desenvolvimento/melhorias para serviços de Atenção Primária à Saúde??

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto contribui na adoção da visão do usuário no processo (centrado no usuário)?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto contempla a participação dos pacientes e funcionários no processo (codesign)?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto permite atuar em diferentes pontos de contato (*touch-points*) dos serviços de Atenção Primária à Saúde?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto permite atuar em diferentes elementos do sistema de serviços da Atenção Primária à Saúde? (Ex.: informações, processos, instalações de apoio)?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto é facilmente entendido (sequência de fases e atividades)?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo apresenta concordância entre os resultados (saídas) obtidos em cada fase, atividade ou tarefa do processo?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto contém a informação necessária para o desenvolvimento/melhoria de um serviço de Atenção Primária à Saúde?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

A representação do modelo proposto (quadros e ciclo) é adequada para descrever o ciclo de melhorias/desenvolvimento baseado nas experiências?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto apresenta ferramentas e métodos de apoio ao projeto?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

O modelo proposto considera procedimentos de documentação das experiências e soluções obtidas no projeto (saídas)?

Não atende (1)	(2)	(3)	(4)	Atende totalmente(5)

Observações e sugestões sobre o modelo:

APÊNDICE E

Documento enviado aos especialistas para apresentação do modelo e detalhamento das fases

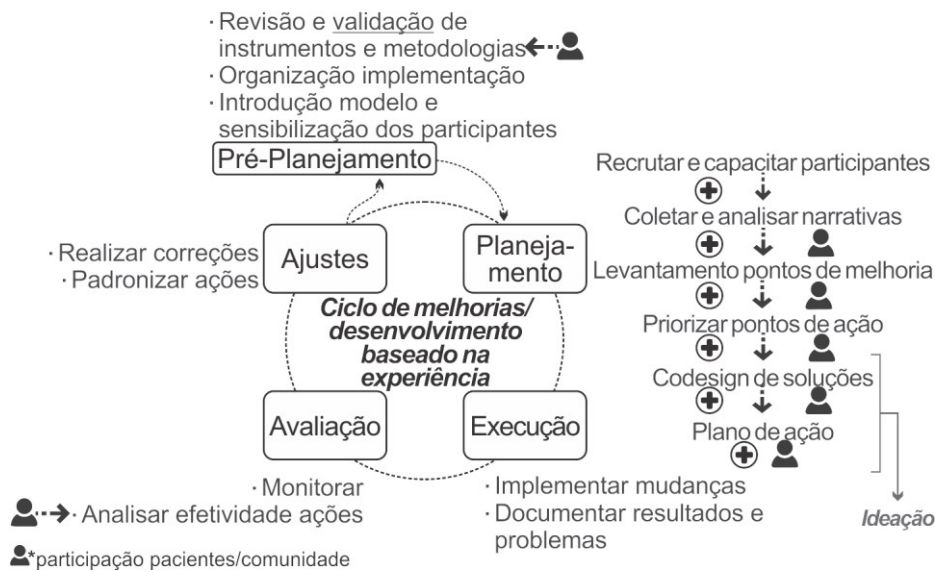
Apresentação do modelo

Dentre os princípios de atuação do SUS (Lei nº 8.080) está a participação da comunidade. Os Conselhos de saúde é um dos principais espaços para o exercício desta participação. Os conselhos de saúde são órgãos colegiados que atuam na formação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Na etapa exploratória desta pesquisa, percebeu-se que a participação da comunidade nos serviços de saúde do SUS, limita-se ao apontamento de problemas e aprovação de medidas propostas. Incluir a participação da comunidade nos processos de melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde do SUS, por meio do codesign, pode ser uma forma de ampliar a aplicação do princípio de participação e ainda facilitar a satisfação dos usuários, uma vez que suas experiências seriam incluídas no processo de criação/melhoria.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver e avaliar um modelo cocriativo de desenvolvimento ou melhoria de serviços para a Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS. A escolha pela atenção primária se deu por ser a principal ponto de contato da população com o serviço de saúde, sendo capaz de solucionar 80% das necessidades e problemas de saúde.

O modelo proposto para o desenvolvimento e melhoria de serviços da Atenção Primária à Saúde do SUS foi construído com base no processo usado atualmente pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no planejamento anual, onde é usado o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), e na abordagem Experience Based Co-design (EBCD). EBCD é uma abordagem de melhoria de serviços de saúde que permite que os usuários, cuidadores e funcionários trabalhem em parceria no desenvolvimento de melhorias para os serviços por meio das experiências vividas e codesign. O processo permite que os participantes reflitam sobre suas experiências, trabalhando juntos na identificação de prioridades de melhorias, e projetando e implementando mudanças. Essa abordagem foi inicialmente aplicada em serviços de saúde britânicos.

A imagem a baixo apresenta o modelo proposto- Ciclo de melhorias/desenvolvimento baseado na experiência. Nela são representadas as principais atividades de cada fase, destacando os momentos de atuação dos pacientes/comunidade.



Detalhamento das fases

Pré-planejamento			
O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Preparar execução do planejamento anual	1.Revisar instrumentos e metodologia	Analisar avaliação anterior do processo - solucionar pontos indicados	Gestão de Planejamento Direção de Atenção primária
	2.Validar instrumentos	Fazer testes com os usuários dos instrumentos, realizar ajustes necessários	G. Planejamento, Distritos sanitários, Equipe Centros de saúde, CMS
	3.Organizar e planejar	Montar cronograma de atividades do ciclo, preparar material necessário	G. Planejamento, Direção APS, Distritos Sanitários
	4.Apresentar metodologia	Introduzir aos CS e aos CLS o método, mostrar contribuições – responder questionamentos	G. Planejamento, Distritos Sanitários
Saídas da fase			
Instrumentos validados	Cronograma de aplicação	Material para sensibilização e capacitação	
Planejamento			
O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Definir metas e métodos para atingi-las	1.Recrutar pacientes/comunidade	Convidar pacientes e funcionários – definir até que ponto desejam participar – manter recrutamento por todo ciclo	Centros de Saúde, Agentes comunitários, Conselhos de Saúde, Associação de moradores
	2.Capacitar envolvidos	Capacitar funcionários e pacientes ou seus representantes para atuação no processo	G. Planejamento, Distritos sanitários
	3.Definir facilitador	Definir pessoa responsável pela condução do processo.	Centros de saúde, distrito sanitários, CLS
	4.Coletar narrativas	Realizar entrevistas com pacientes e funcionários buscando capturar a sua experiência com o serviço	Facilitador
	5.Levantar pontos de melhoria (anterior - autoavaliação)	Apresentar pontos vindos das experiências dos pacientes e funcionários, executar instrumento de autoavaliação	Facilitador, equipe centro de saúde e representantes dos pacientes

6. Priorizar pontos a serem trabalhados	Analisar dos pontos apresentados quais os mais importantes para pacientes e funcionários	
7. Evento de Codesign	Desenvolver soluções para os pontos priorizados em grupos mistos (pacientes e funcionários), usar ferramentas para criação	
8. Definir plano de ações	Definir cronograma e responsáveis pelas mudanças criadas	Facilitador, centros de saúde

Saídas da fase

Narrativas pacientes e funcionários	Pontos identificados para melhoria (experiências)	Pontos priorizados
Melhorias propostas	Detalhamento das propostas	Plano de ações (implementação)

Ferramentas sugeridas

Identificação de pontos para melhoria	Mapa emocional, jornada do paciente, safary de serviços, observação
Priorização	Técnica Nominal de Grupo (TNG), matriz GUT, votação por pontos
Codesign/detalhamento	<i>brainstorming, storyboard, scenarios</i> , personas, prototipagem de experiências, <i>role-playing, blueprint</i> de serviços

Execução

O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Executar ações planejadas	1. Implementar mudanças previstas	Seguir cronograma de ações, fazer as mudanças, produzir material necessário	Facilitador, Centros de saúde
	2. Documentar problemas	Verificar se houve problemas durante ou após implementação, verificar se persistem, iniciar análise desses dados	

Saídas da fase

Relatório de implementação de melhorias (resultados/problemas)
--

Avaliação

O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Verificar resultados	1. Monitorar atividades	Acompanhar se as ações de melhoria estão sendo executadas conforme planejado	Facilitador, Distrito Sanitário
	2. Analisar efetividade das ações	Analisar se as mudanças solucionaram o problema inicial. Caso não tenham solucionado verificar o motivo e propor nova ação (codesign). Se houveram problemas na implementação, foram consequências da proposta ou resistência a mudanças.	Facilitador, Centro de saúde, Distritos sanitários, CLS (percepção dos usuários as mudanças - codesign)

Saídas da fase

Relatório de análise	Detalhamento ajuste/nova melhoria
----------------------	-----------------------------------

Ajustes

O que é?	O que fazer?	Como fazer?	Quem?
Atuar corretivamente	1. Efetuar correções as ações de melhoria	Implementar ações corretivas resultantes de novo codesign. Verificar efetividade. Caso necessário realizar novas ações corretivas.	Facilitador, Centro de saúde, Distritos sanitários, CLS
	2. Padronizar	Melhorias que foram aprovadas devem ser padronizadas e incluídas no fluxo de serviços	Facilitador, Centro de Saúde, Distrito Sanitário

Saídas da fase

Relatório de implementação	Atualizar documentos do processo de serviço
----------------------------	---

Avaliação online

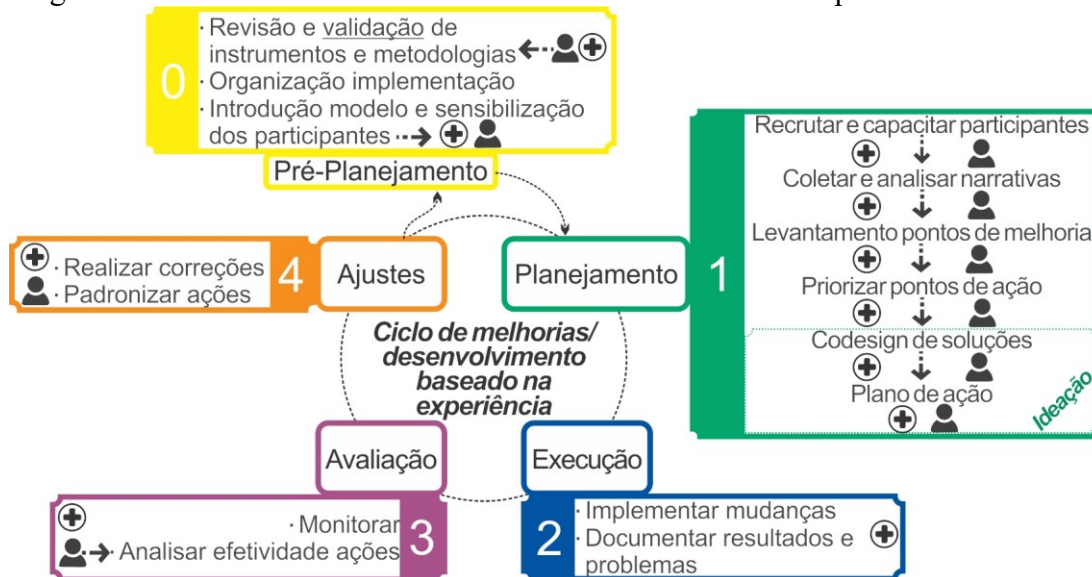
<https://goo.gl/forms/QLXANz7ZWjr5GSyyl>

APÊNDICE F

Alterações do modelo – versão de avaliação para final

A Figura F.I mostra as alterações realizadas na representação gráfica do modelo. A seguir é apresentado as alterações realizadas em cada fase.

Figura F.I - Ciclo de melhorias/desenvolvimento baseado na experiência – revisado



Legenda:

👤 - indica a participação/ação dos pacientes (e/ou cuidadores/familiares)/comunidade.

⊕ - indica ação dos funcionários do serviço de saúde (comitê/grupo de profissionais)

Fonte: Elaborado pela autora.

Alterações à introdução ao modelo

O parágrafo a seguir foi incluído na introdução ao modelo para destacar informações sobre a aplicação do modelo.

O modelo proposto para o desenvolvimento e melhoria de serviços da Atenção Primária à Saúde do SUS - Ciclo de melhorias/desenvolvimento baseado na experiência – visa a melhoria de serviços de APS oferecidos pelo SUS, focando em aspectos não clínicos do serviço. O modelo foi construído com base no processo usado atualmente pela SMS de Florianópolis no planejamento anual, onde é usado o ciclo PDCA, e na abordagem EBCD. Este modelo conceitual pode e deve ser adaptado para as necessidades de cada CS ou da SMS, seja as atividades propostas ou os documentos e ferramentas presentes em casa fase. A Figura 7.1 mostra o de forma simplificada as fases deste modelo e os momentos de participação dos pacientes e membros da comunidade. Por se tratar de uma abordagem focada na experiência dos usuários, o modelo proposto pode gerar estranhamento e dificuldades para profissionais de saúde. Portanto, sugere-se que nos primeiros ciclos de uso do modelo a SMS deve buscar apoio de profissionais da área de design ou universidades, permitindo que os estudantes e pesquisadores da área possam ter uma troca de conhecimentos.

Alteração da fase de Pré-Planejamento

Na fase de Pré-Planejamento foi inserido no quadro de direcionamento da fase os documentos/ferramentas de apoio *blueprint* de serviços e Matriz SIPOC (fornecedores, entradas, processo, saídas, clientes – *Suppliers, Inputs, Process, Outputs, Customers*). Também foi incluído os pontos importantes da fase:

- É fundamental que o modelo seja apresentado antes da sua implementação para os funcionários e representantes da comunidade, como o CMS ou CLS. Essa ação auxilia os profissionais e a comunidade verem valor na abordagem e tenham tempo para retirar possíveis dúvidas a seu respeito. A apresentação prévia do modelo também pode motivar as pessoas a fazer parte do projeto e aceitarem o convite no momento do recrutamento.

- Ter documentos que auxiliam no mapeamento do processo, como o *Blueprint* de serviços e a Matriz SIPOC, serão úteis no decorrer do projeto, facilitando a identificação de pontos que necessitam melhorias, e os elementos do sistema serviço envolvidos no ponto identificado, como documentos, pessoas, produtos, serviços externos entre outros.

Alterações da fase de Planejamento

Na fase de Planejamento foi incluído na segunda atividade - Capacitar envolvidos, a capacitação do Facilitador para a condução do projeto e foi incluído o apoio de universidades. Nas ferramentas sugeridas para a fase foram incluídas as seguintes ferramentas para a captura das experiências: narrativas, etnografia, observação, jornada do usuário, safari de serviços. Foram destacados os seguintes pontos importantes:

- O recrutamento para participação da comunidade pode ser difícil. Por isso o uso do bom relacionamento entre serviço e pacientes deve ser explorado e convidar diretamente pacientes ou seus familiares que tenham bom potencial para participar além de membros e frequentadores dos CLS. Associar-se a membros do CLS, associações de moradores também pode ajudar no recrutamento. Os agentes comunitários por visitarem pacientes em sua rotina de trabalho também poderiam coletar a experiência dos usuários e representa-las no processo e no convite para participação.

- Ao recrutar participantes, é importante definir em que momentos eles desejam participar. Manter o recrutamento durante o processo para manter o número de participantes no decorrer do processo. Ao recrutar pacientes deve se buscar pacientes que trarão experiências positivas e negativas. Apenas perspectivas positivas não contribui para o propósito do processo, mas pode trazer ideias para melhorias (POINT OF CARE FOUNDATION, 2013).

- O facilitador tem um papel fundamental para o bom andamento do processo. É indicado que quem exerça esse papel seja um funcionário sênior, que tenha a confiança e motive a participação de outros funcionários, mas que também tenha um bom relacionamento com os pacientes. Deve manter os envolvidos informados do andamento das atividades, resultados e atuar como mediador entre as partes. Cabe também ao facilitador conduzir as entrevistas e analisar os dados identificando possíveis os pontos para melhoria indicados nos relatos.

- O processo de coleta de narrativas deve ser realizado em um local que o participante se sinta confortável e respeite sua privacidade. Recomenda-se que os participantes assinem um termo de consentimento para uso dos dados e gravação da entrevista (POINT OF CARE FOUNDATION, 2013). O roteiro de entrevista usado como exemplo pela *Point of Care Foundation* aborda os temas: a trajetória do participante até o momento com o serviço, problemas, e melhores e piores partes do serviço. Para a análise dos dados a equipe do projeto pode escolher o método que preferir, como análise temática ou outros métodos qualitativos. A coleta das narrativas e sua análise requer tempo (maior do que o utilizado na fase de planejamento atual da SMS). Bayliss *et al.* (2017) aconselha gerenciar as expectativas dos participantes em relação ao tempo que alguns aspectos do processo podem levar e programar bastante tempo para análise de dados.

- Para a priorização dos pontos a serem trabalhados sugere-se que se tenha um mescla entre o instrumento atual com base em diretrizes de saúde e o uso das narrativas. Para a escolha dos pontos é indicado um sistema de pesos, do que os envolvidos consideram mais importante para o centro de saúde. Ferramentas como Técnica Nominal de Grupo (TNG), matriz GUT (Gravidade, Urgência, Tendência), e votação por pontos (*Dot voting* ou *dotmocracy*), podem auxiliar nessa tarefa. Também é recomendado o uso de mapa emocional, que ajudará a identificar os pontos mais críticos do processo do serviço.

- O momento de codesign deve explorar possíveis soluções para os pontos identificados. Para auxiliar na criação de alternativas recomenda-se o uso de ferramentas de criação como *brainstorming*, *storyboard*, *scenarios*, *personas*, prototipagem de experiências, encenação (*role-playing*). As ferramentas e instrumentos de criação podem variar de acordo com o problema em questão, cabendo ao facilitador introduzir instrumentos adequados a cada caso. Uso dessas ferramentas pode auxiliar na criação de alternativas mais inovadoras ou que não seriam consideradas de outra forma. Durante o codesign o facilitador deve mediar o

processo de criação buscando que todos participem, sem que algum participante domine a atividade, e que as opiniões de pacientes e funcionários tenham pesos equilibrados.

- Para o codesign é indicado que se criem pequenos grupos mistos de profissionais e pacientes/comunidade e que cada grupo trabalhe com um ponto de melhoria dos priorizados. Sendo assim se for escolhido atuar em três pontos de melhoria devem ser criados três grupos de codesign.

- O uso dessas ferramentas e o processo de criação pode ser um desafio para o facilitador por sua formação em áreas da saúde, nos primeiros ciclos pode ser indicado a parceria com profissionais de áreas criativas como design, ou universidades em que os alunos e pesquisadores possam executar uma atividade prática de mediação de grupos de codesign.

Alterações da fase de Execução

Foi incluído o ponto importante da fase:

- Sugere-se que a implementação das mudanças ocorra rapidamente, pois ao ver as mudanças acontecerem pode motivar os envolvidos na continuidade do processo e para ciclos futuros.

Alterações da fase de Avaliação

Foi incluído o ponto importante da fase:

- Essas atividades de análise da efetividade das melhorias propostas não são identificadas no processo atual. Esta é uma etapa importante do PDCA para a reflexão e aprendizado sobre as ações executadas, e também para informar os envolvidos do andamento do processo.

Alterações da fase de Ajustes

Foram incluídos os pontos importantes da fase:

- Verificar com os profissionais e pacientes a efetividade das melhorias, se houve melhoria nas experiências com o serviço, e se o problema em questão foi resolvido.

- Como as atividades dessa fase também não são realizadas desta forma atualmente, ressalta-se a necessidade de padronizar e incluir os novos processos/fluxos as documentações e processos de trabalho dos centros de saúde.

- Dar um retorno a todos os envolvidos no processo, demonstrando a importância de sua contribuição no processo, e como sua atuação contribui como a melhoria do serviço.

ANEXO A



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 22 de Novembro de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **"DIAGNÓSTICO DO DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: estudo de uso de modelos cocriativos"** do pesquisador responsável *MAYARA RAMOS*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à **apresentação do parecer favorável do CEPESH** e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 111/SMS/GAB/RH/2017

Florianópolis, 17 de Março de 2017.

Informamos que a 1ª fase da pesquisa intitulada "**Diagnóstico do desenvolvimento de serviços em unidades básicas de saúde do município de Florianópolis: estudo de uso de modelos cocriativos**" da pesquisadora responsável *Mayara Ramos*, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Atenção Primária e está **autorizada** para ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde, coletando dados nos seguintes Centros de Saúde: *Canasvieiras, Rationes, Pântano do Sul, Armação, Estreito e Coqueiros, Saco dos Limões e Itacorubi*.

A pesquisadora deverá fazer contato com as coordenações das unidades para combinar a melhor forma de organizar a coleta de dados.

O período autorizado para a coleta de dados é de 21/03/2017 a 21/09/2017. Caso seja necessária a prorrogação do período, o pesquisador deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço educaemsaude@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593 ou 3239-1551.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 26212-9

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs/SMS
Escola de Saúde Pública de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 010 /SMS/GAB/ESP/2017

Florianópolis, 07 de Junho de 2017.

Informamos que a pesquisa intitulada **“Diagnóstico do desenvolvimento de serviços em unidades básicas de saúde do município de Florianópolis: estudo de uso de modelos cocriativos”** da pesquisadora responsável *Mayara Ramos*, foi avaliada e aprovada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Atenção Primária. A 1ª etapa já foi realizada nos seguintes Centros de Saúde: *Canasvieiras, Rationes, Pântano do Sul, Armação, Estreito e Coqueiros, Saco dos Limões e Itacorubi*.

A 2ª etapa consiste em entrevistas com um representante de cada um das seguintes áreas: Coordenação Distritos Sanitários; Gerência de Atenção Primária; Assessoria de Planejamento; e Conselho Municipal de Saúde.

A comissão entende que, nesse caso, como a pesquisa já foi avaliada e aprovada, a pesquisadora poderá procurar os respectivos setores e convidar os sujeitos de pesquisa a participar **e eles, com base na sua autonomia, podem aceitar participar ou não.**

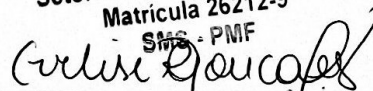
O período autorizado para esses contatos é de 14/06/2017 a 14/11/2017. Caso seja necessária a prorrogação do período, o pesquisador deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço **espfloripa@gmail.com**.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593 ou 3239-1551.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
SMS - PMF



Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS/SMS
Escola de Saúde Pública de Florianópolis

ANEXO B

Instrumento de autoavaliação das Unidades Básicas de Saúde elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Dimensão/ Atributo	Padrão	Resposta	Indicadores relacionados
ACESSO E ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO	1. As equipes disponibilizam os serviços denominados ESSENCIAIS* durante todo o horário de funcionamento do Centro de Saúde, preconizados na Política Municipal de Atenção Primária à Saúde - PMAAPS. *Atividades prioritárias que devem ser mantidas inclusive em situações excepcionais de limitação extrema)	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	População ativa em consultas/áreas; (População efetivamente usuária em ações clínicas nos últimos 2 anos - médicos e de enfermagem); População ativa em consultas por categoria (médicas, odontológicas e de enfermagem)/áreas; População ativa/áreas (nº de pessoas diferentes atendidas em todos os serviços do CS nos últimos 2 anos); % de consultas de demanda espontânea.
	2. As equipes disponibilizam os serviços denominados de OFERTA PADRÃO* preconizados na PMAAPS. *Atividades essenciais que devem ser mantidas durante todo o horário habitual dos Centros de Saúde)	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	3. A escuta qualificada é realizada diariamente, durante todo o horário de funcionamento da Unidade, com a participação de todos os profissionais de saúde, priorizando a área de abrangência, de forma que todos os usuários com demandas clínicas são avaliados por um profissional de saúde, dentro das competências profissionais de cada categoria, não cabendo ao Téc. Administrativo e ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) a liberação de qualquer cidadão com demandas relacionadas à saúde.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	4. As equipes possibilitam o agendamento das consultas (médica, de enfermagem e odontológica) a partir de avaliação realizada na escuta qualificada.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	5. Caso a equipe de referência não consiga atender a sua demanda, espontânea ou programada, há resguarda de outras equipes ou Centros de Saúde.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	6. As equipes utilizam medidas de desburocratização do acesso por meio de condutas clínicas não presenciais: renovação de receitas de pacientes estáveis, pré-avaliação de exames para a determinação da oferta futura, atualização de prontuário com dados de condução clínica em outros serviços ou níveis de atenção, entre outras.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	7. As equipes oferecem a todos os usuários, independente da sua origem territorial, uma resposta qualificada às demandas apresentadas, por meio de uma das seguintes ações: consulta ou procedimento imediato ou em até 24 horas; agendamento de consulta ou procedimento em data futura; resolução da demanda com medidas de desburocratização; encaminhamento a outros serviços de saúde, mediante contato prévio e registro no prontuário eletrônico, respeitando os protocolos clínicos estabelecidos; e orientação sobre os fluxos da rede e serviços de referência.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	8. As Equipes de Saúde da Família (ESF) organizam suas agendas de forma que em média 30% da capacidade clínica dos profissionais (em todos os turnos) seja reservada para atividades de atenção à demanda do mesmo dia.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	9. O Centro de Saúde atua como primeiro contato para todas as demandas referentes à saúde dos usuários, sem limitação por grupo etário, gênero, patologia ou qualquer outro elemento de distinção.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	10. O agendamento das consultas é diário. As agendas de atendimento individual buscam assegurar o acesso à saúde em até sete dias para demandas eletivas, sem reserva de vagas a populações ou patologias específicas (à exceção de casos previstos em norma própria).	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	11. As equipes possuem modelos alternativos para agendamento de consultas e procedimentos, como e-mail e/ou telefone.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	12. As equipes utilizam e-mail e/ou telefone para esclarecer dúvidas dos usuários sobre o funcionamento da Unidade.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	13. As equipes utilizam instrumentos/ planilhas de vigilância do território para o acompanhamento de casos prioritários e para organizar o acesso efetivamente.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
	14. As equipes analisam o relatório de info sobre a utilização da UPA, pelos usuários da área de abrangência, durante o horário de funcionamento da Unidade, para avaliar o acesso dos usuários ao CS.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	

RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO		() SATISFATORIO - 9 ou mais pontos totalmente	() INSATISFATORIO - menos de 9 pontos totalmente
15	A Unidade disponibiliza em local visível para a população o cardápio de serviços disponíveis e as formas de acesso ao cidadão aos serviços de Atenção Primária à Saúde.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	O acesso para o atendimento odontológico se dá, preferencialmente, a partir do acolhimento à demanda espontânea, minimizando a dependência a critérios exclusivos, como ordem de chegada e agendamento em dias específicos.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	A saúde bucal oferta atendimento clínico fora do CS, utilizando como recursos o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) e a Visita Domiciliar, de acordo com a realidade do território de abrangência do CS.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO			
Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado	As equipes coordenam o cuidado de todos os usuários que demandam atenção da sua população adscrita, mesmo quando atendidos ou encaminhados para outras equipes ou serviços (Profissionais Apoiadores da Saúde da Família, CAPS, Policlínicas, CEO e outros).	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	As equipes realizam vigilância ativa dos casos de sífilis e consulta precoce do RN (até 5 dias), além de outros prioritários distritalmente, e propõem planos de intervenção locais.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	As equipes de Saúde da Família realizam ações de busca ativa de situações prioritárias no território e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas a partir de critérios de risco e vulnerabilidade, descritos na PMAAPS.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	As equipes utilizam mecanismo para registro e acompanhamentos de casos acompanhados em conjunto com os profissionais Apoiadores da Saúde da Família (Planilha online de Casos Compartilhados).	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	Todos os casos encaminhados ao CAPS têm conduta discutida com os profissionais Apoiadores da Saúde da Família da área de saúde mental.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	As ações coletivas de aplicação tópica de flúor e escovação supervisionadas são realizadas por auxiliares ou técnicos de saúde bucal ou ainda por alunos da rede docente assistencial, enquanto o cirurgião dentista é responsável pelo planejamento, supervisão e avaliação dessas atividades.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	As equipes realizam o manejo dos sistemas de regulação, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de outros Níveis de Atenção, mantendo o vínculo com os usuários.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	Todas as requisições e encaminhamentos são inseridos no sistema de Regulação vigente em até 3 (três) dias úteis.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	Os pedidos de exames complementares e encaminhamentos para especialistas oriundos de profissionais da rede privada passam primeiramente pela avaliação das Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, conforme a hierarquização dos serviços previstos no SUS e de acordo com protocolos estabelecidos pela SMS.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE	() NÃO
	RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO		
		() SATISFATORIO - 5 ou mais pontos totalmente	() INSATISFATORIO - menos de 5 pontos totalmente

ESSENCIAIS

ESSENCIAIS		RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO	
27	As equipes realizam procedimentos e pequenas cirurgias previstos na PMAAPS.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	<p>% encaminhamentos médicos para consulta médica especializada na Média Complexidade;</p> <p>% procedimentos cirúrgicos previstos na PMAAPS realizados (cirurgia de unha; exérese de cistos, lipomas e nevos; incisão e drenagem de abscessos);</p> <p>% de gestantes acompanhadas no CS que ficaram pelo menos 1 consulta odontológica;</p> <p>Média de restaurações por consulta odontológica.</p>
28	As equipes realizam Práticas Integrativas e Complementares, sem reserva de horário exclusivo para essa oferta e sem prejuízo às demais ofertas da Atenção Primária.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
29	O CS planeja ações para promover o uso racional de medicamentos, contando com o apoio dos farmacêuticos e dos demais profissionais Apoiadores da Saúde da Família.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
30	Os ACS colaboram com a organização do acesso dos usuários ao CS e com o planejamento e execução de atividades internas de apoio.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
31	As equipes discutem sobre os determinantes sociais e os processos de saúde-doença da população adscrita, desenvolvendo Planos Terapêuticos (singulares ou familiares) e Projetos de Saúde no território.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO		() SATISFATORIO - 3 ou mais parâmetros totalmente INSATISFATORIO - menos de 3 parâmetros totalmente	
COMPLEMENTARES		RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO	
32	As reuniões de planejamento do CS são utilizadas sistematicamente para a (re)organização do processo de trabalho, a avaliação de indicadores de saúde e o monitoramento da execução das ações relativas ao seu Planejamento anual.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	<p>() SATISFATORIO - 2 ou mais parâmetros totalmente INSATISFATORIO - menos de 2 parâmetros totalmente</p>
33	As reuniões de equipe são utilizadas para a organização, planejamento de ações, discussão de problemas clínicos e zoonóticos e educação permanente.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
34	As ações de equipe são planejadas de acordo com as maiores necessidades do território, levando em conta, por exemplo, o diagnóstico de demandas reprimidas e da procura pela UPA, e a vigilância ativa do território.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO		() SATISFATORIO - 2 ou mais parâmetros totalmente INSATISFATORIO - menos de 2 parâmetros totalmente	
COMPLEMENTARES		RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO	
35	O Centro de Saúde faz interface com o Conselho Local de Saúde, ou na inexistência deste, com estruturas equivalentes que representem legitimamente a população do território, como Associações de Moradores ou Conselhos Comunitários.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	<p>() SATISFATORIO - 2 ou mais parâmetros totalmente INSATISFATORIO - menos de 2 parâmetros totalmente</p>
36	As equipes discutem com a comunidade potenciais mudanças no acesso aos Serviços de Saúde e nos processos de trabalho da Unidade.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
37	As equipes consideram as manifestações dos usuários, tais como: elogios, sugestões, críticas, e/ou resultado da pesquisa de satisfação do usuário, para o planejamento das ações do Centro de Saúde.	() SIM, TOTALMENTE () SIM, PARCIALMENTE () NÃO	
RESUMO DA DIMENSÃO/ ATRIBUTO		() SATISFATORIO - 2 ou mais parâmetros totalmente INSATISFATORIO - menos de 2 parâmetros totalmente	

ANEXO C

INDICADOR	OBSERVAÇÕES
População ativa em consultas médicas e de enfermagem	Soma das pessoas atendidas em qualquer dessas consultas. Não foram considerados atividades coletivas e atualizações de prontuário. São consideradas "pessoas ativas" aquelas que tenham utilizado o CS nos últimos 2 anos. Pessoas atendidas pelo médico e enfermeiro conta 1 vez só.
População ativa em consultas médicas	Não foram consideradas pessoas atendidas em atividades coletivas ou que tenham a consulta finalizada como "Atualização de prontuário".
População ativa em consultas enfermagem	Não foram consideradas pessoas atendidas em atividades coletivas ou que tenham a consulta finalizada como "Atualização de prontuário".
População ativa em consultas odontológicas	Não foram consideradas pessoas atendidas em atividades coletivas ou que tenham a consulta finalizada como "Atualização de prontuário".
População ativa em todos os serviços	Todas as pessoas que foram atendidas em qualquer serviço da unidade (procedimentos, vacinas, farmácia, etc.) nos últimos 2 anos.
% consultas médicas de demanda espontânea	É considerada consulta de demanda espontânea quando a data de inserção na agenda/urgência é a mesma data do atendimento.
% consultas de enfermagem de demanda espontânea	É considerada consulta de demanda espontânea quando a data de inserção na agenda/urgência é a mesma data do atendimento.
% consultas odontológicas de demanda espontânea	É considerada consulta de demanda espontânea quando a data de inserção na agenda/urgência é a mesma data do atendimento.
% de gestantes com consultas de pré-natal nos 3 trimestres gestacionais	O cálculo do indicador é feito a partir da abertura de cadastro pré-natal (SISPRENATAL) e individualizado.
Razão entre tratamento completado (TC) e 1ª consulta odontológica programática	90022 - TRATAMENTO COMPLETADO (TC) 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA
% de mulheres entre 25 a 64 anos frequentadoras de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos que realizaram pelo menos 1 exame citopatológico no mesmo período	Esse indicador é individualizado, ou seja, pegando cada código individual de cada mulher e verificando dentre essas quais realizou pelo menos um CP ao longo dos 3 últimos anos.
% de gestantes notificadas para sífilis com 3 aplicações de benzetacil	É necessário o registro adequado no momento da aplicação. Tende a melhorar o resultado do indicador ao longo do ano com o registro adequado. CÓDIGO: 90019 ADMINISTRACAO DE PENICILINA PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS
% de gestantes acompanhadas no Alto risco e na unidade a partir da 32ª semana gestacional	Esse indicador é individualizado, verificando dentre as mulheres atendidas pelo Alto Risco e que não tiveram interrupção na gestação nem tiveram parto antes da 32ª semana, aquelas que consultaram com médico ou enfermeiro na unidade.
% encaminhamentos médicos para consultas médica especializada	Não leva em consideração encaminhamento para NASF.
% procedimentos cirúrgicos previstos na PMAPS realizados (Cirurgia de unha; Incisão e drenagem de abscesso; Exérese de cistos, lipomas e nevos)	Não leva em conta a quantidade de procedimentos realizados. Se fez 1 ou 2 procedimentos, é considerado 1, se não fez é considerado zero. Ou seja, se fez pelo menos 1 procedimento de cada o resultado do indicador será 100%. 04.01.02.017-7 CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA) 04.01.01.010-4 INCISAO E DRENAGEM DE ABCESSO 04.01.01.007-4 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA
% de gestantes que fizeram pelo menos 1 consulta odontológica	Atendimento de odontologia, que não seja "atualização de prontuário", feito à mulheres entre a data de abertura do SISPRENATAL e a data do parto.
Média de restaurações por consulta odontológica	Há uma fragilidade, pois, caso tenham sido realizadas várias restaurações do mesmo tipo, haverá apenas um código na consulta, contando apenas uma vez. Serão feitas melhorias.

UNIDADE	AREA	População ativa em consultas médicas e de enfermagem	População ativa em consultas médicas	População ativa em consultas de enfermagem	População ativa em consultas odontológicas	População ativa em todos os serviços	% consultas médicas de demanda espontânea	% consultas de enfermagem de demanda espontânea	% consultas odontológicas de demanda espontânea	% de gestantes com consultas nos 3 trimestres	Razão entre te e 1ª cons odo prog	% de gestantes que realizaram pelo menos 1 exame	% de gestantes notificadas para consultas de enfermagem no pré-natal	Alto risco e na unidade a partir da	% encaminhamentos médicos para consultas médicas especializadas	% procedimentos cirúrgicos previstos na PMAPS realizados	% de gestantes que fizeram pelo menos 1 consulta odontológica	Média de restaurações por consulta odontológica
CS SACO DOS LIMÕES	310	1606	1458	1201	351	2223	84	92	82	61	0,44	0,27	0%	100	6,7%	100	19%	0,39
CS SACO DOS LIMÕES	311	213	188	148	408	321	80	88	76	63	0,3	0,2	0%	100	9,2	100	0%	0,5
CS SACO DOS LIMÕES	312	278	249	208	710	390	84	83	75	51	0,4	0,2	0%	100	7,2	100	0%	0,4
CS SACO DOS LIMÕES	313	484	439	365	116	737	84	88	81	75	0,3	0,2	0%	100	7,0	66	50	0,4
CS SACO DOS LIMÕES	314	259	224	193	51	444	80	90	65	50	0,4	0,2	--	100	4,8	33	0%	0,3
CS SACO DOS LIMÕES	315	16	14	16	1	17	89	93	--	--	0,2	0,0	--	80	0,0	0%	--	--
CS COQUEIROS	600	153	136	121	516	266	79	87	39	64	0,6	0,3	0%	--	7,4	66	58	0,2
CS COQUEIROS	601	188	163	148	659	294	82	90	51	58	0,5	0,3	--	--	6,2	0%	55	0,4
CS COQUEIROS	602	201	176	155	531	330	83	88	45	65	0,7	0,3	--	--	5,2	33	41	0,5
CS ESTREITO	80	159	139	121	461	261	78	85	35	45	0,7	0,3	--	100	8,2	100	60	0,3
CS ESTREITO	81	144	124	116	443	236	79	88	37	67	0,6	0,3	--	--	5,3	66	50	0,7
CS ESTREITO	82	145	131	110	429	247	78	84	38	80	0,7	0,4	--	100	6,1	66	45	0,4
CS ESTREITO	83	167	153	117	537	274	80	83	42	67	0,8	0,3	--	--	5,3	100	67	0,6
CS ITACORUBI	190	196	172	167	636	295	83	83	50	84	0,6	0,3	--	100	7,7	66	36	0,3
CS ITACORUBI	191	263	220	235	673	445	82	88	61	40	0,6	0,3	--	100	4,9	33	50	0,3
CS ITACORUBI	192	174	156	158	676	214	81	89	57	54	0,5	0,5	--	--	7,8	33	38	0,3
CS ITACORUBI	193	148	121	127	417	272	77	88	57	53	0,6	0,2	--	100	7,3	33	44	0,2
CS SACO GRANDE	330	2321	2092	1880	564	2802	99%	99%	43%	65%	0,58	0,30	0%	100	3,6%	33%	21%	0,55

