



O DESIGN THINKING APLICADO AO FLUXO PERIOPERATÓRIO -A HUMANIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE ELETIVO

Adriano Amaral Caulliraux

UFF – adriano.caulliraux@gpi.uff.br

Oswaldo Luiz Gonçalves Quelhas

UFF – quelhas@lattec.uff.br

Independente da complexidade do diagnóstico, a necessidade de realizar um procedimento cirúrgico é um fator altamente estressor. Apesar dos medos, anseios, e outros diversos problemas relacionados ao processo perioperatório, não existem estudos que abordem a humanização em sua totalidade. A pesquisa utilizou a metodologia do Design Thinking para estudar o fluxo perioperatório do paciente eletivo e desenvolver uma proposta para humanização do mesmo. Foram realizadas 20 entrevistas com profissionais da Saúde envolvidos no perioperatório, 50 horas de observação padronizada em centros cirúrgicos, visitas a 2 hospitais e a revisão da literatura nacional e internacional relacionada. Diversos protótipos foram criados, testados e refinados com os profissionais da Saúde, possibilitando a compreensão das necessidades dos pacientes nos níveis físico, emocional e cognitivo, além da realização de sugestões para humanização do fluxo perioperatório que supram as demandas previamente coletadas. Conclui-se que a metodologia foi adequada para o desenvolvimento da pesquisa, visto que as diversas fontes de investigação utilizadas possibilitaram a compreensão holística do fenômeno e a proposição de soluções alinhadas com o cenário atual da área da Saúde.

Palavras-chave: Design Thinking; Humanização; Perioperatório;

1. Introdução

Antigamente o corpo humano era considerado muito complexo pelos médicos, que adotavam então apenas o tratamento clínico no processo de cura, temendo operar seus doentes. Os cirurgiões não passavam por uma universidade, mas sim por um curso inteiramente prático. A medicina interna era mais importante que a cirurgia, que era tida como trabalho essencialmente manual. Havia a divisão entre o saber e o fazer. A cirurgia era executada pelos práticos, os então chamados “cirurgiões barbeiros”, que tinham maior habilidade manual (POSSARI, 2006).

A palavra cirurgia é algo que leva o ser humano a fazer infinitas reflexões. Por mais simples que seja a cirurgia, possivelmente será acompanhada de anseios, dúvidas e medo (BELLUOMINE & TANAKA, 2003). A experiência da doença e da cirurgia gera sentimentos e reações estressantes para o paciente e seus familiares, pela preparação, pelo ato anestésico-cirúrgico e pela recuperação, os tornando vulneráveis e dependentes (LOPEZ & LA CRUZ, 2001).

As discussões sobre humanização são pauta nas políticas públicas há pouco mais de uma década. Suas raízes se originaram na psicologia humanista, da qual se destacam quatro



princípios básicos (ATKINSON et al., 2009), sendo eles:

- O indivíduo deve ser compreendido em sua totalidade;
- Deve-se reconhecer o poder de escolha individual;
- A significação deve favorecer a objetividade;
- Deve-se atribuir valor à dignidade das pessoas

A humanização na área da saúde se caracteriza pela compreensão do paciente como ser humano que possui necessidades que vão além da medicação ou intervenção cirúrgica. Um paciente que exige ter o direito de escolha e personalização de seu serviço, que atribui valor e significado ao respeito de sua individualidade, ao tratamento digno e, por sua vez, “humano”.

Stickdorn & Schneider (2011) descrevem a aplicação do Design Thinking ao *University of Pittsburgh Medical Center* (UPMC). Para a compreensão do funcionamento do hospital, incluindo o processo perioperatório, a equipe entrevistou e buscou criar empatia com os funcionários e pacientes, realizou diversos momentos de observação participativa e buscou sintetizar todos os achados em ferramentas visuais. Através da criação de empatia o acesso a informação foi facilitado, e ao incluir os principais colaboradores no processo de criação, os mesmos foram empoderados e co-responsabilizados. Os resultados demonstraram a capacidade do design em humanizar os serviços de saúde com baixo custo e ganhos em diversas esferas.

A pesquisa em questão utilizou a metodologia do *Design Thinking* objetivando a humanização da experiência do paciente no fluxo perioperatório eletivo. Inicialmente foi analisado o fluxo perioperatório do paciente eletivo através da revisão da literatura, buscando também o estado da arte no campo relacionado da humanização. Foram realizadas 50 horas de observação padronizada em centros cirúrgicos, 20 entrevistas com profissionais atuantes no perioperatório e visita a 2 hospitais - 1 público e 1 privado - que fornecem serviços cirúrgicos. Os resultados foram prototipados e cocriados com os principais colaboradores envolvidos, chegando primeiramente a uma síntese das necessidades dos pacientes nos níveis físico, emocional e cognitivo, para então a realização de propostas para a humanização durante a experiência perioperatória com base nas demandas previamente mapeadas.

2. Metodologia

Uma das metodologias utilizadas no *Design Thinking* é o chamado “duplo diamante” - idealizado pelo *Design Council* em 2005 - que é composto de quatro etapas, sendo elas: Descoberta; Definição; Desenvolvimento; Implementação. Essas etapas representam os ciclos de divergência e convergência intrínsecos ao pensamento do Design (CAULLIRAUX, 2013). A figura a seguir resume a metodologia utilizada na pesquisa, pontuando por etapa os respectivos instrumentos para coleta e estruturação dos dados:

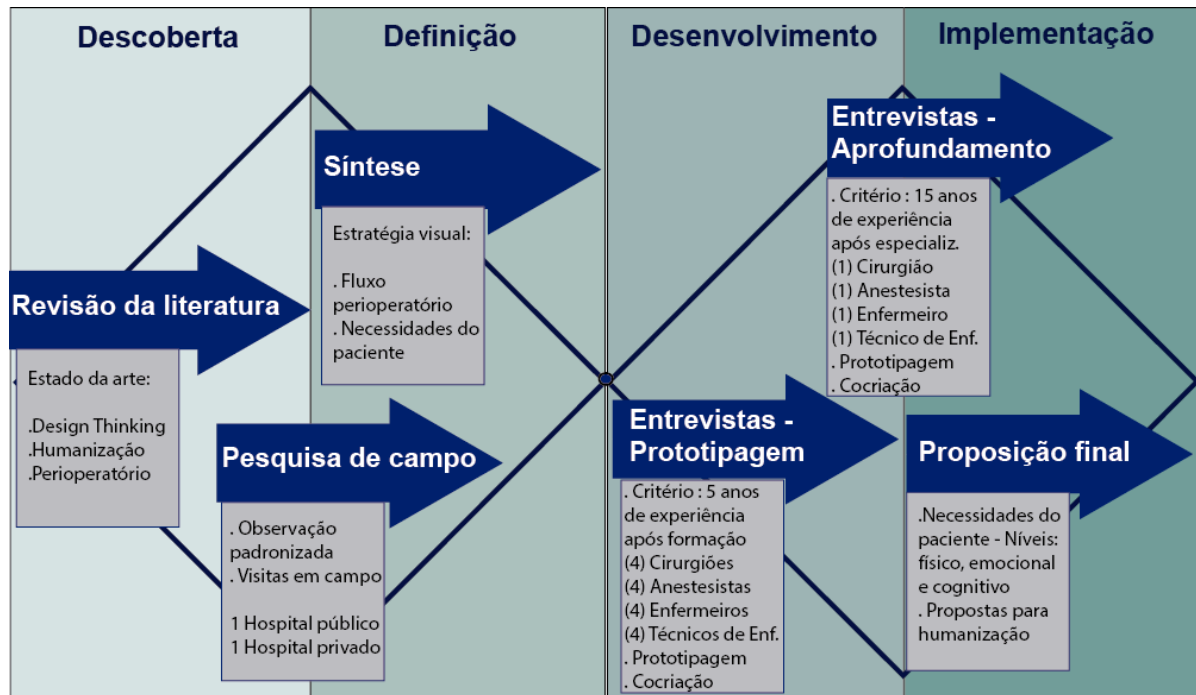


Figura 1: Metodologia da Pesquisa.

Fonte: O autor

2.1. Descoberta

A fase de descoberta se caracteriza como uma etapa de pensamento divergente, na qual os participantes do projeto mantêm a “mente aberta” possibilitando, e influenciando, ao máximo a geração de insights (DESIGN COUNCIL, 2011). Através da análise de dados de mercado, entrevistas, observação, dentre outros, a equipe começa a elaborar questionamentos e hipóteses (DESIGN COUNCIL, 2015).

A revisão da literatura é utilizada com os intuítos de compreender como o problema de pesquisa foi estudado previamente, de relacionar o problema ao diálogo maior e contínuo da literatura, de construir uma estrutura para estabelecer a importância do estudo e também realizar a comparação com resultados previamente alcançados (CRESWELL, 2010).

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura utilizando os termos “Perioperatório”; “Humanização”; “*Design Thinking*”; “Humanization”; “Perioperative”, assim como combinações entre os mesmos, nas bases Capes, ISI Knowledge e Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações Não foram encontrados aplicações da metodologia do *Design Thinking* para a humanização no fluxo perioperatório cirúrgico, e apenas um artigo nacional sobre a utilização do *Design Thinking* em ambientes hospitalares.

A pesquisa de campo foi realizada através de processos de observação padronizada, que, como descrevem Bortz & Döring (2006), são processos que tomam como base um plano que contém exatamente o que observar e como protocolar o que é observado. Foram realizadas 50 horas de observação em centros cirúrgicos, buscando avaliar o comportamento da equipe e do paciente durante a etapa transoperatória. Também foram realizadas visitas de campo a dois hospitais - 1 público e 1 privado - que fornecem serviços cirúrgicos, nas quais foram observadas as instalações de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e leitos em geral, nos



quais os pacientes aguardam a chamada para a cirurgia.

O objetivo não foi à realização de um diagnóstico acerca de um hospital específico, por isso escolheram-se duas instituições que apresentam realidades bem distintas. Enquanto o Hospital A (público) carece de recursos humanos, equipamentos e estrutura em geral, o Hospital B (privado) se encontra alinhado com o estado da arte em estrutura e equipamentos relacionados ao fluxo perioperatório. Através da análise desses dois quadros distintos, o pesquisador criou uma percepção mais complexa sobre o fenômeno em questão. Como pontua Brown (2009), para se compreender um fenômeno em profundidade é necessário adquirir a compreensão dos extremos opostos – do mais adequado e conveniente, ao mais problemático e improvável.

Durante o processo buscou-se desenvolver empatia com as equipes de plantão, aumentando a qualidade das informações recebidas por parte dos profissionais. Por motivos éticos não foi entrevistado nenhum paciente internado.

2.2. Definição

A fase de definição se caracteriza como uma etapa de pensamento convergente, na qual são realizadas a filtragem, descarte e seleção das ideias. O conhecimento adquirido na fase da “descoberta” é analisado, os problemas são estruturados assim como as melhores propostas, que são preparadas para a prototipagem (DESIGN COUNCIL, 2011). Perguntas comuns dessa etapa: O Que importa mais? O que devemos testar antes? O que será viável economicamente? O objetivo é desenvolver frames criativos que sintetizem o desafio do projeto (DESIGN COUNCIL, 2015).

Através da triangulação de dados, múltiplas fontes de evidência são analisadas sob a ótica do mesmo fato, corroborando com a validade da pesquisa pontua que triangulação não se cinge unicamente à seriedade e à validade, mas permite um retrato mais completo e holístico do fenômeno em estudo (YIN, 2010).

A triangulação metodológica foi utilizada como estratégia para coleta e interpretação dos dados. No primeiro diamante os dados foram obtidos através da observação padronizada, visitas em campo e revisão da literatura. Os resultados foram estruturados na forma do primeiro protótipo que ilustrava o fluxo perioperatório e as principais “necessidades” do paciente.

2.3. Desenvolvimento e Implementação

A fase de desenvolvimento se caracteriza como uma etapa de pensamento divergente, na qual os principais conceitos definidos previamente são testados, avaliados e refinados com os clientes (DESIGN COUNCIL, 2011). O processo de testes – tentativa e erro – ajuda os designers a melhorarem e refinarem suas ideias (DESIGN COUNCIL, 2015).

Uma das premissas básicas do *Design* é a co-criação. O *stakeholder* assume o papel de projetista, compartilhando sua experiência para a geração de insights e protótipos (CAULLIRAUX, 2014). Os protótipos foram testados e desenvolvidos em campo com os profissionais entrevistados, que compartilharam de sua experiência e geraram valiosos insights para a pesquisa.

Para a realização de entrevistas semiestruturadas são preparadas uma série de perguntas que cobrem o escopo pretendido da entrevista. O objetivo é obter as visões individuais dos



entrevistados sobre o tema, por isso as questões devem fomentar o diálogo, e o entrevistador deve estimular ao máximo a complexidade das respostas (FLICK, 2009).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os principais profissionais envolvidos no fluxo perioperatório do paciente, sendo eles: Médico cirurgião; Médico anestesista; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem. Foram entrevistados 5 profissionais de cada categoria supracitada. Durante as entrevistas, primeiramente era realizada a prototipagem com o profissional em questão. Os protótipos sintetizavam as necessidades do paciente ao longo do fluxo perioperatório, e seu desenvolvimento será apresentado posteriormente na sessão 4. As entrevistas abordaram com questões semiabertas todas as etapas do fluxo perioperatório do paciente. Em suma, buscou-se compreender como o processo ocorre atualmente, como é o comportamento e as principais demandas dos pacientes em cada etapa, e, pelo ponto de vista do profissional entrevistado, como poderia ser buscando a humanização da experiência do paciente.

Em processos de cocriação, colaboradores envolvidos no contexto em questão debatem e criam em conjunto soluções criativas que podem sanar as questões apresentadas (CAULLIRAUX et.al, 2013). Como apresenta Dorst (2001), o conceito de criatividade está presente em todo o projeto de Design, tanto em “momentos criativos”, quanto na evolução cocriativa de soluções.

Após a realização das entrevistas o protótipo visual era utilizado como interface para a cocriação com os profissionais previamente abordados. Os resultados alcançados durante os exercícios de cocriação foram muito mais complexos do que os das entrevistas, visto que ao reunir todas as categorias de profissionais conseguiu-se quebrar a barreira da especialização da área da saúde, além de alcançar resultados alinhados com o fenômeno.

A fase de implementação se caracteriza como uma etapa de pensamento convergente, na qual o produto, serviço ou estratégia em questão é finalizada e lançada no mercado “aberto” (Design Council, 2011).

3. Revisão da literatura

3.1. Design thinking

O *Design Thinking* busca soluções para problemas complexos, redefinindo a forma pela qual são interpretados e, por consequência, como são sanados (CAULLIRAUX et al., 2013). É recorrente na literatura a tentativa de categorizar premissas básicas da área, dentre as quais destacam-se: visão holística - todo o sistema deve ser considerado; centrado no usuário - focado nas necessidades reais do usuário; cocriativo – os principais colaboradores devem ser envolvidos no processo de criação; pensamento visual - capacidade de expressão desenvolvida pelos anos de treinamento de um designer; prototipagem – os conceitos devem ser testados e aprimorados em parceria com os usuários finais (CAULLIRAUX , 2014).

Martin (2009) apresenta – com base nos pensamento do filósofo Charles Sanders Peirce – o *Design Thinking* como uma terceira forma de pensamento, além da dedução e da indução, o pensamento abduutivo. Peirce dizia que nunca devemos nos comprometer com a verdade da opinião científica corrente, mas em vez disso, devemos aceitá-la meramente como um estágio no caminho rumo à verdade (GARVEY & STANGROOM, 2009). Esse modo de pensar estabelece um paralelo entre as decisões com bases em dados do mundo analítico, e do



sentimento sem razão do intuitivo, desbravando o mistério de “como poderia ser?”, experimentando e analisando possíveis respostas para o problema em questão.

Brown (2009) pontua três elementos complementares que devem ser contemplados em qualquer exercício de *Design*, sendo eles: observação, empatia e insight. Através da observação o pesquisador compreende o contexto e os problemas em questão, pela empatia se relaciona, interage, cria confiança e adquire a capacidade de pensar como seu cliente. Ao longo desse processo vários insights são materializados e testados junto aos usuários, que auxiliam e participam da cocriação dos conceitos em questão.

O campo do *Design*, antes reconhecido apenas por sua capacidade em lidar com questões de natureza estética e funcional, passou a disseminar seu modo de pensar projetos ao longo de outras áreas da organização, subindo até os níveis estratégicos, relacionados à sua administração (FRANZATO, 2010). O termo "*design* estratégico" passou a ser usado para representar essa mudança de interpretação com relação às fronteiras de atuação do *Design* (ZURLO, 2004).

Nas últimas duas décadas a indústria da saúde vem sofrendo mudanças na forma como projetam serviços. Essas mudanças são impulsionadas por diversos motivos, com destaque a: maiores expectativas dos clientes sobre os serviços, avanço constante da tecnologia, maior acesso a informação nas mídias digitais e a adoção de uma abordagem holística para fins de saúde e bem-estar. O projeto de serviços de saúde realizado através do *Design Thinking*, focado na experiência do paciente e na melhoria constante na qualidade no fornecimento do cuidado, irá gerar resultados que satisfaçam seus clientes e, conseqüentemente, os fidelizem (LEE, 2011). O *Design Thinking* tem a capacidade de expandir o escopo de soluções que permeiam a experiência do paciente na saúde humana. Através de sua abordagem holística e focada nas necessidades implícitas e explícitas do ser humano, consideram como uma instância de análise específica o seu bem-estar emocional, inovando em esferas usualmente negligenciadas no mercado (MULLANEY et.al, 2012).

Em sua pesquisa de Doutorado, que criou uma campanha de comunicação contra o câncer de mama, Beaumont (2011) desenvolveu um modelo próprio para aplicação do *Design Thinking*, que inclui a avaliação dos distintos níveis de “necessidades dos usuários”. Para um conceito ter sucesso deve-se atentar as necessidades em três níveis ligados ao usuário – cognitivo, emocional e físico e dois níveis ligados ao contexto geral – social e cultural. No contexto geral se encontram as regras e circunstâncias do sistema que não podem ser controladas; além da comunidade envolvida. Nos níveis ligados ao usuário se destacam os aspectos que influenciam na percepção cognitiva, emocional e demandas físicas.

Para se compreender as necessidades do usuário em nível cognitivo, ou seja, empatia em nível cognitivo, devem-se compreender as demandas dos usuários em termos de informações requisitadas em função dos processos em questão. Para se adquirir empatia emocional devem-se compreender as demandas em termos de sentimentos e emoções dos usuários em questão. Para se adquirir empatia física devem-se compreender as demandas físicas e fisiológicas dos usuários. Essas três esferas representam a totalidade das demandas dos seres humanos – usuários, pacientes, dentre outros- em questão (BEAUMONT, 2011).

3.2. Fluxo perioperatório do paciente

O processo começa no chamado pré-operatório, com o encaminhamento do paciente para o cirurgião responsável, que deve explicar as indicações para a cirurgia, todas as etapas do processo considerando o procedimento cirúrgico e a reabilitação, e, apesar de manter uma perspectiva positiva sobre os eventos, deve apresentar todos os possíveis desdobramentos



negativos, como o óbito, por exemplo (GOLDMAN, 2008). O planejamento cirúrgico é um plano de ação complexo e multidisciplinar, relacionado não apenas a parte técnica, mas também ao suporte psicológico por parte do cirurgião, sua equipe, e dos demais profissionais envolvidos no procedimento (MORETTI et al., 2014).

O paciente seguirá as orientações médicas e realizará as adequações socioeconômicas e ergonômicas necessárias, e, ao menos um dia antes da cirurgia o hospital deve entrar em contato com o paciente para checar os dados necessários. O paciente chegará ao hospital de acordo com a antecedência recomendada pelo seu cirurgião, realizará os procedimentos de admissão e será encaminhado para algum leito, ou, eventualmente, direto para o centro cirúrgico (GOLDMAN, 2008). Cabe ressaltar que são requisitados uma série de exames pré-operatórios, buscando avaliar comorbidades, estimar o risco cirúrgico, dentre outros, de forma a maximizar a segurança do paciente. Algumas escalas e índices são usados como padrões para essa análise, como a escala ASA (*American Society of Anesthesiologists*) e o índice cardíaco de Goldman (MAIA et al., 2013).

Apesar de a literatura indicar a necessidade da visita pré-anestésica, a mesma não ocorre na prática na maior parte dos casos. Seu principal objetivo é a administração de fármacos auxiliares, buscando as seguintes finalidades: combater à ansiedade e medo; redução do metabolismo basal; potencialização de drogas anestésicas; redução da dor no pré-operatório, dentre outros (MORETTI et al., 2014).

No horário previsto o paciente será transportado para o centro cirúrgico, e, ao ser admitido - marcando o início do processo transoperatório, passará a ser submetido a uma série de protocolos de segurança, como o Protocolo da Cirurgia Segura proposto pela OMS. Os procedimentos anestésicos cirúrgicos começarão a serem realizados assim que o paciente entrar na sala de cirurgia (GOLDMAN, 2008). No centro cirúrgico há momentos em que o paciente é deixado sozinho por longos períodos em função de questões burocráticas, ambientais, e até por descaso. Durante a fase pré-anestésica, o paciente ocasionalmente fica exposto e até mesmo nu sobre a mesa cirúrgica aguardando o efeito dos anestésicos (BEZERRA, 2007).

Após o procedimento cirúrgico o paciente será encaminhado para a sala de repouso pós-anestético - SRPA, onde, ainda monitorizado, será submetido a novos *checklists*, e de lá poderá receber alta, ser encaminhado para o leito, ou para cuidados intensivos. Após receber alta o paciente começará o processo de reabilitação, que deve ser traçado em conjunto com o cirurgião desde a primeira consulta. (GOLDMAN, 2008). O processo pós-operatório deve ser gerido com muita atenção, pois nessa etapa que a maioria das complicações ocorre e cuidados específicos ao paciente podem garantir recuperação mais rápida e, conseqüentemente, menor tempo de internação (MAIA et al., 2013).

3.3. Humanização no fluxo do paciente perioperatório

A humanização no processo perioperatório (pré, trans e pós-operatório) não é meramente uma questão de mudança do espaço físico, mas principalmente uma mudança nas ações e comportamento dos profissionais frente ao paciente e seus familiares, visto que a cirurgia é considerada um estressor de alto risco com varias conseqüências como morte, dor, desfiguração, prejuízos econômicos e alterações sociais do indivíduo (BORAH et al., 1999). A atmosfera que envolve o paciente no período perioperatório pode incluir sentimentos, como medo do desconhecido, da morte, comprometimento da relação do paciente com seus familiares, preocupação com o retorno ao trabalho, entre outros“ (OLIVEIRA et al., 2012).



A humanização do cuidado envolve um atendimento digno, escuta ativa, acolhimento e atenção às demandas do usuário, em especial, em relação ao seu tratamento, tendo em vista que as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e apresentam necessidades diversas (WALDOW & FENSTERSEIFER, 2011). Se a assistência não for empregada levando-se em conta valores humanos e éticos, ela perde seu sentido. Com frequência são observados ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana (MORETTI et al., 2014).

Preparando o ambiente de sua sala de espera, consultório, ou dos vários setores de um hospital, o profissional começa a cuidar do paciente antes mesmo de encontrá-lo. À medida que estrutura o ambiente externo, prepara também seu ambiente interno, dirigindo seus pensamentos e sentimentos para o paciente que vai ser atendido, entrando em sintonia com ele antes de vê-lo (BEZERRA, 2007).

A humanização das unidades cirúrgicas pode estar ligada a atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes. O cuidado de enfermagem é o principal ponto de contato durante o período de hospitalização, e permite estabelecer relações que contribuam para aliviar as fontes geradoras de estresse para os pacientes e familiares (BEDIN et al., 2012)

Através de uma equipe de enfermagem competente pode-se humanizar o atendimento durante o perioperatório acompanhando o paciente desde a entrada no hospital até a sala cirúrgica e após da sala até a sala de RPA. Quando é realizada uma assistência de enfermagem individualizada e humanizada, mostramos ao paciente sua importância e que ele não vai enfrentar sozinho esse novo processo em sua vida (BEZERRA, 2007).

4. Necessidades dos pacientes no período perioperatório

Primeiramente foi determinado - com base na revisão da literatura – uma primeira versão do fluxo do paciente no processo perioperatório eletivo. O critério para definição das etapas foi destacar os pontos de contato do paciente com o profissional ou instituição que está fornecendo cuidado, ou seja, a percepção do paciente acerca da experiência em questão. Por esse critério se excluíram diversos processos relacionados ao fluxo perioperatório, como o setup da sala cirúrgica, as distintas atividades dos profissionais no centro cirúrgico, os processos administrativos relacionados, dentre outros, visto que eles são “invisíveis” para o paciente durante o fluxo perioperatório, logo não serão considerados nessa análise que busca a humanização focada exclusivamente na experiência do paciente. Cabe ressaltar que algumas atividades, mesmo que não estejam diretamente relacionadas ao paciente, são importantes nas considerações de humanização, como, por exemplo, a aplicação do protocolo para cirurgia segura proposto pela Organização Mundial da Saúde, que também corrobora com a construção de confiança no sucesso do procedimento por parte do paciente.

As etapas primeiramente destacadas no fluxo são: Diagnóstico – necessidade de cirurgia; Consulta com cirurgião; Casa – preparação para a cirurgia; Chegada ao hospital; Leito – espera para a cirurgia; Transferência para o CC (centro cirúrgico); Chegada no CC; RPA (repouso pós-anestésico); Chegada à sala de cirurgia; Processo cirúrgico; RPA; UTI, leito, alta/encaminhamento, óbito. Cabe ressaltar que o fluxo foi complementado ao longo das etapas de prototipagem.

Foram sintetizadas – em função da revisão da literatura, visitas em campo e observação padronizada – as necessidades dos pacientes e núcleos familiares. Essa síntese foi utilizada como protótipo na primeira etapa da primeira rodada de entrevistas da etapa 4 – chamada de

prototipagem – na qual os profissionais compreendiam, criticavam e complementavam os resultados apresentados.

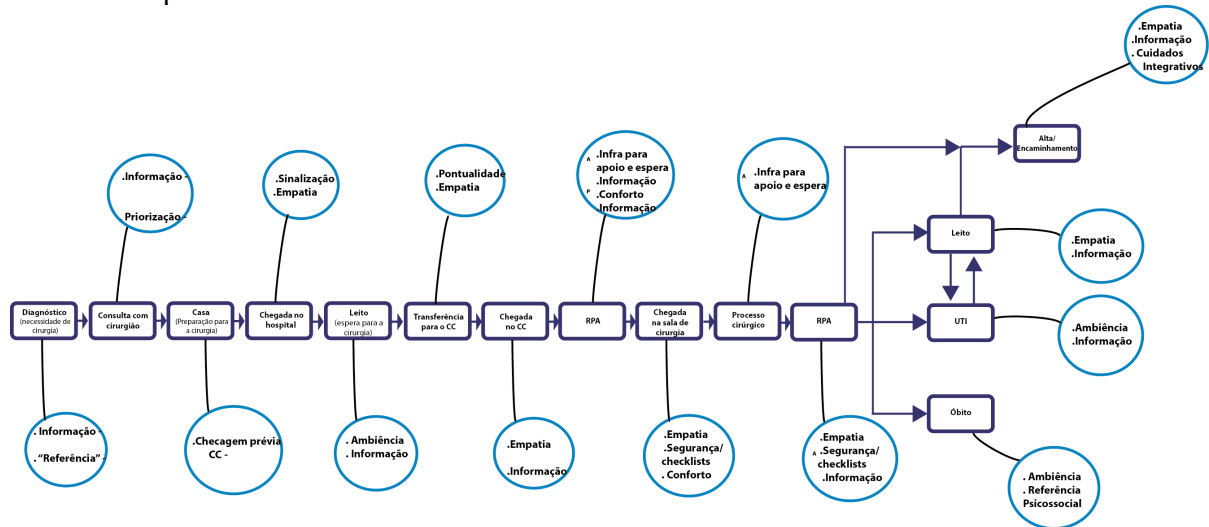


Figura 2: Protótipo 1 - Fluxo e necessidades do paciente no período perioperatório.

Fonte: O autor

Os protótipos foram atualizados após cada dia de entrevistas e cocriação da etapa 4, sendo acrescentadas as contribuições realizadas pelos entrevistados. Como a coleta de dados dessa etapa durou 4 dias, foram construídos 5 protótipos distintos no total. Como apresentado nos estudos de Pierce (1878), a inovação é pautada na tangibilização e experimentação de conceitos, processo que estimula a aprendizagem e melhoria dos inventos. Nessa pesquisa a prototipagem teve como intuito testar e desenvolver a compreensão do pesquisador acerca das necessidades dos pacientes.

Ao longo dos momentos de prototipagem da etapa 4 foram acrescentados os elos “acompanhamento e reabilitação”, além de terem sido desenvolvidos e detalhados as diversas etapas do fluxo perioperatório. O protótipo abaixo foi construído após a realização de todas as etapas de prototipagem da etapa 4, e continha inferências sobre as necessidades dos núcleos familiares ao longo o fluxo:



Humanização - Foco no núcleo familiar
 Cirurgia eletiva - macrofluxo perioperatório do paciente

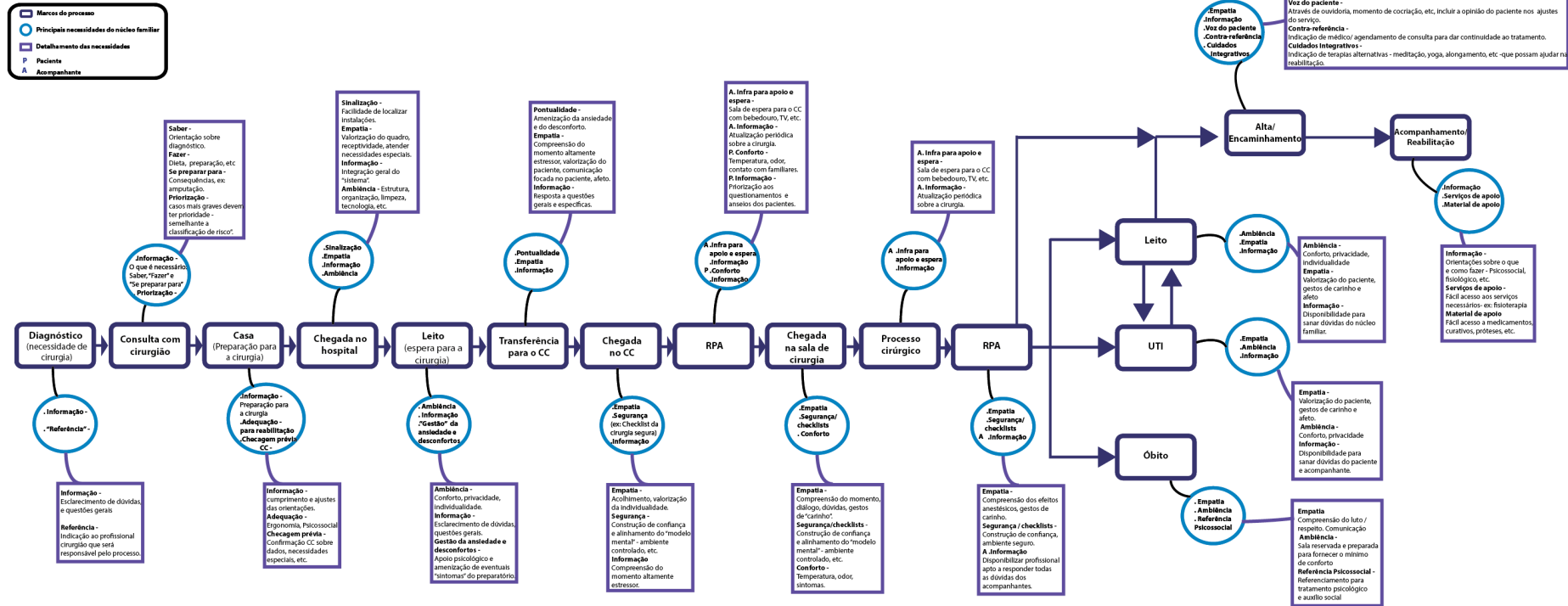


Figura 3: Protótipo 5 – Necessidades do núcleo familiar no perioperatório

Fonte: O autor

Após as etapas de prototipagem da etapa 5 foi criada a última síntese visual que contempla o ciclo perioperatório e as principais necessidades dos pacientes. O ciclo mais externo, representado pela cor azul, ilustra as necessidades cognitivas. O ciclo do meio, representado pelo tom avermelhado, ilustra as necessidades emocionais. O ciclo mais interno, representado pelo tom alaranjado, ilustra as necessidades físicas do paciente.

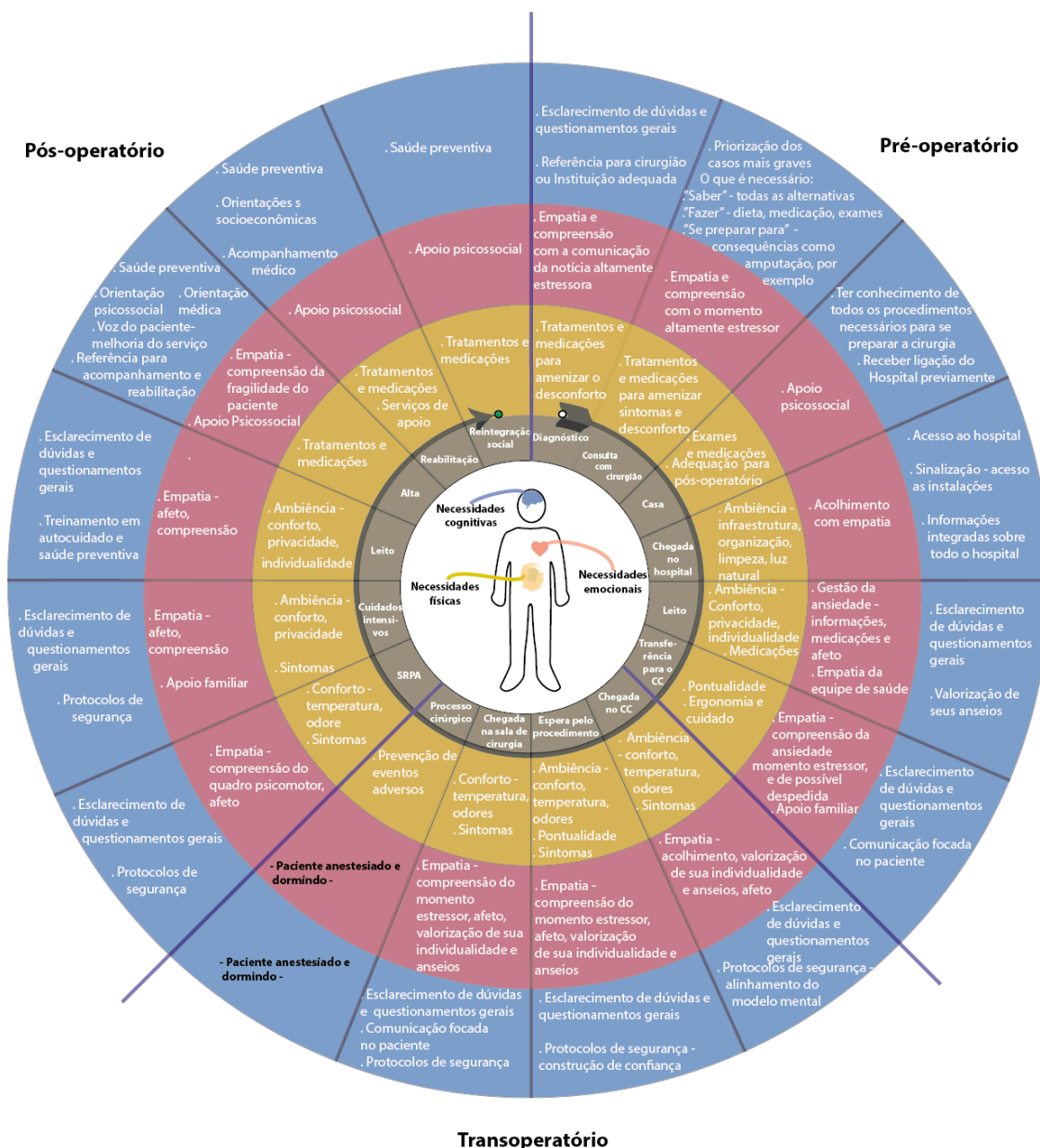


Figura 4: Necessidades do paciente no perioperatório

Fonte: O autor



5. A humanização do fluxo perioperatório

Nas seções abaixo serão descritos os resultados agregados da pesquisa, que estão organizados em função das três principais etapas do processo perioperatório.

5.1.1. Recomendações para o período pré-operatório

O processo começa com o diagnóstico da necessidade de uma intervenção cirúrgica e, como mencionado anteriormente, independente da complexidade do procedimento a notícia carrega grande peso emocional. Nesse momento o núcleo familiar precisa de esclarecimento sobre a doença e seus possíveis desdobramentos, e da indicação de um cirurgião qualificado para realizar o procedimento.

Na consulta com o cirurgião se destaca a necessidade de informação para os núcleos familiares, que devem ter compreensão sobre o quadro clínico do paciente, sobre a necessidade da intervenção e seus possíveis desdobramentos. Deve ser dada a orientação sobre o que fazer até o momento da cirurgia, indicando, por exemplo, exames necessários, restrições alimentares, atividades físicas dentre outros, e também as orientações para o pós-operatório. Os núcleos familiares devem se preparar para os possíveis desdobramentos do procedimento, que podem ser amputação, imobilização temporária, entre outros fatores que podem requisitar alterações ergonômicas, sociais, psicológicas e econômicas. O cirurgião deve priorizar os pacientes em função da seriedade e urgência da cirurgia.

O paciente aguarda em sua residência pelo procedimento realizando todas as adequações necessárias e orientações dadas pelo cirurgião, que deve estar disponível para sanar qualquer dúvida que venha a emergir nesse período. Idealmente, um dia antes da data de internação planejada o hospital deve entrar em contato com o paciente para confirmar dados sobre a cirurgia, checar se há necessidades especiais e particularidades do paciente que possam ser providas.

A chegada ao hospital é um momento altamente estressor onde o medo, ou ansiedade devido à longa espera na fila, acumulado desde o momento do diagnóstico começa a ser materializado. É importante que o hospital seja bem sinalizado, facilitando os núcleos familiares na localização das instalações desejadas. A equipe do hospital deve estar capacitada a fornecer informações sobre todo o “sistema”, acolhendo a família com empatia, valorizando a sua individualidade e seus sentimentos, por mais distintos que sejam. Espera-se que a ambiência do hospital seja planejada para amenizar situações de estresse e ansiedade, contando, por exemplo, com luz natural em seu interior, jardins, áreas estruturadas para espera, restaurante, odores agradáveis, limpeza aparente, dentre outros.

O paciente irá esperar - ainda com seu acompanhante - pelo procedimento em um leito, que deve estar situado em um espaço minimamente agradável, onde não compartilhe com outros pacientes sua dor e desconforto, tendo então o mínimo de sua individualidade respeitada. Observaram-se sentimentos distintos nos núcleos familiares, que, embora aliviados pela chegada da esperada cirurgia, externalizam tristeza pela ideia de possível “despedida”. Deve haver um profissional de enfermagem disponível para responder qualquer dúvida, além da visita anestésica pré-operatória na qual serão eventualmente ministrados fármacos para amenizar a dor e ansiedade.

A transferência para o centro cirúrgico é o momento no qual o paciente e acompanhante se separam, onde o medo é amplificado pela angústia e ansiedade. A empatia da equipe é de suma importância nesse momento, ela deve compreender os sentimentos e respeitar a individualidade do paciente, o tranquilizando com aspectos técnicos e demonstrações de afeto. Cabe ressaltar que a pontualidade é de suma importância, visto os desconfortos gerados pela preparação pré-operatória, que incluem, por exemplo, jejum e dor.

5.1.2. Recomendações para o período transoperatório

A chegada ao centro cirúrgico deve estar associada à entrada em um ambiente altamente controlado e profissional, criando confiança e segurança no paciente. A realização de protocolos de segurança corrobora com a construção desse modelo mental. A equipe deve demonstrar empatia e estar prontamente disponível para sanar qualquer dúvida do paciente, que usualmente está emocionalmente abalado.

Uma prática recorrente nos centros cirúrgicos observados foi o paciente ser mantido na sala de RPA até o começo da cirurgia. Existem várias questões com relação a essa prática, porém o mais crítico é a presença de outros pacientes com dor, lesões e outras consequências de cirurgias já realizadas. Devem ser priorizadas as dúvidas e anseios dos pacientes, além do fornecimento de condições mínimas de conforto, como, por exemplo, travesseiros e cobertas.

A chegada à sala de cirurgia deve ser marcada pela empatia e receptividade da equipe, que irá valorizar os questionamentos do paciente e tranquilizá-lo sobre o procedimento. A realização de *checklists* gera confiança no paciente, além de segurança para o processo. Foram observadas muitas vezes em campo que as equipes cirúrgicas não se dirigem ao paciente nesse momento, ignorando seus anseios e temores, interagindo entre si sobre temas supérfluos para o contexto em questão.

Durante o processo cirúrgico o paciente está anestesiado e normalmente inconsciente, enquanto que seus acompanhantes estão ávidos por informações. Deve existir uma sala de espera específica para o centro cirúrgico, e a mesma deve estar equipada para garantir o mínimo de conforto, contando, por exemplo, com bebedouro, banheiros exclusivos, ar-condicionado, televisão, dentre outros. Sugere-se que informações sobre os processos cirúrgicos sejam repassadas a cada hora nas salas de espera, mantendo os acompanhantes atualizados e consequentemente reduzindo sua ansiedade.

5.1.3. Recomendações para o período pós-operatório

Após o processo cirúrgico o paciente é encaminhado para a sala de RPA – podendo ir para tratamentos intensivos em situações mais graves, aonde deverá recobrar a consciência e ser constante avaliado. Nesse momento a empatia da equipe é crucial, visto a vulnerabilidade em que se encontra o paciente. Os *checklists* garantem a segurança do paciente e geram confiança no sucesso do procedimento previamente realizado. Até o fim dessa etapa os acompanhantes estão separados dos pacientes, sendo atualizados a cada hora na sala de espera.

Ao ser transferido para o leito ou para ao tratamento intensivo a ambiência ganha destaque. Embora o objetivo seja o tratamento clínico do paciente, o mesmo não pode estar desvinculado dos aspectos emocionais e fisiológicos. Deve-se respeitar a individualidade dos pacientes, mesmo que a única ação possível seja a instalação de



cortinas entre os leitos. Espera-se que a equipe trate os núcleos familiares com empatia, considerando a fragilidade emocional e a demanda excessiva de questionamentos.

No caso do paciente falecer o hospital deve possuir uma sala específica para realizar reuniões privadas com os familiares. A sala deve possuir infraestrutura adequada para acomodar os familiares, e a notícia deve ser dada com o amparo de um profissional qualificado para o apoio psicossocial. Se for o caso, os familiares devem ser referenciados para os serviços de apoio psicossociais adequados.

A alta hospitalar deve ser fornecida quando o paciente estiver seguro para prosseguir sua recuperação em casa. Muitas vezes a alta tem de ser dada de maneira precoce, visto a escassez de leitos na maior parte dos hospitais públicos. O paciente deve ser referenciado para os serviços indicados na continuação de seu tratamento, e deve ter um espaço, além da pesquisa de satisfação, no qual possa expor suas críticas e elogios. Devem ser apresentadas todas as possibilidades de tratamento para os pacientes, inclusive as práticas menos usuais como yoga, meditação, alongamento, dentre outros que se enquadram no escopo dos cuidados integrativos.

A reabilitação extra-hospitalar é o momento no qual o paciente realiza atividades buscando voltar ao “normal”, como fisioterapia, hidroterapia, cinesioterapia, dentre outros. Para tal, primeiramente os núcleos familiares devem ser orientados sobre os procedimentos aconselhados para reabilitação, que também envolvem o escopo socioeconômico. O paciente precisa ter acesso aos serviços e materiais recomendados para sua recuperação.

Após estar plenamente recuperado o paciente está preparado para se reintegrar na sociedade, voltando a protagonizar um papel ativo, e, se for o caso, já adaptado há suas limitações físicas e sociais. O ex-paciente foi empoderado com informações sobre autocuidado e saúde preventiva, e, por viver sua vida de uma forma menos “arriscada”- sob a ótica da saúde preventiva, contribuirá para a transformação cultural da sociedade.

O ex-paciente tem a opção de se manter conectado e contribuindo para a construção colaborativa do sistema. E mesmo que não se mantenha como um participante ativo da plataforma virtual, o cidadão terá conhecimento de que ali é um espaço no qual ele será ouvido e respeitado.

6. Conclusão

A pesquisa demonstrou que o uso do *Design Thinking* para desenvolver propostas para a humanização na experiência perioperatória foi adequado. Ao relacionar o estado da arte com as informações obtidas em campo, diversos *inghts* foram gerados e testados junto com os principais colaboradores relacionados.

Os resultados da pesquisa buscaram garantir que o paciente receba um atendimento humanizado, seguro, no qual tenha sua individualidade respeitada, direito de escolha perante as diversas possibilidades de tratamento, informações sobre todos os aspectos necessários e seja reintegrado na sociedade com uma nova postura perante sua gestão pessoal da saúde, a saúde preventiva.

Apesar da importância da humanização para as distintas etapas do fluxo perioperatório, sua aplicação continua parcialmente negligenciada. Enquanto nos hospitais públicos as ações relacionadas à humanização no fluxo cirúrgico são escassas - principalmente por falta de recursos, nos hospitais privados algumas poucas iniciativas começaram a ser



realizadas. No contexto internacional observa-se que conceitos de humanização estão presentes nos centros de referência - como o Mayo Clinic, por exemplo, e são aplicados com o intuito de gerar diferenciação no mercado, oferecendo serviços de qualidade superior e, conseqüentemente, propiciando a vantagem competitiva.

A pesquisa em questão foi desenvolvida buscando a humanização pela ótica da experiência perioperatória do paciente eletivo. Com relação à rota perioperatória eletiva, pesquisas futuras podem abordar a humanização nas seguintes esferas:

- Sob a ótica dos profissionais de saúde – melhorando suas condições de trabalho
- Sob a ótica do sistema de saúde – melhorando o acesso ao sistema e as condições de utilização do mesmo
- Sob a ótica de mecanismo de gestão – melhorando a gestão do sistema; articulando maneiras de implementar os conceitos de humanização

Referências

- ATKINSON, Rita L. et.al. **Introdução à Psicologia de Hilgard**. – 13 ed – Porto Alegre, Editora Artmed, 2009.
- BEAUMONT, Corrine Ellsworth. **Design Thinking in Healthcare: Developing Patient-Centred Communication Materials for Breast Cancer Detection**. 2011. 487p. Thesis (PhD). England: Faculty of Design, Media & Management, Brunel University, Brunel, 2011.
- BEDIN, E. & RIBEIRO, M. & BARRETO, R. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista UFG**, 17(3), 2012.
- BELLUOMINI, Andrezza; TANAKA, Luiza. **Assistência de enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca**. São Paulo: Ed. Ferreira & Bento, 2003
- BEZERRA, José Tarcísio Mendes. **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO EM CENTRO CIRÚRGICO**. 2007. 39f. TCC (Bacharel em Enfermagem) Centro Universitário de Brasília. Uniceub, Brasília, 2007
- BORAH, G.; RANKIN, M.; WEY, P. Psychological Complications in 281 Surgery Practices. Plastic and Reconstructive Surgery. **Journal of the American Society of Plastic Surgeons**, november, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, 2004.
- BROWN, T. **Design Thinking: Uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- CAULLIRAUX, A. Design Thinking: Criando com (e para) seus clientes. Rio de Janeiro: **X Congresso Nacional de Excelência em Gestão**, 2014.
- CAULLIRAUX, A.; PROENÇA, P.; CARDOSO, V. Synergies between Strategic Design and Roadmapping: a development roadmap for the Rio de Janeiro State Biotechnology Cluster. University of Cambridge: **Cambridge Academic Design Management Conference (CADMC 2013)**, 2013.
- CAULLIRAUX, A.; SÁ, C.; QUELHAS, O. **Integralidade na cura da neoplasia: O Design Thinking aplicado ao Projeto Reconstruir**. In: RESPONSABILIDADE SOCIAL ORGANIZACIONAL: MODELOS, EXPERIÊNCIAS E INOVAÇÕES (livro). Rio de Janeiro, 2015.
- CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmet, 2009.
- DESIGN COUNCIL. **Design for Public good**. London: Design Council, 2013.
- DESIGN COUNCIL. **Design methods for developing services** London: Design Council, 2015.
- DESIGN COUNCIL. **Eleven lessons: managing design in eleven global brands - A study of the design process**. London: Design Council, 2011.
- DORST, K. Creativity in the design process: co-evolution of problem–solution. **Design Studies**, vol. 22, issue 5, 2001



- FLICK, U. **Introdução à Metodologia de Pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Editora Penso, 2013.
- FRANZATO, C. O design estratégico no dialogo entre cultura de projeto e cultura de empresa. **Strategic Design Research Journal**, vol.3, núm. 3, 2010
- GARVEY, James; STANGROOM, Jeremy. **Os Grandes Filósofos**. São Paulo: Editora Madras, 2009.
- GOLDMAN, M. **Pocket Guide to the Operating Room**. Philadelphia: Daves Company, 2008.
- LEE, S. Evaluating Serviceability of Healthcare Servicescapes: Service Design Perspective. **International Journal of Design**, vol.5, núm 2, 2011.
- LOPEZ, Arias; LA CRUZ, Maria. **Hospitalização**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2001
- MAIA, D.; RIBEIRO, A.; MAIA, D. **Manual de condutas básicas em cirurgia**. São Paulo: Ed. ROCA, 2013.
- MARTIN, R. **The Design of Business. Why design thinking is the next competitive advantage**. Boston: Harvard Business School Press Book, 2009
- MORETTI, M. & FILHO, M. **Manual de cuidados perioperatórios**. São Paulo: Ed. Manole, 2014.
- MULLANEY, T.; PETTERSSON, H.; NYHOLM, T.; STOLTERMAN, E. Thinking beyond the cure: A case for human-centered design in cancer care. **International Journal of Design**, 6(3), 27-39, 2012.
- OLIVEIRA, N.; MORAES, C.; MARQUES, S. Humanização no centro cirúrgico: a percepção do técnico de enfermagem. São Paulo: **Revista SOBECC**, 2012.
- PEIRCE, C. How to make your ideas clear. **Popular Science Monthly**, núm. 12, (pages 286-302), 1878.
- POSSARI, F. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão**. 2ª edição - São Paulo: Ed. Iátria, 2004.
- STICKDORN, Marc.; SCHNEIDER, Jakob. **This is service design thinking**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2011.
- WALDOW, V. & FENSTERSEIFER, M. Saberes da Enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem**, vol.15, 2011
- YIN, R. **Estudo de caso – Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Editora Bookman, 2010.