



Avaliação Estética de Serviços em sua Dimensão Reflexiva: uma Perspectiva do Design para Serviços

Aesthetic Evaluation of Services on its Reflective Dimension: a Service Design Perspective

Humberto Costa, Universidade do Porto / Bolsista do CNPq – Brasil.
hcosta@fe.up.pt

Aguinaldo dos Santos, Universidade Federal do Paraná / UFPR.
asantos@ufpr.br

Resumo

O presente artigo trata da dimensão estética no âmbito do Design de Serviços, objetivando contribuir com aqueles envolvidos na busca de consistência estética de serviços. De maneira mais específica, o artigo propõe diretrizes voltadas à avaliação estética de serviços. Para alcançar estes resultados os pesquisadores realizaram inicialmente uma revisão bibliográfica seguida de estudo de campo realizado através de grupo focal. Os resultados mostram que os elementos a serem considerados na análise estética de serviços são parcialmente distintos daqueles utilizados convencionalmente no design de produto. A natureza altamente intangível de serviços necessariamente demanda escopo analítico que vai além da percepção visceral dos artefatos físicos. Assim, a avaliação estética de serviços necessita considerar elementos reflexivos como as idiosincrasias culturais, a afetividade, a autoimagem e as mensagens relacionais associadas a pontos de contato chave.

Palavras-chave: Design para serviços, Avaliação Estética, Estética dos serviços, Dimensão reflexiva.

Abstract

This paper deals with the aesthetic dimension of Service Design, aiming to contribute to those involved with the achievement of service consistency. More specifically, the paper presents a set of guidelines that intend to facilitate aesthetic evaluation of services. In order to achieve these results the researchers have performed a literature review followed by a field study carried out through a Focus Group. The results have shown that the service aesthetic elements are partially distinct from those associated with aesthetics as it is conventionally dealt in product design. The highly intangible nature of services necessarily demands an analytical scope that goes beyond the visceral perception of the physical world. Hence, aesthetic evaluation of services need to consider reflexive elements such as cultural idiosyncrasies, affectivity, self-image and relational messages associated with key touchpoints.

Keywords: *Service Design, Aesthetics evaluation, Aesthetics of services, Reflective dimension.*

1 Introdução

O presente artigo, de caráter metodológico, tem como propósito apresentar sugestões para a melhoria e a consistência de um serviço, àqueles que estejam diretamente envolvidos na promoção do mesmo. Especificamente, esta pesquisa contempla a dimensão reflexiva dos serviços sob a ótica do Design para serviços. Verificou-se que a evolução do conhecimento acerca do processo de Design para serviços tem, na dimensão Estética, carência de princípios, diretrizes, ferramentas e métodos que possibilitem um efetivo suporte à atividade profissional e ao ensino (FREIRE, 2011; CANDI, SAEMUNDSSON, 2011; CHO, 2013; COSTA, 2017a). Nesse sentido, a presente pesquisa investiga o tema sob o ponto de vista da percepção estética oriunda de atores envolvidos com a prestação e utilização de um determinado tipo de serviço, mais exatamente com aqueles serviços com alto grau de personalização e com alto grau de interação entre prestador e usuário (SILVESTRO et al. 1992; KELLOGG, NIE, 1995).

De forma quase geral, a Estética moderna transformou-se na expressão pura e simples da individualidade humana, uma vez que é o homem que reflete acerca do objeto passivo, percebido por um ou mais de um de seus sentidos. Se a Estética for abordada por esse viés, torna-se difícil (senão impossível) obter contribuições profícuas que respaldem uma compreensão aprofundada acerca dos serviços e, por conseguinte, do Design para serviços. Embora haja preferência, dentro da comunidade acadêmica do Design, para limitar o escopo da Estética à gratificação sensorial imediata ou à aparência dos objetos (LÖWGREN, 2009), é admitido que o ser humano vivencia experiências que abrangem, simultaneamente, prazer sensorial, envolvimento emocional e interpretações significativas acerca de tal experiência (DESMET, 2002; HEKKERT, 2006; KRIPPENDORFF, 2006). Disso, vê-se que o escopo da Estética necessita passar por uma revisão que a coloque em um patamar inclusivo.

Qualquer propriedade percebida de um fenômeno desperta uma resposta quando ajuizada por um ou mais sentidos (HEKKERT; LEDER, 2008). De acordo com Jimenez (1998, p. 128), “o homem chama agradável o que lhe traz prazer, bom o que estima ou aprova, belo o que lhe agrada.” No entanto, as sensações desagradáveis também são um tipo de resposta estética, sendo o “desagradável” compreendido como parte da escala do que se pode considerar “belo” (CHO, 2013). Segundo Löbach (2000, p. 60), a dimensão estética diz respeito a um aspecto psicológico da percepção sensorial, estando esse atrelado à configuração e à aparência de algo tangível, que tanto podem provocar, nos usuários, reações positivas ou negativas. No entanto, no âmbito dos serviços e sob a perspectiva do Design para serviços, tais colocações mostram-se frágeis, uma vez que os aspectos intangíveis não estão contemplados.

Tanto no âmbito dos artefatos, quanto no âmbito dos serviços, a experiência estética é primeiramente ativada pelos sentidos humanos (olfato, tato, palato, visão e audição) e, dependendo das características apresentadas, despertam níveis variados de prazer. Todavia, a experiência estética não está restrita somente aos sentidos humanos, pois sabe-se que há alterações comportamentais e construção de significados oriundas da experiência vivenciada (KRIPPENDORF, 2006; LÖWGREN, 2009; NORMAN, 2008; COSTA, 2017b).

Na literatura científica, encontram-se os conceitos de “função estética” e “função simbólica” (LÖBACK, 2000; ECO, 2005; BÜRDEK, 2006). Verifica-se, também, o entendimento de que a

função estética é parte integrante da função simbólica (LÖBACK, 2000; ECO, 2005; BÜRDEK, 2006; QUEIROZ, 2011). No âmbito dos artefatos, a função simbólica está relacionada com os significados e com as associações que são suscitadas no usuário a partir do artefato (LÖBACK, 2000; BÜRDEK, 2006). Há uma estreita relação entre a função simbólica e a função estética na medida em que a função simbólica se manifesta por meio dos elementos estéticos do produto, como por exemplo sua cor e sua forma e tal relação “(...) só será efetiva se for baseada na aparência percebida sensorialmente e na capacidade mental da associação de idéias” (LÖBACH, 2000, p.65). A função simbólica de um produto ou de um serviço atua como fator de identificação e representação do indivíduo a partir de significações de *status*, prestígio, poder, distinção, dentre outros (QUEIROZ, 2011). Segundo Bürdek (2006, p.323), o “(...) significado dos símbolos dá-se, muitas vezes, de forma associativa e eles não são determinados de forma clara: sua interpretação é dependente de cada contexto”, isto é, “(...) significados simbólicos só podem ser interpretados a partir de seus contextos sócio-culturais.” Todavia, a percepção sensorial, as transformações na paisagem corporal e a produção de significados, decorrentes da interação homem x elementos tangíveis e/ou intangíveis, também contribuem para a construção do(s) significado(s) (LÖWGREEN, 2009, CHO, 2013; COSTA, 2017b).

Disso, entende-se que, para os propósitos dos serviços sob a perspectiva do Design para serviços, faz-se necessário adotar uma noção mais inclusiva e ampliada de Estética, tal como aquela que fora proposta por Costa (2017a; 2017b). A Estética diz respeito à experiência que o homem vivencia e que envolve, simultaneamente, os sentidos, o comportamento e a geração de significados. Por tal perspectiva, nota-se que as percepções sensoriais, elementos emocionais e comportamentais e elementos de significação (cognitivos) constituem uma experiência abrangente que comunga elementos tangíveis e elementos intangíveis e estes possibilitam ao homem a construção de significados mais profundos, acerca da experiência vivenciada (COSTA, 2017b). Tal experiência, então, gera um tipo de conhecimento que envolve a estesia, a emoção, o comportamental e a cognição.

No âmbito dos serviços, o Design para serviços entende que a dimensão estética assume um nível de complexidade maior do que no âmbito dos artefatos (COSTA, 2017a). No que diz respeito aos artefatos, tal dimensão é tratada isoladamente. Na dimensão dos serviços, diversos elementos devem ser considerados em uma análise tais como: os múltiplos pontos de contatos presentes na jornada pelo serviço, o ambiente em que o serviço é prestado (*servicescape*), a funcionalidade do próprio serviço, os aspectos relacionais entre os atores envolvidos, dentre outros. Tratam-se de elementos determinantes da qualidade de um serviço uma vez que estes compõem o julgamento que o usuário faz acerca do serviço que experiencia e da imagem (*brand*) da organização (LEHTINEN, LEHTINEN, 1982; BRAKUS, SCHMITT, ZARANTONELLO, 2009). Os vários elementos, que constituem um determinado tipo de serviço, são mutuamente influentes na experiência dos usuários, não sendo usualmente possível realizar análises compartimentalizadas.

Integrar a interface ser humano x ser humano implica na realização de funções e tarefas não ortodoxas à atividade do profissional do Design. De acordo com Pinhanez (2009), um designer de serviços tem grande probabilidade de ser confundido com um diretor de teatro, uma vez que o desenvolvimento de serviço envolve o projeto do perfil das pessoas (*casting*), seus

treinamentos (*ensaios*), o que dirão aos usuários (*scripting*), como falarão com o cliente (*caracterização*) e como se moverão no espaço (*staging*). Cho (2013) trata dessa questão em seu estudo sobre o papel do designer nas relações interpessoais, quando do projeto de um serviço.

No âmbito dos artefatos, o tema acerca da avaliação estético-simbólica apresenta considerável base teórica e conceitual, assim como ferramentas de apoio ao Processo de Desenvolvimento do Produto - PDP (SANTOS, 2009). Todavia, no âmbito do Design para Serviços, há demanda por maior compreensão e desenvolvimento de ferramentas específicas (COSTA, 2017a). Assim, esta pesquisa apresenta uma primeira versão de um guia que possa viabilizar uma avaliação estética de serviços, na qual se enfatiza a dimensão reflexiva do modelo de Norman (2008). Trata-se de um suporte de caráter metodológico, com o intento de auxiliar aqueles envolvidos no processo de Design para serviços.

2 Método de pesquisa

Esta pesquisa apresentada é parte da tese de doutoramento de Costa (2017a). Como houve um esforço para compreender a visão de usuários de um determinado serviço, a presente pesquisa é de caráter qualitativo (GRAY, 2012). Por gerar conhecimentos práticos, voltados para a solução de problemas específicos (GRAY, 2012; OLSEN, 2015), trata-se de uma pesquisa aplicada. Do ponto de vista dos objetivos, esta pesquisa é de cunho exploratório, pois houve a familiarização com o problema, visando torná-lo mais explícito (OLSEN, 2015).

Para que fosse possível familiarizar-se com o tema, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa (RBN), seguindo as orientações fornecidas por Gray (2012). Para a realização de tal revisão, as seguintes fontes de informação foram utilizadas: 1) Bases de dados (Ebsco, Scielo, CAPES, ProQuest; Science Direct, etc.); 2) anais de eventos sobre Design (Ergodesign/USIHC, P&D, Simpósio Brasileiro de Ciência de Serviços, CIPED, *Service Design Conference* etc.); 3) livros, teses e dissertações circunscritos às áreas pertinentes à temática de pesquisa (Banco de teses e dissertações da CAPES e *OpenThesis*).

A pesquisa de campo foi realizada em uma instituição em que os serviços prestados possuem alto grau de personalização e alto grau de interação entre prestador do serviço e usuário. A escolha da instituição considerou questões de facilidade de acesso, pois havia permissão previa para a realização da pesquisa.

Devido à complexidade dos serviços e à amplitude do *servicescape* da instituição parceira, na presente pesquisa, a avaliação estética foi limitada à área principal de recepção ao usuário do serviço, denominada de Recepção 01. A decisão de restringir a pesquisa à Recepção 01 deve-se ao fato de nela estar concentrado o maior fluxo de usuários.

Tendo em vista a natureza da dimensão reflexiva do modelo de Norman (2008), optou-se por adotar a técnica do Grupo de foco como estratégia para a coleta de dados. A técnica foi aplicada um estudo de caso realizado no Hospital do Idoso Zilda Arns – HIZA, instituição parceira da pesquisa, entre os anos 2015 e 2016.



O Grupo de foco consiste em uma técnica qualitativa de coleta de dados e foi utilizada por permitir que se angarie dados a partir do ponto de vista dos participantes (BARBOUR, 2009). Nesta pesquisa, a montagem e a estruturação do Grupo de foco seguiram as diretrizes propostas por Debus (1988), Barbour (2009) e Silva, Assis (2010).

No Grupo de foco, usuários e colaboradores do HIZA foram envolvidos. A seleção dos usuários considerou aqueles que realizam consultas e/ou exames no HIZA, uma vez que há maior demanda por este tipo de serviço. Quatro colaboradores foram selecionados pela direção do HIZA para participarem do Grupo de foco, conforme a função que desempenhavam, sua disponibilidade e o seu interesse por participar da dinâmica.

Acerca dos usuários, onze foram os convidados para participarem do Grupo focal. O contato com tais usuários ocorreu por intermédio de ligações telefônicas e o envio de e-mails com duas semanas de antecedência. Cinco usuários concordaram em participar da dinâmica, mas somente quatro compareceram.

Uma equipe com 6 pesquisadores foi formada para a realização do Grupo de foco. Quatro dos pesquisadores atuaram nos bastidores, sendo responsáveis diretamente pela coleta dos dados. Um dos pesquisadores foi designado para atuar como facilitador da dinâmica, tendo outro pesquisador como assistente.

O Grupo de foco ocorreu em uma sala localizada nas dependências do HIZA. Para coletar os dados foram utilizados gravadores de áudio. A comunicação entre o assistente do facilitador e a equipe presente nos bastidores e deu-se mediante o uso de *smartphones*, ligação telefônica e auscultadores *bluetooth*. O quadro 1 apresenta o perfil de cada um dos participantes do Grupo de foco.

Participante	Atividade no Hospital	Características
P1	Atendente na Recepção 01	Responsável pelo atendimento ao público na Recepção 01 do HIZA.
P2	Enfermaria	Colaboradora no HIZA. Trabalha na enfermaria.
P3	Usuário	Serve-se do HIZA quando necessita de consultas e exames.
P4	Médico	Médico efetivo do HIZA. Sua especialidade é Geriatria.
P5	Atendente na Recepção 01	Responsável pelo atendimento ao público na Recepção 01 do HIZA.
P6	Usuário	Serve-se do HIZA quando necessita de consultas e exames.
P7	Usuário	Serve-se do HIZA quando necessita de consultas e exames.
P8	Usuário	Serve-se do HIZA quando necessita de consultas e exames.

Quadro 1: Perfil dos participantes do Grupo de foco. Fonte: os autores (2017).

Todos os participantes do Grupo de foco receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A sequência das atividades realizadas na dinâmica encontra-se no Quadro 2.

No grupo de foco, a pergunta geral apresentada aos participantes foi: “o que você acha sobre o atendimento prestado na Recepção 01? A seguir foram apresentadas perguntas específicas como: a) vocês consideram o HIZA um hospital moderno? Tecnológico? Por quê? b) As pessoas compreendem o que dizem os atendentes, enfermeiros e médicos? c) Vocês acham que



a pessoa que vem ao HIZA tem facilidade em ser atendida? d) As pessoas conseguem chegar ao local de atendimento de forma fácil?

Para o fechamento da dinâmica, solicitou-se que cada participante apontasse as melhorias que julgasse necessárias e prioritárias para a Recepção 01, bem como expusesse o(s) motivo(s).

Início das atividades do Grupo Focal	
08:00 – 08:10	Chegada da equipe de pesquisadores ao HIZA.
08:10 – 08:50	Preparação do local em que será realizado o Grupo de foco.
08:50 – 09:12	Recepção os participantes; convite para um lanche; apresentação da equipe de pesquisadores; explicação breve sobre a dinâmica; determinação dos horários de início e fim da dinâmica; solicitação da assinatura do TCLE.
09:12 – 09:15	Condução dos participantes até a sala onde ocorrerá a dinâmica.
Abertura	
09:20 – 09:23	Iniciar a dinâmica agradecendo aos participantes, realizar a apresentação do facilitador e de seu assistente, explicar acerca do propósito da dinâmica e a sua duração.
Preparação	
09:23 – 09:25	Expor as regras adotadas para guiar a dinâmica (Cf. BARBOUR, 2009; SILVA; ASSIS, 2010).
09:25 – 09:35	Apresentar brevemente todos os participantes.
09:35 – 09:50	Colocar a Pergunta Geral.
Debate	
09:50 – 11:10	Colocar as Perguntas específicas.
Fechamento	
11:10 – 11:20	Colocar a Pergunta de fechamento.
11:20 – 11:25	O facilitador recapitulará os principais pontos coletados, com base nas anotações do assistente e nas indicações da equipe de bastidores.
Encerramento	
11:25 – 11:30	Reforçar os propósitos da dinâmica e agradecer a presença e a participação de todos os envolvidos na mesma

Quadro 2: Sequência das atividades do Grupo de foco. Fonte: os autores (2017).

Após a realização do grupo de foco, os dados gravados em áudio foram transcritos em sua literalidade. No processo de análise dos dados, foi utilizada a estratégia de codificação proposta por Miles; Huberman; Saldaña (2014). Dois pesquisadores que participaram da dinâmica leram separadamente o texto transcrito, buscando identificar padrões e temas a partir de sua interpretação, com base nos elementos utilizados para avaliar a Estética dos Serviços (vide

seção 3.2). A seguir, ambos os pesquisadores, utilizando uma planilha, cruzaram seus achados com os elementos utilizados para avaliar a Estética dos serviços, resultando na quantidade de vezes que determinado elemento apareceu durante o Grupo de foco. Mais exatamente, os trechos do texto transcrito foram retirados e colocados na planilha. Quando ambos os pesquisadores concordavam com a codificação, mantinham o código associado àquele trecho de texto. Acerca dos pontos em que não houve concordância, um terceiro pesquisador foi envolvido, sendo que este selecionava qual das duas interpretações deveria ser adotada na pesquisa. A figura 1 apresenta uma prévia de como os dados foram codificados na planilha e ajuda a clarificar o entendimento acerca do processo de codificação.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
TRECHOS DE FRASES CAPTADAS NO GRUPO DE FOCO		Acessibilidade	Competência	Comunicação	Confiaabilidade	Cortesia	Credibilidade	Empatia	Tangíveis	Segurança	Responsividade
P1	Eu falei assim no sentido de eu receber o paciente. Nós temos que receber o paciente com afeto e com calma.					3					
P1	Mas tem dias que às vezes eu tenho sentimento de nervoso, que a gente tá ali, a gente trabalha, [00:58:27] vem o estresse, a gente passa estresse, então eu digo assim, a gente tem sentimento de nervoso também devido à gente ver algumas coisas absurdas, incabíveis, mas nós da recepção temos que manter a calma e afeto, passar por cima com [00:58:41], não quer dizer que a gente não vá ficar nervosa ou apreensiva. Isso, a gente fica, a gente fica estressada. Mas tem que fazer com que outro sentimento passe por		3								
P3	Acho que o que nervoso e a tranquilidade. Tem dias que se chega na recepção até sereno, tem dias que você chega na recepção [00:59:01] totalmente tenso. Aquela paciente que chega, você sem saber o que tá acontecendo, sem saber o que ele vai fazer, ele tá preocupado com dor, os acompanhantes super nervosos. Tem dia que você chega ali, tá uma tranquilidade, agora tem dia que você chega, o ambiente tá bem tenso, bem nervoso mesmo. [00:59:21] a primeira imagem faz sentido: nervoso e tranquilidade.		1								
P1	Eu espanto também um pouquinho assim... É que às vezes a gente tá ali, e vejo pessoas, familiar do paciente passando, chorando porque houve óbito, então às vezes até a gente tem susto. Fala, nossa, não espere esse óbito, nós. Os familiares estavam chorando [00:59:54] a gente fica um pouco assim também.						2				
P6	Você tem que ficar calmo porque não adianta você correr. Precisa ficar ali. Tem que esperar! Tem que estar calmo e aí você conta						2				
P3	Eu concordo, o nervoso e calmo. Eu vou dar uma opinião pelo meu pai. Ele chega, ele olha, mas ele fica não feliz de ele vir aqui falar com [01:00:31] então tem o nervoso, tem a calma, tem o dia da tranquilidade e tem sempre a satisfação de você estar podendo também participar da organização.								3		
P3	Eu acho assim que quem tem oportunidade de fazer um tratamento aqui, deve deixar, eu tenho muita satisfação de vir aqui, de ver, eu tenho satisfação de chegar.		3								
P6	Bom, acho que é tranquilidade. Geralmente tá mais calmo, assim... [01:01:48] no geral, comparando com outros hospitais que eu conheço, bem mais tranquilo, começando já pela recepção central.								3		
P4	Bom, acho que é tranquilidade. Geralmente tá mais calmo, assim... [01:01:48] no geral, comparando com outros hospitais que eu conheço, bem mais tranquilo, começando já pela recepção central.								3		
P7	Quando a gente entra é o que a gente espera, que seja uma pessoa calma, que deixa o ambiente tranquilo.								3		
P7	Aqui a gente se sente bem.								3		

Figura 1 – Codificação dos dados obtidos no Grupo de Foco. Fonte: os autores (2017).

A soma da quantidade de vezes em que cada elemento apareceu foi realizada, evidenciando o nível de importância dos mesmos dentro de cada atividade. Os diálogos do Grupo de foco resultaram em 157 segmentos de falas. Esta “densidade” de codificações foi o elemento chave na análise para a determinação dos aspectos relevantes apontados na dinâmica. A análise debateu sobre tais constatações com os constructos apontados na revisão bibliográfica, a fim de identificar eventuais inadequações da teoria e possíveis avanços.

3 Percepção Estética Reflexiva

A experiência estética em serviços tem natureza multidimensional (LIU, 2003; CANDI, 2008). Enquanto no design de produtos tal avaliação pode se ater à relação usuário x artefato, no âmbito dos serviços, segundo a ótica do Design para serviços, a avaliação estética abrange múltiplos artefatos, múltiplos pontos de contato, de forma simultânea ou não. De tal modo que a experiência estética, ao longo da jornada do usuário pelo serviço, não pode ser tratada como a ‘soma’ das experiências estéticas com cada artefato individualmente. De fato, a percepção de

um dado artefato será influenciada pela percepção advinda da etapa anterior da jornada do usuário e da sua expectativa quando à etapa posterior. Além disto, outros dois elementos compõem esta avaliação estética: a percepção da relação com as pessoas envolvidas no provimento do serviço, como por exemplo a cortesia, e a percepção da organização como um todo, como por exemplo o *brand* (LEHTINEN, LEHTINEN, 1982; BRAKUS, SCHMITT, ZARANTONELLO, 2009).

Essa natureza social de parte dos pontos de contato dos serviços é relevante para a experiência estética, na medida em que o propósito, a motivação e a habilidade de interagir com as pessoas podem determinar a qualidade da experiência do usuário (CZEPIEL, 1990). A importância dessa dimensão na experiência do serviço pode variar de acordo com a natureza do serviço e da participação dos artefatos no provimento da satisfação ao usuário final (SOLOMON et al. 1985).

3.1 Dimensão reflexiva do processamento cerebral

Para efetivar a análise das principais relações da estética reflexiva em serviços (relação usuário-produto; usuário-provedor do serviço; usuário-organização), utilizou-se, no presente estudo, as proposições de Norman (2008) acerca dos níveis de processamento cerebral. São elas:

1) **Dimensão visceral:** diz respeito aos aspectos físicos e ao impacto emocional imediato causado por um serviço ou produto. Circunscreve-se às características do produto, dos serviços, dos espaços, etc., os quais estimulam os sentidos humanos, causando respostas imediatas. Os aspectos físicos como a aparência, o cheiro, o toque, o gosto e o som predominam e são determinantes no resultado da experiência, sendo responsáveis por fazer julgamentos imediatos e rápidos.

2) **Dimensão comportamental:** está relacionada aos “(...) processos cerebrais que controlam a maior parte das ações” do homem, tais como “(...) andar de bicicleta, tocar um instrumento musical, dirigir um carro” etc. (NORMAN, 2008, p. 14). Também diz respeito ao uso do serviço ou do produto do ponto de vista objetivo e refere-se à função que desempenha, à facilidade com que o usuário o compreende e o opera em um serviço ou em um produto, à eficácia com que um serviço ou um produto cumpre sua função e aos demais fatores relacionados ao comportamento do usuário diante de um serviço ou de um produto;

3) **Dimensão reflexiva:** refere-se interpretação, compreensão e parte contemplativa do cérebro e ao raciocínio. É nesse nível que “(...) são processadas ações como apreciar uma obra de arte, sentir saudade de um amigo, torcer para um time de futebol”, etc. (Norman, 2008).

A dimensão reflexiva do modelo de Norman (2008), elemento central desta pesquisa, diz respeito ao uso do serviço ou do produto sob o ponto de vista subjetivo e abarca as particularidades culturais e individuais, memória afetiva e os significados atribuídos aos serviços e aos produtos, assim como também ao seu uso (NORMAN, 2008). Abarca ainda relações de longo prazo, satisfação em possuir, cultura e sobre a identidade da pessoa em relação ao produto e ao serviço. Nota-se que o design reflexivo cobre um território muito vasto.

O design reflexivo diz respeito ao significado das coisas, às lembranças pessoais que alguma coisa evoca e, por outro lado, diz respeito à autoimagem e às mensagens que um produto envia às outras pessoas. Assim, a essência do design reflexivo está no fato de que tudo está na mente do observador (NORMAN, 2008).

3.2 Elementos que podem ser utilizados para avaliar a Estética dos Serviços em sua dimensão reflexiva

A literatura apresenta alguns modelos destinados a avaliar a qualidade dos serviços e neles estão presentes elementos que têm relação direta ou indireta com a Estética dos serviços, uma vez que dizem respeito à experiência do usuário ao utilizar um serviço.

Sob um escopo que integra a avaliação de funções estéticas, práticas e simbólicas, o modelo SERVQUAL propõe 10 dimensões destinadas a avaliar a qualidade de um serviço. O quadro 3 apresenta as dimensões e descreve cada uma das dimensões do modelo SERVQUAL.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO
Acessibilidade	Envolve proximidade e facilidade de contato. Significa que o Serviço pode ser facilmente acessível por telefone. O tempo de espera para receber o Serviço não é muito extenso e possui um horário de funcionamento e localização convenientes.
Competência	Significa possuir as habilidades necessárias e o conhecimento para realizar o Serviço, envolvendo: conhecimento e habilidade do pessoal de contato, conhecimento e habilidade do pessoal de suporte operacional e capacidade de pesquisa na organização
Comunicação	Significa manter os clientes informados em linguagem que os mesmos possam compreender. Pode significar que a empresa deva ajustar sua linguagem para diferentes consumidores - aumentando o nível de sofisticação para os mais letrados e conversando de maneira simples e direta com os menos letrados. Também envolve: proporcionar explicações sobre serviço, preços, escolhas entre Serviço e custos, garantindo ao consumidor que eventuais problemas serão resolvidos.
Confiabilidade	Envolve consistência de desempenho e confiabilidade. Significa que a empresa presta o Serviço no momento requerido e honra seus compromissos. Especificamente, abrange: precisão nas contas, manutenção dos registros corretamente e realização do Serviço no tempo designado.
Cortesia	Abrange educação, respeito, consideração e amabilidade do pessoal de contato. Inclui a consideração para com os bens dos clientes e limpeza e boa aparência do pessoal de contato.
Credibilidade	Considera a honestidade e implica que a empresa esteja comprometida em atender aos interesses e aos objetivos dos clientes. Inclui: nome e reputação da empresa, características do pessoal de contato e nível de interação com os clientes.
Empatia	Envolve: esforçar-se para compreender as necessidades dos clientes, considerar o aprendizado sobre os requisitos específicos dos mesmos, proporcionar atenção individualizada e reconhecimento dos clientes regulares
Responsividade	Refere-se ao desejo e à presteza dos empregados ao se prover os Serviços. Envolve rapidez nos Serviços. Exemplos: postar um recibo imediatamente, contatar um cliente rapidamente.
Segurança	Significa ausência de perigo, risco ou dúvida. Envolve: segurança física, financeira e confidencialidade.
Tangíveis	Inclui as evidências físicas do Serviço, tais como: instalações, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados para a prestação do serviço; representações físicas do serviço tais como cartão de check-in ou uma prestação de contas.

Quadro 3: As dimensões do modelo SERVQUAL. Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml, Berry (1988).

Por ser um modelo amplamente aceito pelas comunidades científica e profissional, por ter sido utilizado para avaliar diferentes tipos de serviços, por apresentar considerável documentação acerca de sua utilização e por permitir a avaliação de funções estéticas, práticas e simbólicas, no âmbito dos serviços, as dimensões do modelo SERVQUAL (PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY, 1988) foram utilizadas como base para a análise dos dados coletados.

4 Resultados

4.1 Contexto do estudo de caso

O estudo de campo desta pesquisa foi realizado no Hospital do Idoso Zilda Arns - HIZA, unidade inaugurada em 29 de março de 2012 com a missão de “prestar cuidado integral e multiprofissional com ênfase na saúde do idoso” (HIZA, 2015). Com área construída de 9520m², o hospital disponibiliza ao público 131 leitos, sendo 20 deles destinados à UTI, e um centro cirúrgico com duas salas de cirurgias. A estrutura ambulatorial do HIZA atende a 17 especialidades médicas, sendo oito delas destinadas a de pacientes encaminhados pela Unidade Básica de Saúde, UBS, com ofertas para consultas externas.

O modelo de atendimento adotado no HIZA está voltado para o cuidado humanizado e a observação das normas internacionais de qualidade e segurança do usuário (HIZA, 2015). Apesar do perfil clínico complexo dos pacientes, seus indicadores refletem resultados positivos, como a taxa de reinternação de 1%. O usuário somente é atendido se encaminhado, preferencialmente, por uma das Unidades Básicas de Saúde e/ou por uma das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Por esse motivo, o HIZA é classificado como sendo um hospital de “portas fechadas”¹, uma vez que um cidadão não pode, em teoria, receber atendimento sem que antes tenha sido encaminhado por outra unidade do SUS.

4.2 Avaliação Estética

4.2.1 Visão Geral

Como visto, os diálogos do Grupo de foco originaram 157 segmentos de falas, os quais foram codificados segundo os elementos da dimensão da qualidade em serviços propostos por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988). Finalizada a análise dos dados coletados no Grupo de foco, priorizou-se a análise das percepções estéticas dos dois atributos mais positivos e dos dois atributos mais negativos, já que a configuração possibilitaria a adequada compreensão metodológica com vistas a detectar oportunidades de melhorias e a manter a consistência estética do serviço oferecido ao público.

¹ Mesmo na emergência, os usuários só são atendidos quando encaminhados por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou por outro hospital.

4.2.2 Principais Aspectos Estéticos Positivos: aspectos Estéticos associados à Compreensão e à Cortesia

A “compreensão” foi o item apontado de forma mais positiva quanto à percepção do serviço no decorrer dos diálogos no Grupo de foco. Segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), a compreensão refere-se ao esforço para se entender as necessidades do usuário, dedicando-lhe uma atenção individualizada. Seguir tal definição, alcançar tal atributo, do ponto de vista estético, implica enfatizar a relação pessoa x pessoa. Artefatos físicos ou digitais podem contribuir para com esse atributo, mas as expressões analisadas mostram mais claramente que há uma ligação direta com a relação obtida entre o usuário² e o prestador do serviço. Em outras palavras, o ponto de contato na jornada da experiência necessita ser uma pessoa para que se compreenda que há o cuidado para com o usuário.

De fato, o participante P3 (paciente) argumenta: “(...) acho que a tecnologia é fundamental. A tecnologia tem que existir, mas não tem dinheiro que pague o carinho do médico com o paciente, andando com o paciente e lá dentro do teu consultório ele te receber bem”. Essa aproximação humana entre usuário x prestador do serviço vai para além dos aspectos técnicos do atendimento, incluindo até mesmo o mero caminhar lado a lado. Tal forma de aproximação compreensiva e solidária mostra-se mais importante que as tecnologias quando se trata de relacionar-se o usuário.

O tempo dedicado ao atendimento de cada usuário é também uma variável associada à compreensão. Evidência de tal associação é posta pela participante P2 (enfermeira) que aponta a decisão de priorizar o atendimento ao usuário, para que este possa se sentir compreendido e bem cuidado.

Outras atividades que interferiram no tempo de atendimento foram redimensionadas para se alcançar um tempo maior. Segundo argumenta a participante P2 (enfermeira), são “(...) 2 horários longe do horário da alimentação ou da higiene. Tipo assim, de manhã, das 10 e meia, das 10 às onze.... Nesse período a gente tem que direcionar bem o funcionário pra atender o paciente. Aí chega o familiar, ele quer saber do paciente, ele quer conversar sobre o familiar”.

A completude da informação provida de forma paciente foi também identificada como uma variável do atendimento associada à compreensão. Alcançar esta completude, pode implicar renovar explicações ou dispor de mecanismos de comunicação alternativos para garantir que a mensagem fora plenamente compreendida. A participante P7 (paciente) corrobora tal assertiva quando relatou sua experiência pessoal afirmando que

(...) sabia porque ela veio, me explicou tudo, eu fiz exame do coração porque como faltava o de sangue então o coração não conseguiu bombear, bater direitinho. Então fiquei com o coração fraquinho, aí não podia fazer esforço, então tudo isso ela foi me explicando. Ela foi explicando que realmente, claro, esse teu caso é grave, mas tem condições aí, porque passou muito tempo. Então tudo assim que eles me explicaram até agora eu tenho entendido, e aí é aonde eu venho vindo melhorando”. De forma similar a paciente P6 relata que “(...) eles explicam direitinho, mas aí elas param pra dar um pouco de atenção pra gente”.

² Os termos “usuário” e “paciente” nessa parte da pesquisa são utilizados como sendo sinônimos.

Seguindo a definição proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), a cortesia envolve polidez, respeito, consideração e atitude amigável do prestador do serviço para com o usuário. Entende-se que é possível ocorrer a “cortesia” sem a “compreensão”, posto que a afabilidade pode não ser acompanhada de genuíno esforço para compreender as necessidades particulares de cada usuário. Contudo, os resultados do Grupo de foco mostram que estes dois elementos se apoiam mutuamente.

Do ponto de vista dos prestadores do serviço, observou-se a percepção de que há o esforço para se alcançar um serviço imbuído de “cortesia”. A participante P2 (enfermeira) argumenta:

Eu acho que o pessoal, na verdade, é bem receptivo, desde a área da recepção, os seguranças ali, pessoal multidisciplinar eu acho que é bem receptivo. Porque eu vejo que recepção é carinhosa na verdade com todo mundo. Elas, na medida do possível, claro, elas têm que dar uma atenção pro paciente, mas também com cordialidade. Na verdade, eu acho que a recepção ali é um ponto que é a porta de entrada do hospital e ela traz a primeira impressão. Eu acho que elas acolhem bem os acompanhantes aí dos pacientes.

Essa percepção positiva do nível de cordialidade do serviço é confirmada pela participante P6 (paciente) quando a mesma aponta que “(...) sempre foi bem atendida por todos no hospital”.

O participante P1 (atendente) afirmou que:

(...) a gente tem que ter essa serenidade mesmo quando o paciente chega, porque, calma, porque às vezes o paciente vem nervoso, vem com medo, vem assim, com esses sentimentos de incerteza. Eu acho que a calma pode traduzir pra ele não ficar tão apreensivo, que ele poderá ter uma solução do diagnóstico dele, problema dele”.

Infere-se que a velocidade da resposta no processo de interlocução entre o usuário e o atendente, tratada na seção anterior, é também um atributo associado à percepção de cordialidade. Contudo, adiciona-se a este atributo a atitude calma no processo de atendimento como um elemento crucial para a compreensão de que o atendimento é cordial.

4.2.3 Principais aspectos estéticos negativos: “Acesso” e “Comunicação”

O “acesso” diz respeito à facilidade com que o usuário usufrui do serviço, abarcando aspectos como o tempo em que se aguarda para ser atendido, a conveniência do local, os horários de atendimento, dentre outros. Também diz respeito à facilidade de contato, abarcando a utilização de mecanismos de comunicação utilizados tanto pelo provedor do serviço, quanto pelo usuário (PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY, 1988). Este foi o aspecto negativo mais prevalente, tratando-se da percepção estética do serviço prestado pelo HIZA, com 35 segmentos de fala (22%) de um total de 157 segmentos coletados.

A flexibilidade e a variedade dos horários de atendimento são alguns dos elementos tangíveis que mais foram associados ao baixo desempenho quanto ao “acesso”. Segundo o participante P1 (atendente), “(...) só tem um horário pra visita... E é um aglomerado tremendo esse horário”. O mesmo participante P1 relata uma expressão típica ouvida na recepção acerca desta situação: “(...) nossa, mas só esse horário de visita, não tem horário de manhã?”. A situação anterior é relatada como diferente, posto que, segundo a participante P2 (enfermeira), havia três horários de visita (manhã, tarde e noite), todavia, para priorizar o “cuidado” para com os usuários



internados no hospital, apenas um horário de visita foi estabelecido. Nota-se que aqui há um paradoxo, posto que, para ampliar o “cuidado” para com o paciente internado, o HIZA privilegiou o tempo da enfermaria, com menor disponibilidade para as visitas. Soluções para ampliar a flexibilidade de horários são antevistas pelo próprio participante P1 (atendente) quando aponta que: “(...) nós da recepção principal, nós estávamos até pleiteando os dois horários. Um horário de manhã, de uma hora, que entrassem duas pessoas, sem revezamento, as duas pessoas entrassem e saíssem, e outro horário mais à tardezinha, início da noite.”

As deficiências de infraestrutura física e de pessoal é apontada pelos colaboradores do hospital como a razão para o desempenho negativo do acesso ao serviço, como mostra o relato da participante P2 (enfermeira): “(...) a gente tem uma estrutura de recepção para emergência, mas por falta de funcionário isso não funciona... A gente tem estrutura, mas não funciona bem”. Na infraestrutura destaca-se as deficiências no sistema de informação, conforme aponta o participante P3 (paciente): “(...) o sistema na hora que você chega tá muito complicado. E vai explicar pras pessoas que o sistema demora pra entrar lá”.

A organização física e informacional do espaço da recepção, principalmente em horários de pico, contribui para a percepção estética de caos pelos próprios atendentes, com reflexo na criação da sensação de impotência diante do problema. Segundo o participante P1 (atendente),

(...) às vezes é porque a recepção principal está bem repleta de pessoas. E aí passa tudo, passa quem vai fazer visita, quem vai fazer consulta, SAMU que chega. É por causa disso aí. Às vezes a pessoa chega faltando 15 minutos e a recepção tá lotada. Até chegar na sua senha, já passou o tempo.

Segregar fluxos e especializar funções é apontado como uma estratégia para resolver tais problemas. Segundo a participante P2 (enfermeira), “(...) poderia melhorar se você dimensionar. Tem pessoa que fica só pra atender ambulância, pessoa que fica só pra atender paciente que, às vezes, é pra consulta”. Tal visão foi complementada pelo participante P1 (atendente): “(...) deveria ter uma pessoa ali, [Recepção 01] só pra entregar a senha”.

A concentração de fluxos impacta negativamente na percepção de eficiência e eficácia dos funcionários. Segundo o participante P5 (atendente),

(...) a gente tá marcando, tá agendando vários exames pro mesmo paciente, consulta, tem as perguntas, aonde eu vou, pra onde eu vou. Paciente chega ali no meio do hospital sem saber pra onde vai. é onde a gente para pra falar com todo mundo, a gente tem que responder, a gente não é mal-educado, a gente conversa, tem que entregar senha. Bastante coisa que atrapalha o atendimento, mas a gente entende que a maioria é de idade mesmo.

Apesar da percepção de falta de flexibilidade, a percepção dos usuários é de que o atendimento na Recepção 01 do hospital é eficiente o que pode ser confirmado na fala do participante P6 (paciente): “(...) o atendimento, pra mim, ainda é o rapidinho.” Na fala do participante P3 (paciente): “(...) eu acho que o atendimento é rápido.” Esta percepção positiva quanto ao tempo de atendimento por parte dos usuários estende-se para os colaboradores. Segundo o participante P3 (paciente), “(...) a doutora me atendeu no horário... tava perfeito”. De maneira similar, a participante P6 (paciente) argumenta que “(...) os horários são marcados. Eu chego e já sou atendida. Essas consultas que vem marcadas, eu chego, já sou atendida bem no horário. Não passa do horário.” Nota-se que os usuários estão satisfeitos por serem atendidos no horário, todavia, não disseram nada acerca do tempo dedicado ao atendimento por parte dos

colaboradores. Infere-se que este tempo não impacta negativamente, uma vez que tal aspecto não foi relatado no Grupo de foco,

Os usuários também veem o sistema de informação computadorizado como um vetor central nos atrasos dos atendimentos ocorridos na Recepção 01. Segundo o participante P3 (paciente), “(...) é o sistema que é lento. O sistema que dificulta muito”. O participante P5 (paciente) relata que:

(...) às vezes ele é atendido pelo médico, porque demora muito pra agendar, e daí ele vem com várias coisas pra gente agendar, é onde o sistema às vezes é um pouco mais lento, a gente demora um pouco pra agendar, demora pra explicar os agendamentos pra o paciente. Eu acho que demora mais pro paciente ficar com a gente ali no agendamento do que na consulta.

Essa última impressão, de que o chamado para o atendimento médico ocorre de forma mais rápida do que o atendimento oferecido na Recepção 01, também foi expressada pela participante P6 (paciente) e a participante P7 (paciente).

Surpreendentemente a burocracia exigida no processo de atendimento, quando não excessiva, não é vista de forma negativa pelos pacientes. Segundo o participante P4 (médico), “(...) tem burocracia, mas a burocracia é necessária. Burocracia significa organização.” O excesso de burocracia é, por outro lado, entendido de forma negativa pelo mesmo participante, quando diz: “(...) um excesso, por exemplo, preenchi esse papel, tenho que passar pra você. Daí você passa pra ela, daí ela passa pra mim, pra eu checar se é o mesmo papel. Isso seria uma burocracia em excesso.”

Em menor intensidade, os participantes do Grupo de foco apontaram algumas impressões negativas quanto ao “acesso” a alguns aspectos da infraestrutura física do HIZA. Particularmente, relataram a retirada da senha na Recepção 01 e a dificuldade que portadores de mobilidade reduzida têm ao acessarem o estacionamento.

Quanto à “comunicação” no âmbito dos serviços, esta é entendida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) como manter os usuários informados, com a utilização de linguagem que eles possam entender e, também, envolve o ato de ouvi-los, posto que o *feedback*, em ambos os sentidos, é condição necessária para se concluir o processo de comunicação.

Percebeu-se que há claramente falta de transparência informacional, tanto sob a perspectiva dos prestadores do serviço, como dos usuários. Segundo a participante P2 (enfermeira), “(...) a gente não tem informação, por exemplo, do paciente, se foi pro quarto, pras mesas”. De maneira similar a participante P7 (paciente) argumenta: “(...) eu sinto falta também de informação”.

Observa-se, nos diálogos coletados no Grupo de foco, a inadequação de mecanismos utilizados no processo de comunicação. O participante P1 (atendente) declara: “(...) eu chamava a senha e a voz nem saía mais!”. Da mesma forma, o ordenamento dos pacientes de acordo com as prioridades e a ordem de entrada, são zonas que necessitam de melhorias. Segundo o participante P1 (atendente), “(...) tem pessoas que chegam na recepção e ficam voando. A gente é que às vezes chama: Por favor, senhor, veio sozinho? O papelzinho pra retirar senha fica ali meio escondidinho... por não ser informatizado, eles perguntam, ‘onde pega senha?’”.

Quando instigados a identificarem possíveis soluções, via de regra, os prestadores do serviço apontam soluções orientadas aos artefatos, enquanto os pacientes apontam para soluções orientadas ao próprio atendente. O participante P4 (médico) sugeriu: “(...) um ponto de informação, né? Na catraca. Um ponto de informação ou alguém que realmente pudesse direcionar essas pessoas.” Outra sugestão do mesmo participante foi a colocação de um *banner* de orientação junto à catraca que dá acesso ao interior do hospital, localizada na Recepção 01:

Devia ter um banner! Alguma explicação. O paciente entra aqui na catraca e ele vai direto nesse balcão azul [balcão exclusivo da enfermaria. Não atende ao público]. Esse balcão azul que mantém com certeza esse paciente ali fora. Esse paciente é só aquele que fica internado, entendeu? Não é aquele paciente que veio fora.

O participante P5 (atendente) sugeriu que um “(...) painel de senha ajudaria muito. Tem muitas pessoas que não escuta chamar. Passa a senha, você não me chamou. Paciente não ouve, daí fica muito bravo!”. Corroborando esta sugestão, o participante P1 (atendente) coloca:

(...) tem gente que pega senha ali, fica um tempão sentado: ‘vim só buscar o resultado do exame’! Nossa, nem precisava ter pego a senha, era só entrar nessa porta aqui. Ficou um tempão sentado sem poder ir direto na porta que é pra pegar o resultado de exame. Também tem isso. Então acho que esse balcão seria fundamental.

Apesar da ênfase na proposição de soluções voltadas a artefatos, tanto os pacientes quanto os prestadores do serviço entendem que há limitações quanto à eficácia de tais artefatos, na solução dos problemas de comunicação, sendo apontado o comportamento do próprio usuário como um dos vetores para tal situação. Por exemplo, o participante P1(atendente) relata: “(...) tem essa plaquinha de recepção, mas eles não olham. Eles chegam olhando pra frente, não sabem pra onde vão. Se tivesse um balcão aqui pra entregar senha pra direcionar, você aguarda sua senha ser chamada, tal, ser informatizado também.”

Nessa situação de comunicação deficiente, é comum os usuários buscarem informações junto a seus pares, o que também repercute em ruídos no processo de comunicação. A participante P7 (paciente) informa que

(...) teve uma vez que o moço explicou pra gente. Aí minha filha foi, precisou voltar, se informar, sendo que seria na frente, né? Então essa falta de informação... acho que realmente acumula, porque entre eles ali ainda tinha casos que da gente não saber se entrou um monte de gente lá, só que no momento a gente não sabia.

A maior presença de soluções voltadas à comunicação é particularmente relevante para os usuários que vão ao HIZA pela primeira vez. Corroborando essa colocação, o participante P7 (paciente) afirma que “(...) só no primeiro dia que eu cheguei aqui que eu fiquei meio perdida(...)” e a participante P6 (paciente) sugere que “(...) no primeiro momento você tem dificuldade”. O participante P3 (paciente) concorda com tal avaliação quando afirma que “(...) a primeira vez que eu vim, achei que tem dificuldade de alguém achar”.

4.2.4 Diretrizes estéticas para o estudo de caso: manutenção de consistência estética e simbólica dos serviços

A análise dos resultados do Grupo de foco aponta que os elementos associados à “compreensão” e à “cortesia” foram bem avaliados e merecem ênfase nos esforços de manutenção da consistência estética do serviço prestado pelo HIZA. Nesse aspecto, identifica-se a necessidade de manter o máximo possível o número e a quantidade de contato usuário x prestador do serviço ao longo da jornada, posto que este contato humano é a condição essencial para a boa avaliação acerca da “compreensão” e da “cortesia”. Ambos os aspectos são possíveis de se alcançar sem que necessariamente seja requerido um aumento no número de colaboradores.

A prática do retorno ao usuário para verificar se há dúvidas, ou mesmo outras demandas, ainda que possa ser realizada de forma a parecer espontânea da parte dos prestadores do serviço, pode ser organizada de forma sistemática dentro da própria escala de trabalho, adotando medidas como o rodízio de colaboradores. Tal medida teria um efeito global na experiência do serviço, inclusive com redução na própria carga de trabalho dos atendentes e com a redução de esperas desnecessárias por parte dos usuários, conforme relatado pelos participantes na seção anterior.

Identificou-se como importante para a consistência estética que cada colaborador seja capaz de responder, de forma plena, as informações demandadas pelos usuários, implicando que os novos colaboradores devam receber treinamento específico a este respeito. Verificou-se ser também importante que os colaboradores mais antigos tenham seu padrão de resposta avaliado de maneira a verificar a homogeneidade de conteúdo e formato. Da mesma forma, novos pontos de contato carecem ser elaborados para apoiarem os atendentes na manutenção do nível de completude do processo de comunicação, importante tanto para a percepção de “cuidado” como para a de “cortesia”. Informações logísticas, por exemplo, sobre como se deslocar no hospital ou sobre quais os próximos passos a serem dados na jornada pelo serviço, poderiam ser apoiadas com soluções impressas ou digitais, disponibilizadas aos usuários no momento do atendimento, ampliando ainda mais esta percepção de completude e evitando ruídos no processo de comunicação.

“Acesso” e “Comunicação” são claramente atributos que requerem atenção prioritária no processo de melhoria dos serviços prestados pelo HIZA. Ampliar a percepção de escolha, ainda que a totalidade de tempo de atendimento se mantenha a mesma, é uma estratégia que foi identificada como eficaz nesse sentido. Aqui se tem um desafio na filosofia de trabalho, que implicaria em migrar do paradigma de se trabalhar o atendimento em grandes lotes, concentrando o atendimento, para o trabalho em pequenos lotes, distribuindo o atendimento em mais alternativas de horários. Essa redução no tamanho dos lotes de atendimento implicaria, de forma imediata, na percepção de ‘confusão’ e ‘caos’ que ocorre nos momentos de pico dentro das práticas atuais, percepção esta observada tanto entre os colaboradores como entre usuários.

A análise dos dados apontou que há uma parcela de carga de trabalho desempenhada pelas atendentes que é dedicada a esperas, como, por exemplo, aquelas oriundas de ineficiências no sistema de informação e de retrabalhos no processo de comunicação e uma estratégia que



merece atenção é a migração de parcela destas atividades para artefatos. O Design para Serviços pode contribuir nesse aspecto, resultando um trabalho mais detalhado no posicionamento dos atores, nas ações e nos recursos nas várias ‘camadas do serviço’ (ações do usuário, frontstage, backstage, serviços de apoio etc.). Obviamente a sequência de tal trabalho exigiria, muito provavelmente, outras especialidades do Design tais como informação, interfaces, produtos, gráficos, animação, dentre outros. Um exemplo de tal iniciativa no setor de saúde são os totêmes de ‘check-in’ em hospitais, adotados no sistema de saúde inglês (*NHS – National Health Service*). Novos pontos de contato são também demandados, ao longo da jornada do usuário pelo serviço, para ampliar a transparência informacional, relacionada, por exemplo, ao tempo de espera estimado para o atendimento, à próxima etapa a ser realizada após o atendimento, à localização do setor em que ocorrerá o atendimento etc. O aumento dessa transparência tem impactos também no *modus operandi* da organização, já que com mais clareza é provável e possível que as ineficiências se tornem mais óbvias para o usuário. Integrar práticas de resposta a eventuais reclamações seria uma necessidade que acompanharia a elevação da transparência do serviço. Nesse aspecto, fica claro, a partir das falas dos participantes do Grupo de foco, que soluções para melhoria do sistema de comunicação têm que dar ênfases tanto nos artefatos como nos prestadores de serviço e usuários. Considerando as particularidades de alguns públicos como, por exemplo, o público idoso, não se pode esperar que os artefatos sejam suficientes para tornar o processo de comunicação eficaz. Nesta concepção proposta sobre melhorias nos sistemas de comunicação, os diagnósticos sobre os usuários são um elemento-chave para a solução dos problemas de comunicação de forma mais eficaz. O estudo mostra que a prática utilizada até então é ineficiente, causa insegurança no usuário e retrabalho para colaboradores.

Finalmente, na busca da melhoria estética dos serviços, a análise dos dados sugere que um esforço em particular deve ser dedicado aos ‘iniciantes’ no serviço do hospital, ou seja, àqueles usuários que utilizam o serviço pela primeira vez.

5 Conclusões

Entende-se que o presente estudo cumpriu o objetivo que foi o de apresentar um guia com potencial para auxiliar na identificação de melhorias estéticas e na manutenção da consistência estética de serviços, do ponto de vista da dimensão reflexiva do processamento cerebral. Por se tratar de uma pesquisa exploratória e de uma primeira versão, entende-se que tal guia ainda esteja carente de refinamento e de melhorias. Por outro lado, o mesmo contribui para fomentar discussão acerca da análise estética de serviços, segundo a perspectiva do Design para serviços.

Esta pesquisa também confirma que há necessidade, tanto no âmbito dos serviços como no âmbito do Design para serviços, de que a noção de Estética seja ampliada, de modo a abarcar aspectos como particularidades culturais, afetividade, significados atribuídos aos serviços, satisfação do usuário, a autoimagem e mensagens que a utilização de um determinado serviço pode enviar aos usuários.

Ainda, a presente pesquisa também confirma a insuficiência de modelos que abordam somente a dimensão sensorial ao analisar a Estética de serviços, como é o caso do modelo de

Löbach (2001) e do modelo de Liu (2003). A Estética em serviços não pode ser analisada como meramente resultante de um fenômeno de caráter multimodal, essencialmente sensorial. A percepção estética na relação ser humano x ser humano, bem como a percepção da imagem da própria organização como um todo, exigem a consideração de outros elementos que não apenas os viscerais, sendo, desta forma, válida e pertinente a consideração dos níveis de processamento cerebral propostos por Norman (2008) na análise estética.

Os resultados da presente análise estética, mostrou a necessidade de ir para além dos conceitos convencionais que limitam o que é estético, a beleza da aparência. No processo de análise estética, múltiplas perspectivas, como visto, devem ser consideradas, uma vez que tais perspectivas são construções sociais individuais e naturalmente heterogêneas. O desafio, ao se tratar do Design de Serviço, é o de se obter um “lugar comum” possível de ser gerenciado e convertido em ações no mundo real. De fato, é intrínseco à natureza dos serviços que o “belo”, tanto na perspectiva individual como em grupo, é um conceito em constante mutação, não sendo possível uma caracterização estática. A experiência estética é o resultado de percepções sensoriais, elementos emocionais e comportamentais e elementos cognitivos. Portanto, trata-se de uma experiência abrangente que comunga elementos tangíveis e elementos intangíveis e estes possibilitam ao homem a construção de significados mais profundos e ricos acerca da experiência vivenciada.

Como sugestão para trabalhos futuros, acredita-se que estudos estéticos de caráter transversal, não específicos a um determinado segmento de serviço e com o propósito de estabelecer as referências estéticas de públicos específicos, seriam de grande valia, pois, ao oferecerem parâmetros estéticos basilares, contribuiriam para uma melhora qualitativa da Análise Estética de Serviços. Outra sugestão seria empreender pesquisas que se circunscrevam à análise dos aspectos estéticos presentes na relação pessoa x pessoa. Há uma diversidade de elementos estéticos presentes nessa relação, tais como a cor do uniforme, a presença ou ausência de odores, os aspectos relativos ao vestuário, o gestual adotado, o tom de voz utilizado, a qualidade do repertório, especificidades socioculturais etc., que, infere-se, têm potencial para intervir decisivamente na percepção estética resultante desse encontro, com reflexos diretos no julgamento acerca do serviço. Ainda, entende-se que há demanda por pesquisas, no âmbito do Design para Serviços, particularmente voltadas para compreender, qualitativamente, a interrelação que há entre as dimensões do processamento cerebral e descobrir quais contribuições seriam passíveis de serem utilizadas no Design para serviços.

Referências

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BOMFIM, G. **Ideias e Formas na História do Design**: uma investigação estética. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 1998.

BRAKUS, J.J.; SCHMITT, B.H.; ZARANTONELLO, L. **Brand Experience: What Is It? How Is It Measured? Does It Affect Loyalty?** 2009. Disponível em:



<<http://bear.warrington.ufl.edu/weitz/mar7786/Articles/brakus%20et%20al%202009%20brand%20experience.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BÜRDEK, B. E. **História, teoria e prática do design de produtos**. São Paulo: Edgard Blücher, 2006.

CANDI, M. **Aesthetic Design as an Element of Service Innovation in New Technology-based Firms**. Doctoral thesis. Copenhagen Business School. 2008

CANDI, M.; SAEMUNDSSON, R. **Exploring the Relationship Between Aesthetic Design as an Element of New Service Development and Performance**. 2011. Disponível na internet por http em: <<http://lib.com/10.pdf>>. Acesso em 19 dez. 2015.

CHO, E. J. **Designing for Sociability: A relational aesthetic approach to service interaction**. PhD Thesis, Politecnico di Milano. Milano, 2013.

COSTA, H. **Design para serviços e consistência estética: proposição de um protocolo de avaliação estética em serviços**. 462 f. Tese (Doutorado em Design) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017a.

_____. **Da Educação Estésica à Educação Estética em Curso Superior de Design**. 195f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017b.

CZEPIEL, J. A. **Service Encounters and Service Relationships**. 1990. Disponível em: <<http://www.sd/article>>. Acesso em 19 dez. 2015.

DEBUS, M. (Org.). **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales**. Pennsylvania: University of Pennsylvania/ Applied Communications Technology, Needham Porter Novelli, 1988.

DESMET, P. M. A. **Designing emotions**. 225f. Tese (doutorado em Design), Delft University of Technology, Netherlands, 2002.

DJAJADININGRAT, J.P., OVERBEEKE, C.J.; WENSVEEN, S.A.G. Augmenting fun and beauty: A pamphlet. In: **Proceedings of Conference on Designing Augmented Reality Environments**. New York: ACM, 2000.

ECO, U. **A estrutura ausente**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FREIRE, K. M. **Design de Serviços, Comunicação e Inovação Social**. 280f. Tese (Doutorado em Design). Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro. 2011.

GRAY, D.E. **Pesquisa no Mundo Real**. 2.ed. Trad. Roberto C. Costa. Porto Alegre: Penso, 2012.

HEKKERT, P. **Design aesthetics: Principles of pleasure in product design**?. Psychology Science, 48: 157–172. 2006.

HEKKERT, P.; LEDER, H. Product Aesthetics. In: SCHIFFERSTEIN, H. N. J.; HEKKERT, P. (Eds.) **Product experience**. [S.l: s.n], 2008. p. 259-285.

IIDA, I. **ERGONOMIA: projeto e produção**. 2.ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

JIMENEZ, M. **O que é estética?** São Leopoldo: Unisinos, 1998.



JOHNSON, K.W.; ASHBY, M.F. The Aesthetic and attributes of Products. **International Conference on Engineering Design**. ICED 03 Stockholm, august 19-21, 2003.

KELLOGG, D. L.; NIE, W. **A framework for strategic service management**. Journal of Operations Management, 1995. Elsevier. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272696395000364>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

KRIPPENDORFF, K. **The semantic turn: A new foundation for design**. Boca Raton, FL: CRC Press, 2006.

LEHTINEN, U.; LEHTINEN, J. R. **Service Quality: A Study of Quality Dimensions**. Unpublished working paper. Helsinki: Service Management Institute, 1982.

LEVY, Y.; ELLIS, T. **A Systems Approach to Conduct an Effective Literature Review in Support of Information Systems Research**. 2006. Disponível em: <<http://inform.nu/Articles/Vol9/V9p181-212Levy99.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

LIU, Y. **Engineering aesthetics and aesthetic ergonomics: Theoretical foundations and a dual-process research methodology**. Ergonomics, 2003, v.46, n. 13, p.1273-1292.

LÖBACH, B. **Design industrial**. São Paulo: Edgard Blucher, 2000.

LÖWGREN, J. **Toward an articulation of interaction esthetics**. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/13614560903117822>>. Acesso em: 18 jun 2018.

MCCARTHY, J; WRIGHT, P. **Tecnology as Experience**. 2003. Disponível em: <<http://www-ist.m.ac.nz/plyons.pdf>>. Acesso em 19 dez. 2016.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis: a methods sourcebook**. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 2014.

NORMAN, D. A. **Design emocional**. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. Servqual: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n.1, p.12-40, 1988.

PINHANEZ, C. **Services as Customer-Intensive Systems**. 2009. Disponível em: <<http://www.mitpressjournals.org/1162/desi.2009.25.2.3>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

QUEIROZ, S. G. **A dimensão estético-simbólica dos produtos na relação afetiva com usuários**. Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2011.

ROCHA, C. S.; NOGUEIRA, M. M. **Design Gráfico**. Lisboa: Plátano, 1995.

SANTOS, C. T. **Requisitos de linguagem do produto: uma proposta de estruturação para as fases iniciais do PDP**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia Mecânica. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

SILVA, J. R. de S.; ASSIS, S. M. B. de. **Grupo Focal e Análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do**



desenvolvimento. 2010. Disponível em:
<http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf>. Acesso em 10 fev. 2015.

SILVESTRO, R. Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda. **International Journal of Quality & Reliability Management**. 2005. V. 22. I.3, pp. 215-233.

SOLOMON, M. et. al. **A role theory perspective on dyadic interactions**. 1985. Disponível em: <<http://www.ida.83.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

Sobre os autores

Humberto Costa

Pós-doutorando em *Service Design* - Universidade do Porto. Bolsista do CNPq - Brasil. Doutor em Design e Doutor em Educação - Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Filosofia e Especialista em Leitura de Múltiplas Linguagens - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Graduado em Design. Atua como professor universitário em cursos de Graduação e de Pós-Graduação. É revisor e consultor *ad-hoc* de periódicos científicos na área do Design.

hcosta@fe.up.pt

Aguinaldo dos Santos

Pós-doutorado em Design Sustentável - *Politecnico di Milano*. Doutor em Gestão da Produção - *Salford University*. Bolsista produtividade nível 2 do CNPq. Professor Associado I do Departamento de Design da Universidade Federal do Paraná. Membro de conselho editorial e revisor *ad hoc* de periódicos científicos. Área de atuação: *lean production* e Design para a Sustentabilidade. Coordenado do Núcleo de Design & Sustentabilidade - UFPR.

asantos@ufpr.br