

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO DE PROJETOS**

**DEFINIÇÃO DE REQUISITOS DE UM PROJETO DE *CUSTOMER RELATIONSHIP
MANAGEMENT* NA ÁREA HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM ARTEFATO**

HUGO CAVALCANTE DE OLIVEIRA

São Paulo

2020

HUGO CAVALCANTE DE OLIVEIRA

DEFINIÇÃO DE REQUISITOS DE UM PROJETO DE *CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT* NA ÁREA HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM ARTEFATO

DEFINITION OF REQUIREMENTS FOR A PROJECT OF CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT IN HOSPITALS: PROPOSAL OF AN ARTIFACT

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão de Projetos da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. CRISTIANE DREBES PEDRON

São Paulo

2020

HUGO CAVALCANTE DE OLIVEIRA

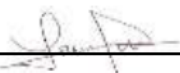
DEFINIÇÃO DE REQUISITOS DE UM PROJETO DE *CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT* NA ÁREA HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM ARTEFATO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do **grau de Mestre em Administração**, pela Banca Examinadora, formada por:

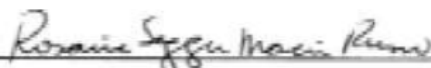
São Paulo, 20 de Março de 2020



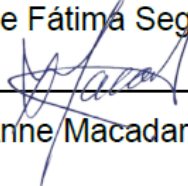
Presidente: Prof. Dra. Cristiane Drebes Pedron – Orientadora - UNINOVE



Membro: Prof. Dra. Sônia Francisca de Paula Monken (UNINOVE)



Membro: Prof. Dra. Rosária de Fátima Segger Macri Russo (UNINOVE)



Membro: Prof. Dra. Marie Anne Macadar Moron (COPPEAD/UFRJ)

DEDICATÓRIA

Dedico a minha mãe Francisca Leonora, ao meu Pai Raimundo Nonato e a minha esposa Roberta Oliveira Costa Cavalcante.

AGRADECIMENTO

Primeiramente deixo a minha imensa gratidão a Deus que abriu as portas para essa oportunidade e me deu forças para seguir em frente nesse desafio. Agradeço, especialmente, a minha esposa Roberta Oliveira por compreender os momentos de ausência e me apoiar para finalização desse ciclo, foram momentos difíceis e de muito cansaço para conciliar o trabalho do dia a dia, o mestrado e o matrimônio, e que sem o seu suporte essa caminhada não seria possível. Deixo o meu agradecimento a uma pessoa que foi de extrema importância para esse ciclo acontecer, que foi a minha orientadora professora Cristiane Pedron, obrigado por não deixar eu desistir nos momentos difíceis e por acreditar no meu potencial, tenho muito a agradecer a todos os seus direcionamentos e ensinamentos para que esse caminho fosse cumprido. Agradeço aos meus pais e aos meus três irmãos, por me ensinarem os valores mais importantes da vida, que são os valores da família, e agradeço em especial aos meus pais por toda educação fornecida por eles, que contribuiu para os meus valores e me ajudou a se tornar o homem íntegro que sou. Agradeço também a toda a família da minha esposa, que ao longo desses anos de matrimônio se tornou a minha família também, e em especial agradeço a minha sogra Dione e a vovó Cida que me acolheram como um filho e complementaram os meus valores e a importância da família em nossas vidas. Agradeço a todos os companheiros, amigos e professores do mestrado em gestão de projetos da UNINOVE, que contribuíram com esse grupo tão rico em conhecimento e que a cada aula e a cada desafio, um novo tijolinho de conhecimento foi colocado em minha vida. Deixo também um agradecimento especial a organização ACSC - Associação Congregação de Santa Catarina, desde o Diretor de TI Jesus Garcia, e aos Gerentes Ricardo Vanicelli, Fabio Koga e Ailton Bento, um agradecimento geral a todos os colaboradores da TI e a tantos outros que me apoiaram para que esse desafio fosse concluído, foram muitos dias de trabalho intenso e que todos apoiaram e me engajaram para seguir em frente e não desistir nunca. De forma geral, tenho o mestrado como um dos desafios mais intensos da minha vida, e vou levar todos esses ensinamentos para que possa compartilhar com outras pessoas ao longo da minha vida, vejo que me tornei uma pessoa muito melhor e reforcei o conceito que quanto mais aprendo, mais tenho convicção que nada sei e tenho muito mais a aprender.

RESUMO

O mapeamento das expectativas dos *stakeholders* por meio da definição de requisitos é considerado um ponto-chave para o sucesso de um projeto. Neste contexto, o setor da saúde passa por uma mudança de paradigma, na qual o paciente, que é o principal cliente dos hospitais, se posiciona como protagonista do seu tratamento e começa a exigir uma postura diferente dos hospitais. O paciente, além de exigir um tratamento de qualidade, também exige um relacionamento personalizado conforme o seu perfil. Para tanto, faz-se necessário conhecer melhor quais são as expectativas dos pacientes sobre os hospitais com o objetivo de criar um laço de relacionamento que vai fidelizar. O *Customer Relationship Management (CRM)* é um conceito que visa estreitar o relacionamento entre clientes e organizações, buscando melhorar os serviços e produtos voltados para a experiência dos clientes. Assim, esta dissertação procura responder a seguinte questão: Quais são os requisitos de um projeto de *CRM* na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais? Esta pesquisa utilizou o *Design Science Research* que é considerado um método de pesquisa colaborativo, que por meio da construção de um artefato prescritivo busca resolver problemas em contextos reais nas organizações, além de garantir a produção do conhecimento científico confiável através do seu rigor metodológico. Para responder a questão de pesquisa, foi realizado um aprofundamento teórico e prático com o objetivo de criar um artefato do tipo ‘modelo’ da classe de problemas de ‘relacionamento com clientes’ contendo seis requisitos para a criação de um projeto de *CRM* hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes sobre o relacionamento destes com os hospitais. Este trabalho empírico foi realizado em uma unidade hospitalar 100% privada em São Paulo administrada pela rede Associação Congregação de Santa Catarina, a unidade de análise possui 310 leitos totalmente voltados ao atendimento de clientes das operadoras de saúde de médio e alto padrão. Como contribuição, é proposto um artefato com requisitos de um projeto de *CRM* que poderá ser instanciado no ambiente prático com o objetivo de estreitar o relacionamento dos pacientes com os hospitais.

Palavras-chave: Gestão de requisitos em projetos; Relacionamento com pacientes; *Customer Relationship Management (CRM)*; Protagonismo do paciente.

ABSTRACT

The mapping of stakeholder expectations through the definition of requirements is considered a key point for the success of a project. In this context, the health sector is undergoing a paradigm shift, in which the patient, who is the main client of the hospitals, positions himself as the protagonist of his treatment and begins to demand a different posture from the hospitals. The patient, in addition to demanding quality treatment, also requires a personalized relationship according to his profile. Therefore, it is necessary to know better what are the expectations of patients about hospitals in order to create a relationship bond that will build loyalty. Customer Relationship Management (CRM) is a concept that aims to strengthen the relationship between customers and organizations, seeking to improve services and products aimed at the experience of customers. Thus, this dissertation seeks to answer the following question: What are the requirements of a CRM project in the hospital that contemplate the expectations of patients with a focus on improving their relationship with hospitals? This research used Design Science Research, which is considered a collaborative research method, through the construction of a prescriptive artifact, seeks to solve problems in real contexts in organizations, in addition to ensuring the production of reliable scientific knowledge through its methodological rigor. To answer the research question, a theoretical and practical deepening was carried out with the aim of creating an 'model' type artifact of the 'customer relationship' class of problems containing six requirements for the creation of a hospital CRM project that contemplate patients' expectations about their relationship with hospitals. This empirical work was carried out in a 100% private hospital unit in São Paulo managed by the group *Associação Congregação* de Santa Catarina, the analysis unit has 310 beds fully focused on serving medium and high standard healthcare clients. As a contribution, it is proposed an artifact with requirements for a CRM project that can be instantiated in the practical environment in order to strengthen the relationship of patients with hospitals.

Keywords: Requirements management in projects; Relationship with patients; Customer Relationship Management (CRM); Patient's Protagonism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSC – Associação Congregação de Santa Catarina

APDSI – Associação para Promoção e Desenvolvimento da Sociedade de Informação de Portugal

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRM – *Customer Relationship Management*

DSR – *Design Science Research*

DS – *Design Science*

ERP – *Enterprise Resource Planning*

HIMSS – *Healthcare Information and Management Systems Society*

IJPM – *International Journal of Project Management*

MRP – *Material Requirement Planning*

PA – Pronto Atendimento

PMI – *Project Management Institute*

PRM – *Patient Relationship Management*

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

SLA – *Service Level Agreement* - Acordo de Nível de Serviço

SOBRAMEX – Sociedade Brasileira de Médicos Executivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TI – Tecnologia de Informação

TLCE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definição de escopo por diversos autores	27
Quadro 2: Pontos de atenção para a correta definição de escopo.....	29
Quadro 3: Definição de requisitos segundo autores.	31
Quadro 4: Definição de <i>CRM</i> segundo autores do tema.	32
Quadro 5: Definições e aplicações do PRM.....	36
Quadro 6: Resultado da codificação das entrevistas na ACSC	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela comparativa de métodos de pesquisa.....	41
Tabela 2: Diretrizes para a execução de interpretação de <i>Design Science Research</i>	43
Tabela 3: Descrição das classes de problemas segundo Veit (2013)	45
Tabela 4: Participantes do grupo focal	57
Tabela 5: Requisitos para a criação de projetos com foco no paciente	59
Tabela 6: Informações dos pacientes que participaram das entrevistas na ACSC	67
Tabela 7: Lista de requisitos da base de dados do SAC da rede ACSC	72
Tabela 8: Resultado do agrupamento dos requisitos entre <i>RSL</i> e Base de dados do <i>SAC</i>	81
Tabela 9: Lista de requisitos de um projeto de CRM na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes	83
Tabela 10: Codificação realizada sobre os participantes do grupo focal	96
Tabela 11: Lista de requisitos de um projeto de CRM na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Problemas mais frequentes nos projetos	17
Figura 2 Interação dos conceitos utilizados no referencial teórico	24
Figura 3 Procedimento de pesquisa para <i>Design Science Research</i>	48
Figura 4 Método para condução da revisão sistemática da literatura.....	51
Figura 5 Método para triangulação dos requisitos.....	55
Figura 6 Distribuição dos entrevistados por faixa de idade e período no hospital.....	68
Figura 7 Distribuição dos entrevistados por gênero e tipo de atendimento.....	68
Figura 8 Proposta de agrupamento dos requisitos entre RSL e Base de dados do SAC	80
Figura 9 Agrupamento do resultado da primeira triangulação e o resultado das entrevistas dos pacientes da ACSC	83

SUMÁRIO

RESUMO.....	VI
ABSTRACT	VII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	VIII
LISTA DE QUADROS.....	IX
LISTA DE TABELAS.....	X
LISTA DE FIGURAS.....	XI
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS	19
1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	20
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE ESCOPO EM PROJETOS	25
2.1.1 Definição de escopo de projetos.....	26
2.1.2 Definição de requisitos em projetos	30
2.2 CRM – <i>CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT</i>	32
2.2.1 Classificações de <i>CRM</i>	34
2.3 CRM NO SETOR DA SAÚDE.....	35
3 MÉTODO DE PESQUISA	39
3.1 DESIGN SCIENCE	39
3.2 DESIGN SCIENCE RESEARCH.....	42
3.2.1 Artefatos	44
3.2.2 Classe de problemas dos artefatos.....	45
3.3 UNIDADE DE ANÁLISE.....	46
3.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	47
3.4.1 Identificação e motivação do problema.....	49
3.4.1.1 Procedimento utilizados na Revisão sistemática da literatura.....	49

3.4.1.2	Entrevistas semiestruturadas com pacientes da rede ACSC.....	52
3.4.1.3	Procedimento utilizados para coleta de dados do SAC	53
3.4.1.4	Análise dos dados	54
3.4.2	Definição dos objetivos para a solução	54
3.4.3	Concepção e desenvolvimento do artefato	56
3.4.4	Apresentação do artefato	56
3.4.5	Avaliação do artefato.....	57
3.4.6	Comunicação dos resultados da pesquisa.....	58
4	RESULTADOS	59
4.1	IDENTIFICAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO PROBLEMA TEÓRICO	59
4.1.1	Avaliação do atendimento e dos funcionários.....	60
4.1.2	Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente	61
4.1.3	Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	62
4.1.4	Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnica	62
4.1.5	Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico	64
4.1.6	Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento	64
4.1.7	Portal de serviços online: Fidelização do paciente.....	66
4.2	IDENTIFICAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO PROBLEMA EM AMBIENTE PRÁTICO	67
4.2.1	Entrevistas com pacientes da ACSC	67
4.2.2	Base de dados do SAC – Serviço de atendimento ao cliente	72
4.2.3	Requisito: Avaliação e percepção do serviço prestado	72
4.2.4	Requisito: Comunicação durante o atendimento.....	74
4.2.5	Requisito: Organização do atendimento / preparação profissional	75
4.2.6	Requisito: Assuntos financeiro.....	76
4.2.7	Requisito: Equipamentos e tecnologia	78

4.3	DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO.....	79
4.4	CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO ARTEFATO	79
4.4.1	Triangulação da Revisão sistemática da literatura e Resultados da análise dos chamados do SAC	80
4.4.2	Triangulação dos requisitos com os resultados das entrevistas com pacientes	82
4.5	APRESENTAÇÃO DO ARTEFATO	83
4.5.1	Avaliação e percepção do serviço prestado.....	84
4.5.2	Canal de comunicação durante e pós atendimento.....	86
4.5.3	Educação e informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	88
4.5.4	Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento	89
4.5.5	Assuntos financeiros.....	90
4.5.6	Infraestrutura e tecnologia.....	91
4.6	AVALIAÇÃO DO ARTEFATO.....	92
4.7	COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	99
4.7.1	Contribuições teóricas e práticas	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	114
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	115
	APÊNDICE C – CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL.....	117
	APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DO ARTEFATO	123

1 INTRODUÇÃO

Atender as expectativas dos clientes tem sido considerado pontos essenciais para que os negócios se mantenham ativos. Portanto, envolver o cliente na concepção de um produto ou serviço, aumenta as probabilidades de aderência e sucesso do mesmo (Fageha & Aibinu, 2013).

Na gestão de projetos, os clientes são nomeados como *stakeholders*. De acordo com o *PMI* (2017), os *stakeholders* podem ser pessoas, grupos ou organizações que são afetados, ou possuem interesse no resultado de um projeto. Desta forma, as expectativas dos *stakeholders* devem ser tratadas de forma especial e com muita atenção por todos os profissionais de projetos, pois, este é considerado um dos fatores críticos para o sucesso em projetos (Mirza et al., 2013).

Dentro da gestão de projetos, o levantamento das expectativas dos *stakeholders* é realizada na gestão de escopo por meio do processo de coleta dos requisitos (Mirza et al., 2013). Os autores argumentam que em diversos projetos considerados malsucedidos, são apontadas falhas neste processo de definição de requisitos do projeto ou do produto porque os *stakeholders* não são identificados de forma correta e não possuem suas expectativas contempladas nas entregas finais do projeto (Mirza et al., 2013). Já um requisito mapeado de forma correta e alinhado com as expectativas dos *stakeholders* do projeto impacta positivamente na percepção de qualidade e resultados, diminuindo as possibilidades de desvios em escopo, preço e prazo (Lampa, Contessoto, Amorim, Zafalon, Valêncio, & Souza, 2017).

Trazendo essa discussão para a área da saúde, este ponto é ainda mais perceptível, pois, muitos projetos e serviços para os pacientes são gerados com base na percepção dos profissionais da saúde (Baashar et al., 2016). Considerando a importância que os hospitais têm atribuído à satisfação de seus clientes (pacientes), o paciente deveria ser considerado uma parte interessada na concepção de projetos, produtos e serviços.

Neste contexto, o *Customer Relationship Management (CRM)* é um conceito relevante, pois busca conhecer melhor as expectativas do cliente, com o objetivo de estreitar o relacionamento e fidelizá-lo, disponibilizando serviços e produtos que realmente atendam a sua necessidade (Agariya & Singh, 2013). Um estudo realizado por Baashar et al. (2016) demonstra que a discussão sobre relacionamento e satisfação do paciente por meio do *CRM* na saúde começou a tomar proporção, sendo que esta prática tem crescido continuamente desde o ano de 2010.

Seguindo a mesma linha dos conceitos do *CRM*, surge o *Patient Relationship Management (PRM)*, que é tido como uma extensão do *CRM* para saúde, que foca nos pacientes

como principais clientes, e visa potencializar o relacionamento destes com os hospitais, tornando os hospitais mais competitivos e entregando maior valor para o paciente durante o seu ciclo de atendimento (Chhangani, 2013). Com o uso do conceito *PRM*, os hospitais podem incrementar o nível de serviço e relacionamento com os pacientes, pois, o *PRM* é capaz de ajudar a entender as necessidades atuais e futuras, focando em gerar serviços que realmente agreguem valor e benefícios ao paciente (Hsu, 2013).

Yousefi e Kargari (2014) e Monem, Hussin e Behboodan (2011) argumentam que a satisfação, o relacionamento e a segurança do paciente têm se tornado as prioridades dos líderes da saúde. Sendo assim, muitos hospitais estão começando a reconhecer e colocando o paciente no centro dos esforços para a geração de projetos e serviços (Rababah et al., 2010).

A criação de um *CRM* para a saúde é considerada uma via de mão dupla, na qual pacientes e hospitais obtêm ganhos. O paciente obtém um canal de comunicação aberto e direto com o hospital, além de um serviço com mais qualidade e personalizado conforme o seu perfil (Hung et al., 2010). Na visão do hospital, o ganho maior está em se aproximar e conhecer melhor o seu principal cliente que é o paciente, além de gerar produtos e serviços que realmente atendam as expectativas e geram valor aos pacientes, tornando essa relação entre o hospital e paciente um diferencial perante a concorrência (Hung et al., 2010).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Dentro das perspectivas organizacionais atuais, a gestão de projetos se tornou um dos pontos mais relevantes para a criação de produtos ou serviços. Sendo assim, a correta gestão e condução dos projetos podem ajudar a economizar milhões, além de otimizar as entregas durante as fases de desenvolvimento de novos produtos e serviços (Lampa et al., 2017). Esta importância é comprovada pela quantidade crescente de empresas que adotam alguma metodologia de gestão de projetos com esses objetivos (Kerzner, 2017). Tal fato pode ser constatado a partir do estudo conduzido por Eiras et al. (2017) que analisaram a produção de conhecimento em gestão de projetos considerando os artigos publicados no *International Journal of Project Management* (IJPM). O período analisado, de 1983 a 2015 (30 anos), apresentou um total de 1.439 artigos sobre gestão de projetos, sendo que quase 50% (637) deles foram publicados nos últimos 5 anos (de 2011 a 2015), demonstrando a grande evolução da temática.

Segundo Mariano (2008), a gestão de projetos mostra-se cada vez mais complexa visto a variedade de fatores internos e externos que podem afetar o projeto, de forma a exigir da gestão de projetos maior foco nos requisitos e no escopo do projeto. De acordo com Fleming e Koppelman (2006), não há fator que mais contribua para o sucesso de um projeto do que iniciá-lo com uma completa e consistente definição do escopo e requisitos.

Um estudo realizado por Lampa et al. (2017) demonstra que 48% das falhas identificadas em projetos estão relacionadas a requisitos mal definidos que não refletem a expectativa dos clientes. O levantamento de requisitos de um projeto deve refletir as expectativas das partes interessadas já na fase inicial ou no planejamento do projeto, sendo considerado um dos fatores mais importantes para assegurar o sucesso nos projetos (Thomson, 2011). Assim, todas as partes interessadas devem ser escutadas em um processo claro de comunicação, desde o planejamento do projeto a fim de definir os requisitos de forma adequada e garantir que nenhuma necessidade fique fora do mapeamento (Fageha & Aibinu, 2013).

O estudo realizado pelo PMI (2013) apresentou que o escopo definido incorretamente é considerado um dos três principais fatores críticos de sucesso em projetos. Neste contexto, inserem-se a identificação das necessidades e as expectativas dos *stakeholders* por meio do processo de coleta dos requisitos.



Figura 1 Problemas mais frequentes nos projetos

** Percentual de organizações que citaram cada item durante a pesquisa.

Pesquisas de negócios realizadas pela Forbes, Price Waterhouse Coopers e Towers Watson, citadas pelo PMI (2013) em seu estudo, mostram que as organizações estão bem cientes do impacto positivo que a correta definição de escopo tem sobre os projetos, programas e portfólios. Segundo Morioka e Carvalho (2013), existem duas formas de classificar o sucesso em projetos, sendo que a primeira considera o sucesso no gerenciamento do projeto, que está focada no cumprimento do escopo, prazo e custos, enquanto que a segunda considera o sucesso do projeto como a entrega de benefícios e valor para a empresa, equipes e clientes do projeto.

Desta forma, durante as etapas de planejamento do projeto, o processo de levantamento de requisitos deve ser tratado com a devida importância, pois nele serão evidenciadas as necessidades e, conseqüentemente, as expectativas dos *stakeholders* sobre os resultados do projeto (Thomson, 2011). O PMI (2013) enfatiza que a correta gestão de projetos favorece os resultados e entregas dos projetos, possibilitando que as organizações alcancem alto desempenho, refletindo em uma média de 80% dos projetos dentro do cronograma, dentro do orçamento e atendendo os objetivos originais que reflitam a necessidade dos clientes do projeto.

Partindo da problemática apresentada neste tópico sobre a correta definição de escopo e requisitos de projetos, na área hospitalar ainda existe a lacuna de considerar o paciente durante a concepção de um projeto (Baashar et al., 2016). Assim, as instituições de saúde precisam considerar que toda a receita dos hospitais advém da prestação de serviços aos pacientes e, por isso, deve ser dada a devida importância para considerá-lo como um *stakeholders*, e gerenciar suas expectativas a fim de mantê-los satisfeitos (Sarkhosh et al., 2012). Groene et al. (2015) enfatizam a necessidade de considerar o paciente como um dos principais interessados no resultado dos projetos na área hospitalar, pois esses resultados impactam diretamente no atendimento prestado a estes.

Neste contexto, uma reportagem publicada pela revista Exame (2019) enfatiza que os serviços de saúde vêm se transformando para superar as novas expectativas dos pacientes. Segundo a reportagem, o diagnóstico e o desfecho clínico continuam sendo de extrema importância, mas o sentimento e a experiência gerada sobre o relacionamento dos pacientes com os hospitais passam a ser fundamentais. Esta reportagem vai ao encontro do estudo de Androniceanu (2017), que levantou que 31,4% dos pacientes procuram atendimento com base na experiência de outros pacientes, enquanto que 23,9% procuram o hospital com base na avaliação dos profissionais que prestam serviço na instituição.

Assim, centralizar todos os esforços somente na doença do paciente e desconsiderar a opinião do paciente como cliente, pode afetar diretamente o resultado da aderência do paciente

ao tratamento, pois é a partir desse relacionamento que pode-se obter informações cruciais que venham a melhorar o engajamento do paciente ao tratamento e, assim, diminuir a reincidência deste no ambiente hospitalar, além de fidelizar o paciente sobre o ponto de vista de efetividade do tratamento ofertado (Yousefi & Kargari, 2014). O estudo de Groene et al. (2015) demonstra que a reincidência do paciente pelo mesmo diagnóstico pode gerar impactos financeiros negativos nos resultados das instituições de saúde, pois diversas seguradoras da área de saúde reconhecem a reincidência do paciente pelo mesmo diagnóstico como uma falha operacional e, como consequência, não remuneram os hospitais em caso de reincidências.

Partindo da problemática apresentada neste tópico, é possível identificar a importância da definição de requisitos de projetos na área hospitalar com base na expectativa dos pacientes, e analisando o cenário de projetos na área da saúde, essa lacuna fica evidente.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS

Considerando a problemática apresentada, a questão de pesquisa da presente dissertação é: **Quais são os requisitos de um projeto de CRM na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais?**

O objetivo geral é propor um artefato contendo o levantamento de requisitos para a criação de um projeto de CRM na área hospitalar, que representa as expectativas dos pacientes, com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais.

Como objetivos específicos, este estudo procurou:

(a) Identificar na literatura os requisitos que evidenciam as expectativas dos pacientes sobre seu relacionamento com os hospitais.

(b) Identificar, em um ambiente prático, as expectativas dos pacientes sobre seu relacionamento com os hospitais.

(c) Elaborar e validar o artefato contendo os requisitos de um projeto de CRM com os profissionais da saúde que estão diretamente ligados ao ciclo de experiência do paciente.

Partindo da problemática e dos objetivos de pesquisa, a presente dissertação realizou o trabalho empírico em uma unidade hospitalar 100% privada na cidade de São Paulo. Este hospital é administrado pela rede *Associação Congregação de Santa Catarina*, a unidade de

análise possui 310 leitos totalmente voltados ao atendimento de clientes das operadoras de saúde de médio e alto padrão

Estando os objetivos direcionados para o ambiente prático, essa dissertação utilizou uma abordagem qualitativa de caráter exploratório apoiado no método de pesquisa de *DSR - Design Science Research*. O *Design Science Research* é considerado um método de pesquisa colaborativo, que busca resolver problemas em contextos reais nas organizações, além de garantir a produção do conhecimento científico de forma confiável através do seu rigor metodológico (Dresch et al., 2015). Este método utiliza-se da construção de um artefato prescritivo, bem como sua validação de utilidade no ambiente instanciado (Hevner, March, Park, & Ram, 2004).

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

De acordo com Kotler (2013), as teorias de marketing anteriores à década de 70 eram voltadas exclusivamente para organizações industriais com fins lucrativos e, posteriormente, as ações de marketing passaram a ser direcionadas para outros tipos de organizações, incluindo também serviços, lugares, ideias e experiências, porém, ainda com o foco exclusivo em aumentar a demanda, sem qualquer ação direcionada para um melhor relacionamento com o cliente. Seguindo a evolução do marketing, a expansão se deu para novas áreas de atuação, a exemplo das organizações hospitalares, que passaram a desenvolver projetos e serviços como forma de atrair novos clientes (Silva & Silva, 2014).

Mesmo após essa expansão para outras áreas, ainda existem organizações e pessoas que pensam de forma contrária a este conceito de relacionamento com os clientes: “As instituições de saúde não devem praticar atividades mercadológicas, por acreditarem que a saúde é uma necessidade básica de vida, e a mesma não deve ser influenciada por iniciativas ligadas ao capitalismo” (Silva & Silva, 2014, p.88).

No mesmo caminho da evolução e mudanças do marketing, os avanços tecnológicos aconteceram e passaram a apoiar todas às áreas do conhecimento, incluindo a área da saúde que incorporou novas soluções de Tecnologia de Informação (TI) e gestão de processos tendo em vista um melhor relacionamento com o seu público (Cerqueira & Santiago, 2010). As instituições da saúde passaram a dispor de sistemas informatizados com bases de dados contendo diversas informações relacionadas aos pacientes, porém esses dados ainda são pouco explorado no contexto do marketing (Park et al., 2017). Os hospitais utilizam tais informações

com o foco no diagnóstico do paciente, perdendo a oportunidade de conhecer melhor o seu paciente (Sarkhosh et al., 2012).

Um estudo realizado pela organização HIMSS (*Healthcare Information and Management Systems Society*) mostra que melhorar a qualidade do atendimento prestado, e focar no aumento do nível de satisfação do paciente, podem ser considerados impulsionadores de negócios que geram destaque aos hospitais que fornecem esse serviço diferenciado e de qualidade perante a concorrência (Hung et al., 2010).

A importância da experiência do paciente ocorre em escala mundial, e o *Brasil* encontra-se inserido neste movimento com iniciativas consideráveis, a exemplo da *SOBRAMEX - Sociedade Brasileira de Médicos Executivos* que reforçam que as expectativas do paciente devem ocupar o primeiro lugar na prioridade dos hospitais (Exame, 2019). Para o presidente da *SOBRAMEX*, Dr. André Chiga:

“Você pode ter um resultado clínico positivo com uma experiência negativa. Por exemplo: uma cirurgia tecnicamente bem sucedida, mas com problemas na relação com o cirurgião no pós-operatório gera um sentimento ruim e uma insatisfação do cliente, e o contrário também pode ocorrer, quando um parente falece, mas a família percebe que todos os cuidados foram realizados com segurança, ética e respeito, o sentimento gerado pode ser de gratidão”.

Além da *SOBRAMEX*, outras instituições de renome estão totalmente voltadas para o tema da experiência do paciente, como é o caso da *CBEXS - Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde*, que durante o ano de 2019 nos mais diversos fóruns e feiras sobre o mercado da saúde, o tema de relacionamento e fidelização do paciente foi muito discutido. Para o presidente da *CBEXS*, esse será um pré-requisito para as instituições hospitalares, sendo que as instituições que alcançarem o paciente fora dos seus ambientes e fidelizados poderão contar com esse diferencial sobre o mercado (*CBEXs*, 2019).

Considerando o paciente como uma parte interessada no resultado dos projetos hospitalares, em razão da sua condição de cliente, algumas organizações hospitalares brasileiras tomaram a iniciativa de adotar novas estratégias de atendimento com foco no paciente e adquiriram uma solução de *CRM*, é o caso do Hospital 9 de Julho de São Paulo (*IDG*, 2019). Essa instituição, reconhecida como referência em soluções médicas de alta complexidade, implementou a solução de *CRM* buscando reformular toda sua estratégia de comunicação e atendimento para o paciente. Assim o *Hospital Nove de Julho* passou a ter uma visão completa e individual de cada paciente, utilizando os painéis gerados a partir de sistemas integrados e

dados unificados, promovendo uma automatização suportada por inteligência artificial. Desta forma, com as soluções adotadas, a área de Marketing do hospital agilizou a construção de estratégias, em uma combinação que refletiu na tomada de decisão e na melhora da comunicação e do atendimento aos médicos e pacientes (IDG, 2019).

Em uma pesquisa realizada pela instituição privada Bain & Company em parceria com a ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados demonstra a importância de fidelizar e manter os pacientes para os hospitais privados, considerando que toda a receita desses hospitais é obtida por meio da prestação de serviço para esse cliente privado. Neste cenário, o fator satisfação pode ser crucial para definir se esse paciente vai voltar ou não para o hospital privado, e na visão do hospital privado quanto mais pacientes forem atendidos e fidelizados, maior será a receita para os hospitais (Fiorentino et al., 2016). Diferente do cenário do SUS – Sistema Único de Saúde do Brasil, onde o principal objetivo é trabalhar com a saúde preventiva e atuar para que a população não precise se deslocar para um hospital público, pois quanto maior o volume de atendimentos, menos vagas disponíveis nos hospitais públicos, e maior será o gasto do governo para manter esses hospitais (Santos & Lacerda, 1999).

O uso do *CRM* na área hospitalar ajuda a compreender e gerenciar melhor as expectativas de relacionamento dos pacientes com os hospitais (Hajikhani et al., 2015). Segundo Rababah et al. (2010), o *CRM* na saúde pode ser utilizado como um facilitador para os profissionais da saúde, com o intuito de se aprender sobre as expectativas dos pacientes, além facilitar a comunicação de informações relevantes como resultados de exames, prontuários, diagnósticos, entre outros.

O estudo realizado por Hung et al. (2010) aponta diversos requisitos que devem ser considerados na criação de valor para os pacientes, tais como canais diretos com seus respectivos médicos, canais de interação entre os pacientes com o mesmo diagnóstico, base de consulta sobre informações relacionadas a sua doença e tratamentos possíveis, envolvimento na definição do seu tratamento, documentos de prontuários com informações menos técnicas, portal de serviços *on-line*, entre outros.

Analisando a temática de relacionamento com o cliente e trazendo esse conceito para a gestão de projetos hospitalares, é possível identificar a relação do levantamento de requisitos com base na expectativa dos pacientes. Os projetos falham muitas vezes devido à incorreta identificação das partes interessadas e à incapacidade de compreender os requisitos e as expectativas destes para com o projeto desde o seu início (Thomson, 2011; Mirza et al., 2013).

Nesse contexto justifica-se a proposição de um projeto de *CRM* em hospitais privados partindo da expectativa do paciente. A presente pesquisa pretende ajudar as instituições hospitalares privadas a compreender o que o paciente espera do relacionamento com os hospitais privados, assim, estes podem melhorar o atendimento fornecido, captar novos clientes, além de aumentar as chances de sucesso de projetos que são gerados com foco em produzir produtos e serviços para os pacientes.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação está organizada em cinco seções. A **primeira** seção apresenta a contextualização, problema de pesquisa, questão de pesquisa, justificativa e objetivos da pesquisa. Na **segunda** seção é apresentada a fundamentação teórica que serviu como base de estudo para a construção dos pilares que suportam esta pesquisa. A **terceira** seção apresenta o detalhamento da metodologia e procedimentos da pesquisa, que asseguram o rigor metodológico utilizado para conduzir esta dissertação. A **quarta** apresenta todas as análises e resultados conduzidas sobre todos os dados utilizados na pesquisa, além de trazer uma seção dedicada a trazer as contribuições da pesquisa para os praticantes. A **quinta** seção apresenta as considerações finais do trabalho, ou seja, as respostas aos objetivos e questão de pesquisa, bem como as limitações da pesquisa e ideias de trabalhos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o conteúdo teórico utilizado para a condução desta dissertação, iniciando com uma abordagem detalhada sobre gestão de escopo e definição de requisitos em projetos. Com isso, pretende-se demonstrar a importância de uma boa definição de escopo e requisitos para que os projetos atendam as expectativas e necessidades dos *stakeholders* e, conseqüentemente que os projetos tenham maiores chances de serem bem-sucedidos. No segundo capítulo são apresentados os conceitos gerais de *Customer Relationship Management (CRM)*, sob a ótica de estabelecer um melhor relacionamento com os clientes. No mesmo capítulo é apresentada a aplicação do *CRM* na saúde, de onde surge o *Patient Relationship Management (PRM)*, considerado uma extensão do *CRM* para a saúde, pois busca incrementar o relacionamento tendo o paciente como foco.

Para exemplificar melhor a interação do referencial teórico, a figura 2 apresenta como esses conceitos estão relacionados na dissertação.

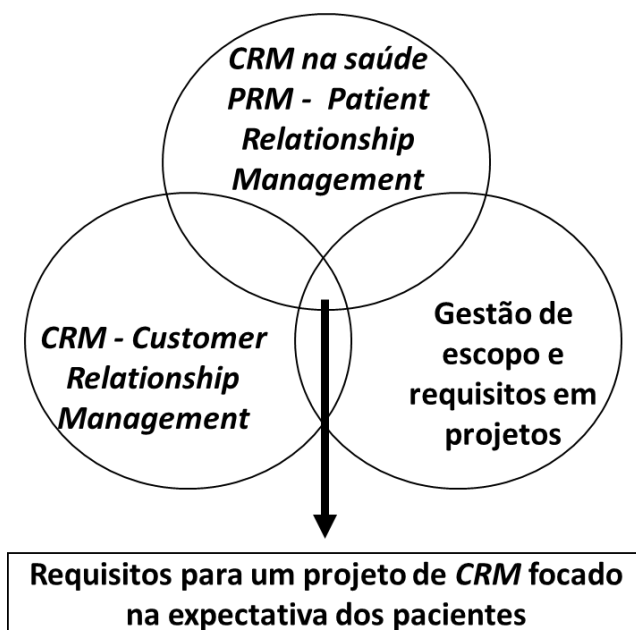


Figura 2 Interação dos conceitos utilizados no referencial teórico

2.1 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE ESCOPO EM PROJETOS

A gestão do escopo é considerada um dos temas mais importantes e críticos na gestão de projetos (Goncalves & Figueiredo, 2008). Para que o projeto tenha maiores chances de sucesso e que seja entregue a qualidade esperada, o *PMI* (2017) apresenta a tripla restrição em projetos, ressaltando a importância de se gerenciar escopo, tempo e custo de forma efetiva nos projetos.

Segundo Morioka e Carvalho (2013), para o projeto obter maiores chances de sucesso, é necessário focar e atender dez pontos críticos: missão e escopo do projeto; consulta e aceitação do cliente; pessoal; apoio da alta administração; cronograma do projeto; atividades e tecnologia em apoio ao projeto; monitoramento e realimentação; canais de comunicação e resolução de problemas.

Mas, para um levantamento correto de escopo e requisitos nos projetos é necessário um alto grau de trabalho e atenção do gerente de projetos que possui o grande desafio de extrair os requisitos e lidar com as pessoas que possuem interesses no projeto (*PMI*, 2017). A definição de escopo é considerada um desafio entre os gerentes de projetos, sendo que a sua má definição está atrelada às principais causas de insuficiência em projetos (Kumari & Pillai, 2014).

Existe uma discussão na literatura que evidencia dúvidas sobre o que pode ser considerado um projeto de sucesso em relação ao cumprimento de escopo. O próprio *PMI* (2017) apresenta que um projeto pode ser considerado um sucesso no ponto de vista de tempo, custo e escopo, mas se não gerar valor ao negócio ou às partes interessadas, pode ser considerado malsucedido.

Partindo desse entendimento, questiona-se a forma correta de se perceber o sucesso do escopo, se simplesmente pelo seu próprio cumprimento ou pelo cumprimento de entregas que realmente reflitam a expectativa e necessidade dos clientes do projeto (Mirza et al., 2013).

Thomson (2011) afirma que a definição de escopo e requisitos deve ressaltar as necessidades dos clientes perante o projeto. Isso porque a partir do momento em que os clientes enxergam valor no projeto, o projeto obtém maiores chances de ser considerado um sucesso em seu planejamento, execução e entregas (Fageha & Aibinu, 2013). Segundo Thomson (2011), a má identificação das partes interessadas e definição incorreta de escopo e requisitos no início

do projeto podem levá-lo a resultados problemáticos que contribuam para o insucesso na sua entrega.

Neste contexto, Fageha e Aibinu (2013) defendem que dedicar um alto esforço na fase de planejamento do projeto, na identificação das partes interessadas, e na correta definição de escopo e requisitos, podem trazer uma economia de 20% de custos e de 39% de tempo na condução dos projetos. Além do que, o escopo está ligado a outras áreas do gerenciamento do projeto, e a sua má definição pode afetar diretamente o custo, tempo, qualidade e gestão de riscos no projeto (Lampa et al., 2017).

Partindo dessa problemática de definição de escopo e requisitos, é possível visualizar um grande impacto na má definição de escopo e requisitos para os projetos, ressaltando a importância que o escopo e requisitos devem refletir as expectativas das partes interessadas.

A clara definição de escopo e a correta determinação dos requisitos de um projeto são fatores críticos para os efetivos resultados serem alcançados, tendo em vista que o escopo delimita as fronteiras das atividades que serão realizadas, atendidas pelo projeto, daquelas que ficarão fora, isto é, não serão tratadas no projeto. Caso esses limites não estejam claramente definidos entre a equipe de projeto e *stakeholders*, a tendência é sempre surgirem novas atividades, inflando o escopo, com implicações em custo, qualidade e prazo, sem se ter a exata noção do que o projeto deve entregar como resultado e em que data, trazendo a falsa impressão de que as entregas estão sempre atrasadas.

2.1.1 Definição de escopo de projetos

Diversas pesquisas ressaltam a importância da correta definição de escopo e requisitos para o sucesso de projetos (Mirza et al., 2013). Para discutir melhor esse assunto, resgata-se na literatura como os autores definem a gestão do escopo e requisitos em gerenciamento de projetos.

Segundo o *PMI* (2017), Lampa et al. (2017), Carvalho & Rabechini Jr. (2015) e Shirazi, Kazemipoor e Moghaddam (2017), a gestão do escopo em projetos pode ser classificada de duas formas: o escopo do projeto e o escopo do produto.

O escopo do projeto refere-se ao trabalho a ser realizado nos limites do projeto, contém o escopo necessário para atingir os objetivos definidos, a justificativa e as necessidades do negócio que motivaram a criação do projeto (Carvalho & Rabechini Jr., 2015). Para o *PMI*

(2017), o escopo do projeto contém o trabalho a ser feito para a entrega de um produto ou serviço com características especificadas. Além disso, o escopo do projeto também contém as métricas para a medição do cumprimento do escopo.

O escopo do projeto detalha todo o trabalho necessário para cumprir o que foi especificado como escopo do produto e deve garantir o processo de cumprimento das características e funções especificadas anteriormente (Lampa et al., 2017). Para Mirza et al. (2013), o escopo de projetos contém o trabalho necessário para a execução do projeto dentro dos limites esperados, devendo contemplar alertas para mudanças.

Partindo para o escopo de produtos, este é definido como o escopo que delimita o que realmente será entregue no projeto, contém informações sobre as características do produto e requisitos do negócio ou serviço, podendo conter, dimensões do produto, funcionamento esperado, e outros. Também fornecem as métricas de qualidade para certificar que a entrega reflete o que foi solicitado (Mirza et al., 2013).

Segundo Mirza et al. (2013), o escopo de produto está relacionado ao detalhamento do produto ou serviço que será entregue ao final do projeto, e contém os recursos, restrições e especificações que esclarecem o resultado do produto ou serviço desejado. Para *PMI* (2017), um escopo de produto deve conter as características e funções que detalham o produto ou serviço e o resultado esperado.

O escopo do produto deve explicitar o produto que se espera entregar no final do projeto. Em muitos projetos o escopo do produto pode conter desenhos, fluxogramas, requisitos, detalhes da construção, lista de subprodutos e os critérios de aceitação (Carvalho & Rabechini Jr., 2015). O Quadro 1 a seguir apresenta a definição de escopo por diversos autores.

Quadro 1: Definição de escopo por diversos autores

Autor(es)	Conceito
(Goncalves & Figueiredo, 2008)	O escopo de projetos apresenta a execução do trabalho necessário para cumprir os objetivos do projeto. É obtido a partir dos requisitos do projeto sobre uma série de traduções: Abertura do projeto; declaração de trabalho; requisitos e expectativas de <i>stakeholders</i> ; fatores ambientais; ativos de processos organizacionais; metodologia de gerenciamento de projetos; suportes de comunicação do projeto e sistemas de informação projeto.
(Fageha & Aibinu, 2013)	O objetivo do escopo do projeto é fornecer informações detalhadas do que é necessário para identificar o trabalho a ser executado. Ajuda a decidir o que deve ou não prosseguir com o projeto, delimitando e

	evitando grandes mudanças que podem afetar negativamente o desempenho do projeto.
(Mirza et al., 2013)	Um escopo do projeto lida com o trabalho necessário para criar as entregas e os objetivos do projeto.
(Kumari & Pillai, 2014)	O escopo do projeto fornece uma descrição precisa dos recursos e funções que precisam ser desenvolvidos para atender os objetivos do projeto e as expectativas das partes interessadas.
(PMI, 2017)	A declaração do escopo do projeto documenta todo o escopo, incluindo o escopo do projeto e do produto. Descreve as entregas do projeto, premissas e restrições, detalhadamente. Também fornece um entendimento comum do escopo do projeto entre as partes interessadas.
(Shirazi et al., 2017)	O escopo do projeto é o processo que garante que o projeto contenha somente o trabalho necessário para concluir com êxito as intenções do projeto enunciadas aos <i>stakeholders</i> .
(Lampa et al., 2017)	O escopo é uma área de conhecimento de grande relevância para gerenciamento de projetos que tem o propósito de definir todo o trabalho necessário para que o projeto seja concluído com êxito.

Fonte: O autor.

A partir das definições de escopo apresentadas neste tópico, fica evidente a abrangência de variados termos relacionados a escopo de projeto, bem como a importância de se elaborar corretamente o escopo durante a fase de planejamento dos projetos. Seguindo uma linha de consolidação de conceito apresentados no quadro 1, os autores Goncalves & Figueiredo (2008) também reforçam essa importância e associação do escopo, requisitos aos objetivos do projeto, que segue a mesma linha de entendimento dos autores Fageha & Aibinu (2013). Já Kumari & Pillai (2014) associam a definição de escopo aos recursos e funções que precisam ser desenvolvidos para atender os objetivos do projeto, que compartilha da mesma linha de (Mirza et al., 2013). Destoando um pouco dessa relação de escopo com objetivos e requisitos, os autores Lampa et al. (2017) relacionam escopo a uma área de conhecimento com o propósito de definir todo o trabalho necessário para que o projeto seja concluído com êxito.

De forma geral, todos os autores apresentados neste estudo concordam sobre a importância de uma correta definição de escopo, e para que isso ocorra é necessário que as equipes de projetos e todos os *stakeholders* sejam envolvidos na definição do escopo desde o começo do projeto. Caso isso não aconteça é provável que o projeto tenha um risco elevado nas fases seguintes e os requisitos identificados não reflitam a necessidade dos *stakeholders* do projeto (Kumari & Pillai, 2014).

Um estudo realizado por Fageha e Aibinu (2013) demonstra que existem cerca de 2.262 projetos de construção abandonados na região de Meca, na Arábia Saudita. Segundo este

estudo, o abandono desses projetos são frutos de uma má definição do escopo do projeto e do produto no início do projeto, além da falta de identificação correta de todas as partes interessadas. Segundo os autores, se esses projetos de construção tivessem abordado de forma correta a definição de escopo e mapeado os requisitos reais de todas as partes interessadas durante a fase inicial do projeto, o processo de viabilidade demonstraria se realmente o projeto poderia seguir com todas as restrições impostas.

A definição incorreta de escopo, também pode gerar um alto nível de mudanças, prejudicando todo o time do projeto, acarretando em direcionamentos incorretos, falha na captação de requisitos dos *stakeholders* e alta taxa de insucesso (Shirazi et al., 2017).

No quadro 2 é apresentada a visão de alguns autores quanto aos pontos que podem impactar diretamente na correta definição de escopo em projetos.

Quadro 2: Pontos de atenção para a correta definição de escopo

Autor(es)	Conceito
(Mirza et al., 2013)	Existem quatro pontos que podem resultar em problemas no escopo: 1° definição confusa do escopo; 2° escopo incompleto; 3° não finalizar o documento do escopo; 4° não compartilhar o escopo com as equipes do projeto e <i>stakeholders</i> .
(Kumari & Pillai, 2014)	Apresentam seis pontos que podem afetar diretamente a correta definição do escopo: 1° sistemas; 2° processos; 3° requisitos; 4° <i>stakeholders</i> ; 5° comunicação; 6° fatores organizacionais.
(PMI, 2017)	Há quatro fatores que devem ser considerados para estabelecer um bom escopo de projetos: 1° cumprir requisitos regulatórios, legais, sociais; 2° atender a pedidos ou necessidades das partes interessadas; 3° implementar ou alterar estratégias de negócio / tecnológicas; 4° criar, melhorar ou corrigir produtos, processos ou serviços.

Fonte: O autor.

Conforme apresentado no quadro 2, para criar um escopo completo, é necessário ouvir todos os *stakeholders* do projeto, mapeando suas necessidades, para definição dos requisitos do

projeto. Considerando a importância dessa prática, o tópico seguinte apresenta um melhor detalhamento sobre o processo de definição de requisitos em projetos.

2.1.2 Definição de requisitos em projetos

Para o *PMI* (2017), o requisito pode ser definido como uma condição, capacidade ou características do que deve estar presente em um serviço, resultado ou produto para cumprir uma especificação do projeto, necessidade do negócio ou das partes interessadas.

O requisito é parte integrante e essencial do processo de escopo. É através dos requisitos que serão identificados as especificações dos produtos ou serviços que serão entregues para o projeto, esclarecendo e alinhando a expectativa de todos quanto ao que realmente será entregue como resultado do projeto.

Os requisitos podem ser funcionais e não funcionais. Os requisitos funcionais descrevem as características de um produto, podendo conter ações, processos, dados e interações que o produto deve executar (*PMI*, 2017). Já os requisitos não funcionais detalham os aspectos de qualidade para garantir que o resultado seja funcional, e podem conter informações de proteção, desempenho, segurança, nível de serviço, suportabilidade e outros (*PMI*, 2017).

Um dos fatores que mais afeta o levantamento de requisitos é a identificação correta das partes interessadas, pois os requisitos do projeto são mapeados com as partes interessadas (Lampa et al., 2017). A falta de identificação das partes interessadas pode acarretar em um levantamento de requisitos incompleto, além de deixar de fora *stakeholders* que são afetados pelo projeto, propiciando ao projeto um alto risco de deixar de atender todas as expectativas e necessidades apontadas pelos clientes (Lampa et al., 2017).

Outro impacto na definição correta de requisitos é a falha de comunicação. A falha de comunicação pode gerar requisitos irreais e que não refletem a necessidade dos *stakeholders*, levando o projeto a delimitar o escopo de forma incorreta (Kumari & Pillai, 2014). A correta comunicação deve ajudar a extrair das partes interessadas os requisitos reais, pois em diversas vezes as partes interessadas possuem dificuldades em explicar o que esperam e desejam do produto ou serviço (Lampa et al., 2017).

No quadro 3, apresenta-se a visão de alguns autores sobre a definição de requisitos em gestão de projetos.

Quadro 3: Definição de requisitos segundo autores.

Autor(es)	Conceito
(Kotonya & Sommerville, 1998)	A definição dos requisitos apresenta os serviços, funções, restrições, características e comportamentos que a entrega de um projeto deve conter.
(Mirza et al., 2013)	A definição de requisitos identifica os limites da entrega nos projetos. Este mapeamento está preocupado com a determinação de quais requisitos de negócio podem estar contidos nos resultados da solução ofertada.
(Kumari & Pillai, 2014)	O levantamento de requisitos tem como objetivo listar as especificações e expectativas das partes interessadas esperadas como resultados de um projeto ou produto.
(Carvalho & Rabechini Jr., 2015)	Definição e documentação das necessidades das partes interessadas para alcançar os objetivos do projeto. É tido como aquilo que se espera na entrega final do projeto, e deve estar alinhada com a necessidade e expectativa dos <i>stakeholders</i> .
(PMI, 2017)	O termo “requisito” é definido como uma condição ou capacidade que deve estar presente em um produto, serviço ou resultado para cumprir um acordo ou outra especificação imposta formalmente pelas partes interessadas de um projeto. Por meio do processo de coletar os requisitos é possível descrever os critérios exigidos, desejados e opcionais para satisfação das necessidades de negócio e dos <i>stakeholders</i> .
(Lampa et al., 2017)	Na gestão de escopo, o requisito é uma das partes mais importante, pois expõe de forma coerente as necessidades e expectativas dos <i>stakeholders</i> para o projeto.

Fonte: O autor.

Partindo dos conceitos apresentados sobre requisitos e escopo em projetos, é possível reforçar a importância do correto levantamento do escopo e requisitos já na fase de iniciação e planejamento dos projetos. Vale ressaltar que o escopo e os requisitos devem refletir expectativas e necessidades dos *stakeholders*, em contrário a isso, o projeto tem grandes chances de ser considerado um fracasso por não entregar o que realmente os *stakeholders* esperam. Outro ponto a ser considerado é que em muitos casos os *stakeholders* também não sabem expressar suas necessidade e expectativas para o projeto. Assim, entender e conhecer o *stakeholder* ou o cliente do projeto de forma mais detalhada e personalizada, pode ser um caminho para conseguir extrair essas expectativas e necessidades que não estão claramente expostas. No tópico seguinte, será apresentado o conceito de *Customer Relationship Management (CRM)*, que possibilita formas e conceitos para conhecer melhor os clientes.

2.2 CRM – CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT

As organizações estão buscando se relacionar melhor com os seus clientes. Nesse sentido, qual seria a melhor forma de realizar essa aproximação e garantir que seu cliente esteja satisfeito? Neste contexto, o *CRM* ajuda a mapear e entender melhor o cliente, a fim de estreitar o relacionamento para com o mesmo, fornecendo produtos e serviços mais personalizados e de acordo com as suas expectativas (Baashar, Mahomood, Almomani, & Alkaws, 2016).

O conceito de *CRM* nasceu a partir de conceitos do *marketing*, como uma filosofia voltada a necessidade e satisfação dos clientes, buscando a entrega contínua de benefícios a esses sujeitos (Monem, Hussin, & Behbood, 2011). Assim, o *CRM* procura compreender as necessidades do cliente e o que lhe proporciona satisfação, buscando sempre gerar benefício contínuo para este, sem perder de vista o retorno financeiro, ou seja, o lucro, para a organização (Monem, Hussin, & Behbood, 2011). O Quadro 4 apresenta a visão e definição de *CRM* para diversos autores.

Quadro 4: Definição de CRM segundo autores do tema.

Autor(es)	Conceito
(Pedron & Saccol, 2009)	Mais que uma ferramenta, o <i>CRM</i> deve ser considerado como uma filosofia para as organizações, que engloba a estratégia e qualquer tecnologia. A essência do <i>CRM</i> é o relacionamento com o cliente, buscando sempre o ganha-ganha entre cliente e organizações.
(Hung et al., 2010)	A partir de uma perspectiva gerencial, o <i>CRM</i> pode ser definido como um processo que gerencia relacionamentos de forma seletiva com os clientes atuais e futuros, buscando aumentar a lealdade dos clientes e a lucratividade para as empresas.
(Rababah et al., 2010)	<i>CRM</i> é uma filosofia, uma política e uma estratégia. Através de uma mediação do conjunto de tecnologias de informação, é possível coletar conhecimentos profundos, necessidades, desejos e padrões de compra de clientes.
	<i>CRM</i> é considerado uma forma organizada para gerenciar relacionamentos com clientes, buscando estabelecer e fortalecer

(Agariya & Singh, 2013)	a relação entre cliente e organização, retendo e atendendo os clientes com qualidade e de forma que atenda as expectativas, o que acaba resultando em um melhor desempenho para a organização.
(Chhangani, 2013)	<i>CRM</i> não é apenas uma tecnologia, mas sim uma abordagem filosófica de uma organização com o seu cliente. Pode incluir políticas, processos e avaliação dos serviços fornecidos ao cliente.
(Yousefi & Kargari, 2014)	O conceito de <i>CRM</i> deve focar na gestão de relacionamento e atenção ao cliente, definindo as estratégias de negócios com o objetivo de maximizar o lucro.
(Hajikhani et al., 2015)	<i>CRM</i> é considerada uma técnica de marketing e uma abordagem de investimento através do qual uma organização pode compreender e influenciar o comportamento dos clientes.

Fonte: O autor.

De acordo com Demo et al. (2015), muitas empresas têm entendimentos diferentes para *CRM*. Para os autores, o *CRM* deve ser visto como um sinônimo do marketing de relacionamento e não pode ser encarado como uma solução tecnológica, esta comparação errônea confundindo a gestão do relacionamento do cliente com a implementação de sistemas *CRM*.

“[...] o *CRM* consiste em uma abordagem estratégica holística para gerenciar o relacionamento com clientes, a fim de criar valor para o acionista. O *CRM* provê mais oportunidades para o uso de dados e informações no sentido de entender o cliente e implementar melhor as estratégias de marketing de relacionamento, mas isso não o limita a um sistema de informação ou a uma ferramenta tecnológica (DEMO et al., 2015, p132)”

A decisão de buscar uma solução de *CRM* tem por trás a necessidade de ser mais competitivo e ter desempenho superior aos seus concorrentes. O que se busca, então, é construção de uma solução que traga capacidades inovadoras e que possa ajudar a organização a possuir alguma vantagem competitiva. A questão é que o conceito de *CRM* apresenta diversas definições e ainda não se tem um consenso sobre ele, até mesmo é de se questionar se um dia terá. Assim, o que mais aglutina nos conceitos de *CRM* é que ele deve ser visto como uma

estratégia global da empresa, construída para incrementar a lucratividade e o melhor relacionamento com o cliente.

Assim, buscando um melhor aprofundamento neste conceito, o *CRM* possui classificações que diferenciam os tipos de *CRM*. Desta forma, o subcapítulo a seguir apresenta as principais classificações sobre o *CRM*, enfatizando os pontos que os caracterizam e as abordagens mais indicadas de aplicação.

2.2.1 Classificações de *CRM*

Compreendendo os conceitos básicos de *CRM*, existem quatro tipos de classificações. Segundo Rababah et al. (2010), é possível categorizar o *CRM* em: *CRM* operacional, o *CRM* analítico, o *CRM* colaborativo e o *CRM* estratégico.

O *CRM* operacional tem como foco fornecer informações objetivas dos clientes de forma mais rápida e ágil. Está presente em situações de contato direto com o cliente. Como exemplo, no momento de uma venda direta, na qual o cliente está na frente do fornecedor do produto ou serviço, é necessário obter uma informação rápida para tomar uma decisão junto ao cliente e converter a venda ou a ação (Monem, Hussin, & Behboodan, 2011).

O *CRM* analítico utiliza a estratégia de cruzamento de toda a base de dados de clientes disponível no sistema *CRM*, sendo que essas ferramentas podem ser de análise estatística ou de mineração de dados. Diversos dados podem ser utilizados, tais como volume de vendas por determinado grupo de clientes, por grupo de serviço, produto, entre outros. Este é o momento de segmentação dos tipos de cliente, e através desses algoritmos é possível gerar estudos preditivos que fornecem as melhores estratégias para abordar o cliente, para identificar qual o melhor público para um determinado produto ou serviço, ou até mesmo a precificação de produtos conforme o tipo de cliente que os consomem (Rababah et al., 2010).

Já o *CRM* colaborativo é um conceito de *CRM* que vem mudando a forma de coletar e compartilhar informações dos clientes em comum. Segundo Rababah et al. (2010), com o *CRM* colaborativo é possível utilizar sistemas, bases de dados ou setores internos e externos, que fornecem informações dos clientes em comum de acordo com o segmento da organização. Essas bases ou sistemas são frequentemente atualizados pelos próprios utilizadores, que retroalimentam o *CRM* colaborativo, tornando-o autossustentável (Monem, Hussin, & Behboodan, 2011).

O *CRM* estratégico fornece subsídios a um nível mais alto para tomar ações de como articular processos, pessoas, estrutura e tecnologia em prol de reter e gerar valor aos clientes. Este tipo de *CRM* norteia a estratégia organização em como conduzir os planos operacionais para se construir o relacionamento com os clientes (Pedron & Saccol, 2009).

Mais do que a ferramenta tecnológica ou o tipo de *CRM*, as organizações devem buscar avaliar se a sua cultura está voltada para a filosofia do *CRM*, tendo o cliente no centro da estratégia, buscando esforços coletivos em prol de melhorar o relacionamento entre si. Partindo disso, a implantação de um *CRM* terá maiores chances de ser um sucesso e apoiar as relações a longo prazo com os clientes (Pedron & Saccol, 2009).

Mesmo com norteadores claramente definidos, todos apontando o cliente como foco da implantação de uma solução de *CRM*, de um modo geral, a implementação dessa ferramenta ainda é vista como mais uma tecnologia a ser seguida, a exemplo do que já ocorreu no passado com a da tecnologia de *MRP - Material Requirement Planning* para a área de produção, em que o processo devia se adequar à ferramenta e não o contrário. Qualquer solução tecnológica que venha a ser adotada pressupõe a existência de processos claramente conhecidos e de execução já em regime, devidamente estabilizados. No caso do *CRM*, o primeiro passo é a identificação de quem são seus clientes, consumidores, fornecedores, clientes internos dentre outros. A ferramenta deve ser entendida como um apoio à operação e não a solução para os problemas internos, normalmente atrelados à execução dos processos.

2.3 CRM NO SETOR DA SAÚDE

Apresentados os conceitos básicos e direcionadores sobre *CRM* é possível avaliar como esses conceitos e ferramentas vem evoluindo no setor da saúde. Baashar et al. (2016) conduziram uma revisão sistemática da literatura sobre *CRM* na saúde. No ano de 2012, comparado a 2011, o uso desta ferramenta cresceu 24%, e em 2013 houve um aumento de mais 20% sobre o ano anterior. Isso demonstra a atenção do setor sobre o *CRM* na saúde (Baashar et al., 2016).

Com o crescimento da concorrência no setor da saúde, os hospitais estão atuando de forma mais agressiva na busca por novos clientes. Para garantir um diferencial, os hospitais estão mudando seus conceitos: de economia do comércio, na qual somente o preço é o principal fator considerado, para a economia do relacionamento (Yousefi & Kargari, 2014). No aspecto

econômico das organizações, a percepção e as necessidades dos pacientes são fatores predominantes para os hospitais sobreviverem frente a concorrência (Yousefi & Kargari, 2014).

Além dos pontos que afetam diretamente a percepção do paciente, vale ressaltar os aspectos financeiros para o hospital, Para os autores Hajikhani et al. (2015), manter os clientes atuais é muito mais barato do que buscar novos. Desta forma, o relacionamento pode afetar diretamente nas considerações do paciente para se manter fiel à instituição de saúde.

Conforme argumentam Groene et al. (2015), o cuidado centrado no paciente e a sua satisfação são fatores de grande importância para qualquer instituição da saúde. Entretanto, saber o que realmente é qualidade de serviço e satisfação na visão do paciente e não na percepção do hospital é um desafio.

Considerando que o paciente é o principal cliente do hospital, o conceito de *PRM - Patient Relationship Management* mostra-se útil, pois apresenta em sua composição o relacionamento com foco no paciente. Segundo Baashar et al. (2016), o *PRM* é uma forma de aprender sobre os pacientes, fornecendo subsídios para uma comunicação clara e relevante no tempo certo para com o paciente. Com o uso do *PRM* é possível mapear o perfil e entender as necessidades dos pacientes, fornecendo informações valiosas para o gerenciamento de relacionamentos, buscando, de forma contínua, manter a sua lealdade perante as instituições de saúde (Hung et al., 2010).

O *PRM* possui uma estratégia bem semelhante ao *CRM* no aspecto de gerenciar os clientes. A prática do *CRM* no setor de Saúde é usualmente denominada de *Patient Relationship Management* (*PRM*). Com o *PRM*, o foco das organizações de saúde é definido na determinação e atendimento às necessidades dos pacientes (Melo, 2019).

De acordo com APDSI - Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade de Informação de Portugal, considerando-se um patamar para os sistemas de informação, os atuais sistemas de *CRM* empregados em organizações de saúde deverão evoluir para verdadeiros sistemas *Patient Relationship Management* (*PRM*), isto é, sistemas do tipo *CRM* orientados para os pacientes (Melo, 2019).

Para melhor entendimento sobre o *PRM*, são apresentadas, no quadro 5, definições e aplicações conforme a perspectiva de diversos autores que tratam sobre o tema mais profundamente.

Quadro 5: Definições e aplicações do PRM.

Autor(es)	Conceito
(Hung et al., 2010)	O <i>PRM</i> é uma abordagem que busca aprender tudo relacionado aos pacientes, desde seu ponto de vista e expectativas, propiciando, assim, um melhor relacionamento. Fornecendo informações oportunas e acompanhando seus resultados, torna-se possível tomar medidas corretivas e aumentar a fidelidade do paciente e assim obter mais lucro ao hospital.
(Sarkhosh et al., 2012)	O <i>PRM</i> é uma forma mais estratégica de avaliar os pacientes sobre suas expectativas e necessidades, sendo possível ajustar serviços e programas para atendê-las.
(Hsu, 2013)	O objetivo da <i>PRM</i> é, para ambos os lados (médicos e pacientes), gerir e prevenir doenças. Através do <i>PRM</i> , prestadores de serviços médicos são capazes de fornecer melhores cuidados com qualidade, enquanto aos pacientes é gerado um maior bem-estar. Desta forma, prestadores de serviços médicos podem proporcionar relações mais estreitas, serviços médicos personalizados e comunicação bidirecional.
(Yousefi & Kargari, 2014)	Com o uso do <i>PRM</i> é possível criar conhecimento sistemático para a organização, contribuindo diretamente para o modelo de conhecimento organizacional 7C. O modelo sugere que os seguintes 7Cs desempenham um papel fundamental na criação do conhecimento: Conectividade; Concorrência; Compreensão; Comunicação; Conceituação; Colaboração e inteligência Coletiva.

Fonte: O autor.

Esses movimentos evolutivos de conceitos, estratégias e tecnologias por trás das inúmeras siglas que povoam o ambiente de tecnologia da informação e das organizações empresariais, sempre existiram e continuarão existindo enquanto houver a relação da demanda e oferta, cliente e fornecedor. As soluções iniciais acabam sendo desenvolvidas e vão sendo incrementadas com nova roupagem, conceitos, tecnologias e também com algumas novidades em termos de solução ou segmentação em nichos de negócio. Esse modelo de roupagem

também se aplica a proposta de marketing de relacionamento específico para a área de saúde, que do *CRM* da saúde, da origem ao *PRM*.

3 MÉTODO DE PESQUISA

Na velocidade atual de mudança de processos, tecnologias e inovações, cada vez mais as organizações buscam na pesquisa formas de resolver seus problemas práticos. Porém, a falta de pesquisas relevantes e com rigor, podem distanciar a academia e a teoria do ambiente prático (Dresch et al., 2015). O *Design Science Research* é um método de pesquisa que visa a criação e uso de artefatos prescritivos, para melhorar e contribuir para a resolução de problemas em ambientes práticos, garantindo o rigor metodológico (Hevner, 2007).

Considerando a questão de pesquisa proposta neste trabalho, o principal objetivo elencado foi propor um artefato contendo os requisitos para a criação de um projeto de *CRM* na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes, com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais. Para tanto foi utilizada uma abordagem qualitativa de caráter exploratório apoiada no método de pesquisa de *Design Science Research*.

O *Design Science Research* é considerado um método de pesquisa colaborativo, que busca resolver problemas em contextos reais nas organizações e ajuda na produção do conhecimento científico (Dresch et al., 2015). Este método utiliza-se da construção de um artefato e na validação da sua utilidade e confiabilidade por meio do procedimento metodológico utilizado (Hevner, March, Park, & Ram, 2004).

Buscando um melhor entendimento entre os conceitos, o *Design Science* é responsável pelo rigor gerado no corpo de conhecimento do trabalho, enquanto o *Design Science Research* é o método de pesquisa que operacionaliza a execução do trabalho, sendo o segundo responsável pelos passos para a confecção do projeto, construção e avaliação dos artefatos (Dresch et al., 2015). Nos tópicos seguintes, serão apresentados mais detalhes e conceitos sobre o método escolhido para a condução desta pesquisa.

3.1 DESIGN SCIENCE

No ambiente organizacional é possível encontrar diversos problemas não resolvidos, ou resolvidos de forma ineficiente, e as pesquisas em ambiente prático devem buscar sempre a aproximação dos cenários teórico e prático, pois, essa aproximação garante um ciclo de melhoria nos sistemas existentes, auxiliando e gerando conhecimento (Dresch et al., 2015). O *Design Science* investe exatamente nesta aproximação entre a teoria e a resolução de problemas, tendo como objetivos estudar, pesquisar e investigar o artificial e seu comportamento, tanto do ponto de vista acadêmico quanto prático (Lacerda et al., 2013).

O *Design Science* objetiva a criação de conhecimento que possa ser aplicado em ambiente prático para a resolução de problemas em campos específicos, certificando que esse conhecimento foi gerado a partir de um rigoroso método de pesquisa (Aken, 2004). O *Design Science* se destaca pela forma de se criar conhecimento a partir de uma proposta de solução, e não apenas como aplicá-lo, ressaltando que o foco não é explicar as leis naturais ou universais, assim tornando-a uma ciência pragmática e orientada a solução de problemas de forma satisfatória (Dresch et al., 2015).

Em uma pesquisa, a avaliação dos resultados é um processo crucial. No uso do *Design Science* os resultados são fundamentados nas exigências do ambiente prático, tendo como premissa a utilidade e a qualidade do artefato gerado (Sordi et al., 2010). Além desta contribuição prática, o *Design Science* também assegura a contribuição e confiabilidade para a construção do conhecimento científico e teórico (Lacerda et al., 2013).

A *Design Science* tomou proporção e ganhou foco na década de setenta, principalmente na área de engenharia, e desde então, o método começou a ser amplamente estudado e aplicado ao longo dos anos em diversas áreas como, engenharia elétrica, engenharia da computação e ciências da computação (Hevner et al., 2004). O *Design Science* é tido como uma ciência da construção do conhecimento por meio da avaliação de artefatos, que busca resolver problemas advindos do artificial, sendo o surgimento deste método classificado como um contraponto da ciência do natural (Bax, 2013).

Para entender melhor essa distinção, na década de noventa, o autor Herbert Simon definiu a ciência de duas formas, a ciência do natural e do artificial. A ciência do natural se refere ao conjunto de objetos, fenômenos ou teorias do mundo. Assim, são estudados as características, o comportamento e como esses fenômenos interagem, objetivando explicar como as coisas são e como elas funcionam (Lacerda et al., 2013). Tudo que é gerado ou inventado pelo homem, pode ser classificado como parte da ciência do artificial, como exemplo: máquinas, empresas, a economia, os processos etc. A ciência do natural busca soluções para alcançar objetivos específicos, resolver problemas conhecidos ou desconhecidos e, até mesmo, para se projetar algo (Dresch et al., 2015).

Segundo Wieringa (2014), com o uso da *Design Science* é possível lidar com dois tipos de problemas: (1) os problemas práticos, que demandam uma mudança que melhor se adeque aos objetivos dos tomadores de decisão; (2) os problemas do conhecimento, que estão diretamente ligados ao conhecimento que as pessoas tem sobre o mundo, gerando uma percepção de mudança do nosso próprio conhecimento sobre o mundo.

Os métodos de pesquisas podem ser classificados como o conjuntos de passos que são reconhecidos pela comunidade acadêmica para a construção do conhecimento (Dresch et al., 2015). Para ajudar no entendimento sobre *Design Science*, Dresch et al. (2015) propõem um quadro comparativo entre os métodos de pesquisa *Design Science Research*, estudo de caso e pesquisa-ação, no qual é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Tabela comparativa de métodos de pesquisa

Elemento	<i>Design Science Research</i>	Estudo de Caso	Pesquisa Ação
Objetivos	Desenvolver artefatos que permitam soluções satisfatórias aos problemas práticos	Auxiliar na compreensão de fenômenos sociais complexos	Resolver ou explicar problemas de um determinado sistema gerando conhecimento para a prática e para a teoria
Principais atividades	Projetar e prescrever	Explorar, descrever, explicar e prever	Explorar, descrever, explicar e prever
	Definir o problema, sugerir, desenvolver, avaliar, concluir	Definir a estrutura conceitual, planejar o(s) caso(s), conduzir piloto, coletar e analisar dados, gerar relatório	Planejar a ação, coletar e analisar dados, planejar e implementar ações, avaliar resultados, monitorar (contínuo)
Resultados	Artefatos (constructos, modelos, instâncias) e aprimoramento de teorias	Constructos, hipóteses, descrições, explicações	Constructos, hipóteses, descrições, explicações, ações
Tipo de Conhecimento	Como as coisas deveriam ser	Como as coisas são ou se comportam	Como as coisas são ou se comportam
Papel do pesquisador	Construtor e/ou avaliador do artefato	Observador	Múltiplo, em função do tipo de pesquisa-ação
Base empírica	Não obrigatória	Obrigatória	Obrigatória
Colaboração pesquisador e pesquisado	Não obrigatória	Não obrigatória	Obrigatória
Implementação	Não obrigatória	Não se aplica	Obrigatória
	Aplicações, simulações, experimentos	Confronto com a teoria	Confronto com a teoria

Avaliação dos resultados			
Abordagem	Qualitativa e/ou quantitativa	Qualitativa	Qualitativa
Especificidade	Generalizável a uma determinada classe de problemas	Situação específica	Situação específica

Fonte: Dresch, Lacerda e Antunes Júnior (2015).

A tabela 1 demonstra as diferenças entre alguns métodos de pesquisa semelhantes, com base na tabela comparativa, é possível identificar que os três métodos possuem uma diferença considerável sobre seus objetivos, presumindo que os métodos pesquisa-ação e estudo de caso partem de um estudo exploratório para descrever e explicar o problema, e como resultados são gerados constructos, hipóteses, descrições e explicações que são validados por meio do confronto com a teoria. Enquanto para o *Design Science Research* o problema é originado no ambiente prático, utilizando teorias, constructos e modelos para propor uma solução. Como resultado é gerado um artefato prescritivo que deve ser avaliado por meio de aplicações, simulações e experimentos para confrontar sua efetividade na resolução do problema proposto, e contribuir para a construção do conhecimento.

Para a execução desta pesquisa foi utilizado o método de pesquisa *Design Science Research*, que se destaca por ser um método prescritivo que busca propor soluções e avaliá-las sobre o problema (Gregor & Hevner, 2013). O *Design Science Research* é um método de pesquisa que utiliza-se de um rigoroso processo para projetar artefatos com o objetivo de resolver problemas dos ambientes práticos e contribuir para a produção de conhecimento (Peffer et al., 2007). No tópico a seguir, será apresentado as definições acerca da *Design Science Research*.

3.2 DESIGN SCIENCE RESEARCH

A correta escolha do método de pesquisa é essencial para a construção de um conhecimento científico confiável. Além deste requisito, a pesquisa também deve preencher a premissa de relevância para a prática. Entende-se que *Design Science Research* é capaz de preencher essa lacuna, gerando contribuições para a realidade das organizações e sociedade, além de garantir o rigor teórico e metodológico para a construção confiável do conhecimento (Dresch et al., 2015).

Segundo Hevner et al. (2004), *Design Science Research* é considerado um método de pesquisa voltado para a resolução de problemas, na qual é utilizado a criação de artefatos

prescritivos, que são aplicados, testados e modificados, com o objetivo de contribuir para a prática e para a expansão do conhecimento.

Na visão de Bax (2013), *Design Science Research* tem o objetivo de construir, investigar, validar artefatos, contendo construtos, modelos e métodos que contribuirão para a resolver novos problemas práticos. Segundo Gregor e Hevner (2013), um dos principais ganhos no uso do *Design Science Research* está em resolver um problema real a partir de uma base de conhecimento fundamentado, além de utilizar os resultados para que a contribuição do conhecimento continue crescendo.

Hevner et al. (2004) sugerem duas premissas que devem nortear um projeto de *Design Science Research*: (1) o desenvolvimento do artefato deve ser motivado por um problema real, e (2) a criação de conhecimentos resultantes dos artefatos, devem ser adicionados às bases de conhecimento compartilhadas.

Com o intuito de ajudar os pesquisadores, revisores, editores e leitores a compreender as exigências para uma investigação eficaz de *Design Science Research*, Hevner et al. (2004) criaram sete diretrizes que ajudam a nortear a execução e interpretação dos trabalhos de *Design Science Research*, que são apresentadas na tabela 2 a seguir.

Tabela 2: Diretrizes para a execução de interpretação de *Design Science Research*

Diretrizes	Descrição
Diretriz 1: Design como um artefato	<i>Design Science Research</i> deve produzir um artefato viável na forma de uma construção, um modelo, um método ou uma instanciação.
Diretriz 2: Relevância Problema	O objetivo da pesquisa de <i>Design Science Research</i> é desenvolver soluções baseadas em tecnologia para problemas de negócios importantes e relevantes.
Diretriz 3: Avaliação do projeto	A utilidade, qualidade e eficácia de um artefato de criação devem ser rigorosamente demonstradas através de métodos de avaliação bem executado.
Diretriz 4: Contribuições da pesquisa	<i>Design Science Research</i> deve fornecer contribuições claras, objetivas e verificáveis nas áreas do artefato, fundações do <i>Design Science Research</i> , e/ ou metodologias.
Diretriz 5: Rigor de Pesquisa	<i>Design Science Research</i> baseia-se na aplicação de métodos rigorosos, tanto na construção quanto na avaliação do artefato.
Diretriz 6: O design como um processo de pesquisa	A busca por um artefato eficaz requer o uso dos meios disponíveis para atingir os fins desejados, desde que satisfaçam as leis no ambiente problema.

Diretriz 7: Comunicação de Pesquisa

A pesquisa de *Design Science Research* deve ser apresentada de forma eficaz, tanto para o público de gestão quanto para o público de tecnologia.

Fonte: adaptado de Hevner, March, Park, & Ram (2004)

Partindo das premissas propostas por Hevner et al. (2004), entende-se que a problematização e justificativa do presente trabalho, originam-se de um problema real e também é considerado um problema importante para a organização estudada. Baseado na Tabela 2, o *Design Science Research* por meio da criação e avaliação de um artefato, permitirá a proposição de uma solução para um problema prático, além de contribuir na expansão do conhecimento científico.

3.2.1 Artefatos

O *Design Science Research* é classificado como um método de pesquisa prescritivo, e que resulta na geração de um artefato com a resolução de um problema originado da prática. O artefato tem como objetivo resolver o artificial, que origina-se do que foi concebido pelo homem (Dresch et al., 2015).

Segundo Bax (2013), os artefatos são classificados em cinco grandes grupos: (1) constructos (entidades e relações); (2) modelos (abstrações e representações); (3) métodos (algoritmos e práticas); (4) instanciações (implementação de sistemas e protótipos) e (5) *design propositions*. Como resultado dos artefatos do tipo **constructos**, é apresentado um artefato contendo os conceitos utilizados para detalhar o problema dentro de um tema específico, além de especificar a proposta para solução (Dresch et al., 2015). Os **modelos** são entendidos como um conjunto de proposições ou declarações que apresentam as intersecções junto aos constructos, sendo possível representar a realidade (Dresch et al., 2015). Os artefatos do tipo **método** fornecem um modelo processual para executar uma determinada tarefa, podendo ser utilizados gráficos ou algoritmos específicos afim de melhor apresentar o artefato (Dresch et al., 2015). Os artefatos do tipo **instanciações**, são classificados como os artefatos que operacionalizam outros artefatos, onde pode-se ter um artefato do tipo (constructos, modelos e métodos) e executar e coletar os resultados deste artefato para continuar a contribuir com o conhecimento (Dresch et al., 2015). O último tipo de artefato é o **Design Proposition**, que visa as contribuições teóricas por meio dos resultados de uma pesquisa de *Design Science Research*.

Este tipo de artefato utiliza-se de um artefato generalizável sendo aplicado em uma classe de problemas específica (Dresch et al., 2015).

Com base na discussão dos conceitos de tipos de artefatos apresentados neste tópico, para a condução deste projeto de dissertação de pesquisa será utilizado o artefato do tipo “modelos”.

3.2.2 Classe de problemas dos artefatos

Para uma melhor organização do conhecimento gerado, o *Design Science Research* possui em seus conceitos classificações que segmentam o conhecimento gerado em classes de problemas dos artefatos. Segundo Aken (2004), o *Design Science Research* é totalmente passível de generalização dentro de classes de problemas conforme suas temáticas.

As classes de problemas ajudam a organizar o conhecimento gerado para que este não seja rotulado como solução apenas para um problema específico, assim sendo passível de generalização dentro de uma classe de problemas, ajudando os pesquisadores e organizações a localizarem os artefatos de forma mais fácil (Dresch et al., 2015).

De acordo com Dresch et al. (2015), a classe de problemas de *Design Science Research* é definida como um conjunto de problemas práticos ou teóricos que contenha artefatos úteis para a ação nas organizações. Em seu trabalho de dissertação, o autor Veit (2013) realizou uma análise em 213 artigos buscando uma possível classificação das classes de problemas, resultando em uma lista de 24 classes de problemas que são apresentadas na tabela 3.

Tabela 3: Descrição das classes de problemas segundo Veit (2013)

ID	Nomenclaturas das classes de problemas
1	Implantação de sistemas
2	Modelagem e melhoria de processos
3	Relação com o cliente e serviços
4	Gestão de processos
5	Indicadores e medidas de desempenho
6	Metodologias de <i>BPM</i>
7	Sistemas de informação
8	Cadeia de suprimento e abastecimento
9	Terceirização/ outsourcing
10	Relação e integração de processos
11	Implantação de processos
12	Gestão do conhecimento

13	Organização da produção
14	Custos e investimentos
15	Fluxo e gestão da informação
16	Gestão da mudança
17	Riscos
18	Governança
19	Melhores práticas
20	Automação e padronização de processos
21	Cultura organizacional
22	Competências
23	Motivação
24	Inovação

Fonte: Adaptado de Veit (2013)

Partindo da classificação apresentada na tabela 3, o presente trabalho contribui com um artefato para a classe de problemas de “**Relação com os clientes e serviços**”. Segundo Veit (2013), essa classe de problema lida com o relacionamento e o atendimento ao cliente, a avaliação da satisfação e a lealdade do consumidor, além de abordar o uso das soluções de tecnologia da informação para compreender e mapear os clientes e fornecer serviços através da tecnologia.

3.3 UNIDADE DE ANÁLISE

Para o desenvolvimento e validação do artefato proposto neste trabalho, o autor contou com a parceria da *Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC)*, que disponibilizou um ambiente prático e empírico, o qual é detalhado a seguir.

A ACSC é uma rede filantrópica centenária fundada por *Madre Regina Protmann* no ano 1583, mas somente em 1662 a Congregação das Irmãs de Santa Catarina obteve aprovação canônica da igreja católica. Em sua essência e valores, as irmãs da Congregação de Santa Catarina se dedicam ajudar os pobres, cuidar dos doentes abandonados e prover educação de qualidade e acessível as crianças. Ao longo dos seus 400 anos de operação a Congregação das irmãs de Santa Catarina estão presentes em 12 Países (Alemanha, Behin, Bielorrússia, Brasil, Camarões, Filipinas, Haiti, Itália, Lituânia, Polônia, Rússia e Togo). Em 1897 as irmãs de Santa Catarina chegam na cidade de Petrópolis-RJ e constituem a primeira comunidade das irmãs de Santa Catarina no Brasil, durante essa estadia já foram construídas escolas, hospitais, asilos, creches e outras obras sociais voltadas aos cuidados dos mais necessitados. No Brasil, a ACSC está presente em seis estados: São Paulo, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Santa Catarina

e Rio de Janeiro. Atualmente, a rede é composta de 22 unidades, dentre elas: 1 unidades na área da saúde, 7 unidades na educação e 2 unidades de assistência social.

A ACSC conta com mais de 14.000 colaboradores distribuídos entre as três vertentes de atuação, saúde, educação e assistência social. Todo o faturamento da ACSC é revertido em melhorias para atender a sociedade e os projetos sociais, fornecendo atendimentos que abrangem desde a atenção primária constituída pelas unidades básicas de saúde, saúde da família, pronto socorro e pronto atendimento. Também atendendo as unidades secundária e terciária que são compostas pelos hospitais de média e alta complexidades; procedimentos de alto custos; além dos atendimentos de apoio diagnóstico e terapêutico; também atuando nas etapas da educação infantil, creche e pré-escola, ensino fundamental, ensino médio, educação para jovens e adultos e cursos técnicos profissionalizantes.

Na área da saúde são 10 hospitais próprios, 3 contratos de gestão de unidades públicas através de qualificação como Obra Social de saúde (OSS), dados anuais: 111 mil internações, 558 mil atendimento de urgência e emergência, 2 milhões e 40 mil atendimentos ambulatoriais e 4 milhões e 910 mil exames. Deste montante total de atendimento anual, 73,7% dos atendimentos são destinados aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na área da educação são sete unidades, com mais de 5 mil alunos atendidos em um ensino de qualidade, dos quais mais de 1000 alunos contam com o incentivo de bolsas integrais assistenciais. A ACSC ainda conta com 2 unidades de Assistência Social que atende mais de 600 pessoas em vulnerabilidade e risco social.

A pesquisa foi realizada em uma das unidades hospitalares da ACSC localizada em São Paulo, essa unidade é 100% privada e disponibiliza de 310 leitos distribuídos em unidades de UTI – Unidades de Terapia Intensiva e unidades de internação. Em números aproximados, essa unidade hospitalar privada realiza por mês 9500 atendimentos de urgência e emergência distribuídos em atendimentos adultos e pediátricos, mais de 8000 consultas ambulatoriais, 1500 cirurgias de alta, média e baixa complexidade e 2000 internações por mês.

3.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Para a execução da *Design Science Research* foi seguido o procedimento de pesquisa proposto pelos autores Peffers, Tuunanen, Rothenberger e Chatterjee (2007), sendo que também foi considerada a proposta dos autores Dresch et al. (2015).

Na figura 3 estão apresentadas as etapas para a condução desta *Design Science Research*, em seis fases: 1º identificação e motivação do problema; 2º definição dos objetivos

para a solução; 3° concepção e desenvolvimento do artefato; 4° apresentação do artefato; 5° avaliação do artefato e 6° comunicação dos resultados de pesquisa.

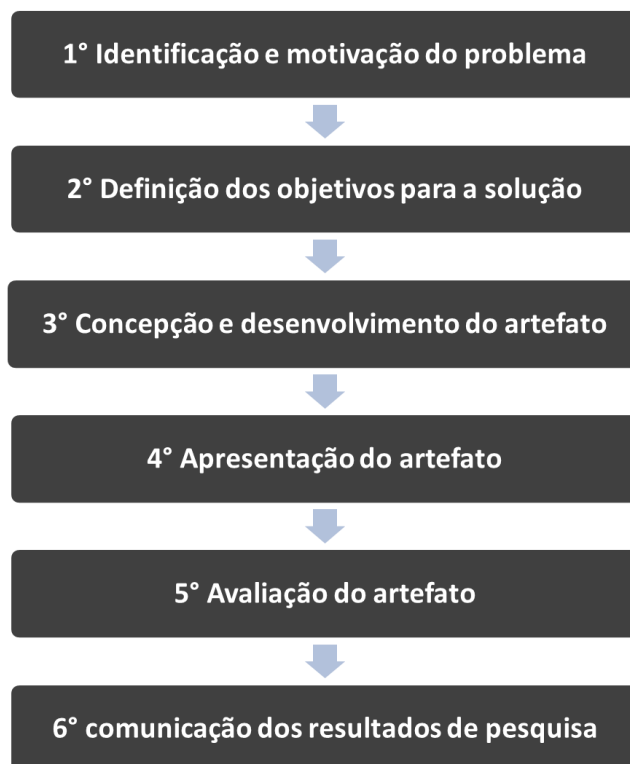


Figura 3 Procedimento de pesquisa para *Design Science Research*

Fonte: Adaptado de Peffers, Tuunanen, Rothenberger e Chatterjee (2007)

Para a proposição do artefato deste trabalho, é destacada a importância da atuação do pesquisador no ambiente empírico, considerando a importância do pesquisador estar familiarizado com o negócio ou área do projeto, para a construção do artefato. Nesta atuação do pesquisador, Wieringa (2014) destaca os benefícios que são compartilhados entre pesquisadores e praticantes, uma vez que, através do relacionamento e interação, ambos constroem conhecimento, experiências e resultados potencialmente úteis para todos.

Nos subtópicos seguintes, será apresentado um descritivo para cada uma das fases propostas, juntamente com as informações específicas desta dissertação em conformidade com a proposta do procedimento de pesquisa.

3.4.1 Identificação e motivação do problema

Na primeira fase do método foi necessário identificar os pontos que motivaram a realização da pesquisa, bem como a justificativa teórica, prática, a relevância do porque o estudo está sendo realizado e a importância da investigação para resolver um determinado problema (Dresch et al., 2015). Deste modo, a identificação do problema será utilizada como base para demonstrar o valor e a complexidade envolvida para uma possível solução, além de nortear o caminho de desenvolvimento do artefato (Peppers et al., 2007).

Segundo Peppers et al. (2007), a identificação do problema deve motivar o público e os pesquisadores para buscar a solução e aceitar os resultados da pesquisa. A identificação do problema deve conter parte dos argumentos teóricos e práticos, e dados que justificam a condução do trabalho.

Partindo da definição dos autores citados neste tópico, se faz necessário uma identificação do problema teórico e prático. Para cumprir a premissa teórico, foi realizada uma *RSL - Revisão Sistemática da Literatura*, nos quais os procedimentos metodológicos são apresentados no tópico **3.4.1.1 Procedimento utilizados na Revisão sistemática da literatura** e as análises e resultados dessa *RSL* são apresentados no tópico **4.1 Identificação e motivação do problema teórico**.

Para a composição da base de identificação do problema em ambiente prático, foram realizadas entrevistas com 18 pacientes que utilizam os serviços do hospital privado de SP da ACSC, os procedimentos são detalhados no tópico **3.4.1.2 Entrevistas semiestruturadas com pacientes da rede ACSC**. Em complemento a base das entrevistas, foi realizada uma coleta de dados em uma base de chamados do SAC – *Serviço de Atendimento ao Cliente* do hospital privado de SP da ACSC, os procedimentos são detalhados no tópico **3.4.1.3 Procedimento utilizados para coleta de dados do SAC**. Ambas análises e resultados dessas bases estão apresentadas no tópico **4.2 Identificação e motivação do problema prático**.

3.4.1.1 Procedimento utilizados na Revisão sistemática da literatura

Com o objetivo de um aprofundamento para identificar o que já foi discutido e estudado em trabalhos anteriores, a revisão sistemática da literatura é uma metodologia que busca identificar e analisar estudos sobre uma temática específica, fornecendo subsídios para garantir

a qualidade e a validade dos estudos (Sampaio & Mancini, 2007). Essa qualidade e validade são obtidas por meio de protocolos que garantem a transparência e a confiabilidade referente a condução do estudo para os leitores (Guanilo et al., 2011).

Segundo Sampaio e Mancini (2007), é possível realizar uma revisão sistemática da literatura através de cinco grandes etapas: (1) definir a pergunta; (2) buscar a evidência; (3) revisar e selecionar os estudos; (4) analisar a qualidade metodológica dos estudos; e (5) apresentar os resultados. Com base nos estudos apresentados por Sampaio e Mancini (2007) para a condução desta revisão sistemática da literatura foi utilizado o método composto por oito passos, que é apresentado na Figura 4.

Passo	Descrição	
1	Definir a pergunta científica, especificando população e intervenção de interesse.	
2	Identificar as bases de dados a serem consultadas; definir palavras-chave e estratégias de busca.	
3	Estabelecer critérios para a seleção dos artigos a partir da busca.	
4	Conduzir busca nas bases de dados escolhidas e com base na(s) estratégia(s) definida(s) (pelo menos dois examinadores independentes).	Comparar as buscas dos examinadores e definir a seleção inicial de artigos
5	Aplicar os critérios na seleção dos artigos e justificar possíveis exclusões.	
6	Avaliar de forma detalhada todos os artigos incluídos na revisão.	
7	Identificar os requisitos apontados pelos pacientes para a criação de um CRM na saúde. Sintetizar e apresentar as informações disponibilizadas pelos artigos que foram incluídos na revisão.	
8	Apresentar uma conclusão, informando a evidência sobre os efeitos da intervenção.	

Figura 4 Método para condução da revisão sistemática da literatura

Fonte: Adaptado de Sampaio e Mancini (2007)

Com base no modelo de revisão sistemática da literatura proposto na Figura 4, a seguir é apresentado o detalhamento de cada um dos passos executados neste estudo.

Passo 1: Questão de pesquisa: Quais são os requisitos de um sistema *CRM* hospitalar que tenha o paciente como foco?

Passo 2: Para a busca dos artigos, foram realizadas pesquisas em quatro bases de periódicos acadêmicos: *Scopus*, *Web of Science*, *Google Scholar* e *PubMed*. Foram utilizadas três *strings* como palavras-chave para a busca dos periódicos: “*Patient relationship management*”, “*CRM Patient*” e “*CRM Hospitals*”.

Passo 3: A busca dos periódicos foi realizada considerando o período de janeiro de 2010 a junho de 2018. Essa restrição foi necessária para qualificar a busca dos requisitos dos pacientes considerando a criação de um projeto de *CRM* na saúde.

Passo 4: As buscas foram realizadas conforme a proposta, sendo selecionados o total de 187 artigos.

Passo 5: Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão:

1° Foram identificados 55 artigos em duplicidade entre as bases de dados pesquisadas, e todos esses foram removidos da amostra;

2° Foram retirados 6 artigos do tipo editoriais, cujo conteúdo não agregava para o objetivo da pesquisa proposta;

3° Através da leitura dos resumos e títulos dos artigos, foram identificados que 76 artigos possuem o foco na análise clínica do paciente, utilizando os resultados do tratamento para avaliar a satisfação do paciente. Desta forma entende-se que estes artigos não contribuem para este estudo e foram removidos da amostragem;

4° Foram excluídos mais 5 documentos que se tratava de patentes e livros, e conforme a proposta desse estudo, o foco é a análise apenas de artigos científicos. Artigos escritos em línguas de origem asiática e do oriente (11 artigos) também foram retirados da amostra.

5°: Para a realização do passo 6, restaram 34 artigos que foram analisados e revisados de forma detalhada e apresentados a seguir.

Passo 6: Para a execução do passo 6 foi realizada a avaliação detalhada de todos os 34 artigos restantes. Primeiramente na leitura detalhada, 10 artigos não tratavam sobre o assunto proposto neste estudo, desta forma estes foram retirados, restando 24 artigos para a

continuidade do estudo e apresentação dos resultados no tópico **4.1 Identificação e motivação do problema teórico.**

3.4.1.2 Entrevistas semiestruturadas com pacientes da rede ACSC

Com o objetivo de um aprofundamento em ambiente prático para a identificação e motivação do problema, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 18 pacientes que estavam ou estiveram em atendimento de internação ou pronto atendimento em uma das unidades hospitalares da ACSC.

Ressalta-se que não foram utilizados nenhum dado confidencial dos pacientes, informações como nome, endereço, documentos pessoais, ou diagnóstico, tendo sido estes excluídos das transcrições com o intuito de manter a privacidade dos pacientes.

Para as entrevistas com os pacientes, foram realizadas visitas do pesquisador em dias e horários pré-determinados pela ACSC, constituindo uma amostragem heterogênea. As entrevistas foram executadas seguindo o roteiro semiestruturado disponibilizado no Apêndice A e que foram construídas com base nos requisitos teóricos resultantes da RSL apresentada neste projeto de pesquisa. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e duraram em torno de 20 minutos para não afetar o atendimento dos pacientes.

Fator de inclusão dos pacientes: Pacientes com idade de 18 a 65 anos, que realizaram um atendimento de internação ou pronto atendimento adulto durante o ano de 2019, também podendo ser considerado os acompanhantes dos pacientes que vivem a experiência do relacionamento com o hospital. Para a seleção dos entrevistados em situação de internação, foi considerada uma lista disponibilizada pela ACSC contendo os pacientes que não possuem um tratamento de alta complexidade, esta ação é necessária para não importunar pacientes críticos e que ainda estão em recuperação. Também foram considerados os pacientes que passaram por internação e estão realizando retornos para acompanhamento pós internação, esse ponto é importante para observar como foi todo o ciclo de atendimento do paciente. O roteiro de entrevista será executado com os pacientes que concordarem em participar da pesquisa assinando o *Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)* contido no Apêndice B desta pesquisa.

Fator de Exclusão dos pacientes: Pacientes com idade abaixo de 18 anos e acima dos 65 anos foram desconsiderados, além de pacientes com procedimentos de alta complexidade

conforme a *Classificação Internacional de Doenças (CID)*. Os pacientes que NÃO concordassem em participar da pesquisa assinando o *TCLE* também seriam desconsiderados, porém isso não ocorreu.

Dado que o estudo ocorreu em ambiente hospitalar real, o projeto foi submetido para avaliação no comitê de ética da instituição estudada, bem como inscrito na Plataforma Brasil seguindo a resolução nº 466 de 12 de dezembro do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Ministério da Saúde, 2012). O processo de aprovação dos comitês de ética teve início em maio/2019, foram gerados dois protocolos de registro na Plataforma Brasil, um do comitê de ética e pesquisa da *Universidade Nove de Julho – UNINOVE* sob o número 20137219.7.0000.5511 e outra direcionado para o comitê de ética da ACSC sob o número 20137219.7.3001.9007, ambos tiveram a finalização e aprovação para seguimento da pesquisa em dezembro/2019.

3.4.1.3 Procedimento utilizados para coleta de dados do SAC

Para o cumprimento da identificação do problema em ambiente prático, foi utilizado uma base de dados de chamados do SAC de um dos hospitais da ACSC. O SAC da ACSC tem como objetivo criar um canal de comunicação para que os pacientes possam expor sua opinião sobre o atendimento e fazer um contato direto com a alta gestão dos hospitais, neste canal de atendimento os pacientes podem avaliar os colaboradores e processos, propor sugestões de melhorias, tirar dúvidas sobre os serviços, fazer pontuações sobre a qualidade dos serviços do hospital de forma geral. Todas as solicitações são avaliadas e encaminhadas para os responsáveis para que possam tomar iniciativas de melhorias dentro dos hospitais.

Os procedimentos utilizados para a limpeza da base final, são demonstrados a seguir:

Fator de inclusão dos chamados do SAC: Chamados realizados pelos pacientes ou acompanhantes que passarão em um atendimento de internação ou pronto atendimento adulto nos meses de maio/2019, junho/2019 e julho/2019.

Fator de exclusão dos chamados do SAC: Chamados realizados por pacientes ambulatoriais, pronto atendimento infantil, setores de exames e chamados realizados fora dos meses estipulados para a coleta.

Os pacientes com origem de atendimentos ambulatoriais foram retirados da amostra por não possuírem um tempo de relacionamento considerável para a amostra da pesquisa. Os pacientes pediátricos foram retirados da amostra devido ao tipo de complexidade e sensibilidade

aos atendimentos pediátricos e para afetar o andamento do tratamento das crianças. Ambas amostras foram sugeridas para trabalhos futuros pois pesquisadores podem estanciar o artefato em unidades ambulatoriais e pediátricas.

Na análise realizada sobre a base de dados do SAC do hospital privado em SP da rede ACSC, foi constatado um total de solicitações de 2935 entre os meses de maio, junho e julho de 2019. Para efeito de saneamento da base de dados foram realizadas etapas de exclusão conforme os critérios especificados no tópico anteriormente, dos quais são apresentados a seguir.

- A base iniciou com 2935 solicitações do SAC entre os meses de maio, junho e julho de 2019.
- Foram removidas as unidades do tipo pediatria que totalizam 421 registros.
- Foram removidos os atendimentos do tipo ambulatoriais que totalizam 197 registros.
- Foram removidos os atendimentos de exames que totalizam 276 registros.
- Para continuidade da análise da base de dados restaram 2041 registros válidos.

O detalhamento da análise e resultados estão apresentados no tópico **4.2 Identificação e motivação do problema prático.**

3.4.1.4 Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise e agrupamento dos requisitos. Para analisar o conteúdo foi utilizado o software *NVIVO*. Esse software é recomendado para se analisar um grande volume de dados qualitativos, codificá-los e agrupá-los, possibilitando uma interpretação dos resultados de forma mais clara e organizada (Alves et al., 2011).

Os dados coletados nas entrevistas foram avaliados e agrupados individualmente, sempre que possível foram agrupados conforme a lista de requisitos gerados na *RSL*. Quando não cabível a classificação dentro dos requisitos já existentes, foi gerado uma nova classe de requisitos com o intuito de complementar o artefato de requisitos.

3.4.2 Definição dos objetivos para a solução

Nesta fase será demonstrado as expectativas quanto a solução do problema apresentado na primeira fase (Dresch et al., 2015). Esta fase ajuda a especificar o que o artefato

deve conter, sendo utilizado desde pesquisas de aprofundamento da literatura, análises documentais ou resultados de entrevistas com o objetivo de localizar as possíveis soluções do problema apresentado (Peffer et al., 2007).

Segundo Peffer et al. (2007), a definição dos objetivos para a solução deve ser composta pela teoria e pela prática. Desta forma, para o cumprimento destas premissas foram utilizadas as bases construídas nesta pesquisa, que são compostas pelos resultados e requisitos agrupados na *RSL*, entrevistas dos pacientes da *ACSC* e da base de solicitações do *SAC*.

Partindo do aprofundamento na literatura e a imersão no ambiente prático que foram realizados nesta pesquisa, fica claro que existem problemas na relação de paciente e hospitais, e para responder a questão de pesquisa da presente dissertação a proposta é uma triangulação dos requisitos gerados nas três análises de dados conduzidas no presente trabalho. **1º Revisão sistemática da literatura, 2º Resultados da análise dos chamados do SAC e 3º Resultados das entrevistas com pacientes de um dos hospitais da rede ACSC.** Na figura 5 será exemplificado a triangulação realizada.



Figura 5 Método para triangulação dos requisitos

Fonte: O autor

O detalhamento e os resultados dessa triangulação dos dados estão apresentados no tópico **4.3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO.**

3.4.3 Concepção e desenvolvimento do artefato

Conceitualmente, um artefato pode ser um objeto prescritivo desenhado para resolver um problema prático (Peppers et al., 2007). Esta fase tem como objetivo o desenvolvimento do artefato que contém a solução do problema, os pesquisadores devem fazer o uso do conhecimento teórico e prático para propor artefatos que realmente suportem a solução do problema (Dresch et al., 2015). Segundo Peppers et al. (2007), os artefatos devem conter as funcionalidades, requisitos ou arquitetura da solução real esperada.

Como resultado final é proposto um artefato do tipo '**modelo**' da classe de problemas de "**Relação com os clientes e serviços**, neste artefato estará contido os requisitos resultantes da triangulação da revisão sistemática da literatura, que compreende a premissa teórica, juntamente com a lista de requisitos gerados a partir da análise da base de dados de chamados do SAC e das entrevistas com os pacientes da ACSC no ambiente prático (premissa para representar o ambiente prático).

Os resultados decorrentes da concepção e desenvolvimento do artefato estão representados no capítulo **4.4 CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO ARTEFATO**.

3.4.4 Apresentação do artefato

Esta é a fase na qual é demonstrada a proposta ou funcionamento do artefato sobre o problema identificado, sendo possível realizar uma apresentação do artefato com uma experimentação, simulação, grupo focal ou estudo de caso (Peppers et al., 2007).

Partindo da lista de requisitos gerada na concepção e desenvolvimento do artefato, foi realizada uma codificação da base de entrevistas com os pacientes da ACSC com a proposta de detalhar todos os requisitos que compõem o artefato. Desta forma o detalhamento dos requisitos juntamente com a fala dos pacientes estão apresentados no tópico **4.5 APRESENTAÇÃO DO ARTEFATO**.

3.4.5 Avaliação do artefato

A fase de avaliação do artefato, é o momento em que o pesquisador compara a eficiência da solução sobre as expectativas mapeadas na fase 2, de definição dos objetivos para a solução versus o problema identificado (Dresch et al., 2015). Durante a fase de avaliação do artefato, o pesquisador poderá gerar um ciclo de testes e melhoria do artefato, este é um momento crucial onde deve-se observar se realmente a solução proposta no artefato é funcional (Peffer et al., 2007).

Existem diversas formas de avaliar se o artefato é funcional e se resolve o problema proposto, desde uma comparação de funcionalidades com os objetivos da solução, comparação de métricas de desempenho quantitativos, pesquisas de satisfação e *feedback* de clientes ou *stakeholders* envolvidos no processo ou simulações das rotinas propostas (Peffer et al., 2007).

Para a execução desta fase foi realizado pelo pesquisador e sua orientadora um grupo focal com 8 integrantes, dentre eles gestores, médicos e enfermeiros da rede ACSC para a apresentação e discussão do artefato contendo a proposta dos requisitos para o projeto de CRM com foco no paciente. O grupo focal teve duração de duas horas, tendo sido gravado e posteriormente transcrito para uma análise dos dados. Para esta análise também foi usado o software NVIVO como apoio para a análise dos dados.

Fator de inclusão dos profissionais da saúde da ACSC para avaliação do artefato: Profissionais ligados diretamente ao ciclo de experiência do paciente, podendo ser considerados enfermeiros, médicos, equipes multidisciplinares, profissionais do SAC, da área de marketing, tecnologia da informação e atendimento.

Na tabela 4 é apresentado os participantes do grupo focal.

Tabela 4: Participantes do grupo focal

Entrevistado	Função	Gênero	Formação	Tempo de casa
GF1	Enfermeira	Feminino	Graduação em Enfermagem	Maior que 5 anos
GF2	Farmacêutica	Feminino	Graduação em Farmácia	Maior que 2 anos
GF3	Especialista de projetos	Feminino	Graduação em Administração Hospitalar	Maior que 5 anos
GF4	Coordenadora de TI	Feminino	Graduação em Ciências da computação com mestrado em informática em saúde	Maior que 2 anos

GF5	Especialista de projetos	Masculino	Graduação em Sistemas de informação e especialização em gestão estratégica de TI	Maior que 2 anos
GF6	Gerente de cadastros	Masculino	Graduação em Publicidade e Propaganda com especialização em administração hospitalar executiva	Maior que 5 anos
GF7	Coordenadora de Marketing	Feminino	Graduação em Administração de empresas com especialização em marketing	Maior que 2 anos
GF8	Médica	Feminino	Graduação em medicina com especialização em cardiologia e terapia intensiva	Maior que 5 anos

Fonte: O autor.

O resultado deste grupo focal, será apresentado na íntegra no tópico **4.6 de avaliação do artefato**.

3.4.6 Comunicação dos resultados da pesquisa

Nesta última fase do procedimento é realizado a comunicação e a apresentação dos resultados do artefato, ou seja, é o momento em que o pesquisador demonstra a sua acuracidade sobre o problema identificado e contribuição para a prática (Peffer et al., 2007). Também é considerado o momento de construção do conhecimento, pois é através da comunicação dos resultados que o artefato se mostrará funcional, apresentando as dificuldades para a continuidade do projeto, e também o modelo prescritivo utilizado para resolver o problema prático (Peffer et al., 2007). O detalhamento da comunicação está apresentada no tópico **4.7 COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**, em complemento a comunicação também se dará por meio de publicações que alcance o público acadêmico e profissional.

4 RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados os resultados obtidos durante a execução do procedimento de pesquisa da *DSR*. O procedimento é composto por seis fases: 1º identificação e motivação do problema teórico e prático; 2º definição dos objetivos para a solução; 3º concepção e desenvolvimento do artefato; 4º apresentação do artefato; 5º avaliação do artefato e 6º comunicação dos resultados de pesquisa.

4.1 IDENTIFICAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO PROBLEMA TEÓRICO

Neste subcapítulo é apresentado um mapeamento da literatura com o objetivo de identificar e agrupar requisitos dos pacientes para um projeto de *CRM* na saúde com características semelhantes. Como resultados desta RSL foram identificados sete requisitos para um projeto de *CRM* na saúde com foco na expectativa dos pacientes, que são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 Requisitos para a criação de projetos com foco no paciente

Descrição do requisito	Citações
------------------------	----------

1- Avaliação do atendimento e dos funcionários	5
2- Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente	10
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	7
4- Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas	12
5- Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico	2
6- Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento	13
7- Portal de serviços <i>on-line</i> : fidelização do paciente	10
Total citações nos artigos	59

Fonte: O autor.

Com o objetivo de compreender melhor cada requisito, nos tópicos seguintes serão apresentados o detalhamento dos sete requisitos.

4.1.1 Avaliação do atendimento e dos funcionários

Este requisito considera que no contexto de avaliação do serviço prestado, os pacientes necessitam de um canal para fornecer um *feedback* sobre a qualidade do atendimento e sobre os profissionais que os atenderam, sendo a medição de qualidade de serviço um procedimento comum na nossa sociedade (Santus et al., 2012). Segundo Yousefi e Kargari (2014), a satisfação do paciente no que tange o serviço prestado no hospital pode ser avaliada em 4 fatores: cuidado, empatia, confiabilidade e receptividade.

A confiabilidade e a capacidade desse provedor em fornecer um serviço de qualidade podem ser medidas por avaliações realizadas por pacientes. Muitos pacientes procuram o atendimento com base na classificação e *feedback* de outros pacientes (Agariya & Singh, 2013). Estudos realizados por Androniceanu (2017) mostram que 31.4% dos pacientes procuram atendimento com base na referência do hospital, enquanto 23.9% procuram o hospital com base na avaliação do médico que presta serviço na instituição.

Considerando estes argumentos advindos da literatura consultada, um requisito para um sistema *CRM* hospitalar com foco no paciente é a “Avaliação do atendimento e dos profissionais clínicos e assistenciais dos hospitais”, podendo ser através da disponibilização de um canal online de análise da qualidade do atendimento prestado, juntamente com uma avaliação dos médicos, enfermeiros e equipes multidisciplinares que atenderam o paciente. Na visão do

hospital, esta informação também será muito útil para a melhoria dos serviços prestados, assim como a melhora nos *feedbacks* que trafegam nas redes sociais ou portais de avaliação de serviços.

4.1.2 Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente

Estudos realizados por Groene et al. (2015) demonstram que a falta de relação ou canal de comunicação direto de pacientes com médicos ou enfermeiros são poderosos fatores que afetam diretamente a experiência e percepção do atendimento por parte do paciente. Esta interação do paciente com o prestador de serviço de saúde também pode estar ligada diretamente ao sucesso e aderência do tratamento proposto (Santus et al., 2012), gerando ao paciente uma percepção positiva quanto ao cuidado e segurança ofertada.

A criação de um canal de comunicação bidirecional pode ajudar ambas as partes no processo de atendimento ou tratamento clínico. Para os hospitais, isso pode representar um auxílio na coleta de informações do paciente de forma mais rápida para a resolução de problemas de maneira mais efetiva, além de proporcionar possibilidade de abordagens mais preventivas do que corretivas. Por sua vez, o paciente pode ser beneficiado pela troca de informação com o seu médico, facilitando a comunicação, sem ter que esperar uma próxima consulta para isso (Hsu, 2013).

Estudos realizados por Androniceanu (2017) e Sarkhosh et al. (2012) mostram que boa parte das queixas relatadas pelos pacientes trata sobre os médicos ouvirem (ou não) o paciente. Esta atenção e abertura por parte do médico poderia permitir ao paciente transmitir suas ideias, atitudes e sentimentos, que podem estar diretamente ligados à sua doença, mas que muitas vezes não são descobertos pela falha na comunicação.

Partindo dos argumentos da literatura consultada, o segundo requisito para um sistema *CRM* hospitalar com foco no paciente é a criação de um “Canal de comunicação direto entre o médico, equipe assistencial e paciente”. Através deste canal torna-se possível uma interação direta, aproximando e fidelizando o paciente à instituição do seu tratamento. Conforme demonstrado nos estudos, essa ação também contribui para a aderência do paciente ao seu tratamento, reduzindo as incidências de retorno para tratamento de uma mesma doença.

4.1.3 Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente

Pacientes argumentam que somente as equipes clínicas e assistenciais detêm o conhecimento específico sobre as diversas doenças e tratamentos, dificultando a procura por informações confiáveis sobre estes (Monem, Hussin, & Behboodan, 2011). A falta da informação confiável e segura gera uma grande dependência dos pacientes para com os profissionais da saúde.

Instituições de saúde e governos devem se unir para propor canais de informações de saúde confiáveis, disponibilizando informações de doenças e tratamentos de forma clara e objetiva aos pacientes (Werdhani, 2017). Argumenta-se que se o paciente obtiver mais informações sobre a sua possível doença ou tratamento, existem maiores possibilidades de descobrir e tratar a doença de forma preventiva (Androniceanu, 2017; Chhangani, 2013).

Além disso, a criação de um canal de informações de doenças e tratamentos, pelos profissionais da saúde, pode suprir os pacientes de informações sobre como lidar com a sua doença, gerando uma melhor percepção e confiança sobre as instituições de saúde (Vosbergen et al., 2014; Rababah et al., 2010).

Considerando estes argumentos advindos da literatura consultada, o terceiro requisito para um sistema *CRM* hospitalar com foco no paciente é a “Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente”. Com a revolução tecnológica da indústria 4.0, cada vez mais os pacientes utilizam os meios digitais para buscar informações sobre possíveis tratamentos. A disponibilização de um portal com informações educacionais confiáveis pode transmitir segurança para os pacientes, além de fortalecer a marca do hospital passando uma imagem positiva aos seus pacientes.

4.1.4 Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnica

Além da escassez de informações sobre as doenças e os tratamentos, os pacientes argumentam sobre a falta de disponibilização do prontuário de atendimento pelas instituições de saúde. Documentos como a prescrição eletrônica, histórico do paciente e medicações consumidas devem ser disponibilizados aos pacientes para que possa haver contribuição na continuidade do tratamento e tomada de decisões por parte das equipes clínicas e assistenciais (Hsu, 2013).

Segundo Hung et al. (2010), os sistemas de *CRM* deveriam ser construídos em cima dos sistemas de gestão hospitalar, juntamente com os sistemas de registros de informações clínicas do paciente. Desta forma, os pacientes teriam acesso às suas informações clínicas, propiciando conhecimento sobre a sua doença e tratamento e, conseqüentemente, uma melhor aderência ao seu tratamento (Santus et al., 2012).

Uma pesquisa realizada com pacientes por Androniceanu (2017) mostra que 49% dos entrevistados disseram que só obtiveram informações do seu prontuário após solicitado ao médico, enquanto 45% receberam informações mais completas do seu prontuário sem ter solicitado ao médico.

Outro ponto questionado pelos pacientes está relacionado à disponibilização de informações menos técnicas pelos profissionais da saúde: pacientes estariam mais satisfeitos se obtivessem informações clínicas do seu prontuário de forma menos técnica para um fácil entendimento (Vosbergen et al., 2014). O estudo realizado por Androniceanu (2017) mostrou que mais de 17% dos pacientes se consideram insatisfeitos pela forma como a informação é disponibilizada, pois são utilizados termos técnicos que os pacientes não entendem.

Assim, é possível concluir que existe uma grande assimetria da percepção do paciente quanto à qualidade do atendimento, relacionada à disponibilização do prontuário ao paciente com termos técnicos (Monem, Hussin, & Behboodan, 2011).

Partindo dos argumentos da literatura consultada, o quarto requisito para um sistema *CRM* hospitalar com foco no paciente é a comunicação e disponibilização de “Informações do prontuário do paciente de forma menos técnica”. Uma das grandes dificuldades dos pacientes no momento do atendimento é obter informações do seu prontuário e entender os termos contidos nele. Uma concepção errada que alguns hospitais criaram é a de que o prontuário do paciente pertence ao hospital, gerando rotinas e processos burocráticos para dificultar que o paciente obtenha informações do seu prontuário. Após uma validação de identidade, o paciente deve ter acesso irrestrito a este documento.

Outro grande dificultador é a escrita realizada no prontuário e a forma de comunicação que os profissionais da saúde realizam para com os pacientes. Os hospitais devem capacitar suas equipes clínicas e assistenciais para se comunicar com os pacientes com informações menos técnicas, e assim abrir um canal de comunicação mais amigável.

4.1.5 Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico

Apesar de poucas citações terem sido constatadas sobre este requisito, tal foi considerado relevante por seguir uma lógica de compartilhamento que é uma tendência atual e relevante. Foi apontada nos estudos a necessidade da criação de um fórum no qual os pacientes com o mesmo diagnóstico possam trocar experiências e informações clínicas sobre o seu tratamento. Essa troca de informações aportada por uma instituição de saúde propiciaria uma interação social, formando uma rede de apoio e compartilhamento de experiência entre os pacientes (Agariya & Singh, 2013).

Em uma entrevista realizada por Hsu (2013), captada em um fórum, foi destacada a fala de um paciente: “Eu gostaria de ver se os outros estão passando pelo que eu estou passando; ver se há alguma coisa nova acontecendo, etc. Quando eu tive a cirurgia, os pacientes tinham um grupo no *Yahoo* e que foi incrível!! Foi útil em mais maneiras do que eu posso listar. Eu adoraria ter algo parecido com isso de novo.”

Considerando estes argumentos advindos da literatura consultada, o quinto requisito para um sistema *CRM* hospitalar com foco no paciente é a criação de um fórum ou um portal de “Interação entre os pacientes com o mesmo diagnóstico”. Os pacientes sentem a necessidade de compartilhar e obter experiências de outros pacientes que estão passando pela mesma situação da sua doença. Os hospitais detêm informações sobre os pacientes e suas doenças que os pacientes não possuem acesso. Assim, disponibilizando o fórum e colocando em contato os pacientes com o mesmo diagnóstico, o hospital estaria realizando o intermédio para ajudar nessa comunicação.

A literatura julga importante o monitoramento desse tipo de fórum para que não sejam disponibilizadas informações errôneas, evitando, assim, geração de expectativas ou ações erradas na conduta do paciente.

4.1.6 Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento

Esse requisito foi um dos mais citados na literatura. Para diversos autores (Santus et al., 2012; Monem, Hussin, & Behboodan, 2011; Hung et al., 2010), o envolvimento do paciente na definição do seu diagnóstico e tratamento está diretamente ligado à sua percepção quanto ao seu nível de satisfação no atendimento.

Para Hsu (2013), o paciente é quem realmente entende a sua condição física, e ele pode compartilhar informações essenciais para o diagnóstico e tratamento da sua doença. Envolver o paciente de forma ativa no tratamento da sua doença pode ter um papel fundamental no processo, aumentando significativamente a probabilidade de resultados positivos no decorrer do mesmo (Reistroffer et al., 2017).

Todavia, esse envolvimento ainda não acontece de forma efetiva, e os paciente possuem pouco poder para decidir ou participar de forma ativa no seu tratamento (Bukstein et al., 2016). Esta participação ativa pode ser considerada uma nova abordagem na saúde, mas que surte resultados consideráveis sobre o relacionamento com o paciente (Groene et al., 2015).

Estudos realizados por Young, Kupzyk e Barnason (2017) e Cobden, Niessen, Barr, Rutten e Redekop (2010) mostram que a participação ativa do paciente no seu tratamento pode estar intimamente ligada à eficácia e aderência ao seu tratamento. Desta forma, é necessário que o paciente participe de todas as etapas do seu tratamento e tenha total consciência de tudo que está sendo realizado neste âmbito. Esse tipo de envolvimento ativo aproxima o paciente, a instituição e o profissional médico, o que impacta diretamente na percepção e na confiança do paciente no tratamento e na instituição de saúde (Sarkhosh et al., 2012).

Partindo dos argumentos da literatura consultada, o sexto requisito para um sistema CRM hospitalar com foco no paciente é a “Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento”. Conforme colocado anteriormente, este requisito foi um dos mais citados nos artigos, sendo que os pacientes reconhecem essa falta de comunicação na definição do seu tratamento clínico. Diante desta necessidade, sugere-se que os hospitais capacitem os profissionais clínicos para interagirem com o paciente, dando *empowerment* para que este possa melhor conduzir o tratamento da sua doença.

Esta ação está diretamente ligada à percepção do paciente quanto a atenção e qualidade no atendimento, pois em diversas citações, os pacientes informam que os profissionais olham para os pacientes somente como doenças, e não como pessoas. Assim, este estudo reforça a necessidades de os profissionais clínicos e assistenciais ouvirem e envolverem o paciente em seu tratamento, a fim de obter informações valiosas que somente o ele pode fornecer em determinados momentos em que se sente seguro e confiante na instituição que está prestando serviço a ele. Assim, este paciente será mais proativo e capacitado a cuidar da sua própria doença.

4.1.7 Portal de serviços online: Fidelização do paciente

Com a constante transformação tecnológica vivida nos últimos anos, cada vez mais os pacientes cobram das instituições de saúde facilidades na prestação de seus serviços. Facilidades tais como portais *on-line*, que auxiliariam desde a marcação de uma consulta, até o acesso aos prontuários ou resultados de exames.

Utilizando sistemas de gestão hospitalar é possível ofertar uma gama de serviços que podem ser executados de forma simples e *on-line*, tais como: agendamento de consultas, consulta do tempo de espera para o atendimento nas recepções do hospital, consulta ao prontuário do paciente, consulta de exames, entre outros (Hsu, 2013; Hung et al., 2010).

Ademais, segundo alguns autores (Agariya & Singh, 2013; Bakhshi, Monem, Barati, Sharifian, & Nematollahi, 2017), os portais de serviços *on-line* para os pacientes podem também fornecer serviços de consulta às refeições para os internados, consulta e realização de pagamentos, avaliação do atendimento de enfermagem e médicos, além de marcar uma agenda com os médicos.

Para outros pesquisadores, através do portal de serviços do paciente, é possível fornecer um atendimento mais personalizado e estreitar o relacionamento do paciente com a instituição da saúde. O portal de serviços pode ser considerado um canal de benefícios bidirecionais, em que a instituição da saúde também obtém informações privilegiadas dos pacientes, podendo criar uma carteira de clientes segmentada por perfil, e ofertar produtos e serviços de forma personalizada, estabelecendo um relacionamento rentável para a instituição (Monem, Hussin, & Behboodan, 2011).

Desta forma, o fornecimento desse tipo de portal de serviços *online* está diretamente ligado com a satisfação e fidelização do paciente para com as instituições de saúde (Hajikhani et al., 2015; Monem, et al., 2011).

Considerando estes argumentos advindos da literatura consultada, o sétimo requisito para um sistema *CRM* hospitalar com foco no paciente é a criação de um “Portal de serviços *online*: Fidelização do paciente”. Os pacientes esperam que as instituições de saúde facilitem o atendimento através de portais de serviços *online*, dispensando a necessidade de visitar ou ligar para o hospital para a realização de determinados serviços.

Alguns dos serviços que podem ser disponibilizados são: agendamento de consultas ambulatoriais; consulta de serviços que podem ser realizados conforme o seu plano de saúde; consulta do tempo de espera para o atendimento de urgência; consulta *online* do prontuário do paciente; agendamento para a realização de exames; emissão e pagamento das faturas *online*;

consulta de valores para a realização dos procedimentos particulares; a possibilidade de escolher o seu cardápio conforme a sua dieta quando internado; consultar os horários de suas medicações; entre outros serviços que podem ser disponibilizados para serem executados de forma *online*.

4.2 IDENTIFICAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO PROBLEMA EM AMBIENTE PRÁTICO

Conforme proposto, para a identificação e motivação do problema em ambiente prático, esse tópico foi separado na análise e resultados de duas fontes de dados. A primeira são as entrevistas realizadas aos pacientes da ACSC e a segunda é a base de dados do SAC da ACSC.

4.2.1 Entrevistas com pacientes da ACSC

Como primeira ação para a identificação e motivação dos problemas em ambiente prático foram realizadas 18 entrevistas com pacientes da unidade hospitalar privada em SP da rede ACSC com base em um roteiro de perguntas elaborado sobre a lista de requisitos resultantes da *RSL*. Na tabela 6 são apresentadas as informações dos pacientes que participaram das entrevistas.

Tabela 6 Informações dos pacientes que participaram das entrevistas na ACSC

Entrevistado	Gênero	Idade	Tipo	Período
E1	Feminino	62 anos	Internação	Internado
E2	Masculino	35 anos	Internação	4 dias
E3	Feminino	38 anos	Internação	2 dias
E4	Masculino	58 anos	Internação	Internado
E5	Masculino	34 anos	Pronto atendimento	1 dia
E6	Masculino	39 anos	Internação	3 dias
E7	Masculino	42 anos	Internação	Internado
E8	Masculino	27 anos	Internação	4 dias
E9	Feminino	30 anos	Internação	2 dias
E10	Masculino	40 anos	Internação	5 dias
E11	Masculino	35 anos	Pronto atendimento	1 dia
E12	Feminino	63 anos	Internação	Internado
E13	Masculino	37 anos	Internação	2 dias
E14	Feminino	55 anos	Internação	Internado

E15	Feminino	28 anos	Internação	2 dias
E16	Feminino	35 anos	Internação	1 dia
E17	Feminino	52 anos	Internação	Internado
E18	Feminino	63 anos	Internação	Internado

A seguir também são apresentados gráficos com o objetivo de compreender melhor a distribuição da amostra.

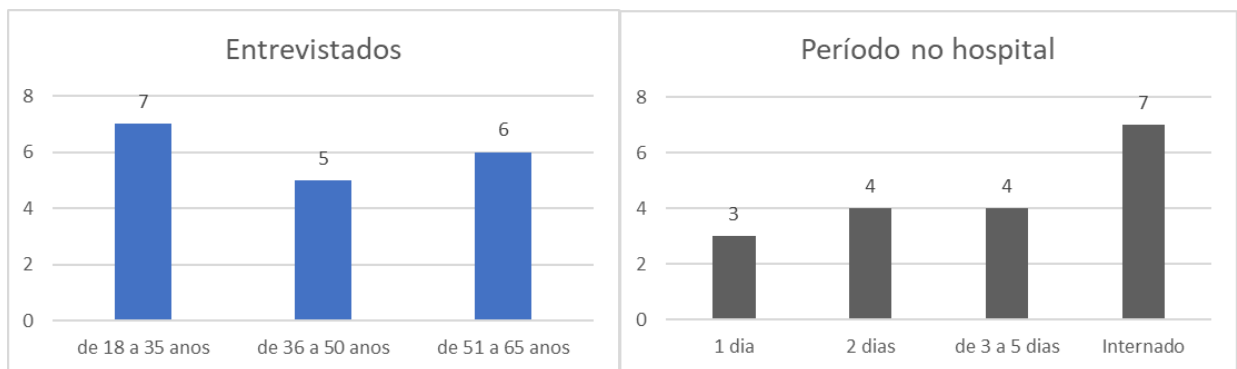


Figura 6 Distribuição dos entrevistados por faixa de idade e período no hospital

Fonte: O autor

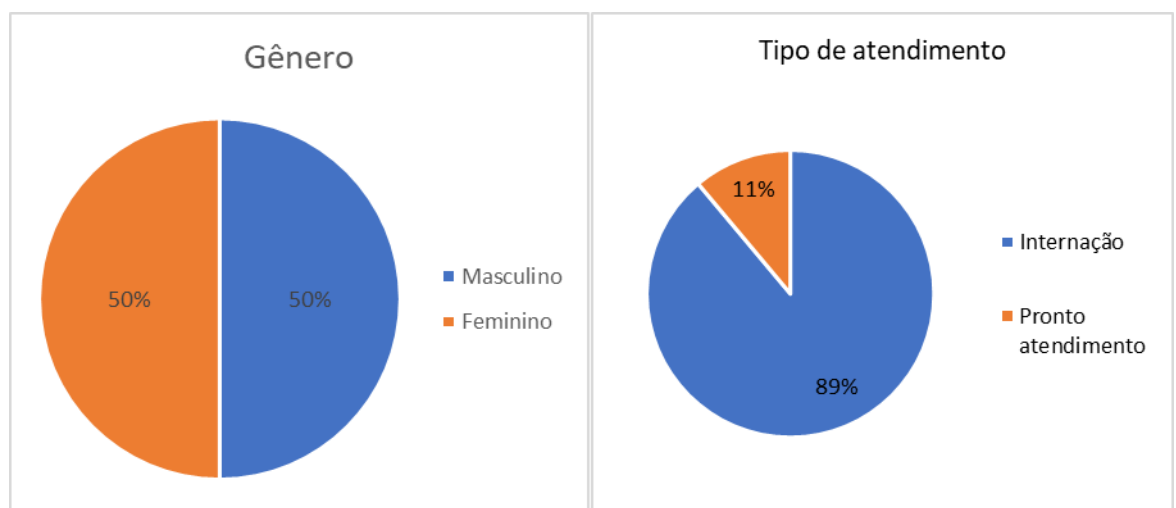


Figura 7 Distribuição dos entrevistados por gênero e tipo de atendimento

Fonte: O autor

Os gráficos apresentados nas figuras 6 e 7 indicam a heterogeneidade do perfil dos entrevistados. É possível observar que os pacientes e acompanhantes que foram entrevistados estão distribuídos em diferentes faixas etárias e período de internamento – isso permite a análise

de um maior conjunto de experiências vivenciadas no ambiente hospitalar, independente do gênero do paciente.

Após a execução das entrevistas foi realizada a transcrição dos áudios, que posteriormente foram analisados e codificados considerando cada um dos requisitos inicialmente propostos na RSL. O resultado das codificações está apresentado no quadro 6.

Quadro 6: Resultado da codificação das entrevistas na ACSC

Requisito	Entrevistados que citaram	Total
Avaliação do atendimento e dos funcionários	E2	Citado em 15 entrevistas Em 83% das entrevistas esse requisito foi mencionado
	E3	
	E5	
	E6	
	E7	
	E8	
	E9	
	E10	
	E11	
	E13	
	E14	
	E15	
	E16	
	E17	
E18		

Requisito	Entrevistados que citaram	Total
Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente	E2	Citado em 15 entrevistas Em 83% das entrevistas esse requisito foi mencionado
	E3	
	E4	
	E5	
	E6	
	E7	
	E8	
	E9	
	E10	
	E11	
	E13	
	E15	

	E16	
	E17	
	E18	
Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento	E2	Citado em 15 entrevistas Em 83% das entrevistas esse requisito foi mencionado
	E3	
	E4	
	E5	
	E6	
	E7	
	E8	
	E9	
	E10	
	E11	
	E13	
	E14	
	E15	
	E16	
	E18	
Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	E2	Citado em 11 entrevistas Em 61% das entrevistas esse requisito foi mencionado
	E3	
	E5	
	E6	
	E7	
	E8	
	E9	
	E10	
	E11	
	E13	
	E15	
Requisito	Entrevistados que citaram	Total
Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas	E2	Citado em 11 entrevistas Em 61% das entrevistas esse requisito foi mencionado
	E4	
	E6	
	E7	
	E8	
	E9	
	E10	
	E13	
	E14	
	E16	

	E18	
Portal de serviços on-line: fidelização do paciente	E2	Citado em 11 entrevistas Em 61% das entrevistas esse requisito foi mencionado
	E3	
	E6	
	E7	
	E8	
	E9	
	E10	
	E11	
	E13	
	E15	
	E16	
Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico	E2	Citado em 5 entrevistas Em 27% das entrevistas esse requisito foi mencionado
	E8	
	E10	
	E11	
	E15	

Partindo da codificação realizada, os requisitos **1- Avaliação do atendimento e dos funcionários, 2- Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente, 3- Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento, 4- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente e 5- Portal de serviços on-line: fidelização do paciente** foram bastantes citados durante as entrevistas e muito discutidos, demonstrando que realmente o problema é existente no ambiente prático.

Apesar de menor número de citações (5), o requisito **6- Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico** apresentou importância durante as entrevistas e muitos pacientes citaram que seria um diferencial ter um fórum onde pudessem trocar informações com pacientes do mesmo diagnósticos, porém esse requisito foi sempre discutido no âmbito da educação e informações sobre a doença, desta forma esse requisito pode ser unificado com **Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente**.

Já o requisito **Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas** foi citado em 11 das 18 entrevistas, porém todas as citações foram contrárias ao que é proposto neste requisito, uma vez que todos citaram não sentir dificuldades na linguagem clínica e assistencial, desta forma esse requisito foi removido para a continuidade da pesquisa.

No aspecto de gestão de projetos, durante as entrevistas, nenhum paciente comentou ou citou que os hospitais envolveram o cliente na confecção ou gestão dos projetos, ao contrário disso, os pacientes elogiaram a ação de abordagem para entender as expectativas dos clientes,

e citaram que esse é um ponto importante e que deve ter continuidade pelos hospitais. Sendo assim, percebe-se que o envolvimento do paciente na elaboração e gestão dos projetos dentro dos hospitais é um problema prático e que deve ser tratado.

4.2.2 Base de dados do SAC – Serviço de atendimento ao cliente

Como base secundária e complementar para a identificação e motivação do problema em ambiente prático, foi realizada uma análise da base de solicitações do SAC da ACSC. Como resultado foi possível identificar cinco grupos de requisitos que refletem a expectativa do paciente no ambiente prático do hospital, os requisitos são apresentados na tabela 7 a seguir.

Tabela 7 Lista de requisitos da base de dados do SAC da rede ACSC

Descrição do Requisito	Quantidade
Avaliação e percepção do serviço prestado	724
Comunicação durante o atendimento	650
Organização do atendimento / preparação profissional	542
Assuntos financeiros	108
Equipamento e tecnologia	17
Total	2041

Para um melhor entendimento de cada requisito identificado na base, a seguir serão apresentados os requisitos de forma detalhada.

4.2.3 Requisito: Avaliação e percepção do serviço prestado

Com base na análise realizada, o item que obteve o maior número de chamados foi a **avaliação e percepção do serviço prestado**, que possui 724 solicitações no SAC, o que representa 35% do total. Este requisito destaca a percepção do paciente sobre o serviço que está sendo prestado, além de demonstrar que o paciente está em alerta observando o que está ocorrendo ao seu redor, impactando diretamente na sua formação de opinião como cliente do hospital. As solicitações são distribuídas nos principais pontos a seguir:

- Pacientes destacam as oportunidades para melhoria direta na qualidade do atendimento prestado, inclusive solicitando maior capacitação de alguns profissionais que realizaram o atendimento para o paciente

- Pontuações sobre falhas de comunicação entre as áreas e profissionais envolvidos no processo de atendimento do paciente, na qual informações de um departamento ou profissionais não chegaram de forma correta de um para o outro e afetam diretamente no tempo ou qualidade do serviço prestado.

- Pontuações sobre as refeições oferecidas, solicitando para que houvesse opções de cardápio conforme a dieta prescrita. Em situações de tempo de espera estendido, solicitam que seja fornecido uma refeição. Em algumas situações também são solicitadas para que seja possível solicitar o tamanho, peso ou quantidade da refeição, desta forma minimizaria o desperdício de alimento.

- Pontuações relacionadas a atenção (ouvir) ao paciente antes da condução para um diagnóstico, esse ponto está diretamente ligado sobre a percepção do paciente como cliente.

“Na hora da medicação, demorou muito e não estava tão cheio, eu e outros pacientes demoramos para receber a medicação. Na hora da medicação senti inexperiência do profissional, que não conseguiu achar minha veia. Na hora do retorno à médica, fiquei aguardando mais de uma hora para ser chamada para dar a alta. Tive que pedir duas vezes para enfermeiros pedir para a médica me atender. Eu já não estava me sentindo bem, não tinha comigo nenhum acompanhante, tive que ficar procurando alguém para me atender, o que entendo que não haveria necessidade se houvesse comunicação entre os funcionários e a informação chegasse para mim. Me senti muito incomodada nesse quesito.”

“É necessário melhorar na comunicação entre pronto socorro e demais setores para deixar o paciente mais bem informado sobre os horários previstos para os procedimentos. Apenas como exemplo, dei entrada no pronto socorro por volta das 6h, a realização dos exames e o diagnóstico/encaminhamento foram relativamente rápidos, mas a ida para o quarto me pareceu muito demorada e sem informação de quando exatamente se daria o procedimento, fazendo com que os preparativos tivessem que ser realizados com pressa.”

“Eu tenho ansiedade e neste dia estava com crise. Ninguém me ouviu direito antes de um direcionamento. Eu estava sozinha e isso me desesperou mais ainda. O pior é que vou sempre ao hospital e nunca fui tratada dessa forma, entendo que é um caso isolado, mas problemas psicológicos são muito sérios. Por favor, deem treinamento a equipe quanto a isso. Não posso passar por isso mais uma vez.”

“Apesar de ser realmente complicado estar trabalhando em horários como das 02:00 às 05:00, sempre o médico deve demonstrar o maior cuidado possível com o paciente, independente de quão leviano seja a doença ou condição do mesmo. Fui atendido de forma que o médico pareceu ignorar um pouco minhas condições e me pareceu que ele queria se livrar de mim o quanto antes.”

4.2.4 Requisito: Comunicação durante o atendimento

Na sequência, foi identificado o requisito **comunicação durante o atendimento**. Esse requisito possui 650 solicitações que refletem 32% do total da amostra analisada. Ele está relacionado a percepção do paciente do tempo de espera e a falta de comunicação durante a estadia no hospital.

Este requisito contemplou pontuações sobre a demora para o atendimento em recepções, triagem, consultas médicas, realização de exames, espera dos resultados e retorno da consulta. Durante esse processo, quando o paciente fica sem a informação do que está acontecendo, o porquê da demora, ou para onde ele deve ser direcionado, ocasiona uma percepção que o atendimento não está sendo realizado.

A seguir são apresentados trechos das solicitações ao SAC nos quais é possível observar esses pontos.

“Cheguei no hospital as 11h00, fui muito bem atendido na recepção e em seguida fui encaminhado para a triagem. Após vestir o uniforme, me colocaram em uma maca e imaginei que seria atendido rápido, já que meu exame estava marcado para as 12 horas e já era 12:20. Porém só fui para o exame as 14 horas. Em diversos momentos solicitei informação do porquê de tanta demora, mas ninguém dava uma resposta. Só diziam que ia demorar.”

“Minha insatisfação ficou pelo tempo de espera para realização do exame. Demorou 1:30h para me chamarem. Meu exame estava marcado para às 15hrs e fui atendida 16:30h. A minha queixa é a falta de informações sobre o atraso. Sei que podem ocorrer atrasos, por diversos motivos, mas fica uma sugestão de quando isso acontecer nos manter informados na sala de espera.”

“Fiquei cerca de 10 horas dentro do hospital. Entre a execução dos exames e o retorno ao médico foram várias horas esperando e sempre que questionávamos o tempo, nos informavam que éramos os próximos e isso nunca acontecia. Até que houve um determinado

momento em que tivemos que nos estressar e um dos atendentes tomou o problema para si e providenciou o atendimento junto ao médico. Não houve qualquer comunicação sobre o que estava acontecendo.”

4.2.5 Requisito: Organização do atendimento / preparação profissional

Em seguida, foi identificado o requisito referente a **organização do atendimento e melhor preparação profissional**, com 542 solicitações que refletem 27% do total da base do SAC. Este item refere-se a questões de melhor organização e melhor preparação para os profissionais executarem o fluxo de atendimento ao paciente, desde problemas com os processos de atendimento, ou falta e falha de informações para a realização de exames e consultas.

São destacadas pontuações sobre uma melhor organização de processos administrativos, como a solicitação e aprovação de documentos dos convênios para a realização de procedimentos ou tratamentos contínuos:

- Pontuações sobre uma melhor organização dos processos de atendimento, envolvendo uma melhor comunicação e estrutura de todas as áreas por onde o paciente passa, os relatos referem-se ao caminho do paciente, onde ele passa por diversos departamentos, e esses problemas ocorrem na execução da fase seguinte do seu atendimento.

- Pontuações sobre orientações de onde o paciente deve ficar para a realização das consultas ou exames, relatando problemas como aguardar em uma sala e a execução ser em outra sala.

- Pontuações sobre a dificuldade com o cumprimento dos horários pré-agendados, o que envolve também o tempo de espera e a falta de informação durante o atendimento, segundo os relatos, esses processos prejudicam tanto a agenda interna do hospital como também a programação do dia a dia dos pacientes.

- Pontuações para um melhor preparo dos colaboradores que estão envolvidos no caminho do paciente, além de um canal mais fácil para avaliação do profissional que está prestando o serviço e também sobre a quantidade de profissionais que prestam o serviço, pois é informado que na percepção do paciente a quantidade de profissionais não é suficiente.

A seguir alguns trechos das solicitações ao SAC onde é possível observar as falas relacionadas a organização do atendimento e melhor preparação profissional.

“Cliente informa que houve muita demora para ser encaminhada ao leito. Informa que após 50min que já estava no leito recebeu ligação no seu celular da operadora, informando que a solicitação de autorização para a internação estava negada e que a paciente deveria se dirigir até outro hospital. De imediato entrou em contato com a internação e falou com a funcionária, que a informou que poderia ficar tranquila que a internação estava autorizada.”

“O paciente passou por exames e consultas agendadas, até ser encaminhado para uma cirurgia. Aí começou o grande problema: a informação é que estava aguardando autorização do plano de saúde, enquanto o plano de saúde informava que já estava tudo autorizado. A informação padrão que demora 30 dias, a falta de informação me deixou muito angustiado.”

“Cliente relata que estava com consulta agendada com o ortopedista, informa que somente no momento da abertura da ficha foi informado que o médico já estava atrasado nas consultas. Informou que falta logística, pois o paciente deveria ser informado via telefone ou WhatsApp que o médico estava atrasado. Informou descontentamento com a desorganização administrativa.”

“Obtive problemas com minha internação que ocorreu via pronto socorro. Minha documentação foi esquecida no posto de enfermagem e não foi enviada ao setor de internação. Com isso passei mais de 4hs aguardando na sala de medicação, enquanto o médico aguardava minha internação para realização do procedimento cirúrgico.”

“O atendimento inicial do médico foi ótimo, depois encaminharam para realizar dois exames (urina e ultrassom), o exame de ultrassom o médico informou que demoraria uns 10 minutos e o de urina umas 2 horas. Depois do exame de ultrassom mandaram aguardar na recepção onde faz a triagem e depois das duas horas e trinta minutos que eu fui atrás para ver se os exames estavam prontos falaram que eu deveria ter ficado aguardando em outro lugar e o médico já tinha chamado.”

“Esperei muito para ser atendida pela médica e depois disso precisaria cortar uma pele do meu dedo e a equipe de enfermagem após 1h ainda não tinha preparado os equipamentos (que era supersimples por sinal). Só fui atendida porque a médica foi atrás para mim.”

4.2.6 Requisito: Assuntos financeiro

O item **assuntos financeiros** dispõe de 108 solicitações ao SAC que representam 5% do total, esse requisito refere-se à comunicação e autorização de serviços que não são cobertos

pelas operadoras e podem gerar cobranças particulares, além de ser ofertados mais serviços já inclusos no pacote do atendimento.

- Pontuações sobre cobranças indevidas, onde no momento do atendimento foi informado que já estava tudo certo e aprovado pelo convênio, e em momentos posteriores o paciente tem recebido cobranças que não foram comunicadas no momento do atendimento.

- Pontuações sobre o custo elevado dos serviços ofertados na modalidade particular.

- Pontuações referente a inclusão de serviços no preço já pago ao hospital ou ao convênio, itens como a falta de estacionamento já incluído no serviço, cobranças extras de alimentação para o acompanhante e cobranças extras referente medicamentos ou materiais.

- Pontuações sobre formas de negociação e parcelamento das cobranças devidas ao hospital, ou em ter um canal de atendimento digital para o aviso das cobranças e realização do pagamento.

A seguir são apresentados trechos das solicitações ao SAC, nos quais é possível observar as falas relacionadas aos assuntos financeiros.

“Venho solicitar explicações e discriminações das cobranças que estão sendo feitas. No primeiro dia de internação da uti, me disseram que não estava incluso a fisioterapia, desci na internação para averiguar, de fato verificou-se que está sendo cadastrada de diversas formas o que tem gerado muito desgaste. Neste dia a internação ligou primeiro para Bradesco e depois direto para a tesouraria para ver o que haviam lançado e até o momento era um valor de 200 e poucos reais, e está informou que era indevido.”

“Cliente relata passou por atendimento no pronto atendimento via convênio e que tem recebido cobrança referente a um exame laboratorial. porém, ressalta que em momento algum foi comunicado que o exame seria cobrado em caráter particular, portanto solicita o cancelamento da cobrança.”

“Estacionamento extremamente caro, principalmente quando não tem o desconto da internação.”

“Abri uma reclamação porque achei muito errado cobrar na alta um valor de um produto que foi usado na cirurgia sem comunicar o paciente ou acompanhante, assinei sim o papel caso precisar que poderia liberar, mais acho que deve ser passado antes os valores. E se fosse algo de um valor muito alto como ia proceder?”

4.2.7 Requisito: Equipamentos e tecnologia

Por último, o grupo de **requisito de equipamentos e tecnologias** ficam com um total de 17 solicitações de SAC, que representam 1% do total da amostra. Esse requisito refere-se ao uso dos serviços do atendimento por telefone, infraestrutura do hospital e dos portais de serviços online oferecidos pelo hospital.

- Pontuações sobre a qualidade de equipamentos como TV, máquinas utilizadas para exames e procedimentos e inacessibilidade do Wi-Fi.

- Pontuações sobre problemas para marcar exames no agendamento online, falta de disponibilização de serviços específicos online e problemas de tecnologia durante o fluxo de atendimento.

A seguir trechos de solicitações que detalham esses ocorridos.

“Ligação telefônica do hospital para confirmação do agendamento: apresenta problema na confirmação pela tecla 1. Não reconhece e a ligação gravada recomeça de novo. E me ligou umas 4 vezes, sempre com o problema de ‘não reconhecimento’ da tecla 1. Tem erro no sistema automático de telefonia.”

“O sistema pela web tinha o agendamento da consulta porem não constava na agenda do médico. O que me gerou uma ida ao hospital não aproveitada.”

“No caso da tv e *wifi*, a tv tem canais não interessantes como alguns de notícias, falta alguns canais de filme. Não sei por que não consegui usar *wifi*, mas foi um problema de conexão. Não sei se vocês têm bloqueios para filmes como Netflix, Fox, Now.”

“Cheguei às 19h00 no PS infantil onde faltava 02 crianças para abertura da ficha, passei na triagem onde fomos atendidos muito bem, mais os computadores pararam de funcionar e a recepcionista ligando para as pessoas tentando alguma ajuda e nada!”.

“O médico que avaliou meu exame de endoscopia informou que o equipamento utilizado é antigo e que as fotos não são as ideais para avaliar. Sugiro que atualizem o equipamento para realizar o exame.”

Com base na análise e resultados apresentados nesse tópico, fica evidente que existem problemas práticos que afetam o relacionamento entre pacientes e hospitais. Além dos requisitos mapeados na base do SAC, fica claro que esta base serve como direcionador para os hospitais subsidiarem a criação de projetos e serviços baseados no que o paciente espera dos

hospitais, e conforme a literatura de gestão de projetos, essa ação gera maiores chances de sucesso aos projetos baseados nas expectativas dos *stakeholders*. Dessa forma entende-se que a identificação e motivação do problema aqui relatados apresenta resultados que contribuem para a continuidade da pesquisa e que, posteriormente, serão utilizados para compor a lista de requisitos para um projeto de *CRM* na saúde.

4.3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO

Partindo do aprofundamento teórico realizado nesta pesquisa, fica notório que o *CRM* na saúde pode ajudar no relacionamento dos pacientes e hospitais, e para resolver o problema de pesquisa proposto nesta dissertação: **Quais os requisitos de um projeto de CRM na área hospitalar que contemple as expectativas dos pacientes com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais?** É proposto a construção de um artefato do tipo “**modelo**” contendo uma lista de requisitos para um projeto de *CRM* na área hospitalar.

Este artefato deve sugerir uma lista de requisitos para um projeto de *CRM* na área hospitalar partindo da visão do paciente, os requisitos devem ser detalhados e demonstrar o que os pacientes pensam e esperam sobre o relacionamento com os hospitais. A partir dessa lista de requisitos disponibilizada no artefato, será possível gerar subprojetos de produtos ou serviços que possam melhorar o relacionamento dos hospitais com os pacientes.

Para compor os requisitos propostos para a definição dos objetivos para solução, foi realizada uma triangulação das bases geradas no decorrer dessa pesquisa, sendo a primeira rodada da triangulação entre os resultados da **Revisão sistemática da literatura** e resultados da **Análise dos chamados do SAC**, após essa rodada, foi realizado uma nova triangulação entre esse primeiro resultado e o resultado das **Entrevistas dos pacientes da ACSC**.

Todas estas etapas foram construídas durante a concepção e desenvolvimento do artefato que é apresentado a seguir.

4.4 CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO ARTEFATO

Partindo da proposta do presente trabalho, a seguir será apresentado um artefato do tipo “**modelo**” contribuindo para a classe de problemas de “**Relação com os clientes e serviços**”. Essa classe de problema lida com o relacionamento e o atendimento ao cliente, a avaliação da satisfação e a lealdade do consumidor. A seguir será apresentada a triangulação

dos requisitos que objetiva a construção do artefato contendo a lista de requisitos para um projeto de *CRM* na saúde sobre a percepção dos pacientes.

4.4.1 Triangulação da Revisão sistemática da literatura e Resultados da análise dos chamados do SAC

Após uma análise detalhada dos requisitos gerados na revisão sistemática da literatura e nos resultados da análise dos chamados do SAC, é compreendido que existe oportunidades de agrupamento dos requisitos, a seguir na figura 8 é apresentado a proposta do agrupamento dos requisitos.




Revisão Sistemática da Literatura		Base de dados do SAC
1- Avaliação do atendimento e dos funcionários	Agrupado 	1- Avaliação e percepção do serviço prestado; 2- Organização do atendimento / preparação profissional
2- Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente	Agrupado 	3- Comunicação durante o atendimento;
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente 4- Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas 5- Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico 6- Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento		4- Assuntos financeiros
7- Portal de serviços <i>on-line</i> : fidelização do paciente	Agrupado 	5- Equipamento e tecnologia

Figura 8 Proposta de agrupamento dos requisitos entre RSL e Base de dados do SAC

Fonte: O autor

Conforme demonstrado na figura 8, o primeiro agrupamento de requisitos gerado foi entre a **avaliação do atendimento e dos funcionários** vindo da base da RSL, e **avaliação e**

percepção do serviço prestado e organização do atendimento / preparação profissional ambas vindo da base de chamados do SAC. Todos esses requisitos possuem em comum a percepção do paciente sobre o hospital, essas incluem avaliações dos profissionais da saúde e administrativos que estão prestando o serviço, falhas em processos administrativos e nos fluxos de atendimento do caminho do paciente e demora no atendimento. Em decorrência desse agrupamento, o novo requisito é nomeado como **avaliação e percepção do serviço prestado**.

Mais um agrupamento realizado foi entre o requisito **canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente** vindo da base da RSL e **comunicação durante o atendimento** vindo da base de chamados do SAC. Ambos os requisitos falam sobre a necessidade de um canal de comunicação durante e após o atendimento envolvendo os profissionais da saúde e administrativos do hospital junto aos pacientes. Em decorrência desse agrupamento, o novo requisito é nomeado como **canal de comunicação durante e pós atendimento**.

Seguindo a proposta da figura 8, foi gerado um outro agrupamento de requisito entre **portal de serviços on-line: fidelização do paciente** vindo da base da RSL e o **equipamento e tecnologia** vindo da base de chamados do SAC. Os requisitos possuem em comum as pontuações dos pacientes sobre o fornecimento de melhores equipamentos de infraestrutura dos hospitais, e também sobre o melhor uso da tecnologia para apoiar a comunicação, relacionamento e serviços do hospital com o paciente. Em decorrência desse agrupamento, o novo requisito é nomeado como **infraestrutura e tecnologia**.

Os demais requisitos permanecem inalterados e com seus detalhamentos iniciais mantidos. Na tabela 8 é apresentado a lista de requisitos consolidada.

Tabela 8 Resultado do agrupamento dos requisitos entre RSL e Base de dados do SAC

Descrição do requisito	Citações RSL	Qtd SAC
1- Avaliação e percepção do serviço prestado	5	1266
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento	10	650
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	7	
4- Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas	12	

5- Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico	2	
6- Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento	13	
7- Assuntos financeiros		108
8- Infraestrutura e tecnologia	10	17
Total	59	2041

Fonte: O autor

Para seguimento da construção do artefato, será realizado a triangulação dos dados resultantes da tabela 8 juntamente com os resultados das entrevistas com pacientes de um dos hospitais da rede ACSC.

4.4.2 Triangulação dos requisitos com os resultados das entrevistas com pacientes

Para a continuidade do processo de triangulação dos dados, a seguir será apresentada a proposta de agrupamento dos requisitos entre o primeiro resultado da triangulação e o resultado das **Entrevistas dos pacientes da ACSC**.

Requisito	Citações RSL	Qtd SAC	Citações Entrevistas
1- Avaliação e percepção do serviço prestado	5	1266	15
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento	10	650	15
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	7		11
4- Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas	12		Removido Não confirmado nas entrevistas
5- Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico	2		Agrupado com o requisito 3- Educação
6- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento	13		15
7- Assuntos financeiros		108	
8- Infraestrutura e tecnologia	10	17	11
Total	59	2041	67

Figura 9 Agrupamento do resultado da primeira triangulação e o resultado das entrevistas dos pacientes da ACSC

Fonte: O autor

Conforme apresentado na análise das entrevistas dos pacientes da ACSC, o requisito **Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas** não apresentou relevância, desta forma foi removido da lista de requisitos. O requisito **Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico** agrupado ao requisito **Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente**, pois ambos requisitos possuem o objetivo de informações sobre a doença e tratamento.

4.5 APRESENTAÇÃO DO ARTEFATO

Partindo do resultado das análises e do agrupamento dos requisitos realizadas no tópico concepção e desenvolvimento do artefato, a lista de requisitos consolidada objetiva a solução do problema de pesquisa proposto neste trabalho, sendo assim, a seguir será apresentado o artefato contendo o detalhamento de cada requisito.

Tabela 9: Lista de requisitos de um projeto de CRM na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes

Descrição do requisito	Citações RSL	Qtd SAC	Citações Entrevistas
1- Avaliação e percepção do serviço prestado	5	1266	15
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento	10	650	15
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	7		16
4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento	13		15
5- Assuntos financeiros		108	
6- Infraestrutura e tecnologia	10	17	11
Total	45	2041	72

Fonte: O autor.

4.5.1 Avaliação e percepção do serviço prestado

O requisito de **Avaliação e percepção do serviço prestado** refere-se a imagem que o hospital passa sobre organização e a qualidade do atendimento para o paciente. Os pontos abordados nesse requisito são: (1) avaliação dos profissionais clínicos, assistenciais e administrativos e que está totalmente ligado a questão de procurar um hospital com base na referência ou *score* de atendimento ofertado; (2) capacitação profissional dos colaboradores que estão atendendo o paciente; (3) comunicação interna entre os envolvidos no fluxo de atendimento do paciente; (4) atendimento humanizado e (5) melhores serviços para o acompanhantes dos pacientes. A seguir será apresentado um melhor detalhamento sobre cada ponto:

Avaliação dos profissionais clínicos, assistenciais e administrativos: Segundo E11, é muito importante para o paciente poder avaliar o atendimento e os profissionais, sendo que é algo que pode ajudar o hospital e outros pacientes para saber se aquele hospital é bom. Sobre isso é sugerido por E5 que exista uma forma de avaliar e fornecer *feedback* sobre a qualidade do atendimento e sobre os profissionais que os atenderam. O entrevistado E17 deixa claro que só vai neste hospital devido a qualidade do atendimento ‘Além da questão do histórico, tem a questão do atendimento, da boa avaliação do serviço que é prestado. A única coisa que tenho a dizer é que, a gente só vem nesse hospital por conta da qualidade do atendimento, isso que é o mais importante’.

Como citado pelos entrevistados 13 dos 18 entrevistados (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E15, E16, E17) muitos pacientes procuram o hospital com base na recomendação de outros pacientes, seja em buscas na internet ou através do marketing boca-a-boca. Na visão do hospital, isso ajudaria nos pontos de evolução dos profissionais e na captação de novos clientes, considerando que quanto maior o *score* de atendimento e recomendações, mais pacientes vão buscar aquele hospital para atendimento.

Capacitação profissional dos colaboradores que estão atendendo o paciente: Segundo o entrevistado E17, o fornecimento de profissionais capacitados é algo que afeta a percepção do paciente e pode mudar a opinião sobre o hospital escolhido. Na fala do entrevistado E17 é possível mensurar que o mesmo se fidelizou ao nível dos profissionais que realizam o serviço: ‘Todo o pessoal é profissional. Digo, ninguém de mau humor, essas coisas, nada disso. Sempre com humanização. Sempre com um toque de atenção, nada de forma seca,

nem nada, né?’. Além deste ponto, em diversos momentos nas bases estudadas é identificado problemas na execução de rotinas de atendimento que afetam diretamente o paciente, conforme a fala extraída na base do SAC ‘Apesar da boa vontade e cordialidade, faltam profissionais especializados em colher exames de crianças. Meu filho teve os dois braços puncionados e não conseguiram colher nenhum exame’.

Comunicação interna entre os envolvidos no fluxo de atendimento do paciente:

Ao longo do fluxo de atendimento, um paciente pode passar por diversos departamentos dentro do hospital, sendo que este requisito trata as falhas de comunicação interna e falhas na execução de processos durante o fluxo de atendimento do paciente. Em diversos momentos da base de dados do SAC é apresentada a insatisfação dos pacientes sobre uma situação que ocorreu e gerou insatisfação no atendimento, conforme a fala de uma paciente na base do SAC ‘Esperei 2h30 a mais para passar no médico porque me mandaram pra sala de espera em outro andar e não chamaram minha senha naquele painel e após 3h eu finalmente fui atendida’. Uma orientação ou condução errada pode fazer o paciente esperar mais do que o necessário, gerando desconforto ao paciente e uma percepção de desorganização sobre o hospital.

Atendimento humanizado: Em diversos momentos na análise das bases de dados, e segundo os entrevistados E14, E15, E18, é apontada a necessidade de tratar pacientes como clientes e não olhar somente para a doença, considerando que tratar a doença é o foco principal, mas não é o único ponto importante. Conforme citado pelo paciente E15, são mencionadas questões como a importância de ouvir o paciente: ‘... tem médicos que quase não olham pra sua cara e nem conversam com você, tem médico que não te examina direito e vai logo falando do protocolo’, essas questões quando observadas podem ajudar a gerar a sensação de cuidado, empatia, confiabilidade, receptividade, acolhimento e envolvimento do paciente no atendimento. Em determinados momentos os pacientes apontam a necessidade do fornecimento de serviços independente de pagamento extra ou não, segundo o paciente E3: ‘Foi solicitado uma refeição devido ao tempo no hospital, e inicialmente falaram que não podia, depois foi liberado. Mas foi dito que a partir daquele momento não se serviria mais refeição, era só lanche’. E3 solicita que em casos de pronto atendimento que durem mais horas que o esperado, poderia ser fornecido locais de repouso mais confortáveis, refeições entre outros serviços que demonstrariam o foco no paciente como cliente, proporcionando conforto e atenção.

Serviços para os acompanhantes dos pacientes: Considerando o paciente como o principal cliente no atendimento, citados pelos entrevistados E3 e E17, em muitas situações a

figura do acompanhante acaba recebendo pouca atenção dos hospitais. Existem, segundo a análise realizada, diversas oportunidades em olhar para a figura do acompanhante como um cliente, pensando em serviços que podem melhorar e ajudar a estadia desse cliente enquanto acompanha o paciente. Na fala do entrevistado E17: ‘A única coisa assim que a gente ficou um pouquinho preocupado é porque não tem uma boa estrutura para o acompanhante, a exemplo do tem banheiro que não podemos usar o mesmo do paciente devido a infecção hospitalar, mas qual utilizar?’. Serviços mais apontados são estruturas melhores para acompanhantes (quartos, banheiros, poltronas, *wifi*, tomadas etc.) e refeições embutidas no pacote de atendimento do paciente. Olhando o ponto de vista do hospital, isso pode se tornar um nicho a ser olhado de forma diferenciada.

4.5.2 Canal de comunicação durante e pós atendimento

O requisito de **Canal de comunicação durante e pós atendimento** trata a comunicação direta entre o paciente, hospital e seu profissionais, envolve informações sobre o atendimento e tratamento do paciente, processos administrativos e um canal de relacionamento após o período de atendimento no hospital. A seguir será apresentado um melhor detalhamento deste requisito:

Informações sobre o atendimento e tratamento do paciente: A comunicação pode ser considerada um dos fatores que mais afetam a percepção do paciente sobre os hospitais. Segundo os entrevistados E2, E15 e E16, na percepção do paciente a falta de informação pode deixar uma impressão de um descaso no atendimento. Segundo 15 dos 18 entrevistados (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E15, E16, E17, E18), a comunicação durante o atendimento é imprescindível, passar informações sobre o diagnóstico do paciente, os procedimentos a serem realizados, os medicamentos ministrados e seus impactos, a alta e o tratamento que o paciente vai realizar para recuperação. Conforme a literatura consultada nesta pesquisa, estes pontos estão diretamente ligados a uma melhor aderência e comprometimento do paciente ao tratamento. Outro ponto, citado pelos entrevistados E5, E9, E10 e E15, que é considerado na percepção do paciente, é a comunicação durante o tempo de espera para realizar exames ou consultas, clareza e informações sobre as etapas do atendimento, *check-in* nas salas de espera, informações de resultados de exames concluídos e mais informações relacionadas a sinalização dentro do hospital. De forma geral, é sugerido que seja aprimorada a forma de passar informações diretamente para o paciente durante o atendimento. Este canal deve ser para os

dois lados, pois além do paciente necessitar informações, ele também tem muitas informações para fornecer que podem ser utilizadas no atendimento ou posteriormente. Em uma fala extraída da base de dados do SAC fica evidente o descontentamento pela falta de informação ‘Os médicos são ótimos, as recepcionistas do andar de ortopedia são atenciosas, mas não possuem toda a informação necessária. Não nos informaram adequadamente sobre o local. Não há placas indicativas adequadas, se não fossem as voluntárias estaríamos totalmente perdidas’.

Informações de processos administrativos: Durante um processo de pré-atendimento, agendamento ou no início de um atendimento, existe um conjunto de serviços administrativos que são executados pelo hospital, tais como autorizações de convênios, autorizações para a realização de cirurgias eletivas, procedimentos que são cobertos ou não pelo plano, valores para procedimentos ou medicações particulares, entre outros. Em muitas situações, essas ações são executadas diretamente pelo hospital. Segundo E10 e E17, esse ponto pode afetar diretamente o paciente, pois esta informação acaba não chegando de forma antecipada e muitas vezes só chega após a execução dos serviços. Os entrevistados E2, E3, E9 E10, E13 apontam outro canal de comunicação que é exigido pelo paciente, está ligado a informações administrativas, onde é sugerido que haja formas mais efetivas de acompanhamento, e que as informações estejam disponíveis para o paciente a qualquer momento e de forma fácil.

Canal de relacionamento após o período de atendimento no hospital: Outra situação que foi muito apontada durante as análises é o relacionamento contínuo entre hospitais e pacientes, pois segundo os entrevistados E6 e E8, na grande maioria esse contato só acontece durante o período de atendimento ou em consultas médicas esporádicas, mas entre essas situações, existe um gap onde há qualquer contato entre o paciente e o hospital. Segundo a fala de E7: ‘Falando do relacionamento pós, é um ponto legal e bem importante. Acho que todo mundo tem esse sentimento também, nós só temos contato com o hospital quando procuramos na hora que nós precisamos, que é o momento que você tem uma doença’. Nove (E2, E3, E6, E8, E9, E10, E11, E13, E15) dos 18 entrevistados apontam a necessidade de poder contar com um contato mesmo estando fora do hospital, para que se possa tirar dúvidas sobre o tratamento, pedir orientações sobre saúde, ou solicitar serviços administrativos como a requisição de prontuário e resultados de exames. Essas ações poderiam resultar em uma maior confiança e fidelização do paciente em relação ao hospital. Além dos serviços diretos, existem pontuações sobre ter um relacionamento para um tratamento preventivo do paciente, pois na grande maioria

dos casos, o paciente só procura o hospital em situações que a dor ou a doença já é eminente, sendo muito mais dificultoso para ambos os lados o tratamento.

4.5.3 Educação e informação sobre a doença ou tratamento para o cliente

O requisito de **educação e informação sobre a doença ou tratamento para o cliente** trata especificamente sobre o fornecimento de informações sobre saúde partindo de uma fonte confiável para os pacientes e não pacientes do hospital. Neste requisito foram identificadas duas subcategorias: a primeira está relacionada ao hospital disponibilizar um portal do conhecimento sobre saúde e a segunda trata da disponibilização de um fórum para a interação de pacientes com o mesmo diagnóstico. A seguir será apresentado um detalhamento de cada subcategoria.

Portal do conhecimento sobre saúde: Durante as entrevistas realizadas foi informado pelos participantes E5, E3, E13, E6, E9, E8, E15, E7 e E11 que antes de ir a um hospital os pacientes procuram informações sobre os seus sintomas na internet. Segundo alguns deles, em diversas situações até ocorre do paciente se automedicar com base na informação que foi extraída da Internet. Isso ocorre porque, na grande maioria, esse conhecimento fica retido somente com os profissionais da saúde, e na ausência desse conhecimento, os pacientes buscam informações em sites da internet, porém muitos não possuem um discernimento para julgar se a fonte é confiável ou não. Segundo E5: ‘Geralmente eu busco antes de ir para o hospital informação na internet, então, vejo se é algum sintoma que eu estou tendo, se tem algum remédio, alguma medicação que às vezes eu tenho em casa, e geralmente eu sigo aquilo antes de ir ao hospital’. Seguir orientações sem o consentimento de um profissional capacitado pode acarretar enormes danos à saúde da população. Sendo assim, foi sugerido pelos entrevistados E2, E3, E11, E13 e E15 que seja fornecido um portal do conhecimento sobre saúde que tenha a segurança e confiabilidade dos hospitais para que os pacientes possam consultar mais informações sobre assuntos relacionados a saúde e, na medida do possível, ter profissionais da saúde moderando e tirando dúvidas sobre essas informações. Conforme visto na RSL, quando o paciente obtém maiores informações sobre a sua doença, maiores são as chances de envolvimento e aderência do seu tratamento. Segundo pacientes que participaram das entrevistas, essa ação pode demonstrar uma maior preocupação dos hospitais com os seus clientes.

Interação de pacientes com o mesmo diagnóstico: Juntamente com a disponibilização de um portal do conhecimento em saúde, foi apontado pelos entrevistados E2, E8, E10, E11, E15 e na *RSL* o valor em disponibilizar um fórum em que pacientes com mesmo diagnóstico possam trocar experiências e informações clínicas sobre o seu tratamento. Na fala do entrevistado E15, esse fórum ajudou muito na recuperação pós cirúrgico: ‘Eu entrei em alguns grupos de Facebook da própria cirurgia que eu fiz. Nossa, lá eu tirei muitas dúvidas. Qualquer coisa que eu tinha de dúvida eu corria para perguntar lá, eu estou com dor em tal lugar. Não estou conseguindo abrir minha boca direito, entre outras coisas. Acho que eu cheguei a procurar mais lá do que entrar em contato com o próprio médico. E me ajudou muito. E tanto que eu estou até hoje nesses grupos e ajudo outras pessoas que estão lá. Hoje, muita gente tira dúvida e eu respondo’. Para o E8, além da disponibilização do fórum, é sugerido que haja um acompanhamento de um profissional da saúde fornecido pelo hospital para moderar as discussões, além de fornecer conhecimento confiável e seguro nas discussões. Este fórum também pode ajudar a compartilhar experiências e ajudar pacientes que estão passando por momentos difíceis durante o seu tratamento, além de fornecer incentivo por pessoas que já passaram pela mesma situação.

4.5.4 Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento

O requisito **participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento** foi um dos requisitos mais citados na literatura e ao longo das entrevistas também foi mencionado diversas vezes. Este requisito retrata a forma como o paciente quer ser envolvido e ouvido durante o seu diagnóstico e tratamento.

Segundos os entrevistados o modelo de atendimento unilateral na qual somente o profissional da saúde fala está obsoleto, e novos modelos de atendimento são necessários para extrair informações e envolver o paciente no tratamento oferecido. Conforme citado durante as entrevistas pelo E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E16 esse requisito propõe uma forma mais efetiva de envolver e ouvir o paciente de forma ativa no seu diagnóstico e tratamento. A ação de envolver o paciente não está ligada somente ao ato de ouvir o paciente, mas sim a proposta de mudar o canal de comunicação para que ele seja bilateral, na qual os hospitais forneçam o máximo de informações e conhecimento sobre o diagnóstico do paciente e também permitam que o paciente possa transmitir suas ideias, atitudes e sentimentos, que podem estar diretamente ligados à sua doença e conforme a citação do E9 esse envolvimento

pode fazer toda a diferença sobre o atendimento, ‘Deveria ter uma atenção maior no que o cliente está falando. Faltou um pouco mais de atenção nesse ponto. Porque talvez algo que o cliente fale faça total diferença no diagnóstico. Mas, o médico está tão engessado, tão habituado a tratar aquilo naquele padrão específico que não dá muita atenção para o que o cliente está falando’. Conforme apresentado em diversos momentos nesta pesquisa, o envolvimento do paciente e a audição ativa estão diretamente ligados a maiores chances de aderência do paciente ao tratamento proposto, além de aproximar e melhorar o relacionamento do paciente com a instituição hospitalar, pois quando existe esse envolvimento é gerado um sentimento de confiança e segurança, na qual o paciente se sente acolhido. Com base no citado pelo E6 ‘Durante a visita do técnico, do enfermeiro, do médico, eles vão entrando e não te informam o que eles vão fazer, o procedimento, vai te dar o remédio e vai embora. Então, assim, “o senhor tá precisando de alguma coisa? ou perguntar como você tá, alguma coisa do gênero. Algo mais pessoal mesmo, a gente acaba não vendo mais isso, desta forma sugere-se que os hospitais orientem seus profissionais para interagirem e envolverem mais o paciente durante o seu atendimento, pois conforme as pesquisas, isso pode fazer total diferença na percepção e no tratamento do paciente.

4.5.5 Assuntos financeiros

O requisito **assuntos financeiros** foi pouco apontado na literatura e nas entrevistas, porém durante a análise da base de dados do SAC tiveram muitas solicitações que envolviam esse tema. Este requisito retrata as cobranças financeiras realizadas pelos hospitais, que segundo os dados coletados no SAC envolve, em alguns casos, cobranças indevidas, inclusão de serviços em formato de pacote, valor elevado cobrado por procedimento não cobertos pelos convênios, entre outros.

Por mais que a saúde seja um serviço pró-comunidade e seja fornecido de forma pública, é sabido a dificuldade para utilização desse serviço no SUS – Sistema Único de Saúde, e em diversos casos tendo que recorrer ao uso do serviço de saúde sobre a modalidade particular. Este requisito trata a visão dos pacientes sobre as cobranças particulares realizadas pelos hospitais, onde mesmo com um plano de saúde em diversos momentos é necessário o pagamento extra sobre um procedimento ou material que não é coberto pela operadora. Na percepção do paciente, essas situações deveriam ser mais estruturadas, pois em muitos casos a cobrança acontece sobre um termo que o paciente assina no momento do início do atendimento,

e só se depara com o valor extra no final do atendimento, gerando contas com valores exorbitantes que são questionadas e, muitas vezes, levadas ao judicial para recorrer, gerando mais custos para os hospitais e pacientes. Além das cobranças extra sobre o que é coberto pelas operadoras, o paciente pontua sobre os altos custos dos serviços dos hospitais, desta forma é sugerido para que os hospitais, em geral, avaliem a inclusão desses valores extra nas cobranças da operadora, pois na visão do paciente ele já paga um valor para a operadora cobrir esses custos e não teria o porquê pagar outro valor ao hospital. Também é sugerido pelos pacientes que os hospitais avaliem serviços que possam ajudar o paciente sem olhar a questão financeira, e sim o aspecto do benefício ao paciente como cliente, buscando sempre um melhor relacionamento e fidelizado.

4.5.6 Infraestrutura e tecnologia

O requisito **Infraestrutura e tecnologia** refere-se ao uso de ferramentas tecnológicas para a prestação de serviços de forma mais prática, e também a disponibilização de melhores equipamentos dentro das instalações dos hospitais. Para uma melhor compreensão, esse requisito possui duas subcategorias que serão apresentadas a seguir.

Infraestrutura: Durante um fluxo de atendimento o paciente é submetido a muitas áreas do hospital, tais como salas de esperas, consultórios, salas de medicação, realização de exames, internações, entre outros. Em cada etapa dessa existe diversos equipamentos que são utilizados em prol do paciente, com base nas entrevistas do E3, E8, E9 esta subcategoria fala sobre a melhoria desses equipamentos, desde televisões com mais canais e direcionados ao público, qualidade do atendimento telefônico, sinal *wifi* grátis, tomadas para a carga de celulares e notebooks, entretenimento nas salas de esperas e outras dependências, melhores condições nos leitos e estruturas dos hospitais e melhores equipamentos para a realização de exames. Segundo umas das solicitações da base do SAC ‘Uma vez que a tecnologia chegou as mãos, acredito que o hospital deveria oferecer possibilidade de tomadas para carregamento de bateria para celular’ ou ‘O médico que avaliou meu exame de endoscopia informou que o equipamento utilizado é antigo e que as fotos não são as ideais para avaliar. Sugiro que atualizem o equipamento para realizar o exame’.

Tecnologia: Com a evolução tecnológica que vivemos, todos estão cada vez mais acostumados a execução de serviços de forma online. Segundo os entrevistados E2, E6, E7,

E10, E11, E13, E15, E16 essa subcategoria trata a disponibilização de serviços e portais de forma online, onde o paciente possa executar serviços como agendamento de consultas e cirurgias, consulta do prontuário ou resultados de exames, solicitação de serviços administrativos, comunicação e avaliação do atendimento, serviços de interação com o hospital durante o atendimento, portal de comunicação com a equipe assistencial para o pós atendimento, onde o paciente possa tirar dúvidas sobre a condução do seu tratamento, serviços de telemedicina, entre outros. Na percepção dos pacientes, os hospitais devem fornecer os dados dos atendimentos para os próprios pacientes, visto esse requerimento que é citado pelo E6 ‘ Eu acho que ainda falta alguns canais de comunicação, de preferência online a comunicação seria mais direta no pós-atendimento, às vezes, um pouco mais aberta, seria bom para consultar o exame, seu prontuário. Então, eu acho que se eu conseguir entrar no site do hospital, acessar o meu prontuário e resgatar um receituário que eu perdi de uma medicação que foi me passada, isso já é um grande ganho e me ajudaria muito’. Também foi encontrado diversas citações durante as análises da base de dados do SAC, tais como ‘O sistema pela web tinha o agendamento da consulta porem não constava na agenda do médico. O que me gerou uma ida ao hospital não aproveitada’. Desta forma, conforme citado pelo E13 entende-se que existe muitas oportunidades na exploração da tecnologia para ofertar serviços diretos aos pacientes, esses serviços facilitariam o relacionamento com os hospitais, além de otimizar o tempo dos pacientes em contar com suas informações na palma da mão.

4.6 AVALIAÇÃO DO ARTEFATO

Conforme proposto para a avaliação do artefato foi realizado um grupo focal com 8 profissionais da saúde da rede ACSC com o objetivo de apresentar, discutir e validar os requisitos que compõe o artefato. Esta etapa trouxe para o estudo o ponto de vista do hospital sobre os requisitos, ou seja, o que é possível executar e as justificativas de não cumprir determinados requisitos.

Durante a validação do requisito **1- Avaliação e percepção do serviço prestado** ficou confirmado que todos os participantes reconhecem a importância da percepção do paciente sobre o serviço prestado. Em muitos casos de preparação profissional e organização do fluxo interno, ficou evidente na fala dos participantes do grupo focal que os hospitais possuem oportunidades de melhorias nesse ponto.

Já em relação a qualidade e demora no atendimento, foi apontado por todos os participantes que o envolvimento de terceiros como laboratórios, operadoras de saúde no

processo de atendimento do paciente é um grande ofensor. Segundo os participantes GF1, GF4, e GF7, por mais que o hospital tente ao máximo executar o serviço de forma rápida, existem determinados processos administrativos das operadoras que são impostos e tomam muito tempo durante o atendimento. Conforme citado pelo GF7, cumprir esses processos é uma questão de sobrevivência para os hospitais, pois o não cumprimento gera o reembolso financeiro ao hospital. Além das operadoras de saúde, foi apontado pelo GF8 que outros terceiros também são ofensores, como exemplo de um laboratório que presta atendimento ao hospital, na qual o *SLA (Service Level Agreement ou Acordo de nível de serviço)* de uma análise e resultado de uma amostra é de 2 horas, por mais que o paciente seja atendido em 10 minutos pelo hospital, serão 2:10 horas de atendimento total e, muitas vezes, essa percepção negativa do paciente só recai sobre os hospitais.

Ligando com o ponto acima, o requisito **2- Canal de comunicação durante e pós atendimento** também foi confirmado e se mostrou muito relevante durante as discussões com os participantes do grupo focal. Citado pelo GF6 e GF5, o quão necessário e importante é passar informações ao paciente durante as etapas do atendimento, isso o ajuda a gerenciar suas expectativas e demonstra que o atendimento não está parado. Segundo GF1, por mais que a informação seja muito importante e ajude a gerenciar a expectativa do paciente, o tempo de espera ainda é um ofensor sobre essa percepção. Ou seja, por mais que se melhore a comunicação, a melhoria do tempo de espera deve ser um processo contínuo.

Outro ponto que foi questionado sobre a comunicação é o quanto a comunicação aberta realmente é benéfica, pois segundo GF4 em dados momentos disponibilizar informações sobre os tempos de espera pode gerar muitas evasões por pacientes que não querem esperar aquele tempo. Sobre a questão do relacionamento do pós atendimento, todos julgaram que é um ponto que os hospitais precisam rever pois, como citado pelo GF6, os pacientes e hospitais somente se relacionam quando existe uma doença, e segundo o GF8 é de suma importância que os hospitais comecem a trabalhar a saúde preventiva com os pacientes, isso vai melhorar os índices de saúde da população e ainda vai trazer mais pacientes para os hospitais. Desta forma é apontado pelos participantes do grupo focal que os hospitais precisam começar a estruturar planos de relacionamento e serviços pós atendimento do paciente.

As propostas do requisito **3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente** foram validadas com êxito, inclusive com ponderações bem relevantes durante as discussões. Segundo o GF4 e GF5, os pacientes precisam obter mais informações de qualidade, pois um problema da população atual é focar no volume de informação e não na

qualidade e educação sobre saúde. Neste aspecto, citado pelo GF2, os hospitais podem ajudar no fornecimento de informações confiáveis, pois segundo o GF7 os hospitais possuem médicos capacitados e de referência que dariam confiabilidade nas informações disponibilizadas. O participante GF8 trouxe que atualmente já existem bases de informação baseada em evidências, que são confiáveis, em diversos institutos de pesquisa na saúde. Segundo ele, o que falta é um agente facilitador, que pode ser o hospital, para começar a olhar para essas bases e fornecer informações para os pacientes, as colocando em uma linguagem mais simples, que seja de fácil entendimento em todos.

Sobre a interação de pacientes do mesmo diagnóstico, segundo GF8 isso seria muito rico e traria enormes ganhos a população. Na situação de um diagnóstico difícil, isso traria forças para o paciente, além de nortear através de experiências de outros pacientes que passaram pela mesma situação. GF6 relatou que passou por uma cirurgia, tendo tomado a decisão final de realizar o procedimento após interagir com pacientes do mesmo diagnóstico e receber do hospital muitas informações sobre aquela cirurgia em específico.

Sobre o requisito **4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento**, o mesmo se mostrou muito relevante e necessário para um melhor relacionamento com os pacientes. Durante as discussões foi pontuado pelo GF3 que o momento atual é do paciente ser o protagonista do seu atendimento, isso impacta diretamente na forma como os hospitais devem tratar os pacientes do século 21. Segundo GF1, esses pacientes possuem muitas informações da sua doença e já chegam no hospital, muitas vezes, sabendo o que pode e não pode. Como citado pela GF8, os pacientes possuem muitas informações, mas ainda sem a confiabilidade necessária (ligado ao requisito de educação) e em dados momentos são necessários tratamentos específicos, pois sem aquele tratamento o paciente não será curado. Todos concordam que existem oportunidades de melhoria pelos hospitais no envolvimento do paciente no seu tratamento, mas deve ser levado em consideração que o paciente está ali para ser curado e, segundo o GF8, em determinados momentos é necessário que o paciente siga um determinado protocolo, caso contrário não vai resolver o problema dele. Além de não resolver o problema do paciente, o hospital, que segue protocolos financeiros com as operadoras de saúde, não recebe reembolso daquele serviço prestado.

No requisito **5- Assuntos financeiros** foi muito discutido a questão da organização do hospital sobre uma comunicação prévia dos procedimentos extras que não são cobertos pelas operadoras de saúde, sendo unânime que esse é um ponto de melhoria. Segundo GF2, outro problema está atrelado a cobrança particular do que não é coberto no plano de saúde do paciente,

pois quem fica com essa fama de “cobrar particular” é o hospital e não a operadora de saúde. Segundo o GF1 e GF7, as operadoras não ajudam nessa parte de negociação financeira, pois muitas vezes são fechados pacotes de serviços incompletos, na qual para executar um determinado procedimento é necessário material ou medicamento que não é coberto pela operadora. Segundo GF8, sem esse material ou medicamento não é possível realizar o procedimento específico e, nesta situação, o hospital deve cobrar como particular. Citado por GF2, esta situação traz danos à imagem do hospital e não da operadora. Todos os participantes pactuam que é necessário melhores negociações entre operadoras e hospitais para que situações como esta não recaiam sobre o paciente. Segundo GF7, é complicado para o hospital tentar fornecer um serviço personalizado e a operadora não remunerar o hospital porque não está seguindo o protocolo combinado.

O último requisito é **6- Infraestrutura e tecnologia**, o qual foi validado por todos os participantes, que sugeriram diversas oportunidades de melhoria. Partindo da questão que o paciente do século 21 possui um perfil muito diferenciado, na visão do GF2 muitos pacientes não possuem tempo para serviços específicos e físicos e preferem a facilidade da tecnologia para resolver alguns tipos de problemas. Como por exemplo, em situações não emergenciais, segundo GF6, seria interessante os hospitais começarem a fornecer o serviço de atendimento inicial ou consultas através da telemedicina. Isso traria muita facilidade do paciente não precisar se deslocar imediatamente aos hospitais. GF5 argumentou que seria muito interessante o paciente chegar na consulta e ter um portal ou aplicativo com todo o seu histórico clínico para mostrar ao médico independente da instituição de saúde, esse histórico deveria estar com o paciente. Sobre o uso da tecnologia durante o atendimento, segundo GF3, o uso dos *ERPs* da saúde facilitam e ajudam o hospital oferecer um melhor atendimento para os pacientes, pois por meio dessas tecnologias é possível trafegar um volume maior de informações durante o fluxo de atendimento do paciente. GF8 reforça que tecnologia é muito importante, mas deve ser considerado a faixa etária dos pacientes, pois os mais jovens se adaptam facilmente as tecnologias e inovações, mas a faixa etária mais idosa ainda dá muito valor para o relacionamento “pessoal”, ou seja, face-a-face. Além da tecnologia, o GF7 reforça a necessidade de melhorias de infraestrutura dos hospitais, principalmente no aspecto de entretenimento para o paciente enquanto estiver em atendimento no hospital, pois faltam serviços para melhorar a estadia do paciente, como salas de diversão para as crianças, espaços para tratamento de beleza, tudo isso ajudaria na experiência do paciente e ajudaria na percepção sobre o serviço prestado.

No aspecto de gestão de projetos, todos os participantes do grupo focal reconhecem que os projetos na área da saúde são criados e gerenciados sempre na visão dos colaboradores internos dos hospitais. Sendo assim, o envolvimento do paciente para a criação de um produto ou serviço pode ser considerado uma quebra de paradigma, porém uma quebra positiva que pode trazer benefícios para ambos os lados, na qual os pacientes terão serviços mais direcionados para as suas expectativas e os hospitais forneceram um atendimento diferenciado e muito mais focado no perfil de clientes.

Durante a execução do grupo focal todos os requisitos foram citados e muito discutidos entre todos os participantes. De forma geral, percebeu-se que os requisitos, segundo os participantes, são muito úteis e importantes para a melhoria do relacionamento entre pacientes e hospitais, e a criação de um projeto de CRM baseado na expectativa do paciente através da lista de requisitos, gerará benefícios relevantes para todos. Na tabela 10 estão apresentadas algumas falas captadas durante grupo focal para cada requisito, e no apêndice C estão todas as falas codificadas durante o grupo focal.

Tabela 10: Codificação realizada sobre os participantes do grupo focal

Requisito	Entrevistado	Descrição
1- Avaliação e percepção do serviço prestado	GF2	Porque aí vai para um lado, aí o cara volta lá pra frente na outra sala, e ele tá lá esperando o resultado do exame pro médico ver que remédio que ele vai tomar e ele está na sala errada. Aí a expectativa e a tolerância do cara começa ficar esgotada.
	GF3	É. O produto já morreu na verdade. Porque o produto é igual para todo mundo, o marketing 4.0 está aí, se não fornecermos um serviço diferenciado e fidelizarmos o cliente, não seremos diferente de quem fornece produto.
	GF6	Eu acho que mais forte que a reputação, é o marketing boca a boca. Se cinco amigos seus falarem assim: “vai no hospital x”. É muito provável que você vá, pela recomendação de um amigo de confiança que é um cliente que já esteve lá.
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento	GF1	Falando do relacionamento pós, isso é muito importante para trabalhar a prevenção junto ao paciente, a operadora x tem um case legal, pois eles fazem uma busca ativa para fazer uma prevenção primária. Isso faz toda a diferença.
	GF2	E às vezes ele sai sem a expectativa dele atendida, porque em muitos casos a comunicação não acontece.

	<p>Ninguém me fala nada, essa é uma linha muito de expectativa do cliente, né? E às vezes o que falta é assim: “Oh, eu estou aguardando um exame”. “O exame ficou pronto e ninguém me avisou”. E ele tá lá esperando. Se tivesse pelo menos algo informando as fases, seria um diferencial.</p> <p>O paciente sabe que vai demorar duas horas? Porque se eu sou informada que vai demorar duas horas, eu posso me programar para as coisas. O complicado nesses casos é que dependemos de um terceiro, a exemplo do laboratório que demora para entregar o exame, mas o paciente está na expectativa do hospital e não do terceiro.</p>
<p>3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente</p>	<p>O hospital poderia disponibilizar um canal para que o paciente pudesse compartilhar informações e até compartilhar relatos de como foi a experiência dele.</p> <p>Sabe o que eu enxergo nesse ponto, acho que a informação ela existe tá aí no Google da vida, mas a educação não. Então concordo que o Google não é saúde, ele abrange tudo, então se você jogar alguma coisa lá ele vai te trazer informação, talvez se isso tivesse dentro dos hospitais com referências. Poxa, um médico bambam tá falando sobre essa doença seria muito bom.</p> <p>Essas campanhas de educação e discussão com os pacientes, impactam inclusive nos números dos hospitais, uma avaliação que a gente fez nessa campanha de parto humanizado, ele influenciou na quantidade de partos humanizados do município, o que é muito bom.</p> <p>Interação de pacientes do mesmo diagnóstico. Isso é muito rico. Porque a troca de informação é muito grande. Aí acho que entra numa questão de acolhimento e humanização. As pessoas vão contar histórias que elas viveram. Imagina uma mãe acabando de receber o diagnóstico que seu filho é autista, ela entra em pânico. Para onde que eu vou? O que que eu faço? Eu dando esse canal, ela vai encontrar pessoas lá que tiveram o mesmo pânico, precisa de x, precisa disso, precisa daquilo.</p>
<p>4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento</p>	<p>O paciente é protagonista do seu atendimento, eu acho que já não existe mais cliente reativo. O cara tá muito ativo, ele busca informação, ele não se contenta com qualquer profissional, ele quer cada vez mais entender o que está acontecendo, eu vejo que esse é o momento.</p>

GF7 Eu não gosto de tomar remédio, eu sou filha de farmacêutico, bioquímico, meu pai trabalhava em laboratório, foi professor da USP de laboratório lá em Ribeirão Preto, então meu pai falava que tirando Novalgina, o resto era droga. Igual cocaína, meu pai falava. Eu estava consultando a doutora e eu falei a palavra mágica, não gosto de tomar remédio. Nossa! Ela me falou tudo sobre fitoterápico, isso serve para isso, isso pra isso. Nossa!!!! Eu saí muito feliz desse atendimento.

5- Assuntos financeiros

GF1 Essa é a parte que o convênio também não ajuda, por mais que falamos de atendimento humanizado, por outro lado eu tenho o padrão que eu tenho que cumprir para o convênio. Porque se eu não fizer daquela forma, o convênio não paga o hospital.

GF4 Isso, você pode ter o melhor atendimento do mundo, mas se você não der as informações financeiras com antecedência, estraga todo o trabalho que foi feito e o cliente sai insatisfeito.

GF6 Esse tema é realmente crítico, muitas vezes você sai sem saber que tem uma conta em aberto, e daqui a pouco chega um boleto pra pagar.

GF7 Assunto financeiro do lado do hospital é um problema, para o convênio você tem que bater metas, você tem que seguir a forma deles? Como se fosse um banco que você tem que bater as metas, então o convênio tem muito esse viés.

6- Infraestrutura e tecnologia

GF1 Eu vou dar o exemplo da minha avó. A minha avó marcar uma consulta pelo site? E ela sabe que é melhor, e ela já pede pra gente: “eu não sei fazer, mas você pode fazer pra mim?” E ela não se importa. Então a gente faz. Até porque o médico dela já disse: “Quanto menos a senhora vir pro hospital, menos infecção”.

GF2 Algumas pessoas não fazem questão de ter aquele relacionamento pessoal ali, ele prefere ter a tecnologia na palma da mão e falar: Ah! Eu preciso de um serviço, eu quero chamar aqui, e fazer por aqui no aplicativo e pronto.

GF5 Me surpreenderia ainda mais se eu não precisasse falar dos históricos anteriores, já que o prontuário é do paciente, por que quando eu chego eu não posso passar toda minha informação para a tela do médico?

GF8 A gente tem uma classe idosa muito grande que mal sabem né? Então as expectativas deles já começam de forma diferente, o público mais jovem mais atualizado nesse sentido, ele quer um atendimento mais moderno, mais tecnológico. O paciente mais velho, às vezes ele não quer isso, ele vai para o lado da atenção, da humanização.

Fonte: O autor.

4.7 COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Partindo do método de pesquisa selecionado, segundo Dresch et al. (2015), o *Design Science Research* objetiva a construção de um artefato prático que garante o rigor metodológico da pesquisa e que gera contribuições para a realidade das organizações. Complementando essa colocação, Hevner et al. (2004) defendem que o *Design Science Research* deve partir de um problema prático, gerando um artefato prescritivo que resolva um problema real e contribua para a expansão do conhecimento teórico.

Sendo assim, a seguir será apresentado a comunicação dos resultados da pesquisa considerando as contribuições teóricas e práticas que foram geradas durante a condução da pesquisa.

4.7.1 Contribuições teóricas e práticas

Inicialmente em relação a gestão de escopo e requisitos em projetos, esse tema foi aprofundado e discutido sobre como poderia ajudar a resolver um problema de relacionamento entre pacientes e hospitais. Considerando que a grande maioria dos projetos para pacientes na área hospitalar são gerados a partir do entendimento dos profissionais da saúde, isso acaba resultando em um viés na entrega de produto ou serviço aos pacientes dos hospitais.

Considerando a importância apresentada de um bom mapeamento de escopo e requisitos de projetos (Goncalves & Figueiredo, 2008), o paciente que é tido como o principal cliente, deve ser considerado como uma das partes mais interessadas na entrega de um projeto na saúde. Sendo assim, este deve ser considerado desde o levantamento de escopo e requisitos, durante a fase de planejamento e execução dos projetos na área hospitalar.

Para o melhor entendimento em como aproximar e conhecer melhor esse cliente na área hospitalar foram utilizados os conceitos base do *CRM*, também chamados de *PRM*, ou seja,

gestão do relacionamento com o paciente. Os conceitos de *CRM* e *PRM* foram necessários para ajudar a conhecer o novo perfil do cliente da saúde, pois as instituições esta área têm observado que o perfil dos seus pacientes tem mudado com uma certa constância (Silva & Santos, 2015). Os pacientes não querem mais somente um atendimento padronizado, buscam um determinado padrão de qualidade e um serviço diferenciado, passando a ser praticamente personalizado de acordo com perfil de cada paciente (Silva & Santos, 2015).

Neste aspecto, o *CRM* na saúde foi visto como uma solução eficaz para gestão de relacionamento das organizações que desenvolvem suas operações na área de saúde (Cerqueira & Santiago, 2010). Além da percepção direta do paciente, o *CRM* mostrou atender a gestão de outras demandas oriundas de equipe médica, assistencial, familiares e comunidades da saúde em geral, gerando relacionamento com médicos e pacientes, incluindo até mesmo o histórico de negociação com operadoras e seguradoras (Barreiro & Cerqueira, 2017).

A partir dos resultados das análises da RSL, base de dados do SAC da ACSC, entrevistas com pacientes da ACSC e do grupo focal de validação do artefato, foi demonstrado que realmente existe uma lacuna sobre os hospitais considerarem o paciente como uma das principais partes interessadas durante a criação e execução de projetos e serviços na saúde. Além disso, por meio da coleta de dados foi possível observar muitas oportunidades para explorar cada requisito oriundo das expectativas dos pacientes. O resultado deste trabalho serve de alerta para os hospitais sobre no novo perfil do paciente desta década, que almeja muito mais do que somente a cura do seu diagnóstico, e reforça que o relacionamento com os hospitais é algo essencial para manter esse paciente fidelizado com as instituições.

Seguindo o ciclo de evolução do conhecimento teórico e prático, esses resultados contribuem para a formação de conhecimento sobre o tema de relacionamento com clientes na área hospitalar, além de contribuir para pesquisas futuras com novas bases de exploração gerados a partir dessa pesquisa, análises e resultados das entrevistas com pacientes da ACSC, RSL, base de dados do SAC e a lista final de requisitos construída em um ambiente prático utilizando os conceitos do *CRM* na saúde que é apresentada na tabela 11.

Tabela 11: Lista de requisitos de um projeto de CRM na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes

Descrição do requisito	Citações RSL	SAC	Citações Entrevistas	Citações Grupo Focal
1- Avaliação e percepção do serviço prestado	5	1266	15	9
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento	10	650	15	11
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente	7		16	13
4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento	13		15	11
5- Assuntos financeiros		108		13
6- Infraestrutura e tecnologia	10	17	11	17
Total	45	2041	72	74

Fonte: O autor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como lacuna inicial foi identificado uma percepção negativa dos pacientes sobre os hospitais, na qual diversas entregas de serviço não refletem o que os pacientes esperam dos hospitais, Para identificar a causa raiz foi necessário entender como os projetos e serviços na área da saúde são concebidos e foi identificado que em sua grande maioria estes são concebidos e executados sem considerar a percepção do paciente que é quem vai consumir aquele serviço. Sendo assim, esta dissertação teve como objetivo propor um artefato contendo uma lista de requisitos para um projeto de CRM hospitalar partindo das expectativas dos pacientes. A expectativa é que seja possível melhorar a experiência do paciente sobre o relacionamento deste com o hospital, considerando que o paciente está enfermo e deve ter a melhor experiência possível no âmbito do seu tratamento.

Para apoio nesse levantamento das expectativas dos pacientes sobre os hospitais, foi utilizado os conceitos de gestão de escopo em projetos e levantamento de requisitos em projetos. Com isso foi possível identificar quais as reais percepções e necessidades dos pacientes sobre o relacionamento com os hospitais. Os conceitos em gestão de projetos se mostraram eficazes e apoiaram na construção da lista de requisitos para o projeto de CRM na saúde.

Para a condução desta pesquisa foram realizadas todas as etapas propostas no método *Design Science Research* que garante o rigor metodológico de uma pesquisa acadêmica com

atenção a relevância para o ambiente profissional. Iniciando por um aprofundamento teórico sustentado por três principais conceitos: Gestão de escopo e requisitos em projetos, *CRM - Customer Relationship Management* e *PRM - Patient Relationship Management*. Do lado teórico, estes três conceitos foram pilares fundamentais para nortear a execução de todos procedimentos durante a pesquisa, e através destes foi possível entender a importância de uma boa gestão de escopos e requisitos e o quanto os conceitos de *CRM* podem ajudar as instituições hospitalares a conhecerem melhor o perfil e expectativa dos seus clientes.

Partindo da RSL – Revisão Sistemática da literatura construída nesta dissertação, foi realizado um aprofundamento teórico que resultou em uma lista de sete requisitos que detalham a expectativa dos pacientes sobre pontos de melhoria do relacionamento destes com os hospitais. Os requisitos identificados na RSL demonstraram oportunidades de se gerar projetos e serviços que realmente atendam às expectativas dos pacientes como clientes. Do lado prático desta pesquisa, esses sete requisitos foram a base inicial para a execução das próximas etapas da *DSR*.

Com os direcionadores teóricos e práticos formados, foi possível continuidade a pesquisa de forma confiável e delimitada conforme os objetivos propostos, e como próximas atividades foi realizado o levantamento de bases complementares que ajudaram nas análises, identificação do problema em ambiente prático, e proposição de uma solução para o problema de pesquisa e na construção do artefato desta pesquisa. Sendo estas formadas por: base de dados do SAC de uma das unidades da ACSC, entrevistas realizadas com pacientes de uma das unidades da ACSC, e um grupo focal com profissionais atuantes de uma das unidades da ACSC.

Essas bases ajudaram a complementar e validar a lista de requisitos resultantes da RSL, e a partir disso foi construído o artefato contendo a lista de requisitos final que buscou responder a questão de pesquisa desta dissertação: **Quais são os requisitos de um projeto de *CRM* na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais?**

Durante toda a execução da pesquisa foi possível identificar em ambiente prático e teórico a quantidade de oportunidades de melhoria que existe no ponto de relacionamento entre pacientes e hospitais. Conforme citado em diversos pontos dessa pesquisa, a grande maioria dos pacientes da década atual esperam muito mais do que somente o tratamento da sua doença, estes esperam que os hospitais forneçam serviços personalizados conforme o seu perfil e criem laços de relacionamento contínuo mesmo após a finalização do atendimento.

Outro ponto que chamou a atenção, durante a pesquisa foi possível identificar o quanto um atendimento de qualidade impacta na percepção do paciente sobre o hospital, mas além deste, ficou ainda mais claro o quanto o paciente observa tudo ao seu redor durante o atendimento, e na lista de requisitos foram detalhados pontos importantes que podem ajudar positivamente na percepção do paciente sobre o hospital, tal como: melhor comunicação entre os colaboradores e setores por onde o paciente passa, envolvimento do paciente no seu tratamento e não mais somente o diagnóstico conforme o protocolo clínico, melhor comunicação do hospital com o paciente, serviços online para facilitar o atendimento, portal de educação sobre saúde, entre outros que estão detalhados no artefato contendo a lista completa de requisitos. Estes itens ajudarão os hospitais a garantir a fidelização do paciente, além de assegurar as recomendações para futuros clientes.

Partindo das considerações explanadas durante toda a pesquisa, por meio do referencial teórico estudado e das análises dos dados coletados, o artefato proposto nesta dissertação cumpriu o seu propósito em fornecer uma lista de requisitos de um projeto de *CRM* na área hospitalar que contempla as expectativas dos pacientes com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais, e que vai contribuir para o conhecimento teórico e prático.

Esta pesquisa se limitou a construção de um artefato contendo a lista de requisitos de um projeto de *CRM* na área hospitalar que contempla as expectativas dos pacientes, e neste ponto foi identificadas oportunidades durante as entrevistas e do grupo focal que se constituem em ideias de trabalhos futuros.

Primeiramente, durante a validação do artefato no grupo focal, foi possível discutir todos os requisitos na visão dos profissionais da saúde, e durante essas discussões foi identificado que os parceiros / terceiros envolvidos no atendimento, sendo estas operadoras de saúde e laboratórios. Estes intervenientes afetam negativamente em diversos momentos do atendimento do paciente, e isso impacta diretamente na percepção do relacionamento dos pacientes e hospitais. Em grande maioria esses pontos ficam em um cenário oculto o qual o paciente não tem essa visibilidade que aquele problema é devido a um processo de terceiro. *CRM* é um conceito amplo que se refere ao relacionamento da organização com qualquer tipo de *stakeholder* (Pedron & Saccol, 2009) No caso citado, é importante que o hospital faça a melhor gestão do relacionamento com operadoras e laboratórios para que juntos possam impactar de forma positiva no relacionamento com o paciente. Sendo assim, faz-se necessário um aprofundamento nos processos de terceiros tendo o olhar em como esses podem afetar o

relacionamento entre pacientes e hospitais, pois como visto em grande maioria isso fica em ambiente oculto para o paciente e a ‘culpa’ recai somente sobre os hospitais. Cabe ao hospital gerir melhor este relacionamento para que o terceiro perceba o seu importante papel na entrega do serviço ao cliente final que é o paciente.

Em complemento a essa proposta de trabalho futuro, também é sugerido que seja elaborado uma visão dos requisitos partindo dos profissionais da saúde, para que se possa fazer um contraponto. Este novo esforço de pesquisa poderá gerar uma lista funcional para o desenvolvimento de um plano de ação baseado no artefato desta pesquisa, além de propor planos de ação para implementar essas ações com o objetivo de melhorar esses pontos que afetam o relacionamento com os pacientes.

Mais uma necessidade de trabalho futuro é a instanciação desse artefato em um ambiente público do SUS. Conforme detalhado, a presente pesquisa aconteceu em uma das unidades da ACSC que trabalha na modalidade particular, atendendo um perfil de pacientes muito específico, vindo de operadoras de saúde de médio e alto padrão.

REFERÊNCIAS

- Agariya, A. K., & Singh, D. (2013). CRM Scale Development and Validation in Indian Public Hospitals. *Journal of Health Management, 15*(2), 275–291.
<https://doi.org/10.1177/0972063413489035>
- Aken, J. V. (2004). Management Research Based on the Paradigm of the Design Sciences: The Quest for Field-Tested and Grounded Technological Rules. *Journal of Management Studies, 219*–246. <https://doi.org/DOI: 10.1111/joms.2004.41>
- Alves, D., Figueiredo, D., & Henrique, A. (2011). O Poderoso NVivo uma introdução a partir da análise de conteúdo.pdf. *Revista Política Hoje, Volume 24*(2º edição), 119–134.
- Androniceanu, A. (2017). Hospital Management Based on the Relationship between Doctors and Patients. *Administratie Si Management Public, 29*, 41–53.
- Baashar, Y. M., Mahomood, A. K., Almomani, M. A., & Alkawsi, G. A. (2016). Customer relationship management (CRM) in healthcare organization: A review of ten years of research. *2016 3rd International Conference on Computer and Information Sciences (ICCOINS), 97*–102. <https://doi.org/10.1109/ICCOINS.2016.7783196>
- Bakhshi, M., Monem, H., Barati, O., Sharifian, R., & Nematollahi, M. (2017). Structural investigation of websites of selected educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences from Patient Relationship Management (PRM) perspective. *Electronic Physician, 9*(7), 4786–4790. <https://doi.org/10.19082/4786>
- Barreiro, A. R., & Cerqueira, L. S. (2017). OS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DO CRM: ESTUDO DE CASO EM UMA ORGANIZAÇÃO QUE ATUA NA ÁREA DE SAÚDE. *Revista Formadores, 10*(1), 82.
- Bax, M. P. (2013). Design science: Filosofia da pesquisa em ciência da informação e tecnologia. *Ci. Inf., 42*(2), p.298-312.

- Bukstein, W. M., Ulrich, E. E., & Tenhouse, A. (2016). Quantifying the relationship between medication management and patient interest in MTM service. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 7, 263–268.
<https://doi.org/10.1111/jphs.12150>
- Carvalho, M. M., & Rabechini Jr., R. (2015). *Fundamentos Em Gestão De Projetos: Construindo Competências Para Gerenciar Projetos* (Edição: 4ª). Atlas.
- CBEXs, C. B. de E. da S. (2019, dezembro). *Tendências para geração de valor em saúde – CBEXs*. <http://cbexs.com.br/tendencias-para-geracao-de-valor-em-saude/>
- CERQUEIRA, L. S., & SANTIAGO, A. R. D. S. B. (2010). Os Impactos da implantação do CRM: estudo de caso em uma organização que atua na área de saúde. *XIII Semead seminarios em administração*, 17.
- Chhangani, A. (2013). INVESTIGATING CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT (CRM) IN INDIAN HOSPITALS. *International Journal of Research in Advent Technology*, 1(5), 4.
- Cobden, D. S., Niessen, L. W., Barr, C. E., Rutten, F. F. H., & Redekop, W. K. (2010). Relationships among Self-Management, Patient Perceptions of Care, and Health Economic Outcomes for Decision-Making and Clinical Practice in Type 2 Diabetes. *Value in Health*, 13(1), 138–147. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00587.x>
- Demo, G., Fogaça, N., Ponte, V., Fernandes, T., & Cardoso, H. (2015). MARKETING DE RELACIONAMENTO (CRM): ESTADO DA ARTE, REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO NACIONAL DE PRIMEIRA LINHA, INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESQUISA NO BRASIL E AGENDA DE PESQUISA. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 16(5), 127–160. <https://doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n5p127-160>

- Dresch, A., Lacerda, D., & Júnior, J. (2015). *Design Science Research: Método de Pesquisa para Avanço da Ciência e Tecnologia*. Bookman Editora.
- Eiras, F. C. da S., Tomomitsu, H. T. A., Linares, I. M. P., & Carvalho, M. M. de. (2017). Evolução das pesquisas de gestão de projetos: Um estudo bibliométrico do International Journal of Project Management. *Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas*, 12(1), 211. <https://doi.org/10.15675/gepros.v12i1.1617>
- Exame, R. (2019, setembro). *A estratégia mundial centrada na experiência do paciente é impulsionada no Brasil | Publicado por Dino*. EXAME.
<https://exame.abril.com.br/negocios/dino/a-estrategia-mundial-centrada-na-experiencia-do-paciente-e-impulsionada-no-brasil/>
- Fageha, M. K., & Aibinu, A. A. (2013). Managing Project Scope Definition to Improve Stakeholders' Participation and Enhance Project Outcome. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 74, 154–164. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.03.038>
- Fiorentino, P. G., Sebastião, B., & Grass, K. (2016). *Satisfação do paciente nos hospitais privados brasileiros*. BAIN & COMPANY E ANAHP.
https://www.bain.com/contentassets/9e46222b008c4784849eff749166a4af/bain_brief_brochura_hospitais_nps_sao_paulo.pdf
- Fleming, Q. W., & Koppelman, J. M. (2006). *Earned Value Project Management, 3rd Edition* (3rd edition). Project Management Inst.
- Goncalves, F. A., & Figueiredo, J. (2008). Constructing scope in project management: An interpretive approach. *2008 IEEE International Engineering Management Conference*, 1–5. <https://doi.org/10.1109/IEMCE.2008.4618021>
- Gregor, S., & Hevner, A. R. (2013). Positioning and Presenting Design Science Research for Maximum Impact. *MIS Quarterly*, 37(2), 337–355.
<https://doi.org/10.25300/MISQ/2013/37.2.01>

- Groene, O., Arah, O. A., Klazinga, N. S., Wagner, C., Bartels, P. D., Kristensen, S., Saillour, F., Thompson, A., Thompson, C. A., Pfaff, H., DerSarkissian, M., & Sunol, R. (2015). Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies. *PLOS ONE*, *10*(7), 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131805>
- Guanilo, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: Noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(5), 1260–1266. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500033>
- Hajikhani, S., Tabibi, S. J., & Riahi, L. (2015). The Relationship Between the Customer Relationship Management and Patients' Loyalty to Hospitals. *Global Journal of Health Science*, *8*(3), 65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p65>
- Hevner, A. (2007). A Three Cycle View of Design Science Research. *Scandinavian Journal of Information Systems*, *19*(2), 87–92.
- Hevner, A. R., March, S. T., Park, J., & Ram, S. (2004). Design Science in Information Systems Research. *MIS Q.*, *28*(1), 75–105.
- Hsu, S. H. Y. (2013). A Web Portal for Bariatric Patients—Effective Relationships Management. *2013 46th Hawaii International Conference on System Sciences*, 2435–2444. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2013.68>
- Hung, S.-Y., Hung, W.-H., Tsai, C.-A., & Jiang, S.-C. (2010). Critical factors of hospital adoption on CRM system: Organizational and information system perspectives. *Decision Support Systems*, *48*(4), 592–603. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2009.11.009>
- IDG, I. de D. e G. (2019, setembro 9). *Hospital 9 de Julho adota Salesforce para reformular atendimento*. CIO. <https://cio.com.br/hospital-9-de-julho-adota-salesforce-para-reformular-atendimento/>
- Kerzner, H. R. (2017). *Gestão de Projetos: As Melhores Práticas* (Edição: 3). Bookman.
- Kotler, P. (2013). *Marketing Para O Século XXI*. Nova Fronteira.

- Kotonya, G., & Sommerville, I. (1998). *Requirements Engineering: Processes and Techniques* (Edição: 1). John Wiley & Sons.
- Kumari, N., & Pillai, A. S. (2014). A study on project scope as a requirements elicitation issue. *2014 International Conference on Computing for Sustainable Global Development (INDIACom)*, 510–514. <https://doi.org/10.1109/IndiaCom.2014.6828190>
- Lacerda, D. P., Dresch, A., & Proença, A. (2013). Design Science Research: Método de pesquisa para a engenharia de produção. *Design Science Research*, 20(4), 22.
- Lampa, I. L., Contessoto, A. G., Amorim, A. R., Zafalon, G. F. D., Valêncio, C. R., & Souza, R. C. G. (2017). Project Scope Management: A Strategy Oriented to the Requirements Engineering: *Proceedings of the 19th International Conference on Enterprise Information Systems*, 370–378. <https://doi.org/10.5220/0006318603700378>
- Mariano, A. D. (2008). *Gerenciamento de portfolio de projetos: Fatores críticos de sucesso e impactos sobre os resultados organizacionais* [Text, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.12.2008.tde-12012009-154328>
- Melo, S. R. A. de. (2019). *Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP* [Text, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.17.2019.tde-12072019-110311>
- Ministerio da Saude, B. (2012, dezembro). *Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.* http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Mirza, M. N., Pourzolfaghar, Z., & Shahnazari, M. (2013). Significance of Scope in Project Success. *Procedia Technology*, 9, 722–729. <https://doi.org/10.1016/j.protcy.2013.12.080>

- Monem, H., Hussin, A. R. C., & Behboodian, N. (2011). Organizational perspective of CRM implementation factors in hospital. *2011 International Conference on Research and Innovation in Information Systems*, 1–6. <https://doi.org/10.1109/ICRIIS.2011.6125745>
- Monem, H., Hussin, A. R. C., Sharifian, R., & Shaterzadeh, H. (2011). CRM software implementation factors in hospital: Software & patient perspectives. *2011 Malaysian Conference in Software Engineering*, 159–164. <https://doi.org/10.1109/MySEC.2011.6140662>
- Morioka, S., & Carvalho, M. M. (2013). Análise de fatores críticos de sucesso de projetos: Um estudo de caso no setor varejista. *Production*, 24(1), 132–143. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132013005000015>
- Park, A., Chang, H., & Lee, K. J. (2017). Action Research on Development and Application of Internet of Things Services in Hospital. *Healthcare Informatics Research*, 23(1), 25. <https://doi.org/10.4258/hir.2017.23.1.25>
- Pedron, C. D., & Saccol, A. Z. (2009). What lies behind the concept of customer relationship management? Discussing the essence of CRM through a phenomenological approach. *BAR - Brazilian Administration Review*, 6(1), 34–49. <https://doi.org/10.1590/S1807-76922009000100004>
- Peppers, K., Tuunanen, T., Rothenberger, M., & Chatterjee, S. (2007). A Design Science Research Methodology for Information Systems Research. *J. Manage. Inf. Syst.*, 24(3), 45–77. <https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222240302>
- PMI. (2017). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide)–Sixth Edition* (Edição: Sixth Edition, Sixth edition). Project Management Institute.
- PMI, P. M. I. (2013). *The High Cost of Low Performance | Pulse of the Profession*. Project management institute. <https://www.pmi.org/learning/thought-leadership/pulse/the-high-cost-of-low-performance-2013>

- PMI, P. M. I. (2014). *PMSURVEY.ORG 2014 Edition* (Nº 2014). Project Management Institute. <http://beware.com.br/arquivos/Report2014-PMSURVEY.pdf>
- Rababah, K., Mohd, H., Ibrahim, H., & Sintok, U. (2010). *A Study of the Perception of the Benefits of Customer Relationship Management (CRM) System in Malaysian Private Hospitals*. 4.
- Reistroffer, C., Hearld, L. R., & Szychowski, J. M. (2017). *An Examination of the Relationship Between Care Management With Coaching for Activation and Patient Outcomes*. 6.
- Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83–89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- Santos, S. R. dos, & Lacerda, M. do C. N. de. (1999). Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(1), 43–53. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000100006>
- Santus, P., Picciolo, S., Proietto, A., Falcone, F., Mangiacavallo, A., Pellegrino, G., Sereno, F., Radovanovic, D., Blasi, F., Girbino, G., & Centanni, S. (2012). Doctor–patient relationship: A resource to improve respiratory diseases management. *European Journal of Internal Medicine*, 23, 442–446. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.04.004>
- Sarkhosh, R., Karimi, F., Mehregan, M. R., & Sarami, M. (2012). Patient Relationship Management (PRM): E-Strategy Application in Milad Hospital. *CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT*, 4.
- Shirazi, F., Kazemipoor, H., & Moghaddam, R. T. (2017). Fuzzy decision analysis for project scope change management. *Decision Science Letters*, 395–406. <https://doi.org/10.5267/j.dsl.2017.1.003>

- Silva, L. F., & Silva, M. A. da. (2014). *Satisfação do Paciente como Estratégia de Marketing Hospitalar para Conquistar Clientes*. <https://doi.org/10.18224/est.v41i0.3810>
- silva, V. S., & Santos, L. B. (2015, agosto 14). T_15_566.pdf. *CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT (CRM): UM ESTUDO SOBRE O GERENCIAMENTO DO RELACIONAMENTO COM O CLIENTE NO COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS*. XI CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO. http://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_566.pdf
- Sordi, J. O., Meireles, M., & Cida, S. (2010). Design Science: Uma Abordagem Inexplorada por Pesquisadores Brasileiros em Gestão de Sistemas de Informação. *Design Science: Uma Abordagem Inexplorada por Pesquisadores Brasileiros em Gestão de Sistemas de Informação*. ANPAD, Rio de Janeiro. <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/adi2038.pdf>
- Thomson, D. (2011). A pilot study of client complexity, emergent requirements and stakeholder perceptions of project success. *Construction Management and Economics*, 29(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/01446193.2010.519399>
- Veit, D. R. (2013). *EM DIREÇÃO A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO MODO 2: ANÁLISE E PROPOSIÇÃO DE UM FRAMEWORK PARA PESQUISA EM PROCESSOS DE NEGÓCIOS* [Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos]. <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4729/20e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vosbergen, S., Peek, N., Wiggers, A.-M., Kemps, H., Jaspers, M., Lacroix, J., & Kraaijenhagen, R. (2014). An online survey to study the relationship between patients' health literacy and coping style and their preferences for self-management-related information. *Patient Preference and Adherence*, 631. <https://doi.org/10.2147/PPA.S57797>

- Werdhani, R. A. (2017). Leadership in doctor-patient relationship: Implementation on patient's case management in primary care. *Medical Journal of Indonesia*, 26, 158. <https://doi.org/10.13181/mji.v26i2.1877>
- Wieringa, R. J. (2014). *Design Science Methodology for Information Systems and Software Engineering* (Edição: 2014). Springer.
- Young, L., Kupzyk, K., & Barnason, S. (2017). The Impact of Self-management Knowledge and Support on the Relationships Among Self-efficacy, Patient Activation, and Self-management in Rural Patients With Heart Failure: *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(4), E1–E8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000390>
- Yousefi, K., & Kargari, M. (2014, janeiro 30). *Patient Relationship Management Method, an Approach toward Patient Satisfaction: A Case Study in a Public Hospital*. 7.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

A tabela a seguir apresenta as perguntas semiestruturadas que serão conduzidas nas entrevistas com os pacientes da ACSC. A primeira coluna refere-se ao requisito definido com base nos requisitos identificados na RSL, seguido de uma ou mais perguntas a serem realizadas durante as entrevistas.

Requisito da RSL	Descrição
Fatores de inclusão ou exclusão	Quantos anos você tem?
Fatores de inclusão ou exclusão	Atendimento de internação ou pronto atendimento?
- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente; - Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico;	Antes de ir a um hospital, você procura informações dos seus sintomas na internet? O quanto você confia nessas fontes?
- Avaliação do atendimento e dos funcionários;	Quando você precisa ir a um hospital, como você procura esse hospital?
- Avaliação do atendimento e dos funcionários;	Você já avaliou o atendimento de um hospital (ex. dos funcionários)? Gostaria de ver avaliações de outros pacientes?
- Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente;	Como é sua relação com os médicos e enfermeiros, durante e pós atendimento?
- Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento; - Informações de forma menos técnicas;	Você sente que recebe a atenção devida durante o atendimento? As orientações que são passadas durante o atendimento, são claras e compreendidas?
Busca de novos requisitos.	De forma geral, quais são suas maiores dificuldades ou problemas durante a estadia no hospital?
- Portal de serviços on-line: fidelização do paciente.	Você já precisou de serviços administrativos do hospital? Ex. cópia do prontuário, 2º via de receituários, 2º via de exames, acesso para o médico na clínica, etc. Como foi essa experiência?
Busca de novos requisitos.	De forma geral, como você enxerga a comunicação e relacionamento entre o paciente e o hospital?
- Portal de serviços on-line: fidelização do paciente.	Como você enxerga a tecnologia ajudando nos serviços e também criando canais de comunicação direto entre hospitais, médicos e pacientes?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **DEFINIÇÃO DE REQUISITOS DE UM PROJETO DE CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT NA AREA HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM ARTEFATO** que será conduzida nesta instituição **ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA – HOSPITAL SANTA CATARINA** pelo pesquisador responsável **HUGO CAVALCANTE DE OLIVEIRA**.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo buscar informações para a melhoria no relacionamento entre pacientes e hospitais, além de identificar requisitos que possam gerar serviços e produtos que facilitem e ajudem o paciente durante e pós atendimento realizado nos hospitais.

Entender este assunto é complexo e exige pesquisas diretas com os pacientes com o intuito de mapear os pontos de melhoria com foco na percepção do paciente. Por este motivo gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre a sua percepção e necessidades voltadas ao relacionamento com o hospital.

O foco da pesquisa é utilizar e analisar as informações fornecidas nas respostas da entrevista com a intenção de ampliar das fronteiras do conhecimento e melhoria dos serviços e relacionamento fornecido pela Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC). Todos os resultados da análise das entrevistas, serão publicados em um projeto de dissertação que ficara disponível publicamente para a consulta da comunidade.

Esclarece-se que esta pesquisa possui caráter acadêmico e prático, e sua colaboração é muito importante para o sucesso desta iniciativa. Também deixamos claro que nenhuma informação pessoal será utilizada ou divulgada, tais como: nome, endereço, telefone ou documentos pessoais. Estas informações serão mantidas totalmente em sigilo e anonimato.

Em caso de dúvida sobre os aspectos ética dessa pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Congregação de Santa Catarina, localizado à Rua Cincinato Braga, 144- 7º andar- Bela Vista- São Paulo/SP- CEP 01.333-010 nos telefones (11) 3016-4222 ou (11) 3016-3221 de segunda a sexta das 08h às 17h. O Comitê de Ética em Pesquisa “CEP” é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no

desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Tal definição é baseada nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares).

Você também pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou pela equipe do estudo no seguinte endereço: Rua Cincinato Braga, 144- 2º andar- Bela Vista- São Paulo/SP- CEP 01.333-010, telefone (11) 3016-4165, horário das 08:00 as 18:00 horas.

Após ter sido esclarecido sobre o proposto no projeto de pesquisa intitulado **DEFINIÇÃO DE REQUISITOS DE UM PROJETO DE CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT NA AREA HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM ARTEFATO**, bem como a explicação que recebi esclarecem todas as dúvidas quanto os procedimentos que serei submetido, riscos e benefícios esperados, assistência, sigilo e confidencialidade da pesquisa. Estou ciente ainda que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo algum e que não terei qualquer despesa quanto minha participação do projeto de pesquisa acima citado.

Para o participante de Pesquisa:

Nome Completo do participante de Pesquisa, em letra legível

Assinatura do participante

Data (dd-mmm-aaaa)

Para o pesquisador responsável pela obtenção do consentimento:

Hugo Cavalcante de Oliveira

Assinatura do pesquisador

Data (dd-mmm-aaaa)

APÊNDICE C – CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

Requisito	Entrevistados	Descrição
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF1	Muitas vezes o paciente se cansa: “poxa! mas eu falei lá na outra sala que eu tenho alergia, e eu falei pro médico aqui de novo”. Ele já falou que ele não come peixe, que ele tem alergia a frutos do mar. realmente temos esse gap de troca de informações pra pessoa que tá lá coletando, porque assim, o sistema ele ajuda, mas dependente de todos colocarem o dado correto.
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF2	Porque aí vai para um lado, aí o cara volta lá para frente na outra sala, e ele tá lá esperando o resultado do exame pro médico ver que remédio que ele vai tomar e ele está na sala errada. aí a expectativa e a tolerância do cara começa ficar esgotada.
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF3	É. O produto já morreu na verdade. Porque o produto é igual para todo mundo, o marketing quatro ponto zero está aí, se não fornecermos um serviço diferenciado e fidelizarmos o cliente, não seremos diferente de quem fornece produto.
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF4	espaço, mas eu vou mudar para esse plano, mudar pra um convênio, mas sério, eu já estou adaptada e acostumada com tais hospitais. Será que esse plano, esse convênio atende esses hospitais que eu quero, então sim a questão da referência e confiança é importante, mas os convênios precisam ajudar também.
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF5	Quando eu vou ao médico, quando eu procuro por algum lugar, eu olho quais são as opções, e eu procuro a reputação daquele lugar pra poder selecionar.
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF6	Eu acho que mais forte que a reputação, é o marketing boca a boca. Se cinco amigos seu falar assim: “vai no hospital x”. É muito provável que você vá, pela recomendação de um amigo de confiança que é um cliente que já esteve lá.
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF7	Porque tem esse ofensor de qualquer forma. Não adianta você me recomendar um hospital e o meu plano não atender, isso tem que ser avaliado também.
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	GF8	Quando as pessoas pagam por um plano eles buscam o atendimento com mais qualidade e exclusividade. Eu não quero estar num lugar que eu tenho que esperar muito tempo e ser tratado personalizada.
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;	GF1	Falando do relacionamento pós, isso é muito importante para trabalhar a prevenção junto ao paciente, a operadora x tem um case legal, pois eles fazem uma

busca ativa para fazer uma prevenção primária. Isso faz toda a diferença.

2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;

GF2 E às vezes ele sai sem a expectativa dele atendida, porque em muitos casos a comunicação não acontece, a comunicação deve ser uma via de duas mãos.

GF3 Isso mesmo, às vezes ele sai insatisfeito porque ele aguardou, ele esperou, e ele saiu sem tudo ser esclarecido. Ele não teve a informação que ele queria. Mas também tem uma estratégia boba que não fazemos, eu como cliente. É diferente eu sentar num lugar e esperar por horas sem acontecer nada e eu chegar e já sou chamada pra fazer minha ficha e eu volto pro meu lugar, daí vinte minutos eu sou chamada para a próxima etapa, por mais que você espera o mesmo tempo total, as coisas acontecem e você tem alguma informação, isso diminui um pouco a ansiedade e a sensação de falta de atenção.

2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;

GF5 Ninguém me fala nada, essa é uma linha muito de expectativa do cliente né? E as vezes o que falta é assim: “ó eu tô aguardando um exame”. “o exame ficou pronto e ninguém me avisou”. E ele tá lá esperando. Se tivesse pelo menos algo informando as fases, seria um diferencial.

2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;

GF6 É verdade, o ofensor hoje do hospital x pelo menos nas redes sociais que eu gerencio. É a espera do PA, temos pontuações como 'ó eu estou aguardando durante muito tempo, mas eu não tive nenhuma informação”. mas a pergunta é, tô aguardando por quê? tá autorizando carteirinha? ou algo do tipo

2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;

GF7 O paciente sabe que vai demorar duas horas? Porque se eu sou informada que vai demorar duas horas, eu posso me programar para as coisas. O complicado nesses casos é que dependemos de um terceiro, a exemplo do laboratório que demora para entregar o exame, mas o paciente está na expectativa do hospital e não do terceiro.

2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;

GF8 Nessa questão de relacionamento pós, é uma das coisas que eu sou super a favor é das orientações e manter um contato pós alta, conseguiríamos trabalhar essa questão da prevenção.

2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente;

GF1 O hospital poderia disponibilizar um canal para que o paciente pudesse compartilhar informações e até compartilhar relatos mesmo.

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF2 Então, realmente precisa de uma fonte de informação, mas que fosse confiável no sentido de o médico que tá falando. Entendeu?

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF3
é verdade, até para achar o site onde eu vou buscar informações da saúde, eu uso o Google.

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF4
Sobre a educação, se a gente conseguisse reunir isso dentro dos hospitais seria muito mais fácil.

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF5
Relacionado a interação de pacientes do mesmo diagnóstico, tem gente que quer ouvir mais de uma opinião de quem passou por aquilo, isso faz se sentir mais confortável. Tem “n” tipos de situações, dependendo da forma como você recebeu a sua doença, você vai querer procurar mais informações sobre aquilo.

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF6
Sabe o que eu enxergo nesse ponto, acho que a informação ela existe tá aí no Google da vida, mas a educação não. Então concordo que o Google não é saúde, ele abrange tudo, então se você jogar alguma coisa lá ele vai te trazer informação, talvez se isso tivesse dentro dos hospitais com referências. Poxa, um médico bambam tá falando sobre essa doença seria muito bom, né.

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF6
Eu tinha, eu tinha pressão alta, ácido úrico, diabete, e aí eu decidi fazer a cirurgia, mas eu não sabia por onde começar. Aí eu fui conversar com algumas pessoas e falaram faz no instituto tal. Só que eu também não conhecia o instituto tal. Aí eu entrei no site e comecei a pesquisar, e lá falava muito sobre a cirurgia e tinha casos de sucessos e tudo mais, isso me trouxe muita segurança.

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF7
Essas campanhas de educação e discussão com os pacientes, impactam inclusive nos números dos hospitais, uma avaliação que a gente fez nessa campanha de parto humanizado, ele influenciou na quantidade de partos humanizados do município, o que é muito bom.

3- Educação:
Informação sobre
a doença ou
tratamento para o
cliente;

GF8
Existe muito conteúdo científico, o que que essas sociedades têm feito é direcionado um canal para o público leigo. Então quando você entra, logo lá no site, você é profissional de saúde? você é médico? eles te direcionam para um lugar, se você coloca não, sou paciente eles te direcionam para outra parte que é mais educativa e informativa, tá. Não são todas as sociedades,

mas eles estão caminhando para isso, porque as pessoas estão indo procurar informação e muitas vezes estão vindo com informação de má qualidade.

- 3- Educação:
Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente;
- 4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento;
- 4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento;
- 4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento;
- 4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento;
- 4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento;
- GF8 Interação de pacientes do mesmo diagnóstico. Isso é muito rico. Porque a troca de informação é muito grande. Aí acho que entra numa questão de acolhimento e humanização. As pessoas vão contar histórias que elas viveram. Imagina uma mãe acabando de receber o diagnóstico que seu filho é autista, ela entra em pânico. Para onde que eu vou? O que que eu faço? Eu dando esse canal, ela vai encontrar pessoas lá que tiveram o mesmo pânico, precisa de x, precisa disso, precisa daquilo.
As vezes os pacientes está cansado de comer aquela dietinha, tem médicos que ajudam a enfermagem, por um dia vamos deixar ele comer o que ele quer. Vamos deixar ele trazer um MC Donalds hoje. Se não for afetar o tratamento não tem problema, e isso faz toda a diferença para o paciente. São uma relação ganha, ganha.
- GF1 Acho que é um ponto questionável, para um diagnóstico nós temos trabalhos específicos, e muitas vezes o paciente diz: 'Eu não quero fazer a cirurgia de ponte de safena eu quero colocar stent porque stent é melhor do que ponte de safena' mas até onde isso é viável?
O paciente é protagonista do seu atendimento, eu acho que já não existe mais cliente reativo. O cara tá muito ativo, ele busca informação, ele não se contenta com qualquer profissional, ele quer cada vez mais entender o que está acontecendo, eu vejo que esse é o momento.
- GF2 Eu tive uma experiência muito legal em um procedimento que eu realizei, quando eu marquei um dia lá antes de qualquer coisa, antes da minha decisão, eles falaram: "você vai para uma palestra nossa, porque faz parte do nosso requisito você entender muito bem como você vai viver, o que você vai passar". Alguns pacientes e médicos que eu conversei na palestra foi esclarecedora, eles me envolveram de uma tal forma que eu me senti seguro para fazer o procedimento, e isso foi muito importante na minha decisão.
- GF3 Eu não gosto de tomar remédio, eu sou filha de farmacêutico, bioquímico, meu pai trabalhava em laboratório de, foi professor da USP de laboratório lá em Ribeirão Preto, então meu pai falava que tirando Novalgina o resto era droga. Igual cocaína, meu pai falava. Eu estava consultando a doutora e eu falei a
- GF6
- GF7

palavra mágica, não gosto de tomar remédio. Nossa! ela me falou tudo sobre fitoterápico, isso serve pra isso, isso pra isso. Nossa!!!! Eu saí muito feliz desse atendimento.

- 4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento;
- GF8 Eu vou usar um outro ponto né, de advogado do diabo, hoje ainda tem uma ferramenta entre o paciente e o médico. O médico tem que registrar tudo no prontuário, e isso também atrapalha para dar atenção e olhar direito para o paciente. O médico tem que atender a fila porque já tá apitando vermelho por conta do tempo. Essa cobrança do tempo e dos processos, atrapalha muito também.
- Essa é a parte que o convenio também não ajuda, por mais que falamos de atendimento humanizado, por
- 5- Assuntos financeiros;
- GF1 outro lado eu tenho o padrão que eu tenho que cumprir para o convenio. Porque se eu não fizer daquela forma o convenio não paga o hospital.
- Isso é verdade, por isso que eu falo que a gente é muito ruim de não passar para os nossos clientes as nossas dificuldades administrativas com os convênios, o
- 5- Assuntos financeiros;
- GF2 paciente operou, e por conta daquela cirurgia precisa usar algo que é necessário, o convênio não cobre, mas a gente não passa isso em nome do convenio, isso fica no nome do hospital.
- Porque as ferramentas elas acabam trabalhando de acordo com a necessidade do convenio, né? Não a
- 5- Assuntos financeiros;
- GF3 necessidade real do paciente. Não a necessidade do usuário final.
- Isso você pode ter o melhor atendimento do mundo, mas
- 5- Assuntos financeiros;
- GF4 se você não der as informações financeiras com antecedência, estraga todo o trabalho que foi feito e o cliente sai insatisfeito.
- Esse tema é realmente crítico, muitas vezes você sai
- 5- Assuntos financeiros;
- GF6 sem saber que tem uma conta em aberto, e daqui a pouco chega um boleto para pagar.
- Questão do plano com coparticipação: Eu não sei dizer se eu vou no PA do hospital x ou y, porque eu não sei qual é mais barato ou mais caro, Eu sei que o convenio
- 5- Assuntos financeiros;
- GF6 atende, mas se o meu plano é coparticipação, vai ser cobrado em cima do valor do hospital e eu só sei quando a conta chega.
- Assunto financeiro do lado do hospital é um problema, para o convenio você tem que bater metas, você tem que
- 5- Assuntos financeiros;
- GF7 seguir a forma deles? Como se fosse um banco que você tem que bater as metas, então o convenio tem muito esse viés.

- Que hoje uma coisa que a gente conseguiu até pra minimizar essas questões, tem um alerta. Quando o médico prescreve aparece um alerta de que aquele
- 5- Assuntos financeiros;
- GF8 procedimento, aquele produto ou aquele exame não é coberto. Mas esse é o problema que não é o médico que tem que abordar o paciente para falar que o procedimento ou medicamento não é coberto. Eu vou dar o exemplo da minha avó. A minha avó marcar uma consulta pelo site? E ela sabe que é melhor, e ela já pede pra gente: “eu não sei fazer, mas você pode fazer pra mim?” E ela não se importa. Então a gente faz.
- 6- Infraestrutura e tecnologia;
- GF1 Até porque o médico dela já disse: “Quanto menos a senhora vir pro hospital, menos infecção”. algumas pessoas não fazem questão de ter aquele relacionamento pessoal ali, o one to one, ele prefere ter a tecnologia na palma da mão e falar: Ah! Eu preciso de
- 6- Infraestrutura e tecnologia;
- GF2 um serviço, eu quero chamar aqui, e fazer por aqui no aplicativo e pronto. Eu acho que a tecnologia ela pode contribuir muito pra percepção da qualidade, em especial quando eu tenho etapas no atendimento, se eu não ter que repetir a
- 6- Infraestrutura e tecnologia;
- GF3 mesma informação pra mais de um médico, eu falo lá pra primeira médica, ou pra enfermeira, o que que eu tô sentindo, quando eu chegar na outra sala já tem que estar lá todas informações que eu já disse. É muito difícil né quando o sistema falha por algum
- 6- Infraestrutura e tecnologia;
- GF4 motivo, rede, cabo, aí você tem que parar tudo o que está fazendo e pegar um papel para começar a fazer na mão, perdemos bastante tempo. Me surpreenderia ainda mais se eu não precisasse falar
- 6- Infraestrutura e tecnologia;
- GF5 dos históricos anteriores, já que o prontuário é do paciente, por que quando eu chego eu não posso passar toda minha informação para a tela do médico? Eu gostaria de ter um aplicativo pro médico falar assim: “deixa eu ver quem é você”. Pô! Ah tá! Você tem
- 6- Infraestrutura e tecnologia;
- GF6 alergia, você tem problema na coluna, mês passado você passou aqui, fez um ultrassom. Quando você fala de infraestrutura isso me faz pensar num serviço de hotelaria. E aí quando eu penso em hotelaria, penso em uma criança que tá aqui internado a um tempo, ela tem uma brinquedoteca, ah, ok. Mas porque não disponibilizar pra ela recursos que ela possa passar melhor o seu tempo. Uma parte que tenha jogos, ah ela possa chamar do quarto dela tô a fim de jogar um jogo diferente, vem um vídeo game pra ela no quarto.
- 6- Infraestrutura e tecnologia;
- GF7 Para uma mulher que tá aqui há muito tempo, ah! quero fazer a minha unha, eu preciso de uma escova no meu cabelo. Isso mexe com a autoestima e ajuda no tratamento.

6- Infraestrutura e tecnologia;

GF8 A gente tem uma classe idosa muito grande que mal sabem né? Então as expectativas deles já começam de forma diferente, o público mais jovem mais atualizado nesse sentido, ele quer um atendimento mais moderno, mais tecnológico. O paciente mais velho às vezes ele não quer isso, ele vai para o lado da atenção, da humanização.

APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DO ARTEFATO



DEFINIÇÃO DE REQUISITOS DE UM PROJETO DE CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT NA ÁREA HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM ARTEFATO

- O objetivo geral deste projeto de dissertação é **propor um artefato** contendo os requisitos para a criação de um **projeto de CRM na área hospitalar**, que representa as expectativas dos pacientes, com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais
- Quais são os requisitos de um projeto de CRM na área hospitalar que contemplam as expectativas dos pacientes com foco na melhoria do relacionamento destes com os hospitais?

Aprofundamento teórico



Lista de requisitos de uma revisão sistemática da literatura

Descrição do requisito

- 1- Avaliação do atendimento e dos funcionários;
- 2- Canal de comunicação entre médico, equipe assistencial e paciente;
- 3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente;
- 4- Informações sobre o prontuário do paciente de forma menos técnicas;
- 5- Interação entre pacientes do mesmo diagnóstico;
- 6- Participação ativa do paciente na definição do seu tratamento;
- 7- Portal de serviços *on-line*: fidelização do paciente.

Entrevistado	Genero	Idade	Tipo	Período
E1	Feminino	62 anos	Internação	Internado
E2	Masculino	35 anos	Internação	4 dias
E3	Feminino	38 anos	Internação	2 dias
E4	Masculino	58 anos	Internação	Internado
E5	Masculino	34 anos	Pronto atendimento	1 dia
E6	Masculino	39 anos	Internação	3 dias
E7	Masculino	42 anos	Internação	Internado
E8	Masculino	27 anos	Internação	4 dias
E9	Feminino	30 anos	Internação	2 dias
E10	Masculino	40 anos	Internação	5 dias
E11	Masculino	35 anos	Internação	3 dias
E12	Feminino	63 anos	Internação	Internado
E13	Masculino	37 anos	Internação	2 dias
E14	Feminino	55 anos	Internação	Internado
E15	Feminino	28 anos	Internação	2 dias
E16	Feminino	35 anos	Internação	1 dia
E17	Feminino	52 anos	Internação	Internado
E18	Feminino	63 anos	Internação	Internado

Aprofundamento teórico



Lista de requisitos base do SAC - ACSC

Descrição do Requisito	Quantidade
Avaliação e percepção do serviço prestado	724
Comunicação durante o atendimento	650
Organização do atendimento / preparação profissional	542
Assuntos financeiros	108
Equipamento e tecnologia	17
Total	2041

Artefato contendo os Requisitos do projeto de CRM Hospitalar

Descrição do requisito	Citações RSL	Qtd SAC
1- Avaliação e percepção do serviço prestado;	5	1266
2- Canal de comunicação durante e pós atendimento;	10	650
3- Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente;	7	
4- Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento;	13	
5- Assuntos financeiros;		108
6- infraestrutura e tecnologia;	10	17
Total	45	2041

Requisito: Avaliação e percepção do serviço prestado

- O requisito de **Avaliação e percepção do serviço prestado** gira em torno da imagem que o hospital passa sobre organização e qualidade do atendimento para o paciente, os pontos abordados nesse requisito são:

1- **Avaliação dos profissionais clínicos, assistenciais e administrativos** e que está totalmente ligado a questão de **procurar um hospital com base na referência ou score de atendimento ofertado.**

2- **Capacitação profissional dos colaboradores** que estão atendendo o paciente

3- **Comunicação interna** entre os envolvidos no fluxo de atendimento do paciente

4- **Atendimento humanizado / paciente como cliente**

5- **Serviços para o acompanhantes** dos pacientes

Requisito: Canal de comunicação durante e pós atendimento

- O requisito de **Comunicação durante e pós atendimento** trata a comunicação direta entre o paciente, hospital e seu profissionais. Envolve **informações sobre o atendimento e tratamento do paciente, processos administrativos e um canal de relacionamento após o período de atendimento no hospital.**

Requisito: Educação: Informação sobre a doença ou tratamento para o cliente

- O requisito de **Educação e informação sobre a doença ou tratamento** para o cliente trata especificamente sobre o fornecimento de **informações sobre saúde** partindo de uma **fonte confiável** para os pacientes e não pacientes do hospital.

- 1- Disponibilização de um portal do conhecimento sobre saúde
- 2- Disponibilização de um fórum para a interação de pacientes com o mesmo diagnóstico

Requisito: Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento

- O requisito **Participação ativa do paciente no seu diagnóstico e tratamento** foi um dos **mais apontados** na literatura e durante as entrevistas também foi citado diversas vezes. Este requisito retrata a forma como o **paciente quer ser envolvido e ouvido durante o seu diagnóstico e tratamento.**

Requisito: Assuntos financeiros

- O requisito **Assuntos financeiros** foi pouco apontado na literatura e nas entrevistas, porém durante a análise da **base de dados do SAC** tiveram diversas solicitações que envolviam esse tema.
- Este requisito retrata as **cobranças financeiras** realizadas pelos hospitais, onde envolve **cobranças indevidas**, inclusão de **serviços em formato de pacote**, **valor elevado** cobrado por procedimento não cobertos pelos convênios, entre outros.

Requisito: Infraestrutura e tecnologia

- O requisito **Infraestrutura e tecnologia** refere-se ao uso de **ferramentas tecnológicas** para a **prestação de serviços de forma mais prática**, e também a **disponibilização de melhores equipamentos** dentro das instalações dos hospitais.