

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

JEANE CORREIA DE LIMA

**A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE UM SERVIÇO DE SAÚDE SOBRE A
EXPERIÊNCIA DO PACIENTE**

**SÃO PAULO
2020**

JEANE CORREIA DE LIMA

**A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE UM SERVIÇO DE SAÚDE SOBRE A
EXPERIÊNCIA DO PACIENTE**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Francisca de Paula Monken

SÃO PAULO

2020

JEANE CORREIA DE LIMA

**A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE UM SERVIÇO DE SAÚDE SOBRE A
EXPERIÊNCIA DO PACIENTE**

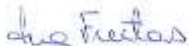
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.



Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – FGV- EAESP



Profa. Dra. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Teresinha Covas Lisboa - Florida Christian University - FCU - (Suplente)

Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 24 de novembro de 2020

Lima, Jeane Correia de.

A percepção dos gestores de um serviço de saúde sobre a experiência do paciente. / Jeane Correia de Lima. 2020.

113 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Sonia Francisca de Paula Monken.

1. Gestão em saúde. 2. Experiência do paciente. 3. Qualidade percebida. 4. Cultura organizacional.

I. Monken, Sonia Francisca de Paula. II. Título.

CDU 658:616

Salmos 18

- 31. Pois, quem é Deus senão o Senhor? e quem é rochedo senão o nosso Deus?*
- 32. Ele é o Deus que me cinge de força e torna perfeito o meu caminho;*
- 33. faz os meus pés como os das corças, e me coloca em segurança nos meus lugares altos.*
- 34. Adestra as minhas mãos para a peleja, de sorte que os meus braços vergam um arco de bronze.*
- 35. Também me deste o escudo da tua salvação; a tua mão direita me sustém, e a tua clemência me engrandece.*
- 36. Alargas o caminho diante de mim, e os meus pés não resvalam.*
- 49. Pelo que, ó Senhor, te louvarei entre as nações, e entoarei louvores ao teu nome.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus primeiramente, é o que escolhe, chama, capacita, envia e dá condições para realização dos trabalhos.

À minha família, em especial aos meus pais, André Oliveira de Lima e Elizete Correia de Almeida, que amo, e são o meu tesouro nessa Terra, os quais me deram força desde o princípio e até o presente momento.

À minha amiga, Dra. Janaína Moreno Garcia, que me incentivou desde o princípio.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken, que me privilegiou com sua orientação e disponibilidade.

À coordenadora deste Mestrado Profissional, Profa. Dra. Márcia Novaretti, pelo incentivo e dedicação

À UNINOVE, pela oportunidade de realizar este curso, dando-me a honra de pertencer à esta Universidade, e aos meus Professores, por todo o conhecimento que transmitiram.

A todos os meus colegas de turma que tenho muito carinho, e me fizeram crescer em conhecimento com suas distinções e multiformes conhecimentos profissionais.

À querida Queli Sena Nascimento, secretária do Mestrado em Gestão em Sistemas de Saúde, que me acompanhou por toda essa caminhada.

Ao Hospital São Luiz Anália Franco, na pessoa do Dr. Flávio Akira, que me oportunizou realizar o trabalho na Instituição.

RESUMO

Introdução: O tema experiência do paciente ganhou relevância no setor da Saúde quando foi adequado a ele. Existe forte associação entre os índices de satisfação em serviços e a experiência do paciente. No entanto, até que ponto a experiência do paciente explica a satisfação com o sistema de saúde ainda é incerta. Sabe-se que grande parte da satisfação com o sistema de saúde é um reflexo da experiência do paciente. Neste sentido, conhecer a percepção dos gestores de uma Organização de saúde sobre a experiência do paciente, possibilitará a formulação de estratégias visando a melhoria da experiência, que por sua vez poderá resultar em aumento da satisfação e manutenção da lealdade do cliente à Instituição. **Objetivos:** Conhecer a percepção dos gestores de uma instituição de saúde sobre a experiência do paciente. Com base nessa percepção, desenvolver estratégias que visem trazer melhorias nessa experiência. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando-se da abordagem do *Design Science Resource*, desenvolvido no Hospital São Luiz Anália Franco, da Rede D'Or no município de São Paulo - SP. Foi utilizado um instrumento elaborado a partir de uma revisão teórica, e dimensionado pela escala *Likert*. Para as entrevistas, foram selecionados junto à Diretoria da Instituição os 15 gestores que atenderam aos critérios de inclusão (possuir, no mínimo cargo de supervisor, com tempo na função acima de 6 meses, ter atuado de forma assistencial ou administrativa, e ter tido contato com pacientes e familiares). Também foram avaliadas a Pesquisa de Experiência do Paciente HCAHPS (Nota Geral) e o resultado da Pesquisa de Satisfação – *Net Promoter Score* no período de 12 meses. **Resultados:** Foi possível verificar e compreender que o entendimento dos gestores nos Serviços de saúde tem forte relação com os resultados na satisfação e lealdade do paciente à Instituição, e logo, à sua experiência. Ainda, que esta experiência resulta de toda a jornada que o paciente passou no serviço de saúde, com as interações, que são moldadas pela cultura da Instituição, que está, por sua vez, formada e propagada pelos gestores por meio da formulação dos protocolos, documentos, rotinas e práticas coordenadas, que serão utilizadas pelos colaboradores em todos os pontos de contato. Os resultados conduzem à lealdade, com divulgação e promoção do cliente ao Serviço e, conseqüentemente, tornando-se um diferencial na competitividade, levando ao lucro monetário. Por fim foram elaboradas etapas para a criação de um ambiente favorável à implementação de ações na construção do artefato “Escritório de Experiência do Paciente” em organizações similares à Rede D'Or. **Considerações Finais:** Este estudo poderá contribuir com as Organizações de saúde no sentido de permitir que estas mensurem o grau de compreensão e engajamento dos gestores na construção da experiência do paciente.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Experiência do Paciente; Qualidade Percebida; Cultura Organizacional.

ABSTRACT

Introduction: The theme patient experience gained relevance in the health sector when it was appropriate for him. Imported from the areas of behavioral knowledge, it has strengthened nowadays in the face of market demands, mobilizing health institutions to get involved in the issue, and considering clinical practices as an important quality indicator, aiming at safe, measured and improved planning in the journey of the patient. There is a strong association between service satisfaction rates and the patient's experience. However, the extent to which the patient's experience explains satisfaction with the health system is still uncertain. It is known that much of the satisfaction with the health system is a reflection of the patient's experience. In this sense, knowing the perception of the managers of a Health Organization about the patient's experience, will enable the formulation of strategies aimed at improving the experience, which in turn may result in increased satisfaction and maintenance of customer loyalty to the Institution. **Objectives:** To know the perception of the managers of a health institution about the patient's experience. Based on this perception, develop strategies to improve this experience. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach, using the Design Science Resource approach, developed at Hospital São Luiz Anália Franco, from Rede D'Or in the city of São Paulo - SP. An instrument elaborated from a theoretical review was used, and dimensioned by the Likert scale. For the interviews, the 15 managers who met the inclusion criteria were selected from the Institution's Board of Directors (having, at least, a position of supervisor, with time in the function above 6 months, having worked in an assistential or administrative way, having had contact with patients and relatives), the HCAHPS Patient Experience Survey (General Score) and the result of the Satisfaction Survey - Net Promoter Score in the 12-month period were also evaluated. **Results:** It was possible to verify and understand that the managers' understanding in the Health Services has a strong relationship with the results in the patient's satisfaction and loyalty to the Institution, and therefore, to their experience. Still, that this experience results from the whole journey that the patient spent in the health service, with the interactions, which are shaped by the culture of the Institution, which, in turn, is formed and propagated by the managers through the formulation of the protocols, documents, routines and coordinated practices, which will be used by employees at all points of contact. The results lead to loyalty, with the dissemination and promotion of the customer to the Service and, consequently, becoming a differential in competitiveness, leading to monetary profit. Finally, steps were taken to create a favorable environment for the implementation of actions in the construction of the "Patient Experience Office" artifact in organizations similar to the D'Or Network. **Final Considerations:** This study may contribute to Health Organizations in order to allow them to measure the degree of understanding and engagement of managers in the construction of the patient's experience.

Keywords: Health Management. Patient Experience. Perceived Quality. Organizational culture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Conexões da experiência do paciente.....	19
Figura 2 -	Oportunidades Ofertadas nos Encontros.....	20
Figura 3 -	Modelo de cálculo do NPS.....	27
Figura 4 -	Modelo da Experiência do Paciente.....	28
Figura 5 -	Os oito princípios do cuidado centrado no paciente.....	32
Figura 6 -	Pirâmide de Maslow.....	37
Figura 7 -	Definição de satisfação.....	39
Figura 8 -	Fatores associados à satisfação do cliente.....	40
Figura 9 -	Perspectiva da importância do valor da experiência e da atenção centrada no paciente.....	43
Figura 10 -	<i>Triple Aim</i>	47
Figura 11 -	Ecossistema de Experiência - Melhorando a Experiência do paciente.....	49
Figura 12 -	Etapas do Programa acelerador de John Kotter.....	50
Figura 13 -	Eixos da Experiência do Paciente.....	51
Figura 14 -	Esboço resumido da proposta do método <i>Design Science</i>	56
Figura 15 -	Relação entre as questões da entrevista e os construtos da pesquisa.....	63
Figura 16 -	Resultado das interações entre colaboradores e usuários, influenciados pela cultura de uma organização.....	71
Figura 17 -	Experiência do paciente.....	72
Figura 18 -	Experiência do paciente e associação com o lucro da Organização.....	72
Figura 19 -	Experiência do paciente e metas de sustentação.....	73
Figura 20 -	Experiência do paciente e percepção da cultura organizacional.....	73
Figura 21 -	Experiência do paciente sobre a individualidade do paciente.....	74
Figura 22 -	Experiência do paciente e julgamentos de acordo com sua individualidade.....	74
Figura 23 -	Experiência do paciente e visão integrada da experiência é apoiada no envolvimento de pacientes e familiares.....	75
Figura 24 -	Experiência do paciente e política de meritocracia.....	75
Figura 25 -	Experiência do paciente e participação da família.....	76
Figura 26 -	Experiência do paciente, e envolvimento do colaborador.....	76
Figura 27 -	Experiência do paciente, qualidade da assistência, com diligência, consistência e continuidade.....	77

Figura 28 -	Experiência do paciente e mudanças na cultura organizacional.....	77
Figura 29 -	Experiência do paciente como resultados da cultura organizacional.....	78
Figura 30 -	Experiência do paciente e desenvolvimento de escores de comparação entre os serviços de saúde.....	78
Figura 31 -	Experiência do paciente e diferenças de expectativas individuais na atenção centrada no paciente.....	79
Figura 32 -	Experiência do paciente, alto impacto no fluxo da atenção assistencial, maior custo e dificuldade na gestão dos processos.....	79
Figura 33 -	Experiência do paciente e difusão pelos gestores operacionais, sem que seja um pilar estratégico da organização.....	80
Figura 34 -	Experiência do paciente, sistemas de mensuração de satisfação do paciente, e não reflexão sobre a experiência do paciente na organização....	81
Figura 35 -	Resultados da Pesquisa HCAHPS.....	81
Figura 36 -	Respostas ao Instrumento NPS.....	82
Figura 37 -	Índice de fidelização com base nos Instrumento NPS.....	83
Figura 38 -	Elementos da Experiência dos Pacientes e resultado da pesquisa de Conhecimento dos Gestores sobre a Experiência do paciente.....	89
Figura 39 -	Etapas para a criação de um Escritório de Experiência do Paciente.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Polos Teóricos apresentados no Capítulo 2, e utilizados para confecção do instrumento de pesquisa.....	18
Quadro 2 -	Questões presentes no questionário HCAHPS.....	24
Quadro 3 -	Recomendações com base nos resultados do NPS.....	28
Quadro 4 -	Comparação entre os métodos de pesquisa-ação, estudo de caso e <i>Design Science</i>	55
Quadro 5 -	Perfil dos gestores.....	60
Quadro 6 -	Jornada do Paciente.....	61
Quadro 7 -	Domínios Questionário HCAHPS e Áreas de Gestão atuantes.....	70
Quadro 8 -	Índice de fidelização com base nos Instrumentos NPS.....	83

LISTA DE ABREVIACOES

HCAHPS - *Patient's Perspectives of Care Survey.*

CMS - *Centers for Medicare & Medicaid Service.*

NPS - *Net Promoter Score.*

ABAHP - *Associação Nacional de Hospitais Privados.*

IOM - *Institute of Medicine.*

IHI - *Institute for Healthcare Improvement.*

EUA - *Estados Unidos da América.*

HIAE - *Hospital Israelita Albert Einstein.*

HSLAF - *Hospital São Luiz Anália Franco.*

CLT - *Consolidação das Leis do Trabalho.*

RM - *Ranking Médio.*

MP - *Média Ponderada.*

va - *valor atribuído a cada resposta.*

NE - *número de entrevistados.*

fo - *frequência observada.*

UTI - *Unidade de Terapia Intensiva.*

SAC - *Serviço de Atendimento ao Consumidor.*

PA - *Pronto Atendimento.*

SADT - *Serviço de Apoio  Diagnose e Terapia*

NEP - *Núcleo de Experiência do Paciente.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	15
1.2	QUESTÃO DE PESQUISA.....	16
1.3	OBJETIVOS.....	16
1.3.1	Geral.....	16
1.3.2	Específicos.....	16
1.4	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	16
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	EXPERIÊNCIA DO PACIENTE.....	19
2.1.2	Mensuração da Experiência do Paciente.....	22
2.1.2.1	Estratégia de mensuração das perspectivas de atendimento do paciente.....	23
2.1.3	A mensuração da satisfação e lealdade pelo <i>Net Promoter Score</i> (NPS).....	26
2.1.4	O cuidado centrado no paciente.....	29
2.1.5	Envolvimento do paciente no seu cuidado.....	33
2.1.6	A experiência do colaborador.....	33
2.2	QUALIDADE PERCEBIDA.....	38
2.3	CULTURA ORGANIZACIONAL.....	44
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	53
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	53
3.1.1	Classificação da Pesquisa: <i>Design Science</i>	53
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	56
3.2.1	Certificações de Qualidade.....	57
3.3	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	58
3.3.1	Seleção da amostra.....	59
3.3.2	Apresentação dos respondentes e suas atribuições no HSLAF.....	66
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	68
3.4.1	Questionário HCAHPS.....	68
3.4.2	NPS.....	68
3.4.3	Questionário elaborado pela autora.....	68

4	RESULTADOS DA PESQUISA.....	70
4.1	AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS GESTORES.....	70
4.1.1	Resposta dos gestores ao instrumento de coleta.....	70
4.1.2	Análise das respostas a cada uma das 15 questões positivas.....	71
4.1.3	Análise das respostas a cada uma das 4 questões negativas.....	78
4.2	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES RELACIONADAS AOS PACIENTES.....	81
4.2.1	Instrumento HCAPS.....	81
4.2.2	Instrumento NPS.....	81
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	84
5.1	RESPOSTAS DAS QUESTÕES DO INSTRUMENTO DE PESQUISA AOS GESTORES.....	84
5.2	RESPOSTAS ÀS PESQUISA HCAHPS E NPS.....	88
6	CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA.....	92
6.1	ETAPAS NECESSÁRIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM ESCRITÓRIO DE EXPERIENCIA DO PACIENTE.....	94
6.2	SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	96
	ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA.....	105
	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	107
	ANEXO 3 – CARTA DE ANUÊNCIA.....	109
	ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	110

1 INTRODUÇÃO

O mercado de serviços de saúde global está se tornando cada vez mais competitivo à medida em que pacientes e familiares se tornam engajados na assistência e na observância dos seus direitos. O impacto causado pela *internet*, fontes de pesquisa, conhecimento e interação em redes, os faz enxergar sob um novo prisma o seu atendimento em todo o contexto, desde a procura dos serviços, assim como durante e após o tratamento. A cultura da Organização é vital para alcançar bons resultados de experiência para o paciente, e os esforços de toda a equipe em perseguir estes resultados trazem um novo significado e reconhecimento como base da construção dessa experiência (Wolf et al., 2014).

A qualidade do serviço de saúde é a essência do desenvolvimento hospitalar, e um fator-chave que influencia a lealdade do paciente. Tradicionalmente, da perspectiva de um fornecedor de serviços de saúde, as habilidades de serviço profissional e a tecnologia avançada eram consideradas elementos fundamentais para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. No entanto, da perspectiva de um usuário da área de saúde, um fator importante e óbvio que influencia a escolha do hospital pelos pacientes é sua experiência ou pensamentos ao receber serviços médicos, incluindo a oportunidade de expressar qualquer preocupação, ansiedade, medo ou dor que eles possam experimentar. Os pacientes são os receptores dos serviços de saúde, e suas experiências são um dos indicadores mais comuns utilizados para avaliar a qualidade desses serviços. Como um componente integral da qualidade da assistência médica, a experiência do paciente inclui vários aspectos da prestação de assistência, por exemplo, consultas oportunas, fácil acesso às informações e boa comunicação com os profissionais de saúde (AHRQ, 2017; Min et al., 2019).

Quando se trata de gestão de serviços de saúde, é imperativa a qualidade nos resultados assistenciais. Espera-se que o paciente tenha sua segurança garantida, produzindo também resultados financeiros para a continuidade dos serviços (Caporossi et al., 2018). Nesse sentido, a experiência do paciente surgiu como a busca pela excelência da qualidade dos serviços de assistência médica prestada (Kleiss, 2016).

Para se fazer uma gestão de experiência do paciente e obter resultados de qualidade, é necessário o entendimento da liderança e engajamento da equipe sobre o cuidado centrado no paciente, levando em conta toda a sua jornada, e identificando os pontos importantes que irão fortalecer ou enfraquecer essa experiência. Saber sobre a opinião dos gestores em relação à experiência do paciente e sua abrangência é determinante na reflexão de como a atenção centrada no cliente dos serviços de saúde está progredindo. Deve-se ter em vista que a

experiência está condicionada à assistência de qualidade, levando ao crescimento da lealdade junto ao lucro monetário aos serviços de saúde (Cummings, 2017).

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Há uma crescente importância no conceito de experiência do paciente, bem como interesse sustentado em comparar a satisfação das pessoas com o sistema de saúde em diferentes países e períodos, o que mostra a necessidade de caracterizar a relação entre eles. Há consistente relação entre os índices de satisfação global e a experiência do paciente, mas não se sabe ainda até que ponto a experiência do paciente explica a satisfação com o sistema de saúde. Porém, verifica-se que grande parte da variação na satisfação do sistema de saúde (após o ajuste de fatores comumente utilizados para medir o conceito, como os demográficos, de saúde e institucionais), é um reflexo da experiência do paciente. Estes fatores, além da experiência do paciente em si, podem explicar a variação na satisfação com o sistema de saúde (Bleich et al., 2009).

Entrevistas realizadas com gerentes de serviços clínicos e não-clínicos identificaram barreiras e fatores que influenciam na experiência do paciente. Os fatores que os gerentes mais mencionaram como restritivos foram a diminuição de pessoal e os níveis reduzidos de experiência da equipe, além de altas cargas de trabalho e pressões para cumprimento de metas. Por outro lado, os dois fatores mais mencionados como capacitadores para melhora da experiência foram o foco da liderança e a satisfação da equipe. Sugere-se então que esses fatores, em particular, apresentam um impacto importante na restrição ou viabilização da entrega de um melhor serviço. Sabe-se ainda que a liderança, a satisfação e as relações positivas com a equipe, além de estruturas e processos formais, são capazes de melhorar a experiência vivenciada em ambiente de saúde (Lloyd et al., 2018).

As Instituições de saúde que não compreendem, ou mesmo que não se preocupam com a satisfação do cliente, estão fadadas à falência. O sucesso da Organização em manter a lealdade do cliente de saúde é influenciado por muitos fatores, entre eles a confiança e a satisfação (Mitchell et al., 2017). Neste sentido, conhecer a percepção dos gestores de uma Organização de saúde sobre a experiência do paciente fornecerá informações que poderão ser utilizadas para formulação de estratégias visando a melhoria da própria experiência, que por sua vez poderá resultar em aumento da satisfação e manutenção da lealdade à Instituição.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Diante do exposto, a pergunta que norteou o desenvolvimento da presente Dissertação foi a seguinte: Como a percepção dos gestores de uma Instituição de saúde sobre a experiência do paciente pode influenciar na satisfação e na lealdade do cliente à Organização?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Conhecer o nível de entendimento dos gestores de uma Instituição de saúde sobre a experiência do paciente, utilizando este conhecimento para criar estratégias que permitam influenciar positivamente a lealdade e a satisfação do cliente.

1.3.2 Objetivos Específicos

-) Mensurar as dimensões de conhecimento dos gestores sobre a experiência do paciente;
-) Com base na percepção dos gestores de uma Instituição de saúde, criar estratégias que possibilitem melhorar a experiência do paciente;
-) Avaliar as Pesquisas de Satisfação e Experiência do Paciente;
-) Avaliar as relações da equipe de gestores e os pontos de contato com os pacientes; e
-) Por fim, propor um artefato que contribua com a experiência do paciente.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO TEMA

A experiência do paciente é o resultado de todas as interações nos pontos de contato do paciente com as instituições de saúde. A assistência de qualidade como um todo, na jornada do paciente, está condicionada ao conhecimento e engajamento da liderança, neste caso, dos gestores de saúde, sobre os conceitos de experiência do paciente, de abrangência do atendimento centrado, e de satisfação do cliente. O resultado na lealdade do cliente para com o serviço virá como consequência, impactando na qualidade financeira da instituição (Merlino, 2016). Sendo assim, espera-se que este estudo contribua com as Organizações de saúde no sentido de permitir que estas mensurem o grau de compreensão, aplicabilidade e engajamento dos gestores na construção da experiência do paciente. Acredita-se que estas informações poderão ser utilizadas para melhorar a satisfação do cliente e, assim, manter a sua lealdade.

As empresas de saúde têm sido relativamente bem-sucedidas em atrair e reter clientes (Lestari et al., 2019; Ng & Luk, 2019). No entanto, com a ascensão meteórica do consumismo em saúde nos últimos anos, a maioria das pessoas tem um número sem precedentes de opções de prestadores de serviços e de atendimento. Nesse sentido, manter a lealdade no setor de saúde é quase impossível sem a compreensão correta dos desejos, necessidades e expectativas de seus usuários (George & Sahadevan, 2019). Dessa forma, sistematizar estas ações para a institucionalização do conceito de experiência do paciente, possibilitaria sua disseminação como sendo a missão da Organização entre os colaboradores.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

A presente Dissertação está dividida inicialmente em três polos. Este primeiro polo, definido como Polo Epistemológico, apresentou a Introdução ao tema, buscou apresentar o problema e a pergunta de pesquisa, além de seus objetivos e da justificativa para estudo do tema.

A seguir, é apresentado o Polo Teórico, que discute os três pilares de sustentação do presente trabalho, sendo eles a Experiência do Paciente, a Qualidade Percebida, e a Cultura Organizacional.

Em sequência, apresenta-se o Polo Metodológico, que descreve pormenorizadamente o método e as técnicas de pesquisa, incluindo o instrumento utilizado na coleta de dados. Após esta etapa, são apresentados os resultados observados, que por sua vez são discutidos na seção a seguir com base na literatura pesquisada.

Por fim, são apresentadas as considerações finais e listadas as contribuições práticas deste trabalho, além de suas limitações e propostas para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção discorre sobre os três pilares que sustentam a presente pesquisa, sendo eles:

1 – Experiência do Paciente; 2 – Qualidade Percebida; e 3 - Cultura Organizacional.

Os principais trabalhos selecionados, bem como sua relação com cada um dos constructos utilizados e com os polos teóricos desta dissertação, são apresentados no Quadro 1.

CONSTRUTOS	AUTOR	ANO	ABORDAGEM ENCONTRADA
1. EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	Bisognano e Kenney	(2015)	Participação da família nas visitas médicas e no cuidado dos entes queridos; A busca de um cuidado perfeito.
	Wolf et al.	(2014)	Atenção à família Cuidado centrado no paciente; Conhecer a história do paciente; Conhecer o que é importante para o paciente.
	Merlino	(2016)	Geração de Valor, a partir da experiência do paciente; Melhorar a experiência do paciente.
2. CULTURA ORGANIZACIONAL	Bisognano & Kennney	(2015)	Experiência do funcionário; Olhar o funcionário com o viés da humanização; Ambiente propício ao equilíbrio emocional ao funcionário; Interferência do gestor para melhorar a experiência do funcionário; Papel do gestor na mudança da cultura organizacional; Sustentabilidade das instituições.
	Merlino	(2016)	Importância da comunicação profissionais de saúde com o paciente; Oportunidades de melhoria; Continuidade da assistência.
	Zao & Chamberlain	(2019)	Satisfação do funcionário e relação com investimento na experiência do funcionário; Engajamento do funcionário.
3. QUALIDADE PERCEBIDA	Frankel et al.	(2017)	Importância do ambiente que permita às pessoas se expressarem e questionarem ações e decisões no processo de internação.
	Merlino	(2016)	Como os pacientes fazem julgamentos e avaliações.
	Zao & Chamberlain	(2019)	Foco no Cliente; Foco no funcionário

Quadro 1 - Polos Teóricos apresentados no Capítulo 2, e utilizados para confecção do instrumento de pesquisa.
Fonte: Elaborado pela autora.

2.1 EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

O tema experiência do paciente tem estado em evidência desde 2011, e vem se fortalecendo ao longo dos anos, mobilizando as instituições de saúde a se envolverem na questão, além das práticas clínicas como importante indicador de qualidade, visando planejamento seguro, medido e melhorado na jornada do paciente (Collier et al., 2015).

O entendimento sobre a experiência do paciente norteia, fundamentalmente, o cuidado centrado no paciente. Dentre os elementos deste conceito, pode ser citado o respeito pelas preferências e pelas necessidades individuais de cada usuário, incluindo o atendimento com eficácia e segurança, componentes essenciais da qualidade em saúde (AHRQ, 2017; Perocchia et al., 2011). Para Bisognaro & Kenney (2015), deve-se trabalhar a chamada “tripla meta”, que inclui a experiência com o cuidado, a redução do custo *per capita*, e a saúde populacional. Pinto (2014), reforça que a tripla meta vem sendo utilizada como diretriz para todos os sistemas de saúde.

Alvarenga e Baia (2017) relatam que, de maneira geral, os pacientes não eram envolvidos nas decisões de seu tratamento e cuidados, nem recebiam informações sobre a sua terapêutica, e isso era como estar em sentido contrário à parceria com a equipe multiprofissional. A experiência do paciente surgiu como a busca da excelência dos serviços de assistência médica prestada, salientando que vários conceitos independentes são utilizados para verificar essa experiência.

Segundo Wolf et al. (2014), a experiência do paciente conecta os eventos, os acontecimentos e os resultados clínicos para a melhora, além da continuidade do atendimento e as expectativas positivas conferidas pelo paciente. Estes conceitos são apresentados de forma ilustrativa na Figura 1.



Figura 1 - Conexões da experiência do paciente.
Fonte: Adaptado de Wolf et al. (2014).

A Figura 1, que demonstra as conexões da experiência do paciente, deixa clara a complexidade que o contexto de uma Instituição de saúde, durante o atendimento, exerce sobre o usuário. Este, por sua vez, tem poder de impacto, visto possuir contatos com outras pessoas durante sua permanência em internação, influenciando nos tempos, processos e fluxos de serviço. Isso pode oferecer experiências de grande intensidade, boas ou ruins, interferindo nos resultados da percepção, que são filtrados pelas expectativas positivas que o paciente tem. Por sua vez, estas podem ser modificadas pelos eventos e acontecimentos que permeiam o contínuo do atendimento durante o tempo de internação, levando a melhores resultados clínicos.

De acordo com Pinto (2014), um dos fatores importantes na satisfação dos pacientes é quando estes percebem a empatia dos profissionais de saúde, gerando uma experiência positiva mesmo diante de tratamentos que causam sofrimento, dando suporte nas situações desgastantes que estes podem vivenciar na jornada de hospitalização. A seguir, são discutidos alguns pontos de contato que geram a construção e a entrega da experiência do paciente.

As interações dos clientes na Organização são chamadas de encontros de serviços, e oferecem, a cada momento, uma interação e sensação a ser percebida, que por sua vez são importantes e determinantes na definição da satisfação e da lealdade à empresa. Os encontros são de grande importância na construção das percepções dos clientes (Zeithaml et al., 2014).

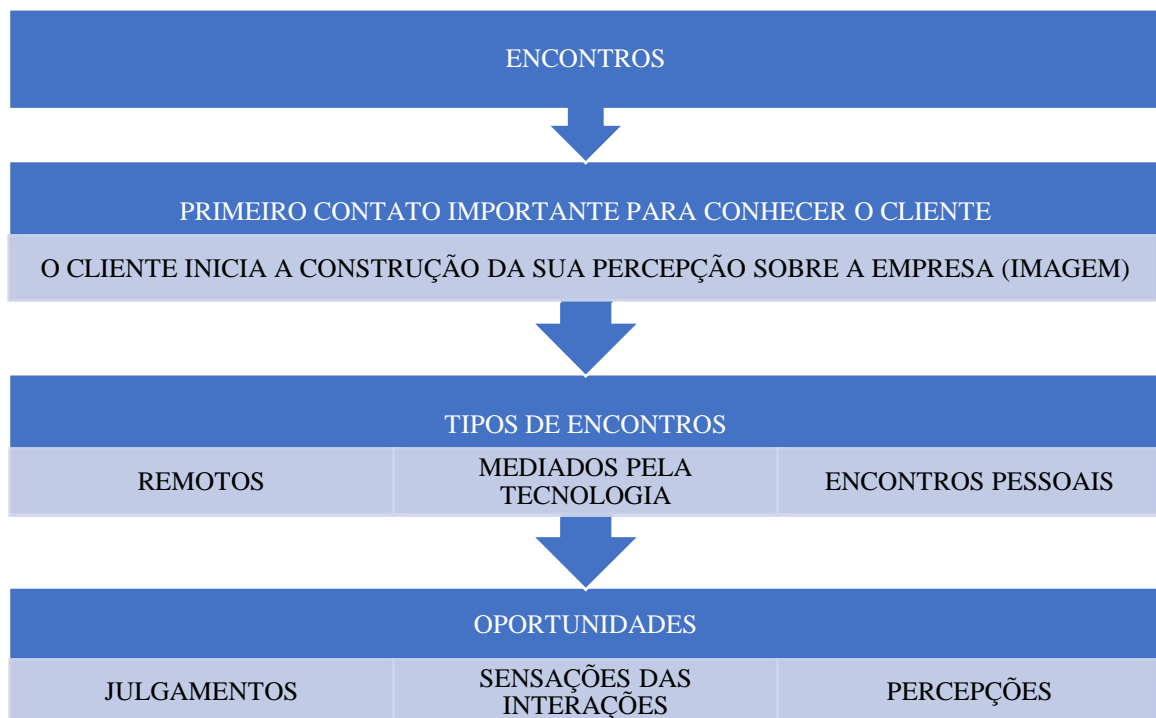


Figura 2 – Oportunidades Ofertadas nos Encontros.
Fonte: Elaborado pela autora.

Existem vários tipos de encontros, conforme demonstrado na Figura 2. Esses encontros podem ser remotos, onde não há contato presencial direto com pessoas, como por exemplo, em no ambiente virtual de um banco, no caixa eletrônico, em *sites* da *internet*, assim como em serviços de entrega via correio e *e-mail*. Apesar de não haver contato direto, existem oportunidades de apresentar processos e sistemas facilitadores, que por sua vez podem conduzir o cliente a julgar o serviço como sendo de boa qualidade (Zeithaml et al., 2014).

Os encontros mediados pela tecnologia, em tempo real, também são avaliados pelos clientes. Mensagens de texto enviadas por plataformas mediadas por tecnologia, além de contatos telefônicos, também são julgados por meio de critérios como o tom de voz, o conhecimento do funcionário sobre o assunto estabelecido, dentre outros. Nesses encontros, também são observadas a eficiência e a eficácia como pontos significativos na avaliação da qualidade (Zeithaml et al., 2014).

Já os encontros pessoais, com contato direto entre pessoas, são eventos que geram maior complexidade no momento da avaliação por parte do cliente, pois os comportamentos verbais e não verbais estão presentes na interação. Neste tipo de interação são considerados diversos outros eventos, como por exemplo, a apresentação do funcionário, questões relacionadas à apresentação do espaço físico, e às orientações e identificações. Então, as questões tangíveis e intangíveis se apresentam, dificultando a identificação dos problemas. Neste tipo de encontro, tanto o comportamento dos clientes quanto o dos funcionários tem papel importante na geração de um serviço de qualidade (Zeithaml et al., 2014).

Nem todos os encontros tem o mesmo grau de importância, mas considera-se que todos são importantes. Encontros múltiplos geram imagens diversas, e irão compor o resultado da imagem. Por exemplo, sabe-se que a satisfação do paciente é maior nos contatos com as enfermeiras do que com os que servem as refeições, e até com os que encaminham o paciente para a alta (Zeithaml et al., 2014).

A experiência do paciente tornou-se um diferenciador crítico para as organizações de assistência à saúde, e só aumentará em importância à medida que a transparência e o consumismo dominem o cenário da assistência. Criar e sustentar uma experiência consistentemente excepcional, que promova o envolvimento do paciente e os melhores resultados, são muito mais do que apenas “satisfazer” os pacientes, indo muito além das amenidades que podem ser fornecidas. Ainda, a percepção da experiência de atendimento geralmente é moldada pelos métodos utilizados para atender às necessidades de pacientes. Construir relacionamentos e comunicar-se bem, tanto com pacientes quanto com familiares, devem ser consideradas abordagens de praxe nas Organizações de saúde (Guler, 2017).

Vale frisar que, de acordo com a evolução nas Instituições de saúde, surge também a necessidade de se conjugar a comunicação centrada no paciente, visto que esta possui alta representatividade na entrega de qualidade tanto para o paciente quanto para a sua família (Perocchia et al., 2011).

Em uma situação complexa de assistência médica, os pacientes podem não entender completamente, ou mesmo não lembrar da natureza altamente clínica do seu tratamento. No entanto, eles sempre se lembram de como foram tratados, de como foi a comunicação com a equipe, e de muitas das interações que tiveram enquanto estavam sob cuidados. Os pacientes que estão totalmente informados, e que se sentem conectados aos seus cuidadores, geralmente ficam menos ansiosos do que aqueles que não estão envolvidos com o seu tratamento, carecendo de informações, que acabam se tornando desmotivados. Ainda, pacientes informados e envolvidos podem participar de seus cuidados de saúde (Guler, 2017).

2.1.2 Mensuração da Experiência do Paciente

A mensuração e a compreensão da experiência do paciente, cuidador e família, em relação à assistência médica recebida, oferecem a oportunidade de refletir e melhorar os cuidados prestados por toda a equipe assistencial, assim como os resultados do paciente. O conceito de experiência do paciente, no entanto, é surpreendentemente complexo. Sem o advento da necessidade de se relatar as métricas da experiência do paciente, apenas o conceito continuaria sendo valorizado, todavia se evitando os desafios inerentes ao atendimento assertivo. Em vez disso, deve-se buscar colocar a experiência do paciente em primeiro lugar na sua lista de prioridades organizacionais e de atendimento (Berkowitz, 2016).

Segundo Kupfer e Bond (2012), a satisfação do paciente depende de como um serviço atende à sua expectativa. Quando o serviço excede as expectativas, os pacientes julgam a qualidade como alta, embora o contrário também seja verdadeiro quando o cuidado se mostra abaixo das expectativas. Os pesquisadores citados concordaram que a satisfação com um serviço está correlacionada com a qualidade do serviço, mas enfatizaram que a dinâmica por trás da percepção de qualidade dos pacientes também está em função de seu relacionamento com vários fornecedores, meio ambiente, influências culturais, recuperação, dor, e vários outros fatores. Todas essas dinâmicas afetam a satisfação dos usuários com a experiência do que encontram na área da saúde. Todavia, sinalizam que a satisfação pode ou não estar relacionada somente ao fato de eles terem recebido atendimento de qualidade, ou se tiveram bons resultados clínicos.

Em suma, há muito a apreciar sobre os fatores que regem a dinâmica da experiência e satisfação do paciente. Sabe-se que o conceito de satisfação está relacionado às experiências diretas e indiretas de um usuário com o sistema de saúde, assim como com a interação com os profissionais de saúde, principalmente em relação à comunicação. Entende-se que o ambiente de trabalho pode afetar a satisfação do paciente de maneiras positivas e negativas. Também se sabe-se que as experiências dos pacientes podem não estar diretamente relacionadas à qualidade da assistência prestada, mas às expectativas do que eles acreditam que devem ser prestadas ou às expectativas de prognóstico, tratamento e interação familiar (Berkowitz, 2016).

Para promover o acesso aos seus serviços, as empresas de assistência médica fornecem vários canais de comunicação a seus clientes (beneficiários), permitindo receber solicitações, como autorizações para exames, procedimentos e hospitalizações. Sob a abordagem da inovação, o gerenciamento de canais de relacionamento com clientes para empresas de assistência médica é caracterizado como um serviço comercial intensivo em conhecimento (Miraldo et al., 2019).

No Brasil, uma das iniciativas relacionadas à mensuração da experiência do paciente foi implementada pela empresa brasileira Hfocus. Trata-se de um sistema de pesquisa *on-line*, batizado com o nome da própria empresa, que busca mensurar o nível de experiência de clientes de Instituições de saúde por meio de uma metodologia de pesquisa de propriedade dos próprios desenvolvedores do sistema. Segundo seus idealizadores, o sistema possibilita que os gestores de clínicas e hospitais, dentre outros, mensurem e monitorem a experiência de seus clientes por meio do acesso a um portal contendo os resultados das pesquisas. Ainda, para a própria Empresa desenvolvedora, mensurar a experiência e monitorar o comportamento dos clientes de serviços de saúde contribui sobremaneira como elemento de gestão, permitindo que sejam tomadas decisões assertivas no tocante à alocação de recursos financeiros e de pessoal, definindo salários, e possibilitando o desenvolvimento de estratégias de melhoria dos serviços prestados, dentre outras opções (HFOCUS, 2020).

2.1.2.1 Estratégia de mensuração das perspectivas de atendimento do paciente

O questionário utilizado pela empresa Hfocus é o HCAHPS (*Patient's Perspectives of Care Survey*), ou “Pesquisa sobre as perspectivas de atendimento dos pacientes”, traduzido para o português. Desenvolvido pelo *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS, 2020), e distribuído pela empresa Hfocus, trata-se de uma pesquisa realizada em nível nacional, que busca identificar as perspectivas de atendimento hospitalar com base no olhar do usuário,

tornando o HCAHPS um interessante instrumento de pesquisa para mensurar a experiência do paciente. O primeiro objetivo do programa foi produzir dados sobre a perspectiva dos pacientes, permitindo comparações entre tópicos que são importantes para o paciente como consumidor. Em um segundo momento, a pesquisa serviu como um importante veículo de divulgação dos resultados obtidos, gerando formas de incentivar outras Instituições a melhorar a qualidade do atendimento oferecido. Por fim, o terceiro ponto importante se referiu aos relatórios gerados, que por sua vez possibilitam definir e cobrar as responsabilidades inerentes aos cuidados em saúde, tornando transparentes os fatores de qualidade relacionados aos cuidados prestados pelos hospitais, especialmente aqueles mantidos por capital público.

Uma das maneiras de se conseguir informações sobre como o cuidado centrado no paciente está progredindo é por meio de pesquisas de satisfação, sendo a Pesquisa do HCAHPS considerada uma metodologia consistente para tal. Ela tornou-se uma ferramenta de avaliação da atenção centrada no paciente, cujas perguntas são capazes de mensurar as experiências do usuário, determinando o que é importante para ele, assim como o que o direciona em busca de mudanças (AHRQ, 2017). A equipe do projeto HCAHPS garante que a pesquisa é confiável, útil e prática, caracterizando-se como um conjunto de perguntas direcionadas apenas aos pacientes internados, e cujo objetivo é medir a experiência geral do paciente durante a sua estada na instituição.

O Quadro 2 apresenta as questões presentes no questionário HCAHPS, que envolvem os domínios comunicação-cortesia-respeito, tempo de resposta, controle da dor, medicação-ruídos-limpeza, informações pós alta e atendimento individualizado-educação em saúde.

COMUNICAÇÃO-CORTESIA-RESPEITO

1. Comunicação da enfermagem foi "sempre" boa;
 - ✓ Com que frequência o pessoal de enfermagem o (a) tratou com cortesia e respeito?

Com que frequência o pessoal de enfermagem o (a) escutou atentamente?

 - ✓ Com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de forma que conseguisse entender?
2. Comunicação do corpo médico foi "sempre" boa
 - ✓ Com que frequência os médicos o (a) trataram com cortesia e respeito?
 - ✓ Com que frequência os médicos o (a) escutaram atentamente?
 - ✓ Com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse

TEMPO DE RESPOSTA

3. Tempo de resposta foi "sempre" bom
 - ✓ Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?
 - ✓ Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre)

CONTROLE DA DOR

4. A dor foi "sempre" controlada

- ✓ Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre a intensidade das dores que sentia?
- ✓ Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre a intensidade das dores que sentia?

ORIENTAÇÕES ANTES DA MEDICAÇÃO

5. Orientação antes de medicação foi "sempre" feita

- ✓ Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?
- ✓ Quarto e sanitários estiveram "sempre" limpos
- ✓ Área próxima ao quarto esteve "sempre" silenciosa

INFORMAÇÕES PÓS-ALTA

6. Informações sobre pós-alta foram recebidas (% de Sim)

- ✓ Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?

ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO-EDUCAÇÃO EM SAÚDE

7. "Concordo totalmente" que sabia do tratamento ao sair do hospital

- ✓ Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), a decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta
- ✓ Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde

Quadro 2 - Questões presentes no questionário HCAHPS.

Fonte: AHRQ (2017).

No Brasil, os resultados das pesquisas com o questionário HCAHPS não são divulgados publicamente, e sim apenas internamente em cada Serviço de Saúde, não possibilitando a comparação entre Organizações. No Serviço onde a presente Dissertação foi desenvolvida, os relatórios são publicados no *site* do Hfocus, e podem ser acessados com base no desempenho de cada hospital da rede, sendo a coleta responsabilidade da pela liderança do Hospital, que repassa os dados aos demais colaboradores. Em resumo, na plataforma têm-se acesso a: 1 - Nota Média de todas as notas recebidas em determinado período, seja nos questionários, nas perguntas de satisfação, ou nas perguntas individuais (de cada categoria de pergunta); 2 -

Ranking: Compara Notas Médias em meio a um grupo de estabelecimentos comparáveis; 3 - Séries Históricas: disponibilizam gráficos que apresentam a Nota Média e *Ranking*; 4 - Depoimentos: Comentários escritos por pacientes ao final de cada seção do questionário; 5 - Lista de Prioridades: mostra os pontos mais críticos que devem ser priorizados em cada Área de Satisfação, servindo como um ponto de partida para um plano de ação; 6 - Índice de Satisfação: a soma de todas as respostas do conjunto de perguntas sobre o serviço.

De acordo com Costa (2017), compreender a experiência do usuário, conforme demonstrado anteriormente na Figura 2, é parte importante do caminho para se alcançar o cuidado centrado no paciente, assim como na avaliação de sua experiência. Deve-se dispensar atenção às questões do ambiente de saúde que o conectam, assim como às diversas questões relacionadas ao cuidado, segurança e eficácia, e se há respeito durante os atendimentos prestados por toda a equipe, investigando-se as questões relacionadas.

2.1.3 A mensuração da satisfação e lealdade pelo *Net Promoter Score* (NPS)

As exigências do mercado da saúde, na vigência das mudanças tecnológicas, requerem uma adaptação das instituições às inovações que se apresentam para avaliação da satisfação do paciente (Alismail et al., 2020). O *Net Promoter Score* (NPS), foi desenvolvido em 2001 pela *Bain & Company*, tendo sido resultado de um questionário agrupado, com escalonamento de respostas de 0 a 10, e com o objetivo de verificar quais seriam os clientes fiéis à Organização, além de acompanhar o avanço de seus projetos. Depois disso, centenas de outras empresas começaram a utilizar a ferramenta, que por sua vez chegou aos serviços de saúde, sendo uma importante aliada na implementação de processos que visam melhorias, além da avaliação da satisfação de seus pacientes nos hospitais e clínicas (Reichheld, 2003).

Uma pesquisa realizada pela *Bain In Company* e pela ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados), utilizou o NPS (*Net Promoter Score*) para avaliar a satisfação e a experiência de 14.000 pacientes em 18 hospitais brasileiros, quando então foram verificados os fatores de satisfação e insatisfação no atendimento hospitalar. No estudo, identificou-se que existe três vezes mais disposição dos promotores em utilizar o Serviço, quando estes são comparados aos detratores. Os promotores também demonstraram que o principal fator de escolha dos Serviços foi a recomendação de um médico, familiar ou amigo (configurando 60% das repostas), e ainda ele se propõe a gastar o dobro do valor para ser atendido no local de sua preferência (Fiorentino et al., 2016).

Oliveira et al. (2016), consideram o NPS uma importante ferramenta para levantamento de dados e processos, produtos e serviços, pois gera indicadores extraídos das pesquisas de satisfação. Estes indicadores, por sua vez, são analisados pelo *staff* da qualidade, que buscará empregar as melhorias necessárias para que o cliente esteja satisfeito, mantenha a lealdade, e ainda atraia novos clientes. De acordo com Fiorentino et al. (2016), o ponto de contato dos pacientes com o Serviço é elemento de importante observação que pode levar à descoberta de falhas no atendimento. Estes pontos devem ser analisados desde a procura do serviço, durante, e até depois que o paciente já saiu do hospital. Ou seja, as oportunidades estão desde o agendamento até o pós-alta, ressaltando que, nesse ínterim, acontecem encontros geradores de oportunidades de encantamento para o paciente, tornando-o um promotor, assim como momentos de desgaste, que acabam tornando-o um detrator.

A pesquisa do NPS é estruturada da seguinte forma. Tem início com a solicitação de dados do usuário, como idade e sexo, o motivo que levou o paciente a procurar o Serviço, buscando verificar essencialmente se este motivo está associado à localização. Os dados são apresentados também no formato de gráficos, escalonando os respondentes por idade e sexo. Em seguida é apresentada a pergunta do NPS, que é a seguinte: “De 0 a 10, o quanto você recomendaria este Serviço aos seus amigos e familiares. Então, utilizando a resposta à pergunta-chave já citada, formam-se três grupos de respondentes: Promotores, Passivos e Detratores.

A pontuação de 9 a 10 define os promotores, clientes leais, que permanecerão utilizando os serviços, indicando a outros, e fortalecendo o crescimento da organização. A pontuação de 7 a 8 define os passivos, clientes satisfeitos, porém, com pouco entusiasmo, e que podem deixar o Serviço, estando vulneráveis a ofertas competitivas. Por fim, a pontuação de 0 a 6 define os detratores, clientes que podem prejudicar sua marca, pois estão insatisfeitos com o Serviço, atrapalham o crescimento e fazem propaganda negativa boca a boca (NPS, 2020). O modelo de cálculo do NPS é apresentado na Figura 3.



Figura 3 – Modelo de cálculo do NPS.

Fonte: www.expleo.com.br

Para fazer o cálculo do NPS, subtrai-se a porcentagem dos Detratores da porcentagem dos Promotores, o que resulta na Pontuação (líquida) do Promotor. Ela pode variar de -100 – se cada cliente for um detrator, a um máximo de 100, se eles forem todos promotores (NPS, 2020). A meta de alcance de resultado, obviamente, é 100% na Instituição pesquisada. As recomendações com base nos Resultados do NPS estão dispostas no Quadro 3.

NPS	Zona de Excelência: NPS entre 75 e 100
	Zona de Qualidade: NPS entre 50 e 74
	Zona de Aperfeiçoamento NPS entre 0 e 49
	Zona Crítica: NPS entre -100 e -1

Quadro 3 - Recomendações com base nos resultados do NPS.
Fonte: NPS (2020).

Com base no modelo de resultados do NPS, pode-se inferir que uma “Figura da Experiência do Paciente” poderia ser desenhada da seguinte forma (Figura 4):

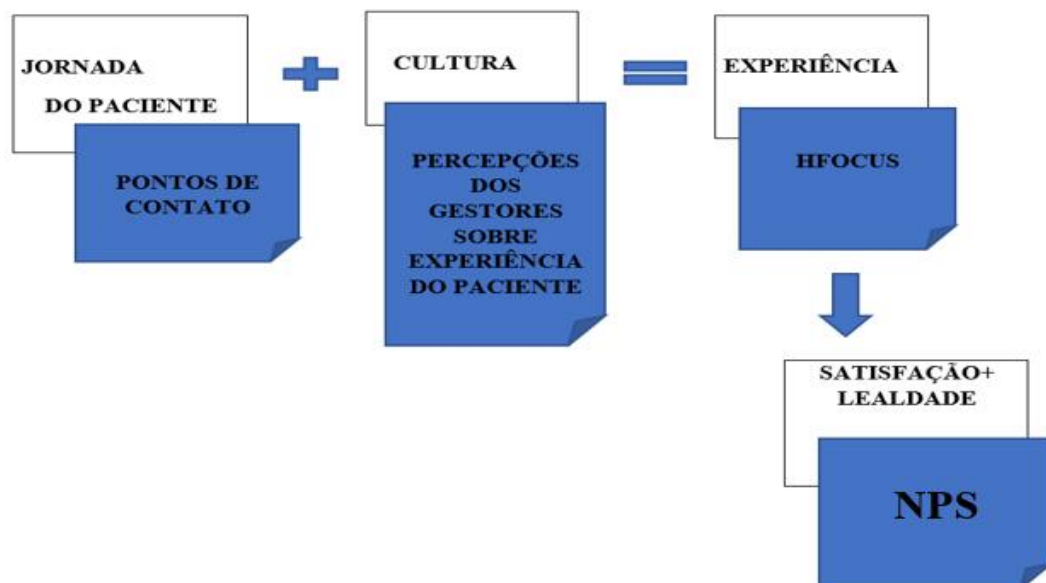


Figura 4 – Modelo da Experiência do Paciente.
Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 4, Modelo da Experiência do Paciente, esboça os resultados dos caminhos percorridos pelo usuário, além de suas interações, que deixam claro que:

1. A Jornada do paciente conecta os pontos de contato, que irão fornecer as vivências nos aspectos relacionados ao contexto hospitalar, gerando as sensações, sentimentos e percepções que resultarão na experiência;
2. A Cultura da instituição é disseminada pelos gestores, que são peças-chave na formulação, propagação e implementação da cultura na Instituição voltada ao cuidado centrado no paciente. Este é um dos caminhos para oferecer uma experiência ao paciente que atenda suas expectativas, e isso se dará por meio da percepção e conhecimento dessa liderança, relacionados à experiência do paciente;
3. A experiência do paciente é conhecida na pesquisa de experiência do paciente, onde o questionário, o HCAHPS, contempla os diversos pontos de contato com o paciente ao longo da sua jornada de atendimentos;
4. A satisfação e a lealdade do paciente são conhecidas na pesquisa de satisfação (NPS), onde o paciente responde a perguntas-chave de fidelização, permitindo a mensuração da lealdade do cliente.

2.1.4 O cuidado centrado no paciente

Em 2001, foi divulgado pelo *Institute of Medicine* (IOM) um relatório com a solicitação de iniciativas de mudanças nos serviços de saúde, especialmente nas tomadas de decisão do profissional médico, com a importância e o dever de colocar o paciente no centro da assistência e como participante das decisões sobre seu tratamento, buscando estabelecer um norte para que se alcançasse excelência de atendimento (Pinto, 2014). Uma comunicação acertada, melhorada, com altruísmo e empatia, favorecendo a capacidade de resposta às necessidades do paciente, incluindo o que ele tem como valor e individualidade, foi advertida e reforçada pelo IOM, alertando os provedores de saúde sobre a imperativa necessidade de mudanças e transformações na forma com que os cuidados de saúde eram prestados até aquele momento (Kohn et al., 2000).

O atendimento centrado no paciente é uma abordagem amplamente reconhecida, que foi recomendada como uma prática baseada em evidências para melhorar a qualidade do tratamento de inúmeros transtornos. Este atendimento inclui quatro princípios básicos, sendo eles o foco holístico e individualizado no atendimento, a tomada de decisões compartilhada, e a aliança terapêutica aprimorada (Marchand et al., 2019).

Uma das definições dos atributos de qualidade é o cuidado centrado no paciente, valorizando de forma diferenciada suas escolhas e preferências, além de necessidades e valores particulares de forma individual, considerando o seu nível de entendimento e conhecimento (Wolf et al., 2014). Em todo encontro com o cliente geram-se imagens em sua memória, tornando cada momento uma ocasião de oportunidades para se estabelecer relacionamentos duradouros e construir a fidelidade, mantendo e desenvolvendo a qualidade (Zeithaml et al., 2014).

Em um estudo realizado em Gana por Nkrumah e Abekah-Nkrumah (2019), sobre fatores que podem interferir no cuidado centrado no paciente, verificou-se que, com respeito à organização do serviço hospitalar, são apresentados dois fatores identificados como principais no atendimento centrado no paciente: os facilitadores e os que causam impedimentos, consideradas barreiras deste cuidado. Os primeiros são o comprometimento, suporte da liderança, capacitação e ensino para a assistência centrada no paciente. Já os obstáculos são o entendimento da liderança sobre os conceitos da assistência centrada no paciente, a inexistência de propósitos, metas para o atendimento centrado, atividades relacionadas, comunicação a ser melhorada, nível de centralização, além da propriedade e as limitações com relação a recursos financeiros.

Muitas vezes a avaliação das necessidades individualizadas e a entrega do tratamento se sobrepõem aos cuidados holísticos, com relação ao seu objetivo comum de fornecer atendimento abrangente e flexível, adaptado às necessidades e valores identificados pelo cliente. Se houvesse uma avaliação das necessidades biopsicossociais do cliente, suas preferências culturais facilitaria a entrega ideal a individualizada, minimizando os impactos causados pelos traumas estruturais e interpessoais. Marchand et al. (2019), em concordância, Zeithaml et al. (2014), relatam que existem fatores que podem anular o que houve de bom nos encontros com os clientes, assim como os fatores que os espantam, como por exemplo, as falhas nas entregas que o cliente espera. Também devem ser considerados os fatores que exercem força para manter o cliente, ou mesmo afastá-lo permanentemente. O misto de experiências positivas no serviço, em contrapartida às experiências negativas, denota incerteza na qualidade, incluindo-se os serviços sem consistência, que levam insegurança ao cliente.

Pinto (2014), menciona que são seis as dimensões do cuidado centrado no paciente: 1 - segurança; 2 - eficiência; 3 - eficácia; 4 - agilidade; 5 - centralização no cliente; e 6 - justiça. Muitas vezes, a maioria das dimensões destes cuidados é alcançada. Porém, caso o usuário, por exemplo, contraia uma infecção no ambiente hospitalar, pode ter havido falha na segurança do paciente. E quando se falha com uma parte, falha-se também com o eixo de decisões, que devem

estar pautadas nas definições do cuidado centrado no paciente. Por sua vez, o paciente não tem entendimento sobre a segurança dos processos, sendo os profissionais da saúde encarregados de garantir o cuidado seguro.

As características definidoras do cuidado centrado no paciente incluíam práticas específicas adotadas pelos profissionais de saúde, como por exemplo, avaliações abrangentes de necessidades, evitando a ocorrência de novos traumas. No entanto, a análise indutiva dos antecedentes do cuidado centrado no paciente revelou que tanto o sistema (por exemplo, uma visão de governança compartilhada; segurança e estabilidade do ambiente de tratamento; flexibilidade na prestação de serviços) quanto o profissional de saúde (por exemplo, estilo de comunicação), desempenham um papel conjunto na implementação bem-sucedida dos princípios do cuidado centrado no paciente. Pode ser citado o esforço de um médico para adotar práticas compartilhadas de tomada de decisão, como exemplo, na prescrição de um tratamento que substitua a utilização de opioides. Este fato exigirá um sistema de saúde que tenha implementado opções de tratamento com base em evidências, além de políticas que apoiem a colaboração entre o cliente e o provedor, incluindo a flexibilidade em torno dos horários de dosagem, frequência de visitas, dentre outros. Assim, um bom ponto de partida para implementar na prática o cuidado centrado no paciente é uma consideração de possíveis barreiras à sua implementação, a partir das perspectivas do cliente, do provedor e do sistema como um todo (Marchand et al., 2019).

O cuidado centrado no paciente, no Brasil, ainda não se apresenta de forma instaurada nos serviços de saúde. Os conceitos também não estão enraizados, e não há muito discernimento de que este se traduz em uma das dimensão da qualidade (Rodrigues et al., 2019). Apesar disso, à cada dia o conceito de cuidado centrado no paciente se fortalece mais, tornando-se um elemento imprescindível para uma assistência de qualidade (Sands, 2016).

O Instituto Picker (2015), define os oito princípios do cuidado centrado no paciente, que são: 1 - respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas dos pacientes; 2 - coordenação e integração dos cuidados; 3 - informação e educação; 4 - conforto físico; 5 - apoio emocional e alívio do medo e ansiedade; 6 - envolvimento de familiares e amigos; 7 - continuidade e transição; e 8 - acesso aos cuidados. Estes conceitos são representados na Figura 5.

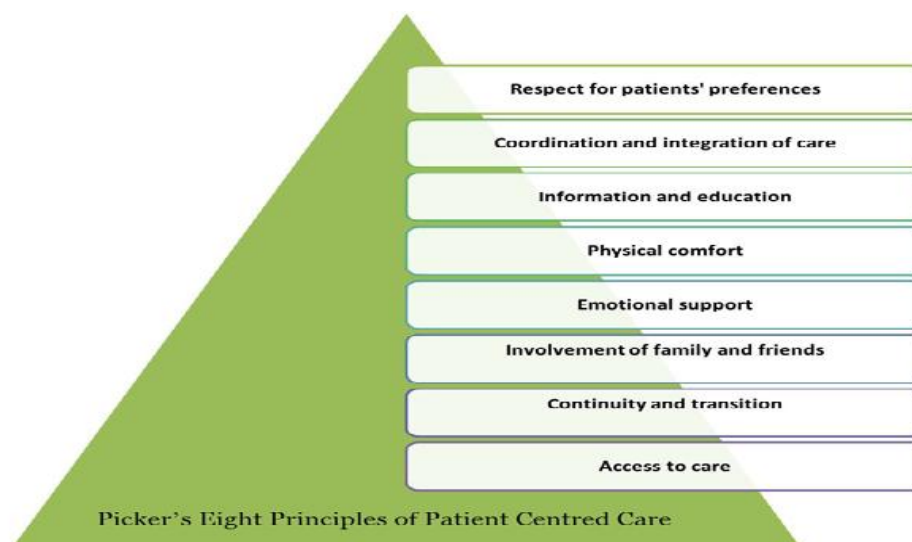


Figura 5 - Os oito princípios do cuidado centrado no paciente.
 Fonte: Adaptado do Instituto Picker (2015).

O setor de saúde difere-se de outros setores da economia, especialmente no Brasil, propagado pela universalidade e integralidade do atendimento, onde todos devem ter direito aos cuidados da saúde. Isso reflete nas ofertas de impulso e incentivos, seguindo um sentido diferente das escolhas de outros mercados, o que dificulta enxergar o paciente como consumidor. Porém, para o paciente não existe diferença nas suas escolhas, assim como nos outros serviços, visto que no setor da saúde ele também deseja ser atendido de acordo com suas conveniências, conforto e preferências (Giusti, 2020).

O *Planetree* é uma organização sem fins lucrativos que trabalha com a sistematização de melhores práticas para as organizações em todo o mundo, orientando as instituições de saúde quanto ao cuidado centrado no paciente e a maneira de proceder para alcançar este objetivo. A proposta do *Planetree* é que o paciente esteja no centro de todos os processos, sejam eles assistenciais ou administrativos. Objetiva-se uma reconexão de propósitos nas Instituições, refletindo sobre o que realmente importa, e orienta ferramentas e processos para o engajamento dos colaboradores e ativação do paciente com o engajamento em sua saúde (Nunes, 2015).

Em pesquisa realizada por Walsh (2014), foi comprovado que cada paciente submetido à cirurgia, mesmo as mais comuns, quando associado à carga de trabalho de uma enfermeira, aumentava em 7% a chance de morrer. Esta pesquisa influenciou o Estado da Califórnia, nos EUA, a ordenar proporções de pacientes adequadas a cada profissional, sendo o seu intuito principal demonstrar a importância de se ter cuidados seguros, eficazes, centrados no paciente e acessíveis, como instituído pelo IOM.

O envolvimento da equipe de saúde na satisfação do paciente visa a melhoria dos processos, e tem relação com o ensino e a aprendizagem. No caso da iniciativa dos

colaboradores e aceitação pelos pacientes, em relação às informações transmitidas sobre seus próprios cuidados, gera-se uma importante influência no processo de humanização, além de melhorias no processo-saúde e doença. Considera-se o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanos definidos, conforme abordado por Mota et al. (2006) e Morsch (2017).

2.1.5 Envolvimento do paciente no seu cuidado

O estudo do IOM adverte os provedores de saúde sobre a necessidade de mudanças e transformações na forma com que os cuidados de saúde eram prestados até o momento de sua idealização, alertando que a inclusão do cuidado centrado no paciente, além de sua abrangência, estão relacionados à comunicação melhorada entre o médico e o paciente (Kohn et al., 2000).

Segundo João et al. (2018), quando os pacientes estão satisfeitos, estes estão também engajados no seu tratamento, e aceitarão os cuidados e o cumprimento das prescrições, o que influenciará nos indicadores de saúde. Os autores ainda avaliam essa satisfação como um indicador de qualidade relevante.

Para Frankel e colaboradores (2017), deve-se promover um ambiente que permita às pessoas se expressarem, participar, questionar ações dos profissionais de saúde e decisões tomadas no processo de internação, refletindo se foram bem atendidos e recebidos durante sua permanência nos hospitais. Os autores mencionam que a jornada física e emocionalmente desgastante a qual os pacientes são submetidos, influencia negativamente as difíceis decisões necessárias durante os tratamentos exaustivos, que acarretam ansiedade e diminuição da autoestima.

2.1.6 A experiência do colaborador

A busca do entendimento sobre a experiência do paciente tem sido motivo de discussão e ajustes da saúde em esfera mundial, com linhas de entendimento e definições diversas. O *Beryl Institute* define a experiência do paciente como sendo toda a interação que o paciente tem no ambiente onde se encontra em sua jornada de internação, que irá influenciar as suas percepções em cada atendimento. Sabe-se que, dentre outros fatores, a cultura da Organização influencia sobremaneira as interações dos pacientes (Wolf et al., 2014).

Há uma necessidade premente de equilibrar os custos dos cuidados médicos com as expectativas do público quanto à prestação de cuidados de alta qualidade. Em 2008, o *Institute for Healthcare Improvement* introduziu a estrutura *Triple Aim*, com o objetivo principal de

melhorar a experiência do atendimento, melhorar a saúde da população, e reduzir os custos per capita. A intenção original era fornecer uma estrutura consolidada para orientar iniciativas de melhoria sistemática associadas a serviços de saúde de alta qualidade. À época, era necessária uma mudança estratégica, focada em todas as três dimensões simultaneamente, no nível do sistema, para alcançar os resultados desejados. Acreditava-se que os ganhos alcançados em uma dimensão não deveriam ser às custas de outra, e argumentavam que uma busca equilibrada e simultânea de todas as dimensões do Triple Aim garantiria a equidade e a prestação de cuidados de alta qualidade (Obucina et al., 2018). Após o Triple Aim, foi inserida uma quarta meta também de real importância, que é a experiência do colaborador, na tentativa de mudar a cultura de olhar o profissional condicionado somente à sua mecânica de trabalho (Bisognano & Kenney, 2015).

Merlino (2016), menciona sobre a história da experiência do paciente em uma Instituição de saúde na qual o *Triple Aim* foi implantado. Anteriormente, havia sido realizada uma consultoria onde foram apontadas, na maioria das vezes, boas experiências com os pacientes, alta lealdade e satisfação. Todavia, em relação aos colaboradores, o cuidado da Instituição era diferente, não havia a mesma atenção e preocupação como havia com os pacientes, o que gerava insatisfação junto a estes funcionários. Foram então detalhadas as oportunidades de mudanças, como a comunicação, a responsabilidade e atributos da liderança, cuidados e reconhecimento, trabalho em equipe e colaboração, sempre com atenção aos detalhes. Por fim, os autores citaram como pontos mais importantes de contato, que constituem a cadeia de valor, a liderança, os colaboradores, os pacientes e os recursos.

Lloyd et al. (2018), entrevistaram gerentes de serviços clínicos, e afirmaram que os entrevistados sentiam forte afinidade com a missão da Organização, de fornecer a melhor experiência ao paciente, por meio de sua identidade com os profissionais de saúde. Todavia, ressaltaram que, muitas vezes, existem pressões nestas Organizações que podem influenciar os profissionais de saúde a tomarem decisões com base em metas gerenciais, e não nos valores clínicos da centralidade, respeito e compaixão com o paciente. Além disso, apesar dos valores declarados pelos gerentes clínicos e da articulação destes em códigos e normas profissionais, há evidências que sugerem que sua aplicação na prática nem sempre atende às necessidades de pacientes e familiares.

Em resumo, o *Triple Aim* foi criado para melhorar os resultados relacionados aos cuidados de saúde nos Estados Unidos, fornecendo uma melhor experiência aos pacientes e reduzindo os custos a ela relacionados. Contudo, em paralelo a este esforço, notou-se que o ambiente de trabalho piorou, gerando níveis crescentes de desgaste entre os trabalhadores de

saúde. Em paralelo, a sociedade como um todo continua exigindo que o estado de saúde da população em geral esteja em ascensão. Presume-se que os adventos tecnológicos melhorem a qualidade dos cuidados, mas não se leva em consideração o aumento do estresse do trabalhador em saúde, que por sua vez cria dificuldades adicionais no ambiente de trabalho. Nesse sentido, com base na preocupação com o desgaste físico e mental de todo o sistema, prejudiciais à execução do *Triple Aim*, criou-se um quarto objetivo, que se resumiu em melhorar as condições de trabalho para os profissionais de saúde, em especial aquelas associadas ao esgotamento, e que se constituiu como o quarto objetivo a ser alcançado, formando o *Quadruple Aim* (Rathert et al., 2018).

A maioria dos esforços que visam melhorar as relações entre pacientes e prestadores de serviços de saúde normalmente utilizam abordagens centradas no paciente, como por exemplo, a tomada de decisão compartilhada, que busca melhorar a comunicação, reduzir a morbidade e elevar a satisfação com o cuidado. Vários recursos de intervenção podem exercer influência positiva na saúde e na experiência, tanto do paciente quanto do provedor. Nesse sentido, os principais componentes das intervenções interpessoais que podem promover a conexão ambos, criando um impacto positivo na experiência do paciente, referem-se especialmente às habilidades de comunicação e à técnica de comunicação específica, incluindo a determinação das prioridades apontadas pelo usuário do serviço (Haverfield et al., 2020).

Mais especificamente sobre o *Quadruple Aim*, desenvolver práticas profissionais saudáveis no ambiente hospitalar mostra-se fundamental para otimização da segurança do paciente e satisfação da força de trabalho, inclusive limitando a rotatividade de profissionais. É fato que práticas saudáveis estão ligadas a melhores resultados para todos, incluindo os trabalhadores e as organizações de saúde. Em especial a equipe de enfermagem, que constitui o maior segmento profissional da força de trabalho de assistência médica, influencia sobremaneira na busca pelo *Quadruple Aim*. Já são conhecidas algumas percepções dos profissionais em relação a esse tema, que citaram a responsabilidade dos líderes de enfermagem na discussão de carreiras para apoiar a melhoria das condições de trabalho dos profissionais, considerando a necessidade de integração precoce da educação, teoria e prática de liderança na carreira dos trabalhadores em saúde (Bowles et al., 2019).

Pinto (2014), quando menciona sobre os riscos organizacionais, relata que tanto os profissionais que trabalham no sistema e saúde, quanto os pacientes, estão sujeitos a eles. O autor ainda cita o resultado de um estudo que aponta que os enfermeiros sofrem 30 vezes mais lesões físicas quando comparados aos trabalhadores na indústria. Para ele, deve haver um ambiente de respeito pelas pessoas, incluindo os clientes internos e externos, e isso não está

apenas no tratamento com uma linguagem clara e polida, mas também na responsabilidade de comprometimento com os preceitos éticos, garantindo a segurança física de todos os que estão presentes ou circulem, eventualmente, pelo local. Para isso, faz-se necessária uma política voltada aos elementos de segurança.

Os autores Zhao & Chamberlain (2019), apresentaram resultados que apontaram que a estabilidade, o interesse pelo trabalho, o desempenho e a concordância com o serviço estão diretamente relacionados à satisfação do funcionário. Devido à hostilidade dos ambientes de trabalho na área da saúde, a manutenção de bons resultados exige a interferência do gestor, com reflexão e atenção ao funcionário diariamente, visando perceber e entender as reais dificuldades e demandas, buscando assim maneiras de melhorar a sua experiência (Drummond, 2019). Kolko (2015), reforça ainda a necessidade de transformação dos sistemas, de complexos para mais flexíveis, permitindo que sejam compreendidos pelos clientes, além de se tornarem agradáveis.

O psicólogo americano, Abraham H. Maslow, foi o criador do conceito da Pirâmide de Maslow (Figura 6), também chamada de Hierarquia das Necessidades de Maslow. Trata-se de um determinante para o início de um entendimento das necessidades e condições que toda pessoa necessita para realizar-se profissionalmente, assim como um indivíduo social. Maslow criou uma pirâmide que denota a hierarquia das necessidades pessoais de cada ser humano. A pirâmide possui 5 níveis de hierarquia, sendo que cada nível é o alicerce do outro, e para serem alcançados, faz-se imperativa a necessidade de se ter alicerces sólidos. A sequência das conquistas na subida da pirâmide passa pelas condições elementares, até chegar ao topo dela (Green, 2000). De acordo com Pinto (2014), entender os elementos da pirâmide proporciona um entendimento do que seja o verdadeiro respeito pelas pessoas.



Figura 6 - Pirâmide de Maslow.

Fonte: <https://i.ytimg.com/vi/EIU3GHDmGqA/maxresdefault.jpg>

Para Drummond (2019), na prestação do atendimento adequado, há que se ter um profissional de saúde sem sobrecarga de demandas, e que não deve estar emocionalmente ou fisicamente desgastado, pois neste estado assim não conseguirá atuar de maneira a repercutir uma experiência agradável ao paciente. Neste sentido, Bisognano e Kenney (2015) registram a importância do dimensionamento de funcionários de forma a suprir as demandas do trabalho e o direcionamento de suas competências para que haja um atendimento com experiências positivas aos pacientes.

Alvarenga (2015), menciona que não há como trabalhar a experiência do paciente sem incluir a experiência do colaborador. Reforça que deve ser gerado nos colaboradores o sentimento de amparo, de que são valorizados, e este sentimento irá ocasionar o engajamento necessário para atitudes e ações que resultarão em uma experiência excelente aos pacientes. O autor menciona ainda que, na cadeia de valores, que deve ser trabalhada em cada Serviço que se quer implantar um programa de Experiência do Paciente, devem ser englobados a liderança, os colaboradores, os pacientes e os recursos. Ainda, deve ser dada importância aos detalhes que irão compor a estratégia de ouro, cujo foco é surpreender as pessoas, e não apenas fazer o que já se espera, pois quando o cliente tem expectativas altas sobre o serviço, esta atenção irá marcar sua experiência.

2.2 QUALIDADE PERCEBIDA

A gestão da qualidade representa uma série de atividades que incluem políticas e objetivos para o planejamento, controle e garantia de melhoria contínua e sustentada. O conceito em qualidade em saúde pode ser agrupado em 7 atributos, sendo eles eficácia, efetividade, eficiência, otimização aceitabilidade da assistência, legitimidade, equidade (Gonçalves, 2011).

Para alcance da qualidade em saúde é necessário esforço e dedicação, propagando e instituindo práticas para que as dimensões de qualidade instituídas pelo IOM (segurança, eficácia, paciente no centro do atendimento, oportunidade, equidade e eficiência), sejam difundidas. Espera-se também uma difusão acelerada do progresso da cultura de qualidade, minimizando as falhas de serviço. Esses esforços apresentam progresso lento e custoso, com poucos resultados de melhoria, o que leva a uma assistência não tão segura. Sabe-se da necessidade de ampliar o conhecimento nesse sentido, buscando incitar instigação e incentivos para o alcance de metas elevadas de valor, vinculando a elas outras metas, como aquelas estabelecidas pelo *Triple Aim*, entregando assim um cuidado individual superior, elevando a saúde das populações, e diminuindo os custos (Berwick et al., 2008).

Vale aqui definir os conceitos de percepção e satisfação dos clientes. A percepção é um meio psíquico, onde uma pessoa processa informações e as interpreta no seu sensorio. Por exemplo, quando um paciente está aguardando determinado atendimento, as suas experiências de espera anteriores podem fazê-lo entender que o determinado tempo foi diminuído, mesmo que o tempo de espera tenha sido longo ou não tenha sido alterado. Uma equipe bem treinada em habilidades interpessoais e com comunicação adequada, leva o paciente a interpretar que está sendo atendido com dedicação e recebendo um atendimento de qualidade (Soremekun et al., 2011).

A expectativa é o que o paciente espera que acontecerá ao buscar o serviço, ou seja, como será atendido, com base no nível de serviço imaginado, esperado. Todas estas expectativas se relacionam com características específicas individuais, com o pré-encontro e intra-encontro durante o atendimento hospitalar. O conhecimento desses fatores, bem como sua identificação, são importantes ferramentas de gestão em busca da melhora da satisfação do paciente (Soremekun et al., 2011). Em suma, a satisfação será igual a percepção, subtraindo-se as expectativas pelo atendimento (Figura 7).

SATISFAÇÃO = PERCEPÇÃO - EXPECTATIVA PELO ATENDIMENTO

Figura 7 - Definição de satisfação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Também é importante salientar que a satisfação e a experiência do paciente são elementos diferentes. Para avaliá-las, deve-se ter o entendimento de que a satisfação existe quando forem atendidas as expectativas que o paciente tinha em relação aos encontros de saúde. Já a experiência do paciente se resume em como algo, que deveria acontecer no Serviço de saúde, como por exemplo, questões relacionadas a comunicação, foram atendidas durante o seu tempo na instituição (AHRQ, 2017).

De acordo com Batbaatar et al. (2017), identificar evidências sobre os determinantes da satisfação do paciente são motivos de estudos que têm direcionado a resultados inconclusivos. Segundo Soremekun et al. (2011), os indicadores de qualidade dos serviços de saúde exercem maior influência sobre a satisfação do paciente, que considera essencial o atendimento de qualidade interpessoal da equipe multiprofissional.

A experiência do cuidado passa por diversas facetas, onde o que importa para o paciente poderá determinar a sua percepção de valor. Por exemplo, um paciente que procura o serviço hospitalar para realizar uma cirurgia plástica, espera que o procedimento operatório em si seja um sucesso, já que está pagando por isso. Porém, as etapas necessárias para prevenção de riscos, como uma avaliação cardiológica pré-operatória, podem não ser percebidas como valor agregado ao produto final, que é o valor indireto. Ainda, para um paciente que procura o hospital para tratamento de câncer, nota-se dificuldade na percepção de valor, já que muitas vezes ele é submetido a procedimentos que causam sofrimento, e que por sua vez se propõem a evitar um sofrimento ainda maior no futuro. Entende-se, assim, que há um valor diferente para cada condição. Contudo, percebe-se também que em todas essas interações, que ocorrem tanto nas etapas que precedem os resultados de valor para o paciente quanto nas etapas que constituem o valor indireto (como a avaliação cardiológica), existem diversos valores não percebidos. Dentre eles podem ser citados uma boa refeição, um ambiente agradável, a simpatia da equipe multiprofissional que se mantém a postos até a finalização da jornada no serviço, e que por sua vez devem ser somadas para definir a experiência do paciente, podendo, inclusive, melhorá-la (Pinto, 2014). Alguns destes fatores associados à satisfação do cliente são apresentados na Figura 8.



Figura 8 – Fatores associados à satisfação do cliente.
Fonte: Elaborado pela autora.

O preço, as características do serviço, e como o cliente percebe a qualidade, bem como seu estado de humor e opinião da sua família, além do seu estado emocional, influenciam diretamente a sua satisfação com o serviço que está recebendo. Os clientes, muitas vezes quando insatisfeitos, às vezes permanecem na empresa somente para evitar o esforço e transtorno da mudança, decorrentes pelas barreiras de dificuldade na reestruturação, fazendo-o manter o vínculo com determinada empresa (Zeithaml et al., 2014). Avaliando este pressuposto, ainda segundo Zeithaml et al. (2014), pode-se inferir que um paciente que opta por ficar em um serviço mesmo insatisfeito, poderá ser um propagador de suas experiências não confortáveis, acarretando avaliações ruins pelos possíveis clientes que o escolheriam. Porém, estes clientes também podem se tornar uma oportunidade melhor para conhecimento do seu perfil, por meio de uma escuta ativa, estímulo a fornecer suas opiniões, para, a partir disso, direcionar o plano de reformulação de políticas internas voltadas a melhorar a experiência do usuário.

Alvarenga (2015), menciona sobre a transparência de informações em muitas instituições de outros países, e como ela favorece a integração dos pacientes, que escolherão com melhor assertividade, visto que podem verificar preço, resultados de tratamentos, qualidade da saúde e qualidade financeira da Instituição.

De acordo com Merlino (2016) e La et al. (2000), a convivência com os pacientes fornece informações valiosíssimas que, se avaliadas com atenção, podem ser extraídas e gerar conhecimento e indicadores, não necessitando essencialmente da contratação de empresas de pesquisa para assimilar o que os pacientes estão dizendo todos os dias. Essa gama de saberes sobre o paciente irá permitir interpretá-los como pessoas, e fará a diferença nas experiências que os pacientes vivenciarão, inclusive, permitindo a formação de melhores cuidadores.

A crescente complexidade dos ambientes de prestação de serviços levou a uma séria necessidade de se entender os efeitos desses ambientes no comportamento do consumidor. Em uma época de intensa preocupação com os custos crescentes dos cuidados médicos, a melhoria dos resultados clínicos, por meio da alocação mais eficiente de recursos limitados, tornou-se a referência das práticas e processos de saúde. Sabe-se que existe uma influência significativa do ambiente em que os pacientes recebem tratamento na resposta ao tratamento e prognóstico, sendo importante determinar quais componentes podem ajudar a obter melhores resultados, e as circunstâncias que contribuem para isso (DCunha et al., 2019).

Uma das propostas para diminuir e controlar os custos da saúde seria a implementação de novas propostas anualmente, buscando minimizar o desperdício, estudar meios de se evitar o retrabalho, e não entregando aos pacientes cuidados sem evidência científica, com erros, ou mesmo gerando qualquer atendimento que não agregue valor ao usuário (Berwick et al., 2008).

Segundo Monken e Moreno (2015, p. 95), “A gestão das operações dos sistemas de saúde brasileiro enfrenta constantemente dilemas de insuficiência de recursos e variabilidade de distribuição de serviços médicos e hospitalares especializados”. A qualidade de um serviço é medida principalmente como técnica e funcional, incorporando muitas sub dimensões. Existem dimensões centrais da qualidade do serviço de saúde que são comumente encontradas em todos os modelos utilizados para avaliar a qualidade percebida. Ainda, existem diferenças entre as dimensões citadas, especialmente quando são comparadas as avaliações realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O principal modelo para avaliação da qualidade percebida é o SERVQUAL. Segundo a literatura, se os fatores utilizados para avaliar a qualidade percebida forem abordados independentemente de qualquer contexto, poderão contribuir para melhorar a qualidade da assistência médica e fornecer informações importantes para a tomada de decisão com base em evidências (Iram et al., 2019).

O cuidado centrado no paciente, no Brasil, ainda não se apresenta de forma instaurada nos serviços de saúde, e seus conceitos também não estão bem enraizados. Porém, não há dúvidas que esse cuidado é uma das dimensões da qualidade mais importantes (Rodrigues et al., 2019).

Para o *Institute of Medicine*, a importância de tal cuidado se fortalece a cada dia, sendo um elemento imprescindível para uma assistência de saúde com qualidade, tendo o objetivo de entregar serviços mais seguros, mais eficientes, mais eficazes, mais ágeis e centrados no cliente e, por fim, mais justos (Sands, 2016).

O relatório do IOM, quando trouxe o tema “cuidado centrado na pessoa”, pretendia colocar o paciente efetivamente no centro do cuidado, saindo da assimetria de decisões hierarquizadas onde o olhar o paciente não era valorizado, e onde as condutas que eram tomadas pelos profissionais da saúde não consideravam a perspectiva do cliente (Caporossi et al., 2018). Dessa forma, pode-se concluir que o relatório do IOM, foi um “marco” na implantação do cuidado centrado no paciente. Após isso, os conceitos foram sendo difundidos por todo o mundo, e têm se tornado mais arraigados a cada dia nas Instituições, com perspectivas de mudança na cultura sobre o atendimento centrado, fortalecendo assim a experiência dos pacientes.

Bisognano & Kenney (2015), alertam sobre o equívoco existente quando se pensa que a qualidade em saúde advém dos resultados de creditações e certificações. A saúde não é um momento ou um prêmio a ser conquistado uma vez, mas sim, deve ser motivo de reflexões e esforços contínuos. Bittar et al. (2016), previnem que é necessário que os resultados de indicadores de saúde e dos profissionais neles engajados sejam publicados, para que se consiga uma mudança na cultura que difere até onde os princípios éticos são difíceis de incorporar.

Collier et al. (2015), pontuam sobre o fato que as margens de lucro líquido dos hospitais aumentam em 50% ou mais quando há uma boa conceituação da experiência do paciente. O valor da experiência é o motivo de pacientes procurarem os serviços, aumento na lucratividade. Dessa forma, a atenção à saúde deve estar centrada no paciente e pautada em determinados elementos, como a abrangência da viabilidade do cuidado e a cooperação do próprio cuidado, além da atuação social e das inter-relações das equipes e com do paciente, concluindo que a perspectiva em relação às convenções de trabalho buscam essa dicotomia, incluindo o contexto familiar e social (Agreli et al., 2016). A Figura 9 demonstra a perspectiva da importância do valor da experiência e da atenção centrada no paciente.

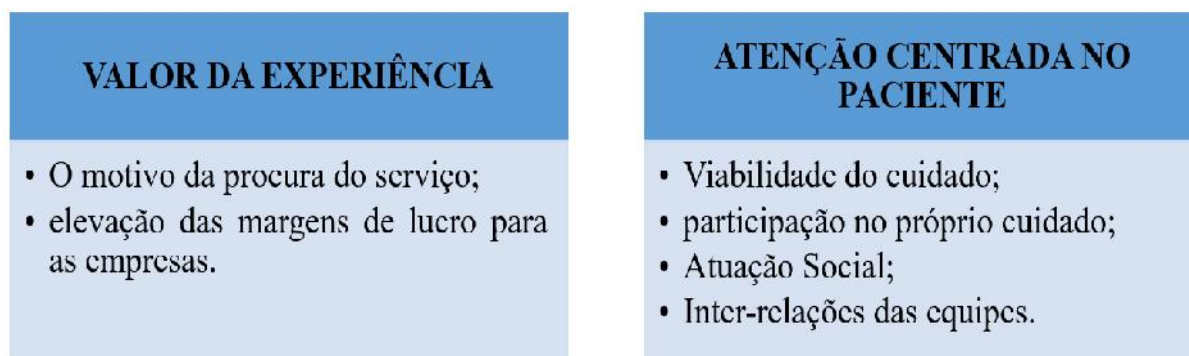


Figura 9 - Perspectiva da importância do valor da experiência e da atenção centrada no paciente.
Fonte: Elaborado pela autora.

Caporossi et al. (2018) mencionam que, valorizar o paciente e sua família, em suas perspectivas, saindo da visão médico-centrada, leva a efeitos de melhor satisfação com o atendimento, gerando também aceitação do tratamento e engajamento, com diminuição das reclamações. Ainda, tal fato repercute positivamente em toda a equipe de saúde, que também ficará mais satisfeita, assim como na adesão ao tratamento, reduzindo, inclusive, os custos com atendimento. Cada Instituição deve dar ao cliente um atendimento diferencial, adaptando-o ao Serviço e envolvendo-o na parceria de seus cuidados, sempre em busca da satisfação (Wolf et al., 2014). Por exemplo, na perspectiva dos familiares, a comunicação com o enfermeiro está relacionada com estratégias e particularidades da comunicação em ambiente terapêutico, e suas necessidades estarão satisfeitas quando o cuidado for eficaz e efetivo, e o desconforto do doente diminuído (Pinto, 2014).

2.3 CULTURA ORGANIZACIONAL

A globalização aumenta a concorrência e a competitividade do mercado de saúde, fazendo-se imperativa a necessidade de constantes mudanças nas Organizações. Essas mudanças devem ser precedidas de muito empenho, entendendo que esse esforço levará às adaptações necessárias para que as mudanças ocorram (Correa, 2018).

A equipe multidisciplinar de saúde, em conjunto com os gestores responsáveis pela formulação das políticas institucionais, pode projetar o ambiente regulatório da assistência à saúde. Nesse sentido, é essencial que se continue a explorar essa dinâmica, observando pacientes, famílias e provedores que experimentam coletivamente e colaborativamente um encontro na área de saúde. Deve-se buscar entender melhor a dinâmica, que reúne fatores como a experiência da equipe, o apoio ao meio ambiente, a liderança organizacional e as vastas questões ambientais, sociais e culturais que contribuem para a satisfação do paciente (Berkowitz, 2016).

La et al. (2000), conduziram um estudo com 15 médicos oncologistas e cinquenta pacientes, com objetivo de identificar variáveis dos padrões de comunicação relacionados à compreensão das informações médicas pelo paciente, assim como o resultado em sua satisfação geral no tocante ao tratamento adjuvante e à comunicação do médico. Como resultados, os autores identificaram 3 variáveis de comunicação, sendo elas a porcentagem total de palavras faladas pelo paciente, a porcentagem total de declarações médicas codificadas como afetivas (emocionais), e o número total de perguntas feitas pelo paciente durante a consulta. Ainda, o estudo apontou que os pacientes ficaram satisfeitos com o encontro clínico, e adquiriram conhecimento sobre a sua doença na comunicação médico-paciente. O estudo ainda revelou que quem fazia o número maior de perguntas eram os pacientes que mostravam maior conhecimento, e os pacientes cujos médicos tinham uma linguagem mais afetiva mostraram menor conhecimento, porém, eram se mostraram mais satisfeitos com o encontro com o médico. Em resumo, a conclusão dos autores foi que devem ser trabalhadas a junção dos elementos de comunicação afetiva, e ao mesmo tempo, é importante incentivar o paciente a se comunicar, fazer perguntas, ajudando-o a entender as questões relacionadas aos seus recursos terapêuticos para que se torne um participante nos processos decisórios de seu tratamento (La et al., 2000).

Berwich et al. (2008), enfatizam que o paciente deve ser acompanhado, durante toda a sua permanência na Instituição, por de um familiar ou cuidador que o auxilie durante sua no ambiente de saúde, ajudando o paciente tanto na interpretação quanto na definição de seus cuidados, discernindo as propostas e esclarecendo as dúvidas. Os autores ainda relatam a

importância da transparência das informações e educação junto ao paciente, permitindo a sua participação nas decisões relacionadas ao seu tratamento, incluindo seus benefícios e o prognóstico, que são propostas determinantes que compõem a mentalidade de mudança, uma importante proposta do *Triple Aim* (Berwick et al., 2008).

As Organizações que se concentram no desenvolvimento de uma cultura responsável - que inspire os profissionais de saúde a se comunicarem de uma maneira que se conecte a mente, corpo e espírito dos pacientes, ao mesmo tempo em que utilizam práticas padrão de experiência do paciente baseadas em evidências - descobrem que a percepção dos pacientes sobre os cuidados ou “a experiência do paciente” é bastante aprimorada. Sabe-se que uma combinação de liderança forte e responsável, com foco na cultura dos funcionários, engajamento de médicos, práticas padronizadas de experiência do paciente e educação, e o uso significativo do *feedback* do paciente, são os principais contribuintes para a excelência em sua experiência (Guler, 2017).

No estudo de Cooper et al. (2015), concluiu-se que o trabalho de comunicação estratégica é uma ferramenta essencial para a transformação de atitudes, comportamento e sucesso nos objetivos e metas a serem alcançadas. Os autores mencionam que existem muitas barreiras às novas ideias nos hospitais, e para implementação de melhorias de qualidade é necessária uma comunicação acertada, ajustando-se a frequência das intervenções de forma diferente para cada Unidade. Ainda, a comunicação adequada é indispensável, e quando a relação entre os clientes está bem estruturada, com comprometimento mútuo ligado à comunicação efetiva, mudanças importantes e de sucesso são constantemente alcançadas.

Brown (2015), reforça que os incrementos à saúde são importantes e chamam a atenção dos usuários, mas remetem a vantagem competitiva efetiva às soluções que não são claramente percebidas. Na reflexão de Tahara (2017), sobre a relevância dos estudos em busca de qualidade e segurança, menciona-se que, apesar de esforços, as falhas nas Instituições de saúde permanecem, e que é vital um reconhecimento das limitações do Serviço para, então, buscar soluções por meio de novos conhecimentos. Quando as Organizações se concentram em entregar a assistência ao paciente, não se restringindo somente à resolução de problemas, conhecendo o que o usuário e sua família consideram como valor, elas seguem um caminho estratégico para a mudança que se espera atingir (Cummings, 2017).

Fiorentino et al. (2016), mencionam que a eficácia econômica de um hospital pode ser prevista pelo número crescente de clientes fidelizados, assim como pela repercussão financeira. Os resultados desse estudo apontaram que o bom atendimento clínico pode ser gerador de promotores, assim como a espera leva à formação de detratores. Os pacientes também relataram

que o principal fator que promovia os hospitais era a qualidade do atendimento, profissionais qualificados, corpo médico e de enfermagem. Já os detratores citaram a espera e a qualidade inadequada do atendimento como motivos de nota baixa. A previsão, pela pesquisa NPS, caracteriza a oportunidade de geração de melhorias com vistas aos próximos atendimentos, buscando assim melhorar o indicador.

Segundo Almada & Policarpo (2016), o envolvimento dos funcionários nos processos de mudança organizacional está diretamente associado à grandeza e ao número de informações que os funcionários recebem, fazendo parte do ofício da liderança inspirar os colaboradores aos novos desafios.

Segundo Bisognano e Kenney (2015), a qualidade deve ser encarada como um objetivo diário, e ser agregada à Instituição de forma que envolva a mudança para uma cultura organizacional, trazendo a perspectiva de atendimento humanizado. Ainda para os autores, quando se alcança os objetivos e metas ora propostos, tende-se ao comodismo, mas para que se alcance um cuidado perfeito, é vital que se esteja sempre pautado em melhoria contínua.

Não se pode negar o vínculo da satisfação do cliente com a satisfação do funcionário, sendo necessário que as Instituições invistam nos funcionários para que estes trabalhem engajados e satisfeitos, pois são eles que entregam os serviços diretamente aos clientes (Zao & Chamberlain, 2019).

Cabe aqui destacar algumas instituições e melhorias na assistência da saúde no mundo. O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), fundado em 1991, é liderado pelo Dr. Don Berwick, junto a outros visionários, que se preocupam com as mudanças na Saúde. O Instituto é muito influente, tendo se dedicado a buscar e catalisar melhorias, além de disseminar o conhecimento adquirido tanto nos EUA quanto ao redor do mundo, com estratégias e ferramentas de impacto, mudança, disseminação de conhecimento e sustentação dos aprimoramentos. O IHI se envolve e engaja inúmeras outras organizações de saúde, por meio da Tripla Meta (Figura 10), que se baseia em: 1 - melhorar a experiência da assistência (prestando assistência segura, com efetividade e confiável; 2 - melhorar a saúde de uma população (com enfoque na prevenção e bem-estar, e controle de condições crônicas); 3 - diminuir os custos *per capita*.



Figura 10 - *Triple Aim*.
 Fonte: www.ihl.org.

O *Triple Aim*, representado pelo Triângulo, correlaciona os três elementos, colocando o paciente no centro das atenções, aprimorando assim a assistência. Esse modelo permite a criação de práticas em conjunto, com estratégias inovadoras que vêm sendo desenvolvidas pelo IHI. Persegue a melhor saúde para a população, o melhor tratamento e a redução do custo *per capita* (Bisognano & Kenney, 2015).

Com o advento da publicação pelo *Institute of Medicine* em 1999, do relatório “*To Err Is Human*”- o “Errear é Humano”, que apontava gravíssimos problemas nos cuidados de saúde, especialmente relacionados à segurança, houve uma necessidade urgente de mudanças, levando a pauta à Organização Mundial da Saúde e às políticas de saúde de vários outros países. Com a magnitude dos problemas encontrados, o IHI, por meio de seus líderes e associados, fez do relatório um alicerce para obtenção das mudanças que se faziam necessárias (Bisognano & Kenney, 2015). Muitos modelos de gestão foram então sendo criados, e em 2007 o IHI criou *Triple Aim* - um programa para melhorar a saúde da população, melhorar o tratamento e, ao mesmo tempo reduzir o custo *per capita* (Berwick et al., 2008).

Como dito, a Tripla Meta (*triple aim*) causa mudanças de estratégias, fazendo com que as Organização deixem de olhar apenas para si, e passem a olhar com mais abrangência, além de seus limites estruturais, alcançando comunidades e melhorando a assistência geral. A Tripla Meta é cada vez mais considerada uma estratégia administrativa e essencial para estabilidade da economia nacional (Bisognano & Kenney, 2015).

Buscar o Objetivo Triplo, ou Tripla Meta, considera exercitar o equilíbrio e a atenção à tomada de decisões sobre os gastos em saúde, ou mesmo decidir que tipo de cobertura fornecer e para quem. A equidade deve caminhar junto à ética e à política, e deve ser a mais importante

de todas as decisões de restrições, pois o ganho em saúde em uma subpopulação não deve ser alcançado às custas de outra (Berwick et al., 2008).

O Instituto Picker é uma organização internacional independente, fundada no ano 2000, que trabalha com assistência social e de saúde para melhorar a experiência do paciente. Se dedica a disseminar os princípios do cuidado centrado no paciente e causa impacto importante nessa área, identificando o que é considerado como prioridade na entrega de serviços de qualidade de atendimento, utilizando-se da experiência do paciente para esta identificação. Dá sustentação às medidas de qualidade nos Estados Unidos e Reino Unido, projeta pesquisas, inovações, comissários de saúde, e trabalha com fornecedores individuais, entre outros (Picker, 2019).

O mesmo Instituto Picker verificou, por meio do olhar do paciente, 8 dimensões de cuidados centrados no usuário de saúde. Em se tratando de qualidade, a experiência do paciente está no centro da assistência, com respostas na eficácia clínica e segurança relacionadas com a experiência do usuário. Os princípios são reconhecidos como provedores de qualidade que favorecem às organizações a compreensão das experiências dos pacientes, usuários e funcionários. Estes princípios são os seguintes: respeito pelas preferências e valores dos pacientes; suporte emocional; conforto físico; informação, comunicação e educação; continuidade e transição; coordenação dos cuidados; envolvimento de familiares e amigos; acesso aos cuidados (Picker, 2019).

O *Beryl Institute*, entre inúmeras comunidades, escolas e instituições que se dedicam a pesquisas sobre a experiência do paciente e sua abrangência, destaca-se por seus importantes trabalhos na construção de conceitos para disseminação de novos modelos de atenção à saúde, por meio da experiência humana. Em 2018, o Instituto apresentou um modelo com áreas das organizações de saúde como um ecossistema em lentes de orientação estratégica, de melhoria e excelência (Figura 11).

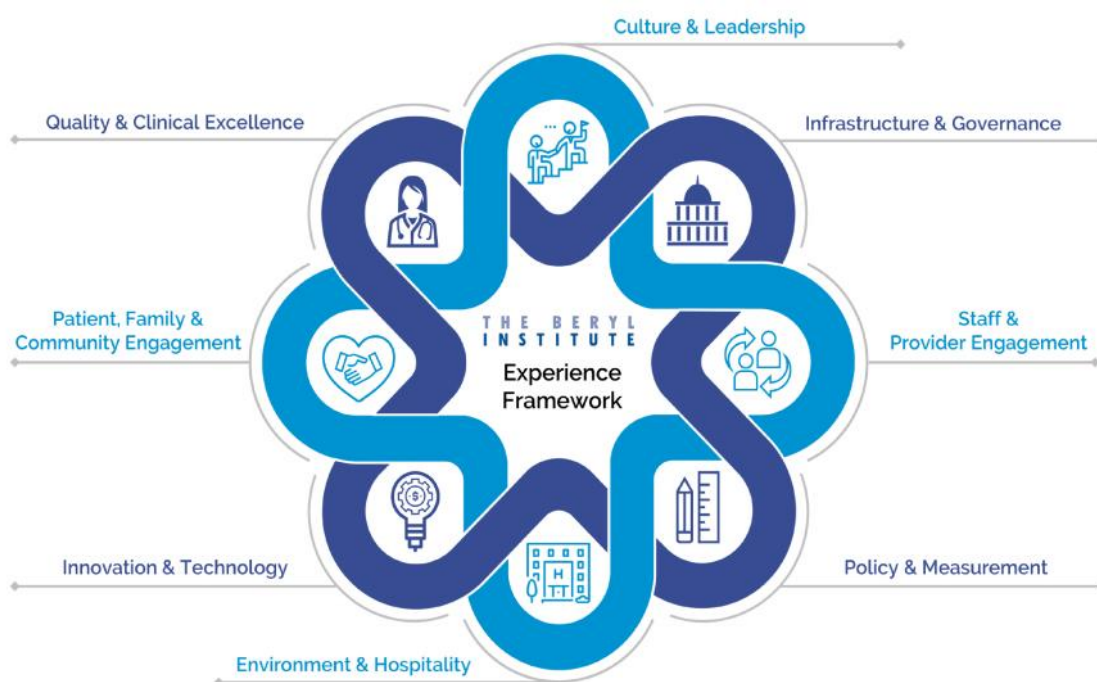


Figura 11 - Ecosistema de Experiência - Melhorando a Experiência do paciente.
 Fonte: *The Beryl Institute* (2020).

Cada aspecto desse Ecosistema está interligado, visando entregar melhores experiências, de modo contínuo. Dentre eles destacam-se: 1 - Qualidade e excelência clínica: onde verifica-se o desfecho do tratamento; 2 - O paciente e família no engajamento do cuidado, otimizando confiança e melhorando resultados; 3 - A inovação e tecnologia que leva confiabilidade ao paciente; 4 - Ambiente e hospitalidade, garantido conforto e segurança; 5 - Políticas e indicadores, métricas, favorecendo melhoria contínua e competitividade; 6 - Engajamento da equipe, que elevam as experiências; 7 - Cultura e liderança, que influenciam diretamente na experiência ofertada; 8 - Infraestrutura e governança corporativa.

No Brasil, Hospitais buscam estratégias para implementar o programa experiência do paciente, e as Instituições colocam em prática as metodologias de trabalho que mais se adequem aos seus resultados e forma de trabalho. De acordo com Correa (2018), as empresas, apesar de apresentarem necessidade de mudança constante, pela competitividade e globalização, deverão reduzir os custos e aumentar as receitas, considerando que eficiência e efetividade deverão estar em uma constante para manutenção do crescimento da produtividade.

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), desde 2017, utiliza o *Triple Aim* como modelo de governança e alinhou, então, a metodologia do “programa acelerador”, de John

Kotter (Figura 12), na implantação de um programa voltado à experiência do paciente (Klajner, 2018).

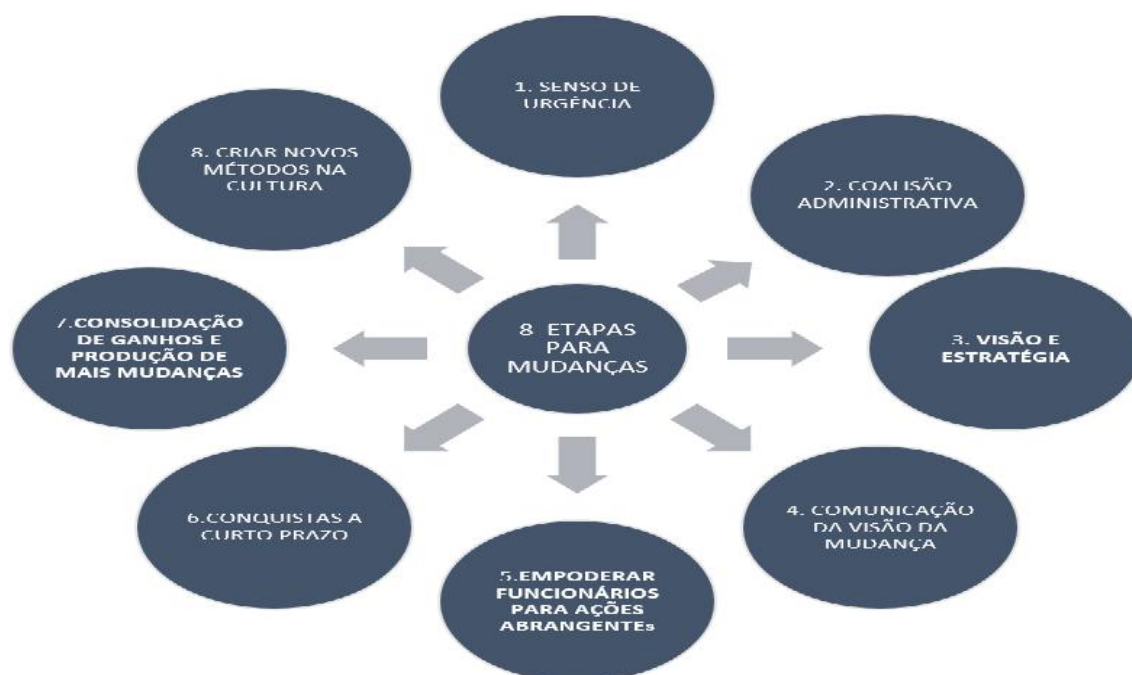


Figura 12 - Etapas do Programa acelerador de John Kotter.
Fonte: Correa (2018).

Klajner (2018), menciona que o programa é caracterizado por uma nova forma de organograma, que coexiste com a convencional, onde prevalece o trabalho em equipe. Os times são compostos por pessoas de vários níveis, dos diversos departamentos, que recebem estratégias e empoderamento sobre gerenciamento das metas, e contribuem nas decisões e nas ações para resolução dos problemas com maior agilidade. É uma estrutura em rede, onde se sai dos trabalhos fragmentados para um trabalho mais efetivo, em conjunto, em que muitas pessoas estão trabalhando sob a orientação de uma única liderança, garantindo o trabalho coordenado, organizado e com o objetivo comum.

No programa citado, as etapas de 1 a 4 contribuem com a flexibilização do processo de começo de mudança, favorecendo um preparo inicial. As etapas 5, 6 e 7 identificam os padrões para empreender o processo. Já a etapa oito é vital para que se possa alcançar as mudanças, é onde se constitui a mudança na cultura da instituição (Correa, 2018). De acordo, Klajner (2018), quando foi implantado o Programa Acelerador, surgiram muitas oportunidades de melhoria que poderiam ser aproveitadas, com base na jornada de cada um dos milhares de pacientes que passavam pelo hospital a cada ano. O programa foi estabelecido mantendo o foco constante na experiência do paciente, constituído por nove eixos, conforme demonstrado na Figura 13.



Figura 13 - Eixos da Experiência do Paciente.
Fonte: Klajner (2018).

Basicamente, os 9 eixos citados se baseiam-se no seguinte: 1 - Engajamento dos Colaboradores: visando constituir no serviço um centro formador de profissionais voltados a proporcionar experiências melhores aos pacientes; 2 - Capacitação e treinamento: com parceria dos recursos humanos; 3 - Engajamento do Paciente: educação para a saúde; 4 - Segurança do Paciente e Transparência: retorno ao cliente retorno sobre a saúde do paciente, contribui com a fidelidade do cliente à instituição; 5 - Eficiência e Fluxo do Paciente: trata da avaliação de tempo de permanência / espera, ocupação aborda itens como tempo de espera, giro de leitos, montante de saída; 6 - Ambiente: acolhimento e ambientes que proporcionem sensação de cura; 7 - Desfecho: protocolos orientados para cada paciente individualmente, mantendo orientações e acompanhamento após a saída do hospital; 8 - Visão do Paciente e Métricas: pesquisas após a alta dos pacientes, medicina diagnóstica ambulatorial pronto atendimento; 9 - Cuidado Centrado na Pessoa: aborda a integralidade do paciente, uma visão holística.

Wolf et al. (2014), apresentaram o resultado de um estudo de *benchmarking*, onde foi identificando o que deveria ser melhorado ou modificado nos sistemas de saúde, além dos desafios para o futuro, com relação à experiência do paciente. No estudo, foram citados os esforços da experiência do paciente, que continuam a amadurecer e permanecem estabelecidos nas organizações de saúde, e comentou-se sobre a necessidade de uma visão integrada da experiência, que deve continuar a ser apoiada e fundamentada no envolvimento de pacientes e familiares.

Considerou-se o fato de que a liderança focada continua sendo o maior suporte da experiência, enquanto a liderança diluída surge como o maior obstáculo. Ainda, ressaltou-se o fato de que a cultura é vital para alcançar esforços positivos de experiência, significando um reconhecimento crescente de que os tipos de Organizações que se constrói na área da saúde são os alicerces da experiência fornecida. Ainda para Wolf et al. (2014), as Organizações de assistência médica estão utilizando o *feedback* da mídia social como uma ferramenta para medir sua melhoria geral na experiência do paciente.

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os conceitos metodológicos relacionados a esta Dissertação, incluindo seu delineamento e classificação, os construtos utilizados para confecção do instrumento de coleta, os procedimentos de coleta de dados, assim como os métodos utilizados para analisar os dados coletados, além dos preceitos éticos relacionados à pesquisa.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando-se da abordagem do *Design Science Resource* na descrição e geração do conhecimento, sendo desenvolvido no Hospital São Luiz Anália Franco (HSLAF), da Rede D'OR, situado na zona leste da cidade de São Paulo - SP.

3.1.1 Classificação da Pesquisa: *Design Science*

Os problemas de difícil solução podem ser identificados nos ambientes organizacionais. Muitos deles acabam ficando sem solução, ou mesmo são resolvidos apenas de forma parcial, pouco efetiva. Nesse ínterim, qualquer pesquisa se disponha a ser realizada de forma prática, deve também buscar se aproximar dos conceitos teóricos que a sustentam, garantindo assim a evolução dos sistemas já disponíveis, o que por sua vez acaba por produzir conhecimento para seus criadores e para outrem (Dresch et al., 2015). Assim, surge a metodologia denominada *Design Science*, cujo objetivo principal é tentar aproximar prática e teoria, sempre na busca de encontrar soluções para as mais distintas problemáticas, considerando tanto a prática quanto também o ponto de vista da academia (Lacerda et al., 2013).

O objetivo central do *Design Science* consiste em criar e entregar conhecimento para aplicação na prática, servindo de ferramenta aplicável ao conceito de *problem solving*, todavia certificando-se de que todo o conhecimento gerado seja apoiado por um método científico controlado rigorosamente (Aken, 2004). A metodologia se destaca por se preocupar com a criação de conhecimento em toda a sua escala, desde a concepção da ideia para solucionar um problema até o momento de sua aplicação com sucesso. Define-se como uma metodologia cujo foco é descrever fatos científicos satisfatoriamente, e não necessariamente explicar minimamente eventos universais ou naturais (Dresch et al., 2015).

Sempre que se deseja realizar um experimento científico, a interpretação adequada dos resultados é um momento de suma importância. Quando se utiliza do *Design Science* a situação não é diferente, visto que, além de garantir que os resultados gerados sejam úteis e práticos,

garante-se também que tais resultados são confiáveis e obtidos dentro de rigorosos métodos científicos (Lacerda et al., 2013).

O conceito de *Design Science* tornou-se popular na década de 1970, especialmente em questões na área de engenharia, passando a ser utilizado à partir de então nas mais distintas áreas do conhecimento (Hevner et al., 2004). Buscando diferenciar o método de outros métodos já existentes até então, na década de 1990, definiu-se que a ciência se dividia em duas modalidades, sendo ela a natural e a artificial. A primeira se propunha a explicar os fenômenos naturais, que naturalmente ocorrem ao redor do globo. Já a segunda possuía como objetivo principal estudar como os referidos fenômenos se complementam ou interagem, bem como detalhes do seu funcionamento (Lacerda et al., 2013). Assim, o *Design Science* estuda processos, modelos econômicos, organizações / instituições, equipamentos, universos classificados como artificiais (Dresch et al., 2015).

O método citado permite, segundo Wieringa (2014), lidar com o conhecimento e as práticas, estes em especial, importantes para as equipes de gestão. Com vistas a entender melhor os conceitos que definem o *Design Science*, foi proposto por Dresch et al. (2015) uma forma de se comparar o *Design Science*, a pesquisa-ação e o estudo de caso, conforme se apresenta no Quadro 4.

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
AÇÕES	Projetar e prescrever	Explorar, descrever, explicar e prever	Explorar, descrever, explicar e prever
Principais atividades	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, métodos, instanciações) 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
Avaliação dos resultados	Aplicações, simulações, experimentos	Confronto com a teoria	Confronto com a teoria
Abordagem	Qualitativa e/ou quantitativa	Qualitativa	Qualitativa
Especificidade	Generalizável a uma determinada classe de problemas	Situação específica	Situação específica

Quadro 4 - Comparação entre os métodos de pesquisa-ação, estudo de caso e *Design Science*.
 Fonte: Adaptado de Dresch, Lacerda e Antunes Júnior (2015).

No Quadro 4 é possível observar as diferenças entre os métodos, embora ambos possuam objetivos distintos. O *Design Science* possui foco na solução de problemas práticos do ambiente corporativo, diferentemente dos outros dois métodos apresentados, cujo foco é a solução de problemáticas muitas vezes baseadas em hipóteses. O resultado do *Design Science* leva a produção de elementos de gestão que podem ser efetivamente aplicados para solucionar problemas reais do cotidiano das organizações. A Figura 14 apresenta um esboço resumido da proposta do método *Design Science*. Em relação à pesquisa aqui proposta, pretende-se aplicar o *Design Science Research*, visto que este identifica um problema e propõe alternativas para sua solução (Gregor & Hevner, 2013), além de gerar conhecimento que poderá ser utilizado por outras Organizações (Peffer et al., 2007).

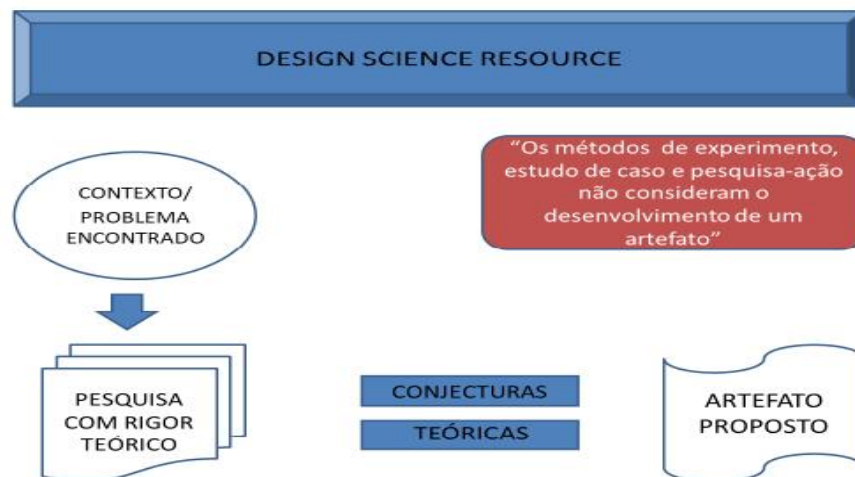


Figura 14 - Esboço resumido da proposta do método *Design Science*.
Fonte: Elaborado pela autora.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital São Luiz Anália Franco, Rede D'Or, um hospital geral privado, de grande porte, localizado na zona leste da cidade de São Paulo - SP. Como dito, a Instituição foi inaugurada em 2008, com infraestrutura de ponta e arquitetura moderna, trazendo qualidade de serviços e *expertise* na área de saúde. Em 2010, passou a fazer parte de uma rede de hospitais, considerada o maior grupo de hospitais privados do país, que possui mais de 40 hospitais próprios distribuídos em todo o território nacional.

A Instituição tem como “missão”, “prestar atendimento médico-hospitalar de alto padrão, promovendo a segurança dos pacientes, familiares, médicos e colaboradores, por meio da qualidade assistencial de alta *performance*, infraestrutura adequada e eficiência operacional”. E como “visão”, “ser reconhecida pela sociedade como referência em prestação de serviços médico-hospitalares, por meio da gestão eficiente de processos, segurança e qualidade assistencial”. Seus “valores” são pautados em segurança, credibilidade, integridade, humanização, respeito e desenvolvimento.

Possui aproximadamente 20.000 médicos cadastrados, e em torno de 2.000 colaboradores, entre registrados com base na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assim como em regime de cooperativa. O hospital conta com profissionais atuando em equipes multidisciplinares, divididas em diversos campos de atuação, como medicina, enfermagem, recepção, portaria, e prestadores de serviços de empresas terceirizadas, exercendo suas funções relacionadas à higiene e limpeza no departamento de hotelaria, e área administrativa.

O Hospital oferece serviços de Hospital Geral, Maternidade, Pronto Socorro e Diagnóstico. O atendimento é do tipo “porta aberta”, com um total de 306 leitos, entre apartamentos e Unidades de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal. Os centros cirúrgico e obstétrico contam com 27 salas. Conta com profissionais atuando em equipes multidisciplinares, divididas em diversos campos de atuação, como medicina, enfermagem, recepção, portaria, e prestadores de serviços de empresas terceirizadas, exercendo suas funções relacionadas à higiene e limpeza no departamento de hotelaria, e área administrativa.

O perfil dos pacientes, em sua maioria, é clínico (mais de 70%). O Hospital oferece serviços em todas as especialidades médicas, sendo elas cardiologia, neurologia, oncologia, endocrinologia, reumatologia, pneumologia, geriatria, pediatria e ginecologia, além das especialidades cirúrgicas, como cirurgia do aparelho digestivo e metabólica, urologia, ortopedia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, mastologia, ginecologia, cirurgia infantil, cirurgia cardíaca, cirurgia torácica e cirurgia buco maxilo facial. Conta com uma área construída de aproximadamente de 46 mil metros quadrados, com 12 andares. Oferece serviços de Hospital Geral, Maternidade, Pronto Socorro e Diagnóstico. O atendimento é do tipo “porta aberta”, com um total de 306 leitos, entre apartamentos e Unidades de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal. O centro cirúrgico e o centro obstétrico contam com 27 salas.

O Pronto Socorro Adulto possui três coordenadores médicos e um supervisor de enfermagem. O coordenador da área Administração responde junto aos supervisores pelos *concierges*, recepção, SAC e ouvidoria. A Unidade de Internação é de responsabilidade do supervisor do mesmo setor, assim como a Unidade de Terapia Intensiva tem seus próprios supervisores. O tempo de Internação do paciente é variável, com mínimo de 24 horas, até o tempo de permanência necessário, de acordo com o diagnóstico e tratamento, o que inclui a investigação com especialidades médicas, exames de imagem e exames de sangue e até possíveis procedimentos cirúrgicos.

3.2.1 Certificações de Qualidade

A Instituição conta com diversas certificações de qualidade. Em relação às avaliações de qualidade externas, o Hospital, em 2010 foi certificado pelo *Accreditation Canada International*, no Processo de Acreditação Internacional, metodologia *Qmentum*, selo Diamante, que orienta e monitora os padrões de alta *performance* em qualidade e segurança da

saúde. Conta também com as certificações ONA-1 (2010), ONA – Pleno (2012), ONA – Excelência (2013), *Qmentum* Diamante (2015), e *Qmentum* Diamante – Recertificação (2018).

O Hospital possui práticas coordenadas, implementadas para melhorar a segurança do paciente e minimizar os riscos, abrangendo os processos relacionados à Cultura de Segurança, Comunicação, Uso de Medicamentos, Ambiente de Trabalho, Prevenção e Controle de Infecção, Avaliação de Risco e Protocolos de Segurança, onde, a cada ano, são realizados treinamentos presenciais para todos os colaboradores, que são testados sobre o conhecimento adquirido logo após os treinamentos.

Em relação às avaliações de qualidade externas, o Hospital, em 2010 foi certificado pelo *Accreditation Canada International*, no Processo de Acreditação Internacional, metodologia *Qmentum*, selo Diamante, que orienta e monitora os padrões de alta *performance* em qualidade e segurança da saúde. Conta também com as certificações ONA-1 (2010), ONA – Pleno (2012), ONA – Excelência (2013), *Qmentum* Diamante (2015), e *Qmentum* Diamante – Recertificação (2018).

O Hospital possui práticas coordenadas, implementadas para melhorar a segurança do paciente e minimizar os riscos, abrangendo os processos relacionados à Cultura de Segurança, Comunicação, Uso de Medicamentos, Ambiente de Trabalho, Prevenção e Controle de Infecção, Avaliação de Risco e Protocolos de Segurança, onde, a cada ano, são realizados treinamentos presenciais para todos os colaboradores, que são testados sobre o conhecimento adquirido logo após os treinamentos.

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados: 1 - o instrumento de avaliação da satisfação e da experiência do paciente (questionário HCAHPS), 2 – o *Net Promoter Score* (NPS); 3 – o instrumento de pesquisa elaborado para avaliar a opinião dos gestores sobre a experiência do paciente, elaborado pela pesquisadora.

Desde 2016, a Instituição estudada, utiliza indicadores de desempenho para avaliação da Experiência do Paciente, tais como: 1 – Pesquisa HCAHPS: um conjunto de 25 perguntas direcionadas apenas a pacientes internados, cujo objetivo é medir a experiência geral que o paciente experimentou durante sua estadia; 2 – NPS (*Net Promoter Score*) ou Índice de Fidelização: trata-se de uma única pergunta, sendo ela “Qual a probabilidade do cliente nos recomendar a Instituição aos seus amigos e familiares?”, objetivando medir a lealdade do paciente a empresa. A autora realizou a coleta de dados da pesquisa de satisfação HCAHPS e

NPS referente ao setor de Internação, que corresponde à Unidade de terapia Intensiva e Unidade de Internação Adulto. O último período de coleta foi de 12 meses, de agosto de 2019 a agosto de 2020, utilizando-se a plataforma de pesquisa utilizada pela Instituição, que é o Hfocus, reportado nesta pesquisa com a finalidade de apresentação aos gestores.

Entretanto, a proposta central do estudo foi avaliar o nível de conhecimento dos gestores que tem contato direto ou indireto com os pacientes e familiares, sobre o conceito de experiência do paciente, assim como a possível propositura de um artefato gerencial. Para tanto, aplicou-se também um questionário para os mesmos gestores, utilizando-se na sua construção a revisão bibliográfica apresentada na seção de Referencial Teórico desta Dissertação, com base em uma busca de trabalhos com as palavras-chave “experiência do paciente”, “cultura organizacional” e “qualidade percebida”, nos idiomas português, espanhol e inglês. As estratégias de busca foram inseridas no *software Publish or Perish*, que seleciona os artigos com base no seu índice h, um índice de qualidade de trabalhos acadêmicos, que por sua vez se baseia no número de citações recebidas por cada obra (Ferraz, 2016; Harzing, 2019).

Foi utilizada a base de dados *Web of Science*, onde alguns periódicos publicados no período de 2014 a 2019 foram selecionados manualmente, além de alguns livros clássicos da área. Ainda quanto à construção do questionário (Anexo 1), foi realizada a leitura dos resumos dos artigos selecionados para revisão, com foco nos conceitos, métodos e resultados obtidos nos programas de experiência do paciente.

Os questionários foram entregues pessoalmente pela autora, junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), que por sua vez permaneceu junto ao respondente durante o preenchimento do questionário, com o intuito de esclarecer possíveis dúvidas). Esta pesquisa foi autorizada pelo Hospital Rede D’OR Hospital São Luiz Anália Franco (Anexo 3), e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Nove de Julho segundo parecer consubstanciado nº 4.023.411 de 12 de maio de 2020 (Anexo 4).

3.3.1 Seleção da amostra

Para as entrevistas, foram selecionados junto à Diretoria da Instituição os 15 gestores que atenderam aos critérios de inclusão. Estes critérios observaram se o gestor possuía, no mínimo, cargo de supervisor, com tempo na função acima de 6 meses, tendo atuado de forma assistencial ou administrativa, e que tenham participação na jornada de internação dos pacientes, influenciando ou tendo contato com pacientes e ou familiares de forma parcial ou no contínuo de atendimento. A amostra foi definida como sendo de conveniência.

O Quadro 5 traz a caracterização dos gestores entrevistados na presente pesquisa, assim como o tempo de exercício da função no Serviço. O número do gestor está relacionado apenas à numeração de cada questionário impresso. Em relação ao tempo de exercício da função, este variou de 48 meses (Supervisor do SCIH) a 312 meses (Coordenador Administrativo), com uma média de 101 ± 87 meses.

NÚMERO DO GESTOR	CARGO E ÁREA DE FORMAÇÃO	TEMPO NA FUNÇÃO (EM MESES)
G1	Supervisor SCIH (enfermeiro)	48
G2	Coordenador (administração)	312
G3	Supervisor administrativo	11
G4	Supervisor de PA (enfermeiro)	36
G5	Supervisor UTI (enfermeiro)	24
G6	Supervisor de nutrição	144
G7	Supervisão de hotelaria	132
G8	Coordenador SCIH (médico)	240
G9	Coordenador UTI cardiológica (médico)	12
G10	Supervisor SADT (enfermeiro)	120
G11	Gestor PS (médico)	144
G12	Supervisor (administrador)	108
G13	Supervisor Unidade de Internação enfermagem	24
G14	Supervisão Qualidade	42
G15	Supervisão da Limpeza	120

Quadro 5 – Perfil dos gestores.

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 6 demonstra os resultados da “Jornada do Paciente”, onde constam a área, a abrangência, o ponto de contato e a frequência com a qual a área é percorrida pelo paciente durante sua permanência no Serviço.

ÁREA	ABRANGÊNCIA	PONTO DE CONTATO	FREQUÊNCIA
SCIH-SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR CAPACITAÇÃO	ROTINAS E PROCESSOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR TODA A INSTITUIÇÃO PROCESSOS DE TRABALHO ESTRUTURA COLABORADORES	CONTÍNUO DE ATENDIMENTO NA INSTITUIÇÃO
ADMINISTRAÇÃO	GESTÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS CANAIS DE ATENDIMENTO AO CLIENTE ESTRUTURA	ROTINAS PRIMEIROS CONTATOS COM O CLIENTE OUVIDORIA-SAC, PESQUISAS DE SATISFAÇÃO RESOLUÇÃO DE DEMANDAS ADMINISTRATIVAS ESTRUTURA COLABORADORES	CONTÍNUO DE ATENDIMENTO E SOB DEMANDA DE SOLICITAÇÕES
PRONTO ATENDIMENTO	GESTÃO DA ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO ADULTO ESTRUTURA	ROTINAS PRIMEIRO CONTATO COM A EQUIPE DE SAÚDE PROCESSOS DE TRABALHO E COLABORADORES	SOB DEMANDA DE SOLICITAÇÕES E CONTÍNUO DE ATENDIMENTO
PRONTO ATENDIMENTO ADULTO	GESTÃO MÉDICA DE PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR PRIMEIROS CONTATOS COM O PACIENTE ESTRUTURA	ROTINAS PRIMEIRO CONTATO COM A EQUIPE DE SAÚDE PROCESSOS DE TRABALHO E ESTRUTURA COLABORADORES	CONTATO DIRETO CONTÍNUO DE ATENDIMENTO SOB A DEMANDA DE SOLICITAÇÕES
DE HIGIENE HOSPITALAR	GESTÃO DA HIGIENE E LIMPEZA	ROTINAS PROCESSOS DE TRABALHO ESTRUTURA COLABORADORES DA ÁREA	CONTÍNUO DE ATENDIMENTO E SOB DEMANDA DE SOLICITAÇÕES
NUTRIÇÃO	GESTÃO DA NUTRIÇÃO HOSPITALAR ESTRUTURA/ TECNOLOGIA	ROTINAS PROCESSOS DE TRABALHO COLABORADORES DA ÁREA	CONTÍNUO DE ATENDIMENTOS E SOB DEMANDA DE SOLICITAÇÕES
HOTELARIA	GESTÃO DA HOTELARIA ESTRUTURA/ TECNOLOGIA	ATENDIMENTO A DEMANDA DOS CLIENTES PROCESSOS DA ÁREA DE CONCIERGES COLABORADORES DA ÁREA	CONTÍNUO DE ATENDIMENTO E SOB DEMANDA DE SOLICITAÇÕES
	CONCIERGES ESTRUTURA/ TECNOLOGIA		
UNIDADE DE INTERNAÇÃO	GESTÃO DA ENFERMAGEM CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE ESTRUTURA/ TECNOLOGIA	ROTINAS E PROCESSOS DE TRABALHO ESTRUTURA COLABORADORES DA ASSISTÊNCIA	CONTÍNUO DE ATENDIMENTO SOB A DEMANDA DE SOLICITAÇÕES

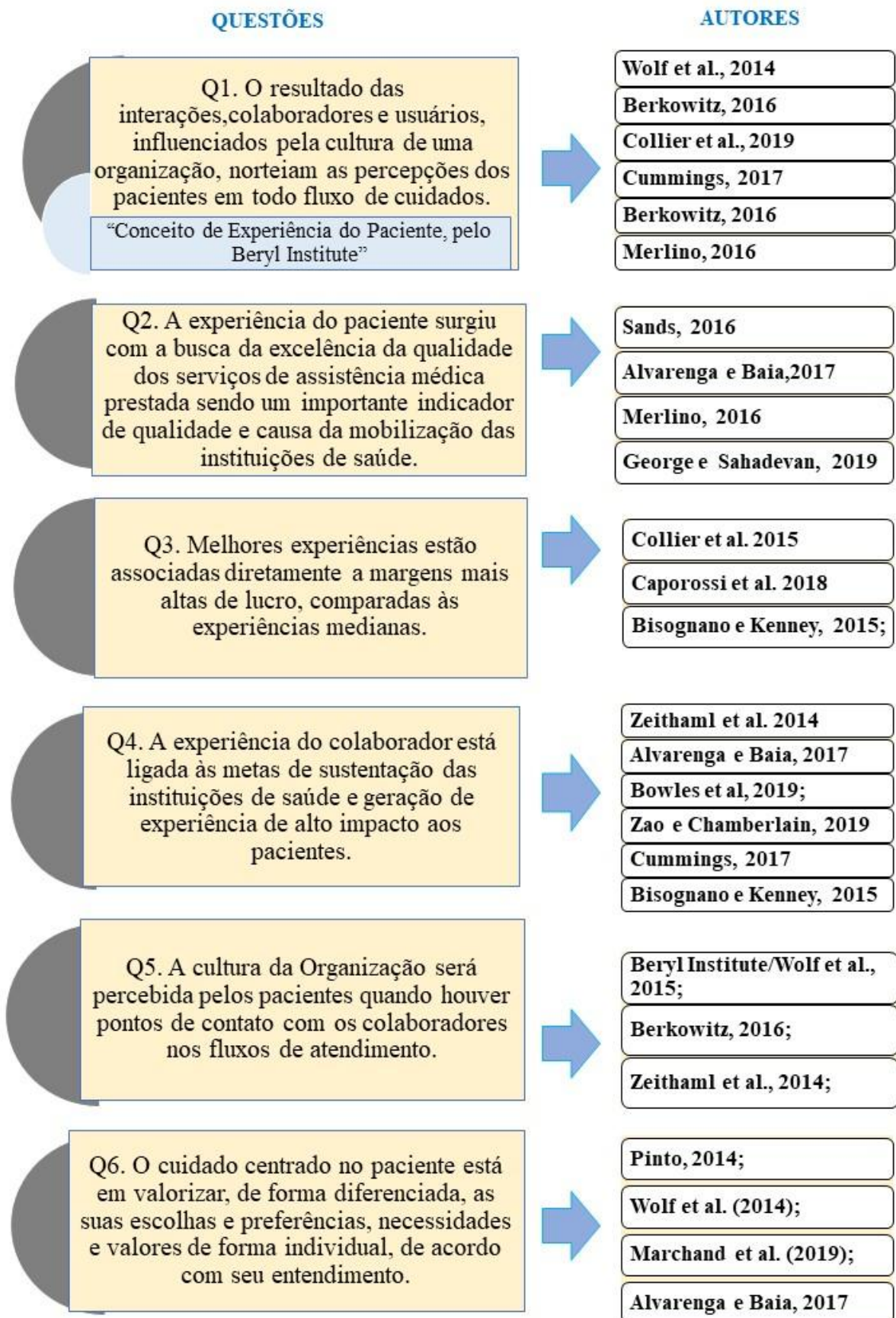
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO (SADT)	GESTÃO DO SADT QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE ESTRUTURA/ TECNOLOGIA	PROCESSOS RELACIONADOS A AGENDAMENTO E REALIZAÇÃO DE EXAMES COLABORADORES DA ÁREA	CONTÍNUO DE ATENDIMENTO SOB A DEMANDA DE SOLICITAÇÕES
QUALIDADE HOSPITALAR	GESTÃO DA QUALIDADE SEGURANÇA DO PACIENTE	ROTINAS E PROCESSOS RELACIONADOS A QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COLABORADORES	NO CONTÍNUO DE ATENDIMENTO
ENFERMAGEM UTI ADULTO	GESTÃO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SEGURANÇA DO PACIENTE ESTRUTURA/ TECNOLOGIA	ROTINAS E PROCESSOS RELACIONADOS AO SETOR COLABORADORES DA ASSISTÊNCIA	CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA E SOB DEMANDA DE SOLICITAÇÕES
ÁREA MÉDICA UTI CARDIOLÓGICA	GESTÃO DE PROCESSOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COLABORADORES MÉDICOS ESTRUTURA/ TECNOLOGIA	ROTINAS DA UNIDADE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MÉDICO COLABORADORES MÉDICOS E DE ENFERMAGEM	CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA E SOB DEMANDA DE SOLICITAÇÕES

Quadro 6 - Jornada do Paciente

Fonte: Banco de dados do Hospital São Luiz Anália Franco.

O questionário (Anexo 1, Figura 15), constituído por 19 questões, foi dimensionado pela escala *Likert*, onde a marcação do número 1 demonstra que o participante discorda totalmente, e a marcação do número 5 demonstra que o participante concorda totalmente com a afirmação presente no questionário. A escala *Likert* é comumente utilizada em pesquisas que utilizam dados primários e secundários onde se busca medir a atitude do respondente, perguntando na medida em que eles concordam ou discordam de uma questão específica (Awang et al., 2016).

Foram adotados cinco níveis de concordância para se formular a escala. Cada um dos níveis recebeu uma pontuação que foi utilizada posteriormente para análise dos dados. Denota-se o equilíbrio entre o número de respostas positivas e o número de respostas negativas, apresentando-se dentre elas o nível neutro.



QUESTÕES	AUTORES
Q7. Os pacientes fazem julgamentos de acordo com sua individualidade, relacionando o que fazemos com o que consideram importante.	Berkowitz (2016) Min et al., 2019; Wolf et al. (2014);
Q8. Não há como considerar as diferenças de expectativas individuais na atenção centrada no paciente. Negativa	Wolf et al. (2014); Guller, 2017; Marchand et al.(2019); Merlino, 2016
Q9. A visão integrada da experiência é apoiada no envolvimento de pacientes e familiares.	Agrelli et al., 2016; Harfield et al., 2020; Caporossi et al. (2018); Merlino, 2016
Q10. O cuidado centrado no paciente provoca alto impacto no fluxo da atenção assistencial, gerando maior custo, dificultando a gestão dos processos. Negativa	Rathert, williams e linhart (2018); Cummings, 2017; Min et al., 2019; Merlino, 2016.
Q11. Um sistema de avaliação da experiência do paciente em hospitais pode utilizar-se dos resultados em uma política de meritocracia.	Bleich et al., 2009 HFocus, 2020 CMS, 2020 (HCAHPS) Alvarenga, 2015.
Q12. Envolver a família e paciente no tratamento e tomada de decisões do paciente, contribuem para melhora clínica.	Marchand et al. 2019 Caporossi et al,2018 Merlino,2016 Instituto Picker, 2015; Guller, 2017
Q13. O envolvimento dos colaboradores nos processos decisórios também colabora para a cultura da assistência centrada no paciente e repercute na experiência do paciente.	Agreli Peduzi e Silva, 2016 Wolf et al., 2014 Zeithaml et al.,2014 Min et al., 2019 Marchand et al., 2019

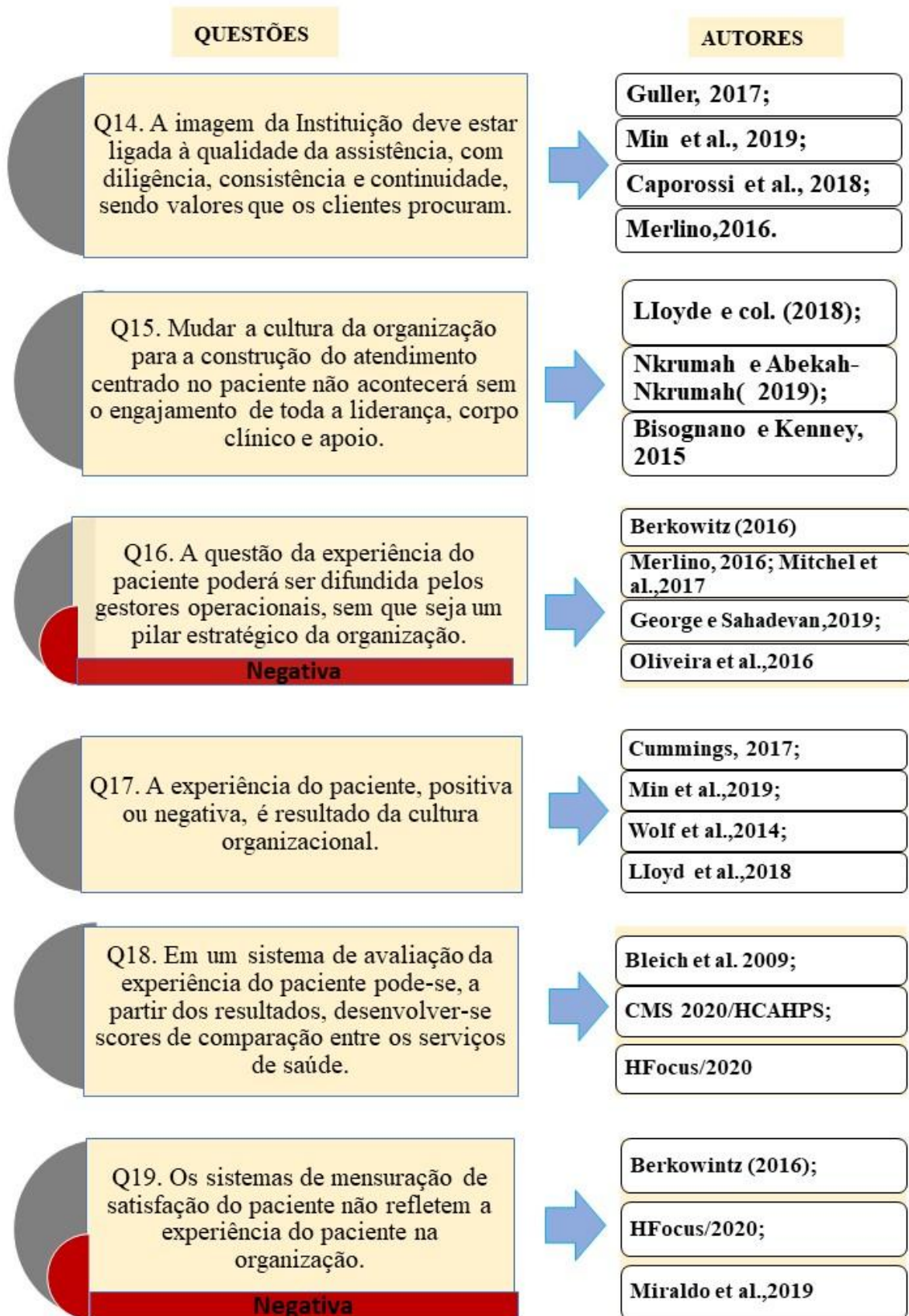


Figura 15 – Relação entre as questões da entrevista e os construtos da pesquisa.
Fonte: Elaborado pela autora.

3.3.2 Apresentação dos respondentes e suas atribuições no HSLAF

Os gestores atuantes na SCIH são um médico e uma enfermeira, que por sua vez exercem as funções de coordenação e supervisão, respectivamente. Ambos os profissionais, atuantes no Núcleo de Segurança do Paciente, são responsáveis pela formulação de políticas internas e implantação de processos e rotinas, como por exemplo, de controle de infecção hospitalar, diretamente relacionados aos pacientes internados. Por meio de políticas de controle de infecção hospitalar, são instituídos rotinas e treinamentos para toda a equipe multiprofissional, e este fato apresenta participação ativa em todos os pontos de contato. Ainda, o coordenador médico faz a avaliação de todos os pacientes internados e que estão em tratamento contra infecções diversas. Cabe aqui ressaltar que as políticas internas da SCIH estão presentes em todos os serviços prestados pelo Hospital.

O setor de administração estudado, que é composto por um coordenador e dois supervisores, participa fortemente da jornada do cliente, desde o primeiro contato, durante sua permanência no Hospital, e após a sua alta. Estes profissionais são responsáveis por todo o serviço de atendimento ao cliente, desde a recepção, Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), ouvidoria e *concierges*. Participam também dos processos relacionados ao contínuo de atendimento ao paciente, assim como em outras demandas e solicitações.

O supervisor de enfermagem do PA é responsável por toda a gestão dos processos relacionados ao setor, pelo serviço de enfermagem e atendimento de urgência e emergência, sendo parte integrante de todos os pontos de contato com o paciente, incluindo o primeiro contato com a equipe multiprofissional, além dos processos do contínuo de atendimento ao paciente.

O coordenador médico do PA faz a gestão médica da urgência e emergência, também participando dos primeiros contatos do paciente com os médicos. Ainda, é responsável pela formulação e gestão das políticas internas do setor, e participa nos processos do contínuo de atendimento ao paciente enquanto este se encontra no setor de Pronto Atendimento.

Por sua vez, o supervisor de enfermagem da UTI é responsável por toda a gestão dos processos relacionados ao setor, ao serviço de enfermagem, monitoramento de pacientes graves e atendimento de urgência e emergência, sendo parte integrante de todos os pontos de contato com o paciente, assim como no contínuo do seu atendimento. A UTI cresceu em número de leitos, no último ano, com o acréscimo de 48 leitos.

Já o supervisor de nutrição, é responsável pela gestão do serviço de nutrição clínica, participando fortemente na qualidade percebida pelos clientes. Atende também aos clientes

internos, na gestão do restaurante da empresa, que serve aos colaboradores que exercem suas funções em horário comercial.

O supervisor de hotelaria é responsável pela gestão do referido setor, e deve comandar a implantação de processos e rotinas, além de controlar todo o enxoval que o paciente faz uso. Por fim, é responsável também pela gestão dos processos relacionados ao setor.

O coordenador a UTI cardiológica, um profissional médico, faz a gestão médica da urgência e emergência da especialidade, também participando dos pontos de contato, assim como dos processos do contínuo atendimento ao paciente, sendo ainda responsável pela formulação e gestão das políticas internas do setor.

Quanto ao Supervisor SADT, um enfermeiro, trata-se de um profissional responsável pela gestão da área de diagnóstico, assim como pela agenda dos exames, supervisão e atendimento direto ao paciente por meio dos colaboradores. Também cuida pessoalmente do paciente nas orientações e consentimentos informados de exames diagnósticos. Ainda, responde sobre a demanda de solicitações.

O supervisor de enfermagem da Unidade de internação é responsável por toda a gestão dos processos relacionados ao setor, ao serviço de enfermagem e atendimento às internações clínicas, sendo parte integrante de todos os pontos de contato com o paciente, incluindo os processos do contínuo de atendimento, a depender da demanda de solicitações.

Por sua vez, o supervisor do setor de qualidade, que é uma enfermeira, é responsável pela gestão da qualidade hospitalar, participando ativamente das avaliações da qualidade e modelagem dos processos, matriz de priorização dos processos, controle de indicadores, entre outras funções pertinentes ao setor. Participa de todos os pontos de contato com os pacientes, por meio de das políticas, processos e melhorias contínuas, além de permear todo o atendimento.

Por fim, o responsável pela limpeza do Hospital, deve formular políticas e rotinas para os colaboradores do setor, que atendem diretamente aos pacientes nas suas rotinas diárias, estando presentes em todos os pontos de contato, no contínuo de atendimento, e sob demanda de solicitações.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

3.4.1 Questionário HCAHPS

O questionário HCAHPS é um instrumento com 25 perguntas, direcionadas apenas a pacientes internados, cujo objetivo é medir a experiência geral que o paciente experimentou durante sua estada na Instituição. O instrumento, apresentado pormenorizadamente na seção de Referencial Teórico, foi utilizado para avaliar: 1 – a comunicação com a equipe de enfermagem; 2 - a comunicação médica; 3 - o tempo de resposta; 4 - o controle da dor; 5 - as orientações sobre medicação, limpeza e ruídos; 6 - as informações pós-alta. Foi avaliada a “Nota Geral” durante o período de doze meses.

3.4.2 NPS

O NPS, ou Índice de Fidelização, também avaliado trata-se de uma nota dada a única pergunta, já apresentada, que busca avaliar a probabilidade de o cliente recomendar a Instituição aos seus amigos e familiares, e que por sua vez objetiva mensurar a lealdade do paciente a empresa.

3.4.3 Questionário elaborado pela autora

Já o terceiro instrumento de pesquisa, foi construído para coletar a opinião apenas dos gestores sobre a experiência do paciente. Conforme descrito, na sua construção, foi realizada uma revisão da literatura, apresentada na seção de Referencial Teórico desta Dissertação, e que tomou por base uma busca de trabalhos que utilizou as palavras-chave “experiência do paciente”, “cultura organizacional” e “qualidade percebida”, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram selecionados trabalhos acadêmicos com base no número de citações recebidas por cada obra (Ferraz, 2016; Harzing, 2019). Também foram utilizadas a base de dados *Web of Science*, além de alguns periódicos selecionados manualmente, publicados no período entre os anos de 2014 a 2019, além de alguns livros clássicos da área.

Ainda, quanto ao questionário (Anexo 1), foi realizada a leitura dos resumos dos artigos selecionados para revisão, com foco nos conceitos, métodos e resultados obtidos nos programas de experiência do paciente.

A escala *Likert* é comumente utilizada em pesquisas que utilizam dados primários e secundários, onde se busca medir a atitude do respondente, perguntando na medida em que eles concordam ou discordam de uma questão específica (Awang et al., 2016). Antes da coleta de

dados, o instrumento foi submetido a um pré-teste com 5 gestores, que aprovaram o seu conteúdo. As respostas aos questionários foram apresentadas com a utilização de estatística descritiva, contemplando a frequência absoluta das respostas para cada questão, assim como a frequência relativa ao tamanho total da amostra.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Esta seção apresenta os resultados obtidos com os resultados dos três instrumentos de coleta propostos na seção de Método, que são o questionário elaborado pela autora, especialmente para a presente Dissertação, além do HCAHPS e do NPS sendo que, estes dois últimos foram coletados os resultados das pesquisas mensais durante 12 meses.

4.1 AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS GESTORES

4.1.1 Resposta dos gestores ao instrumento de coleta

O instrumento desenvolvido pela autora avaliou a percepção do conceito de experiência do paciente junto aos gestores da Instituição pesquisada, que tinham contato com pacientes e familiares nos pontos de contato da Jornada de internação do paciente. Ressalta-se que o referido questionário foi desenvolvido com base nos constructos Experiência do Paciente, Qualidade Percebida e Cultura Organizacional, apresentados na seção de Referencial Teórico desta Dissertação. O Quadro 8 apresenta os dados de dispersão das respostas dadas no questionário aplicado aos 15 gestores do Hospital São Luiz Anália Franco.

HCAPS - DIMENSÕES	ÁREA DE GESTÃO
Comunicação da enfermagem foi 'sempre' boa	SCIH: supervisão e coordenação -áreas Médica e Enfermagem Administração: - coordenação e supervisão Pronto Atendimento: coordenação e supervisão – Médica e Enfermagem Serviço de higiene hospitalar: supervisão Serviço de nutrição hospitalar: supervisão Serviço de hotelaria hospitalar: supervisão Unidade de Internação: supervisão Enfermagem SADT: supervisão - Enfermagem Qualidade: supervisão - Enfermagem UTI cardiológica: coordenação e supervisão - Médica e Enfermagem
Comunicação do corpo médico foi 'sempre' boa	
Tempo de resposta foi 'sempre' bom	
A dor foi 'sempre' controlada	
Orientação antes de medicação foi 'sempre' feita	
Quarto e sanitários estiveram 'sempre' limpos	
Área próxima ao quarto esteve 'sempre' silenciosa	
Informações sobre pós-alta foram recebidas (% de Sim)	
Concordo totalmente' que sabia do tratamento ao sair do hospital	
Pacientes que deram nota 9 ou 10 ao hospital	
Pacientes que recomendariam o hospital 'definitivamente sim'	

Quadro 7 - Domínios Questionário HCAHPS e Áreas de Gestão atuantes.
 Fonte: Elaborado pela autora

4.1.2 Análise das respostas a cada uma das 15 questões afirmativas positivas

As Figuras 16 a 30 apresentam os resultados relacionados ao número de respostas para cada uma das 15 questões existentes no instrumento de coleta de dados, considerando apenas as questões onde se esperava respostas positivas.

Na Figura 16 (Q1), temos o resultado das interações entre colaboradores e usuários, influenciados pela cultura de uma organização, que por sua vez norteiam as percepções dos pacientes em todo fluxo de cuidados. Observa-se que 80% dos gestores concordaram totalmente com a afirmativa existente na questão, que se refere ao conceito de Experiência do Paciente pelo *Beryl Institute*. Ainda, 20% dos gestores (3 no total) concordaram parcialmente com a afirmação.

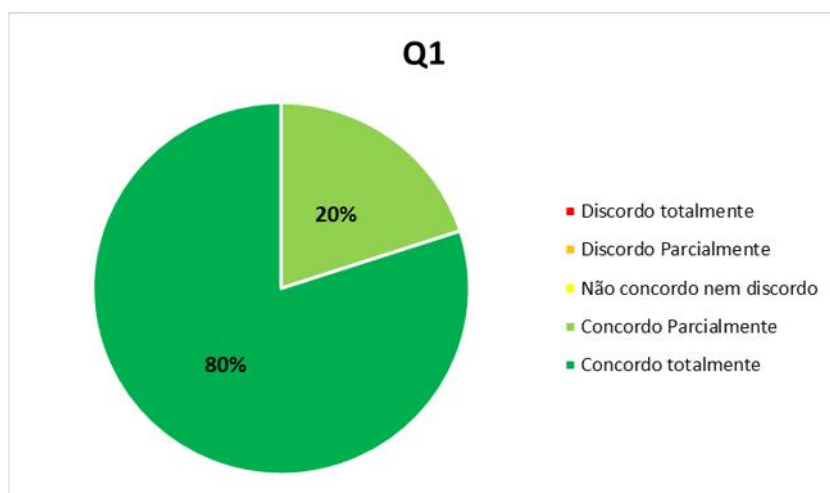


Figura 16 - Resultado das interações entre colaboradores e usuários, influenciados pela cultura de uma organização. Fonte: Elaborado pela autora

Na Figura 17 (Q2), pode-se perceber que a experiência do paciente surgiu com a busca da excelência da qualidade dos serviços de assistência médica prestada, sendo um importante indicador de qualidade e causa da mobilização das instituições de saúde. Na Figura, verificou-se que a porcentagem concordância total com a questão foi de 80%. Apenas 7% dos gestores discordaram parcialmente, e 13% concordaram parcialmente com relação a referida questão.

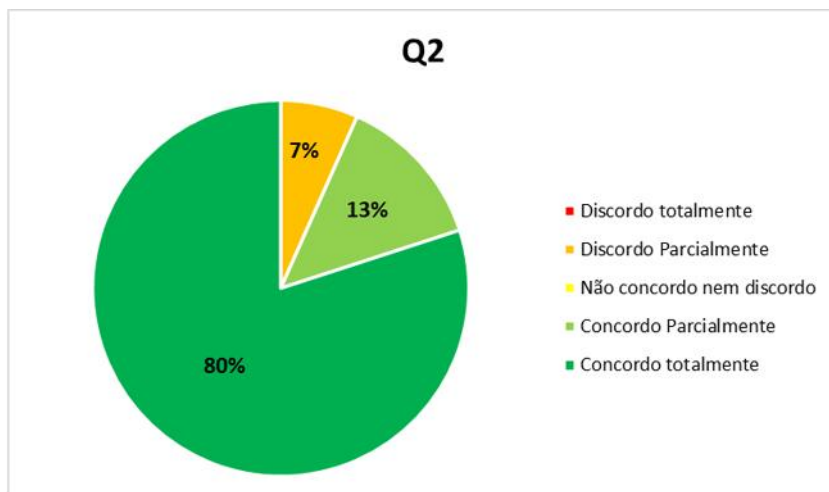


Figura 17 – Experiência do paciente.
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 18 (Q3), demonstra que melhores experiências estão associadas diretamente a margens mais altas de lucro se comparadas às experiências medianas. Verifica-se uma variação sobre as respostas, sendo que apenas 13% dos entrevistados concordam totalmente com a afirmativa, seguidos de 20% que concordam parcialmente, 27% que se mantiveram na neutralidade, não concordando nem discordando, 20% que discordaram parcialmente, e 20% discordaram totalmente com a afirmativa.

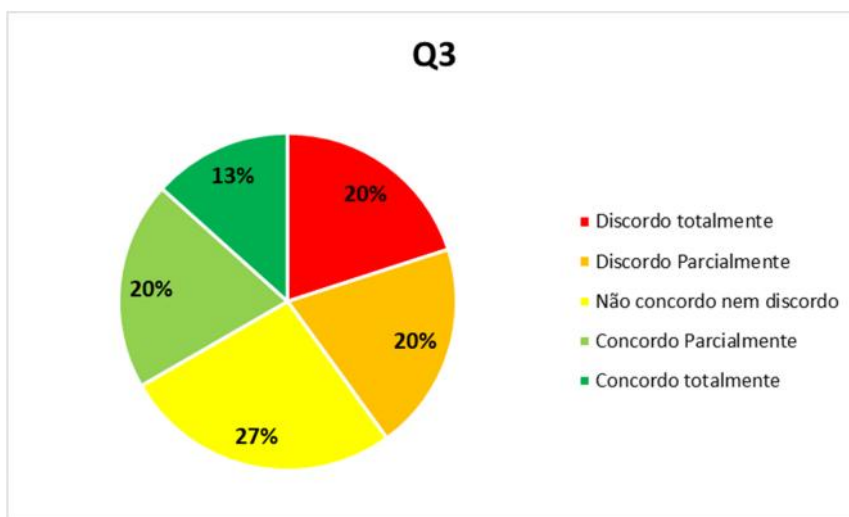


Figura 18 – Experiência do paciente e associação com o lucro da Organização.
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 19 (Q4) mostra se a experiência do colaborador está ligada às metas de sustentação das instituições de saúde, além da geração de experiência de alto impacto nos pacientes. Pode-se verificar que menos da metade dos gestores consideraram como verdadeira a afirmativa, com concordância total de apenas 27%. Ainda 33% não concordaram nem discordaram, e 7% discordaram parcialmente.

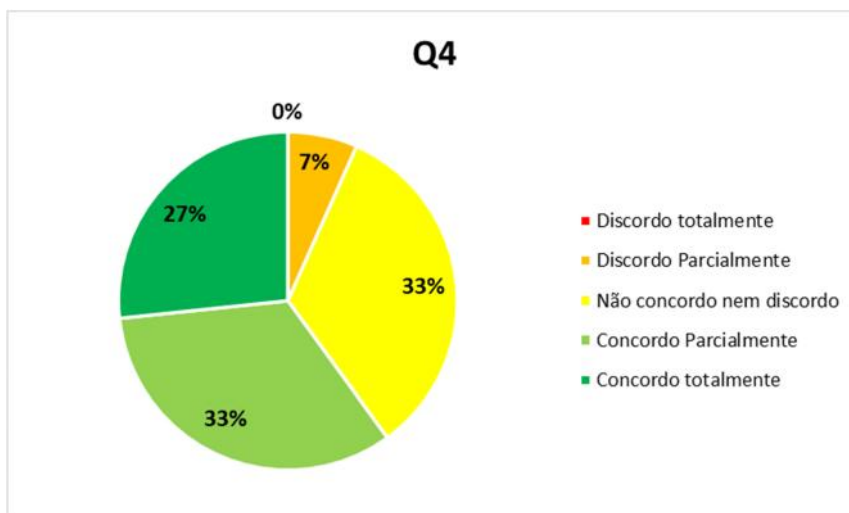


Figura 19 – Experiência do paciente e metas de sustentação.
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 20 (Q5) discorre sobre o fato de que a cultura da Organização será percebida pelos pacientes quando houver pontos de contato com os colaboradores nos fluxos de atendimento. As respostas à questão foram: 43% concordaram totalmente com o conceito, 50% concordaram parcialmente, e ainda 7% discordaram parcialmente.

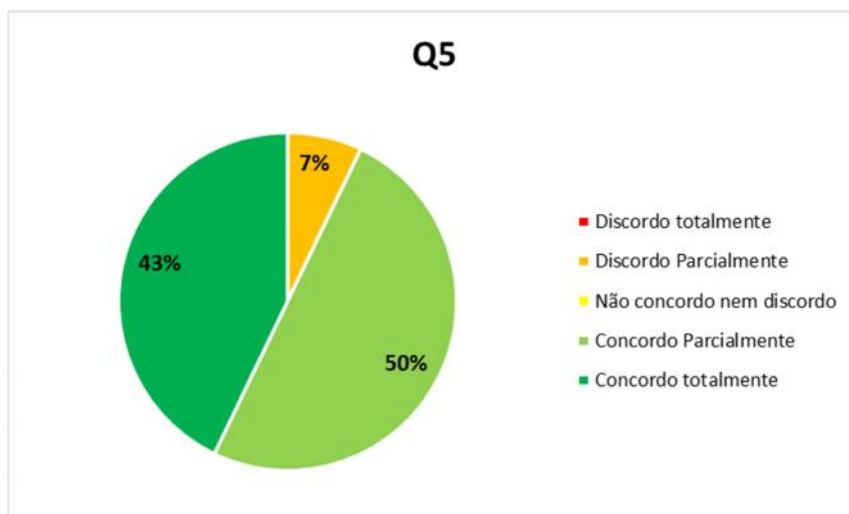


Figura 20 – Experiência do paciente e percepção da cultura organizacional.
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 21 (Q5), refere-se ao fato de que o cuidado centrado no paciente está em valorizar, de forma diferenciada, as suas escolhas e preferências, necessidades e valores de forma individual, de acordo com seu entendimento. Nessa questão, 46% dos respondentes concordaram totalmente com a afirmativa, 33% mostraram concordância parcial, 7% ficaram neutros quanto a resposta, 7% discordaram parcialmente, e por fim, 7% discordaram totalmente.

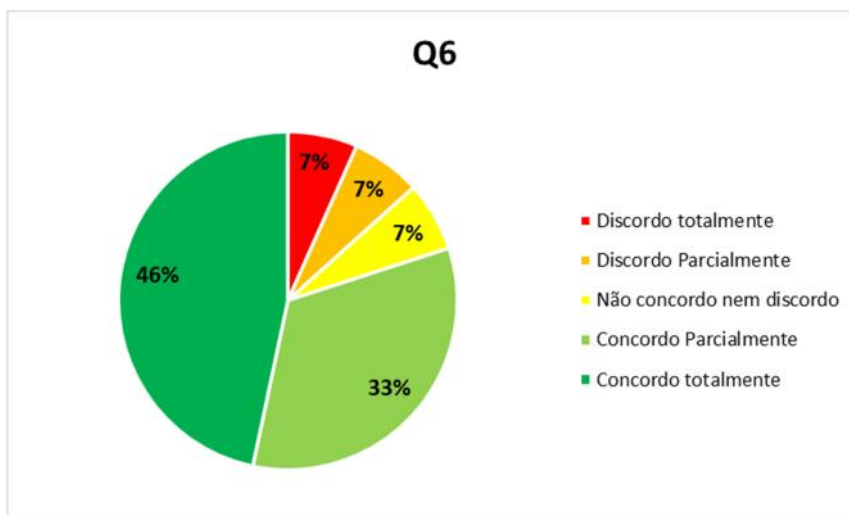


Figura 21 – Experiência do paciente sobre a individualidade do paciente
 Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 22 (Q7), discute o conceito se os pacientes fazem julgamentos de acordo com sua individualidade, relacionando o que é feito com o que consideram importante. Nessa questão, observou-se que 47% dos entrevistados concordaram com a afirmativa, 33% concordaram parcialmente, 13% ficaram neutros, e 7% discordaram parcialmente.

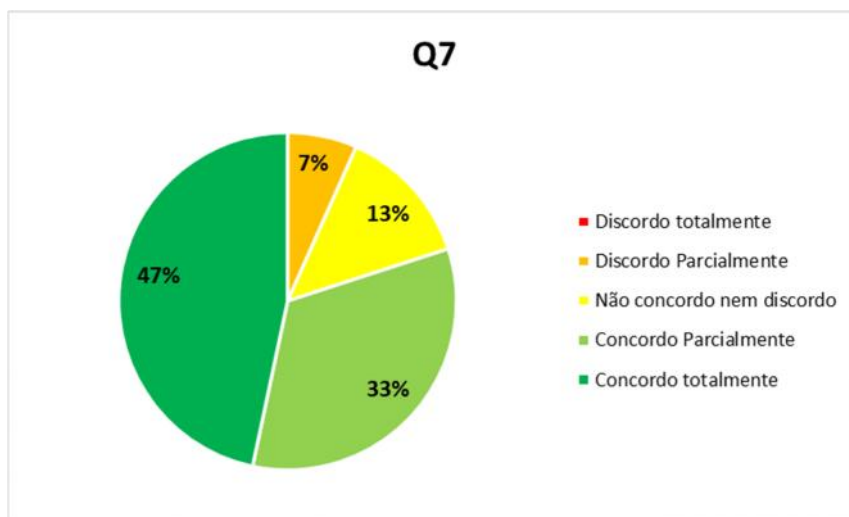


Figura 22 – Experiência do paciente e julgamentos de acordo com sua individualidade.
 Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 23 (Q9) representa que a visão integrada da experiência é apoiada no envolvimento de pacientes e familiares. Nela, pode-se observar que a grande maioria (mais de 70% dos respondentes), concordaram totalmente com a afirmativa, 20% concordaram parcialmente, e 7% ficaram neutros.

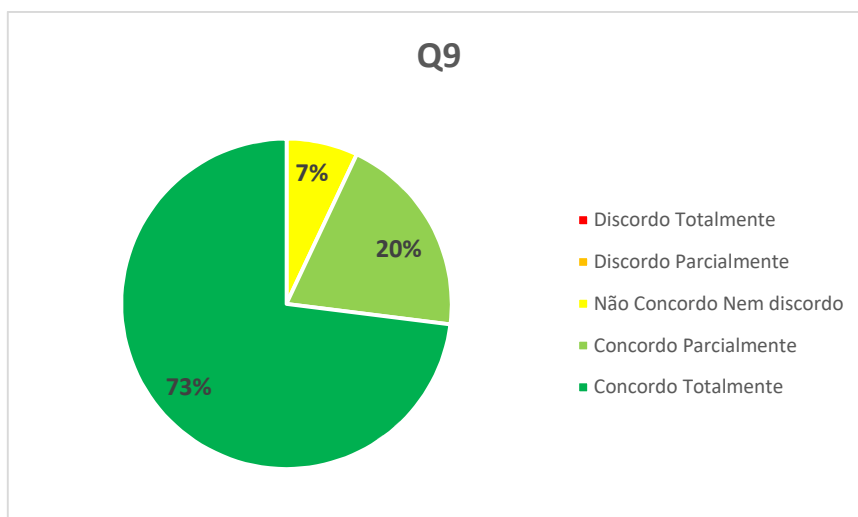


Figura 23 – Experiência do paciente e visão integrada da experiência é apoiada no envolvimento de pacientes e familiares.

Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 24 (Q11) afirma que um sistema de avaliação da experiência do paciente em hospitais pode utilizar-se dos resultados em uma política de meritocracia. Na Figura, pode-se verificar que 27% dos respondentes concordaram parcialmente com a afirmação, seguidos de outros 27% que ficaram indiferentes, e ainda mais 27% que discordaram parcialmente. Somente 13% concordaram com a questão totalmente.

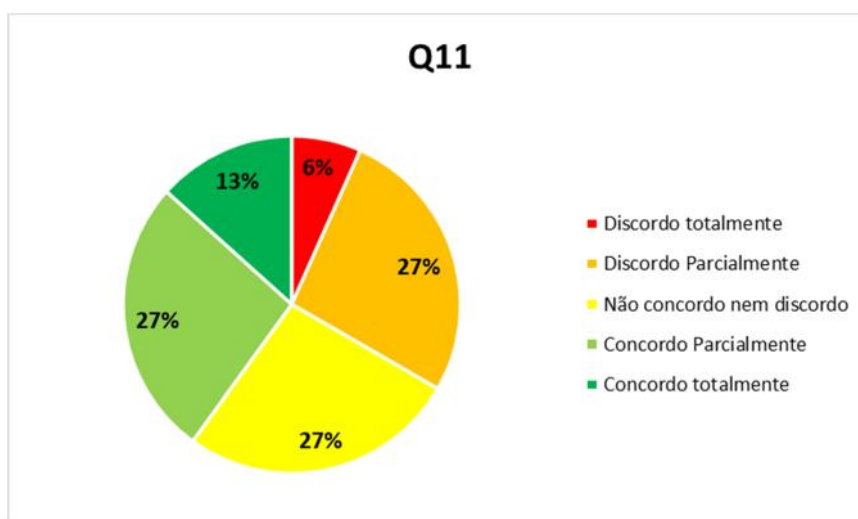


Figura 24 – Experiência do paciente e política de meritocracia.

Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 25 (Q12) representa o envolvimento da família e do paciente no tratamento e tomada de decisões do paciente, no sentido de contribuir para melhora clínica. Verificou-se que 80% das afirmativas apresentaram concordância plena, e 20% demonstraram concordância parcial.

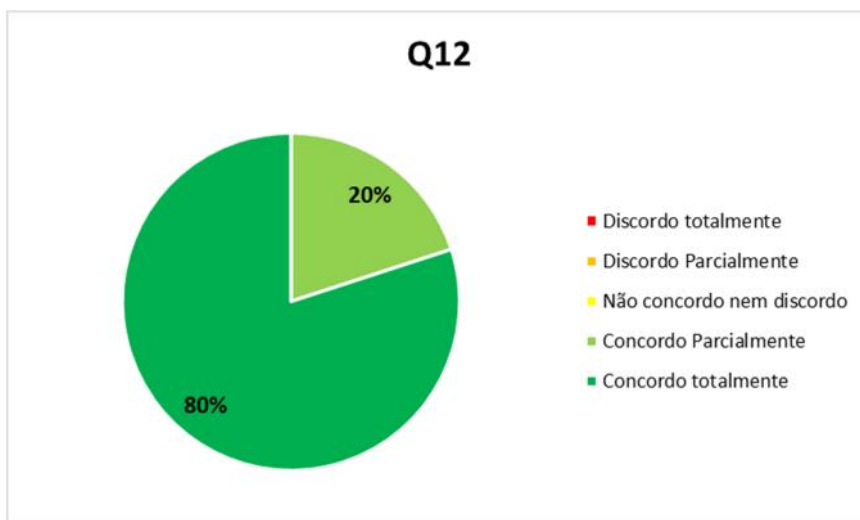


Figura 25 – Experiência do paciente e participação da família
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 26 discute o envolvimento dos colaboradores nos processos decisórios, e se isso também colabora para a cultura da assistência centrada no paciente, repercutindo em sua experiência. Nessa questão, 60% dos gestores concordaram totalmente com a afirmativa, 33% concordam parcialmente, e 7% discordam totalmente.

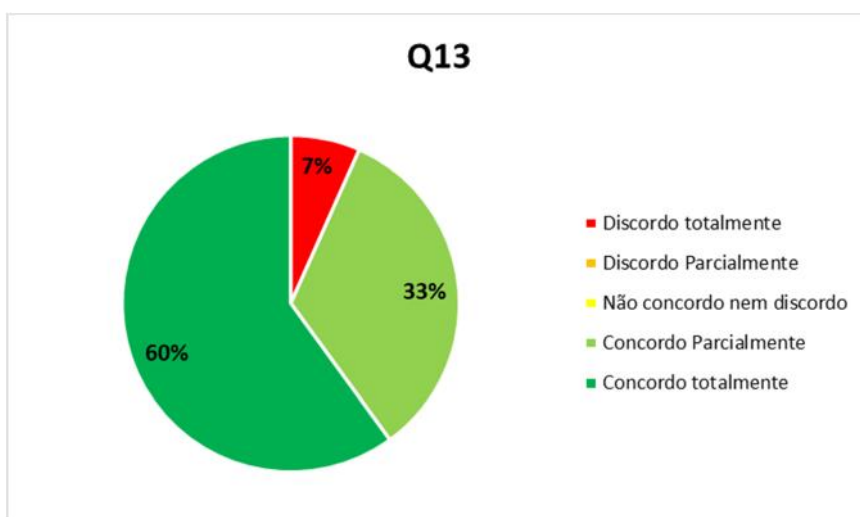


Figura 26 – Experiência do paciente, e envolvimento do colaborador
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 27 (Q14), discute se a imagem da Instituição deve estar ligada à qualidade da assistência, com diligência, consistência e continuidade, sendo estes alguns dos valores que os clientes procuram. Na questão 73% dos participantes concordaram totalmente com a afirmativa, e 27% concordaram parcialmente.

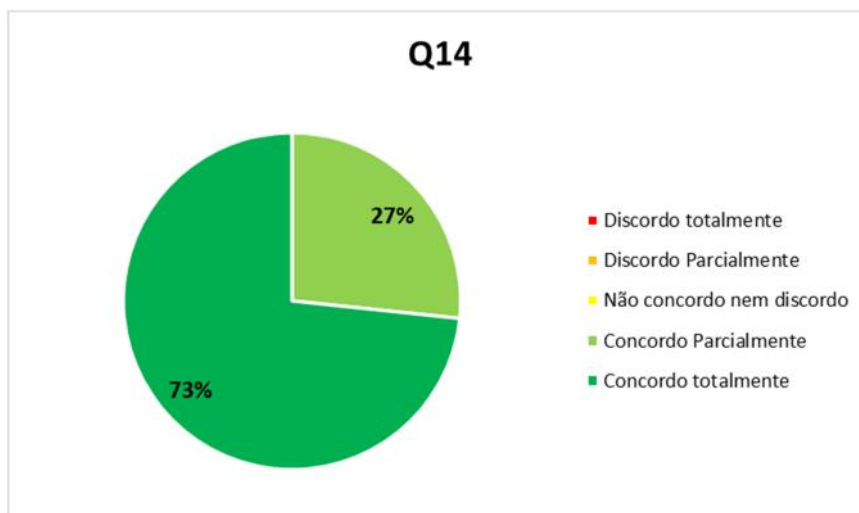


Figura 27 – Experiência do paciente, qualidade da assistência, com diligência, consistência e continuidade.
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 28 (Q15), discute se mudanças na cultura da organização para a construção do atendimento centrado no paciente não acontecerão sem o engajamento de toda a liderança, corpo clínico e apoio. A questão mostra que 93% concordam totalmente sobre a importância da liderança na mudança de cultura da Organização, enquanto apenas 7% concordaram parcialmente.

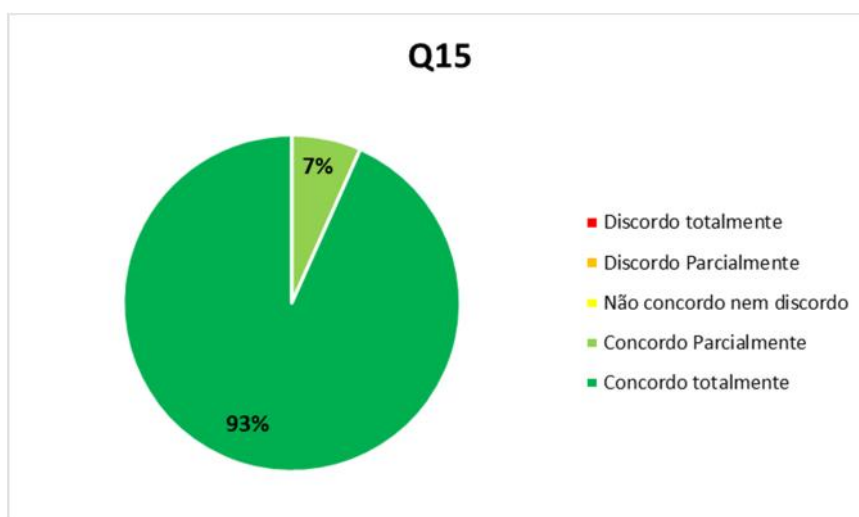


Figura 28 – Experiência do paciente e mudanças na cultura organizacional.
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 29 (Q17), apresenta que a experiência do paciente, positiva ou negativa, é resultado da cultura organizacional. Sobre a questão, 27% concordaram totalmente, 47% concordaram parcialmente, 13% estiveram neutros quanto às respostas, e outros 13% discordaram parcialmente. Não houve respostas de discordância total.

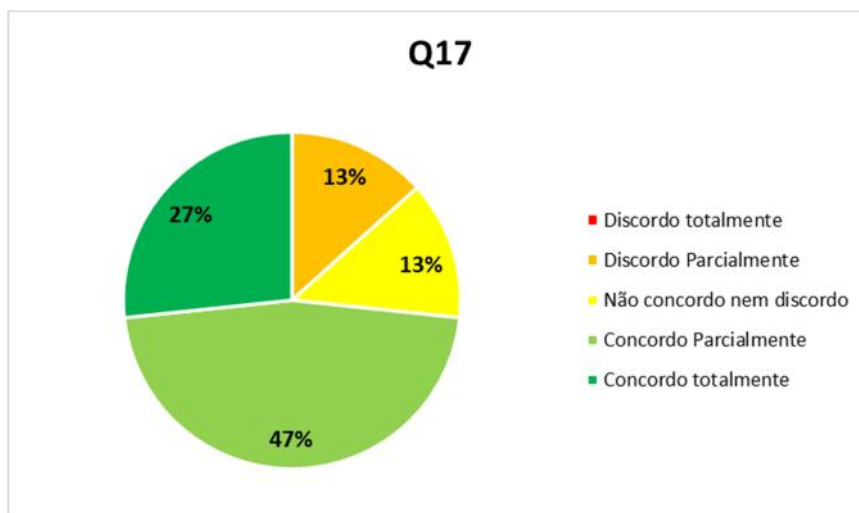


Figura 29 – Experiência do paciente como resultados da cultura organizacional.
Fonte: Elaborado pela autora

Já a Figura 30 (Q18), determina se em um sistema de avaliação da experiência do paciente pode, a partir dos resultados, desenvolver escores de comparação entre os serviços de saúde. Observou-se que há 33% de concordância total, embora 60% tenham discordado da afirmação, e ainda 7% tenham se mostrado indiferentes.

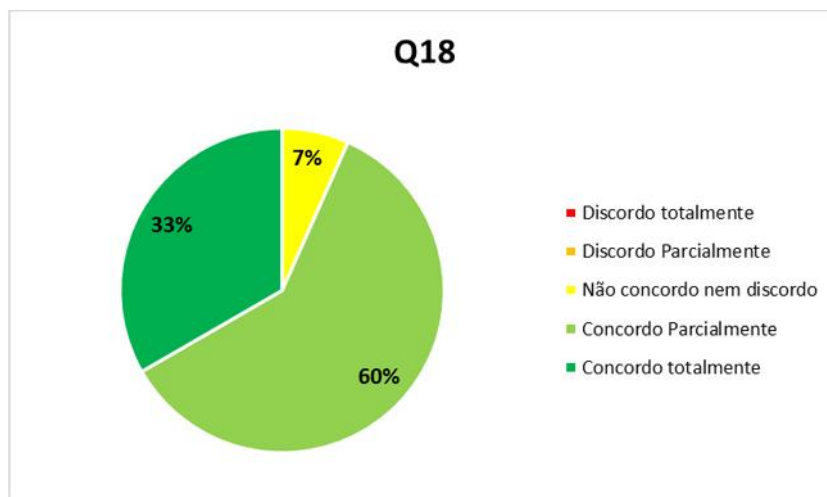


Figura 30 – Experiência do paciente e desenvolvimento de escores de comparação entre os serviços de saúde.
Fonte: Elaborado pela autora

4.1.3. Análise das respostas a cada uma das 4 questões negativas

As Figuras de 31 a 34 apresentam os resultados relacionados ao número de respostas para cada uma das 4 afirmativas existentes no instrumento de coleta de dados, considerando que as afirmativas foram confeccionadas como respostas negativas, ou seja, as questões não concordam com a literatura.

Na Figura 31 (Q8), afirma-se que não há como considerar as diferenças de expectativas individuais na atenção centrada no paciente. Nesta questão, somente 7% concordaram totalmente, 20% concordaram parcialmente, 33% discordaram parcialmente, e ainda 40% discordam totalmente que não há como considerar as diferenças individuais na atenção centrada ao paciente.

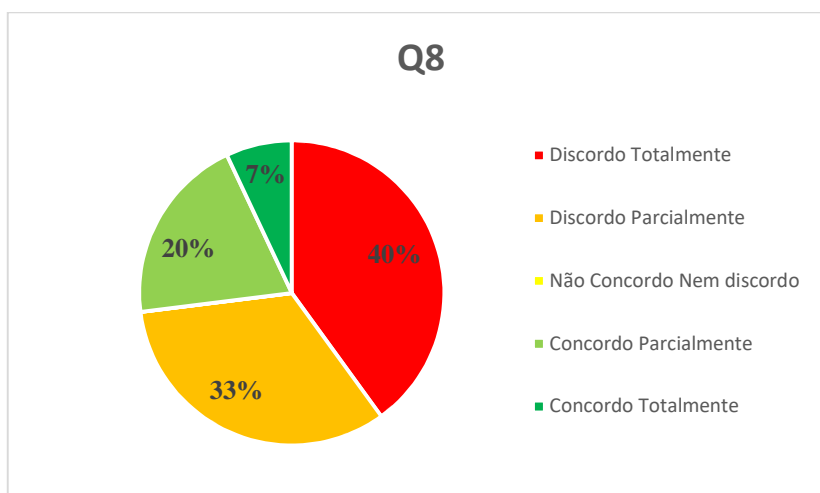


Figura 31 – Experiência do paciente e diferenças de expectativas individuais na atenção centrada no paciente.
Fonte: Elaborado pela autora

Na Figura 32 (Q10), discute-se se o cuidado centrado no paciente provoca alto impacto no fluxo da atenção assistencial, gerando maior custo, dificultando a gestão dos processos. Nesta questão, os resultados foram os seguintes: 53% discordaram totalmente, 40% discordaram parcialmente, e ainda 7% concordaram parcialmente.

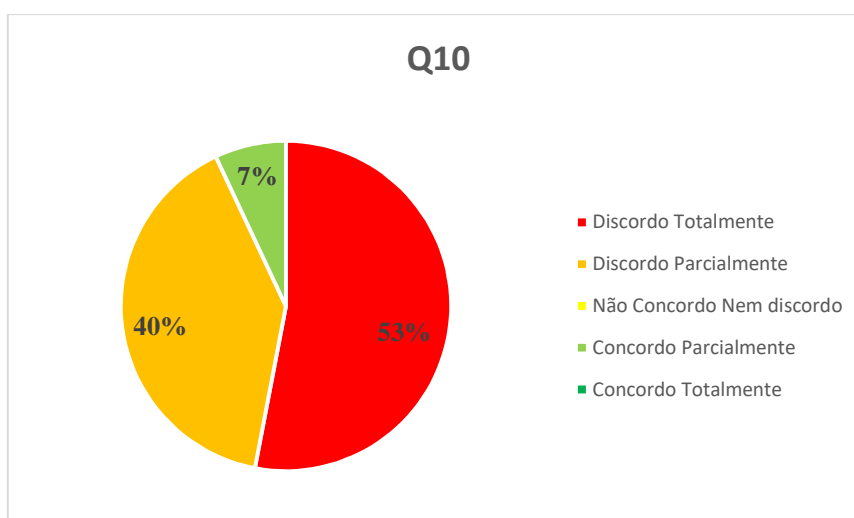


Figura 32 – Experiência do paciente, alto impacto no fluxo da atenção assistencial, maior custo e dificuldade na gestão dos processos.
Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 33 (Q16), relata-se que a experiência do paciente poderá ser difundida pelos gestores operacionais, sem que seja um pilar estratégico da organização. Nessa questão, os resultados foram: 54% discordaram parcialmente, 20% discordaram totalmente, 13% concordaram parcialmente, e os demais 13% concordaram totalmente com a afirmativa.

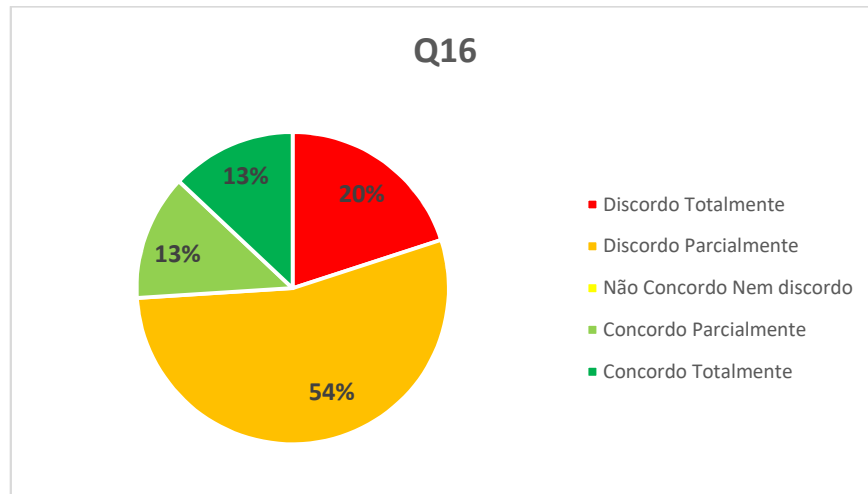


Figura 33 – Experiência do paciente e difusão pelos gestores operacionais, sem que seja um pilar estratégico da organização.

Fonte: Elaborado pela autora

Por fim, a Figura 34 (Q19), discute se os sistemas de mensuração de satisfação do paciente não refletem a experiência do paciente na organização. Esta questão foi realizada de forma negativa à literatura, para avaliar o entendimento do gestor sobre o tema. A Figura demonstrou que 46% discordam parcialmente, seguida dos que responderam que discordam totalmente 40%, restando ainda 7% que concordam totalmente, e 7% que concordam parcialmente.

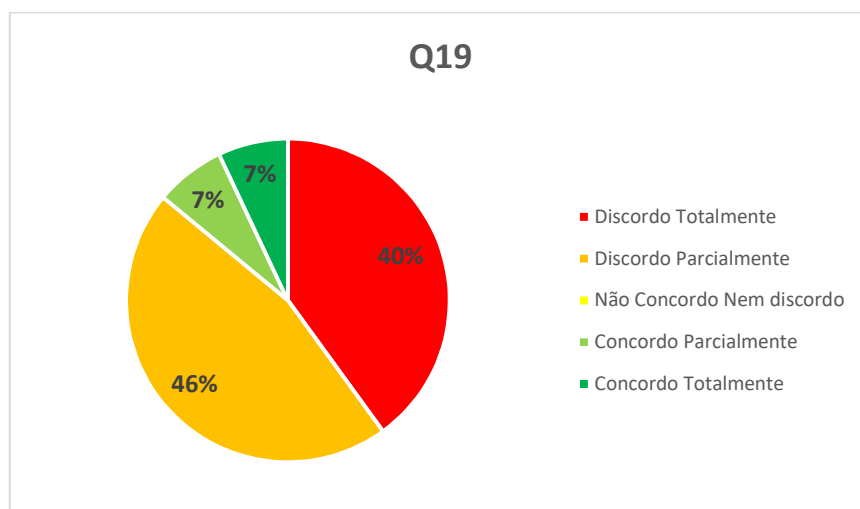


Figura 34 – Experiência do paciente, sistemas de mensuração de satisfação do paciente, e não reflexão sobre a experiência do paciente na organização.

Fonte: Elaborado pela autora

4.2 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES RELACIONADAS AOS PACIENTES

4.2.1 Instrumento HCAPS

No total, 3.705 pacientes responderam à pesquisa. Na avaliação das respostas, observou-se que a nota mais alta foi 9.0, enquanto a nota mais baixa foi 8.5 (Figura 35). Interessante afirmar que todas as avaliações apresentaram nota acima de 8.0 que é a meta corporativa estabelecida pela alta gestão da rede de hospitais da qual faz parte a Instituição pesquisada. Ressalta-se que a nota geral da pesquisa mede a experiência geral dos pacientes em todos os pontos de contato. Porém, os resultados apresentados são apenas do setor de internação, que se refere à UTI e Unidade de Internação.



Figura 35 – Resultados da Pesquisa HCAHPS.
Fonte: Banco de dados do Hospital São Luiz Anália Franco.

4.2.2 Instrumento NPS

O Instrumento NPS foi respondido por 3.689 pacientes. As notas observadas permaneceram entre 50 e 74. Não foram observadas respostas que indicassem a Zona de Excelência (NPS entre 75 e 100), Zona de Aperfeiçoamento (NPS entre 0 e 49), tão pouco na Zona Crítica (NPS entre -100 e -1) (Figura 36).

As respostas ao NPS também permitiram identificar, conforme demonstrado na Figura 35, que a Instituição estudada apresentou resultados entre 68,4 e 79,2 no número de indivíduos considerados “promotores”, entre 13,10 e 20,50 para os indivíduos classificados como “passivos”, e entre 6,3 e 13,4 para aqueles considerados “detratores”.

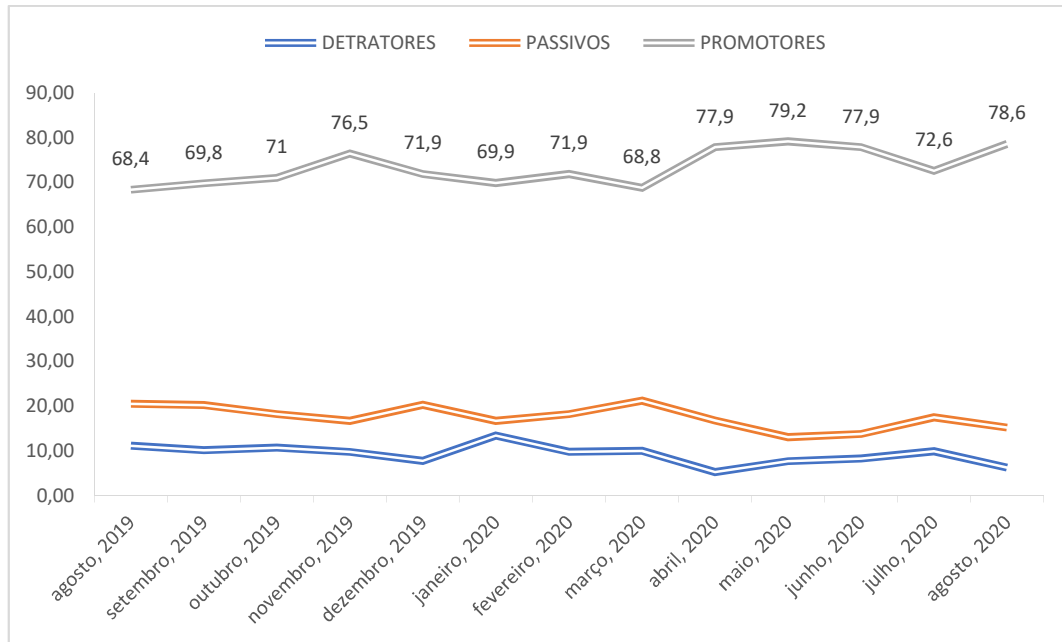


Figura 36 – Respostas ao Instrumento NPS.

Fonte: Banco de dados do Hospital São Luiz Anália Franco.

Cabe ressaltar que o Índice de Fidelização (Figura 37 e Quadro 7), que define o NPS, variou entre 56,5 e 72,6. Nota-se que, de agosto a dezembro, as notas se mantiveram em um crescente, figurando acima de 60 (máximo de 64,1). Todavia, entre janeiro e março de 2020 houve uma variância entre as notas, e a partir do mês de abril, todas se mantiveram acima de 60, chegando a 72,6.

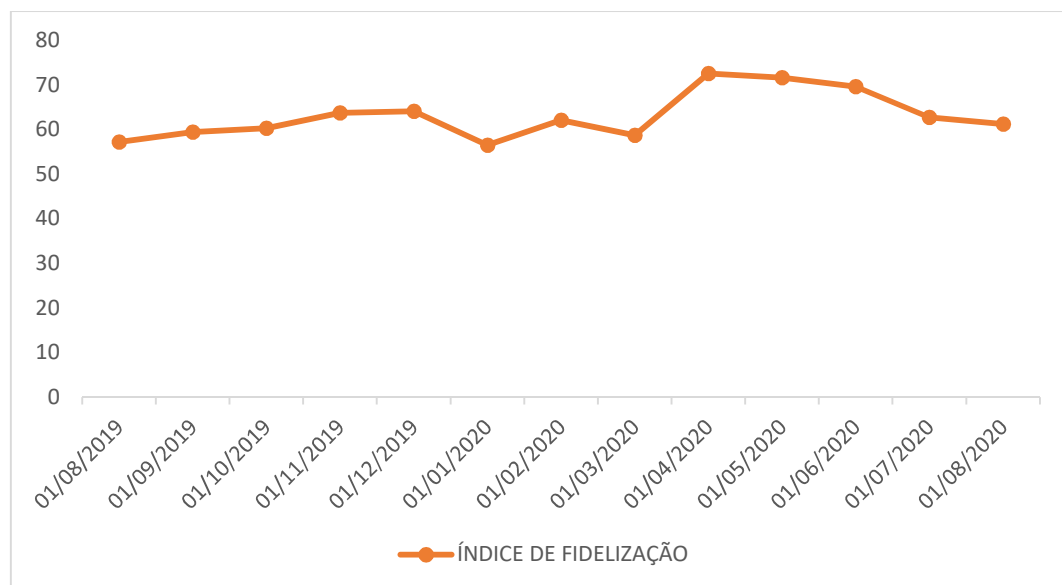


Figura 37 - Índice de fidelização com base no Instrumento NPS.

Fonte: Banco de dados do Hospital São Luiz Anália Franco.

MÊS/ANO	Nº DE RESPOSTAS	ÍNDICE DE FIDELIZAÇÃO
01/08/2019	332	57,2
01/09/2019	377	59,4
01/10/2019	373	60,3
01/11/2019	317	63,7
01/12/2019	217	64,1
01/01/2020	306	56,5
01/02/2020	285	62,1
01/03/2020	269	58,7
01/04/2020	113	72,6
01/05/2020	183	71,6
01/06/2020	240	69,6
01/07/2020	332	62,7
01/08/2020	345	61,2

Quadro 8 – Índice de fidelização com base nos Instrumento NPS.
 Fonte: Banco de dados Hospital São Luiz Anália Franco.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 RESPOSTAS DAS QUESTÕES DO INSTRUMENTO DE PESQUISA AOS GESTORES

As questões 1, 5 e 17 são afirmativas sobre a experiência do paciente pelo *Beryl Institute*, uma das Instituições mais conhecidas e referenciadas em Experiência do paciente no mundo, que a conceitua como “o resultados de todas as interações, influenciadas pela cultura de uma Organização que norteiam as percepções dos pacientes em todo o fluxo de atendimento” a questão 5 afirma que a Cultura será percebida nos pontos de contato e na questão 17 afirma-se que a experiência do paciente, positiva ou negativa é resultado da cultura da instituição. Nas respostas às afirmativas das duas primeiras questões, notou-se que um número significativo de gestores tem um entendimento sobre o conceito, por outro lado, o número considerável de respondentes que discordaram totalmente pode representar a existência de uma lacuna sobre o tema, o que demonstra a necessidade de melhor disseminação do conceito experiência do paciente para as lideranças. Ainda, quando se tratou da questão 17, foram dadas respostas diversas onde somente 27% dos respondentes concordaram com a resposta podendo-se perceber que uma grande parte dos gestores ainda mostra desconhecimento sobre a influência da cultura da instituição nos resultados da experiência do paciente, e como ela opera direta ou indiretamente em todos os pontos de contato, através dos processos, rotinas, pessoas, linguagem de comunicação entre outros elementos diversos que se apresentam nos fluxos de atendimento, no cotidiano das internações hospitalares. o que demonstra a necessidade de melhor disseminação do conceito experiência do paciente para as lideranças.

As questões 2 e 14, ligam a experiência do paciente à busca da qualidade na assistência e a aponta como importante indicador de qualidade e a Imagem da Instituição à qualidade da assistência e motivo da procura dos Serviços. Na primeira questão (Q2), a maioria dos gestores concordou, 80% deles, quanto a questão que discute as ligações existentes com a marca da Instituição, ou a imagem que a mesma representa, 73% dos participantes concordaram totalmente sobre as conexões da imagem com a qualidade, continuidade e consistência da assistência. Sendo assim, houve grande concordância dos gestores em relação a estas questões, porém, considera-se que ainda há um percentual de concordância parcial que sugere que alguns setores pesquisados estejam com entendimento deficiente dos conceitos que abrangem a experiência do paciente. É importante salientar que os pacientes escolhem uma Instituição que traga segurança, com todos os atributos que norteiam a qualidade, e denote confiança de que serão realizados todos os procedimentos necessários à assistência. Ainda, quando ocorrer a alta, haverá orientação de continuidade.

As questões 3 e 10 são afirmativas que tratam sobre questões de custos relacionados à experiência do paciente e cuidado centrado no paciente. A primeira relaciona a melhor experiência do paciente às margens mais altas de lucro e a questão 10 é uma questão negativa, ou seja, ela nega a literatura afirmando que o Cuidado Centrado no Paciente provoca alto impacto nos fluxos da atenção assistencial, gerando maior custo, dificultando a gestão dos processos. Na questão 3, somente 13% dos gestores concordaram totalmente e 20% discordaram totalmente e na questão 10, 53% concordaram totalmente, ainda 40% concordaram parcialmente sobre o maior custo gerado pelo cuidado centrado no paciente, o que mostra que os gestores têm dúvidas quanto ao tema pois na primeira questão houveram muitas divergências de respostas entre os gestores e na segunda questão a concordância da maior parte dos gestores. O cuidado centrado no paciente, eleva a experiência diminui custos, entre outros inúmeros benefícios em que se traduz. Para isto, é necessário o entendimento dos gestores sobre o tema, o que por sua vez levará ao engajamento da equipe como um todo. Além disso, o cuidado centrado identifica os pontos importantes da jornada do paciente, afastando estrategicamente o que pode enfraquecer jornada, e exaltando os pontos fortalecedores da experiência, o que leva à diminuição de custos e à lealdade à Instituição.

As questões 6, 7 são afirmativas de conceitos de Cuidado Centrado no Paciente e a questão 8 é uma questão negativa, que contraria a literatura. As duas primeiras questões discorrem sobre a necessidade de valorizar o paciente em suas escolhas, preferências, necessidades e valores de forma individual, de acordo com seu entendimento e que os pacientes julgam de acordo com sua individualidade e relacionam a ela o que fazemos e o que julgam importante. À essas afirmativas menos de 50% concordaram totalmente, e na questão 8, que afirma que não há como considerar as diferenças e expectativas individuais na atenção centrada no paciente, somente 7% concordaram totalmente e 40% discordaram totalmente com a afirmativa, havendo ainda 33% que discordaram parcialmente, o que denota quase que incerteza sobre os conceitos de cuidado centrado no paciente que abrange entre outros a sua individualidade, preferências e julgamentos dos pacientes, o que pode ocasionar em uma valorização inadequada das opiniões do paciente por toda a equipe multiprofissional, ou ainda gerar dúvidas individuais nos colaboradores. Tal fato pode permitir a formação de opiniões diferentes quanto ao empoderamento que deve ser garantido ao paciente, levando em consideração desde a escolha do hospital, tratamento e acompanhamento, até às questões relacionadas ao ambiente em que o mesmo se encontra. Os resultados apontam também para os riscos de não aceitação de parte da equipe sobre os conceitos de cuidado centrado no paciente,

podendo resultar no não engajamento dos mesmos, provocando um gerenciamento de setores em silos e com serviços não padronizados.

As questões 9 e 12, tratam da importância da família na visão integrada da experiência que é apoiada no envolvimento de pacientes e familiares e que o seu envolvimento contribui para melhora clínica. Nessas questões embora a maioria dos entrevistados tenha concordado com as afirmativas, verifica-se que ainda existem áreas de gestão na Instituição pesquisada que entendem parcialmente a importância do envolvimento familiar no cuidado centrado no paciente. por exemplo, na questão 9, a grande maioria, 73% dos respondentes, concordou totalmente com a afirmativa, 20% concordaram parcialmente, e 7% ficaram neutros, os que concordaram parcialmente formam um percentual significativo já que a amostra corresponde a 15 gestores, pode-se entender que existem áreas de gestão parcialmente algum área completamente sem entendimento do atendimento centrado no paciente, o que pode ocasionar a administração dos serviços sem a disseminação os conceitos de forma abrangente.

As questões 11, 18 e 19, tratam sobre os sistemas de avaliações, meritocracia e comparação entre os Serviços, porém a 19 é uma questão negativa, que contraria a literatura quando afirma que os sistemas de mensuração de experiência do paciente não refletem a experiência do paciente nas Organizações. As repostas às questões mostrou importante lacuna de conhecimento sobre as formas de avaliação das pesquisas de experiência do paciente e sistemas de avaliação nos serviços fora do Brasil, pois que, na Instituição estudada, se utilizam pesquisas de satisfação e experiência do paciente, e a empresa responsável, Hfocus, dispõe de plataformas que permitem comparar os resultados das pesquisas, mas somente internamente ou com as outras Instituições da mesma rede, e com elas próprias (HFfocus, 2020). Sendo assim, poderiam ser fazer uso de uma política de meritocracia fazer-se comparações entre as Instituições, com o objetivo de impulsionar e estimular a continuidade dos bons resultados. Em suma, as Instituições de Saúde poderiam expor seus resultados de forma pública, em *sites* próprios ou governamentais, para que a população pudesse escolher o local que considerar melhor considerando o desfecho clínico, número de reclamações, entre outros indicadores, e ainda ter a possibilidade de conhecer a saúde financeira da Instituição.

As questões 4 e 13 são afirmativas sobre Experiência do Colaborador, a primeira, (Q4), menciona que a experiência do colaborador está ligada às metas de sustentação das Instituições de Saúde e geração de alto impacto aos pacientes e a segunda (Q13) que o envolvimento dos colaboradores nos processos decisórios também colabora para a cultura da assistência centrada no paciente e repercute na experiência do paciente. Na avaliação das respostas, em ambas se percebeu que ainda há muitas dúvidas dos gestores sobre o tema. As questões tratam do

importante resultado que os colaboradores entregam, sendo este um dos motivos da escolha do serviço, que é a experiência do paciente. E para que esta entrega ocorra como desejada, deve ser instituído o cuidado centrado no paciente, que está ligado às inter-relações que o paciente tem com a equipe, os chamados pontos de contato. Isto remete a atuação dos colaboradores em todos os elementos, pois estes estão em contato direto e diário com os pacientes e sua família, gerando a construção e a entrega da experiência do usuário. Sendo assim, pode-se entender que o envolvimento dos colaboradores na Instituição estudada, tanto da área administrativa, que tem contato com o paciente e família, quanto os da assistência direta, podem colaborar ricamente nos processos decisórios e na construção dos processos relacionados à qualidade e à segurança do paciente. Estes também colaboram com a cultura de atendimento centrado no paciente, visto que possuem experiência direta no contato, em seu atendimento diário e entrega da assistência que estão plenos da cultura da Instituição que será percebida pelo paciente. Também conseguem identificar muitos momentos individuais dos pacientes. Tais informações são essenciais às discussões terapêuticas, inclusão do paciente e família, decisões estas que são estratégicas para influenciar positivamente na experiência do paciente.

As questões 15 e 16 são afirmativas sobre a Cultura da Instituição e Difusão da Experiência do Paciente. A primeira, (Q15), menciona que “mudar a cultura da Organização para a construção do atendimento centrado no paciente não acontecerá sem o engajamento de toda a liderança, corpo clínico e apoio” e a segunda (Q16) menciona que há possibilidade da difusão da experiência do Paciente sem que seja um pilar estratégico da Instituição, esta é mais uma questão negativa, que vai contra a literatura. A grande maioria dos respondentes reconhece a importância da liderança na mudança de cultura de uma Organização, o que denota o entendimento da função gerencial, enquanto apenas 7% discordam. Isso mostra que há poucos gestores ainda sem o entendimento de sua importância na mudança da cultura para um atendimento centrado no paciente; contudo, na segunda questão, os resultados foram: 54% discordaram parcialmente, 20% discordaram totalmente, 13% concordaram parcialmente, e os demais (13%) concordaram totalmente com a afirmativa, que tratou-se, de outra questão negativa, por se considerar que para mudar a cultura para o atendimento centrado no paciente, que é um dos elementos da experiência do paciente, já se necessita do envolvimento de toda a liderança, corpo clínico e apoio, se entende que para haver a difusão da experiência do paciente (que abrange muitos outros elementos) deverá estar como pilar estratégico da Instituição, além do engajamento da alta gestão, pois a abrangência da qualidade da assistência passa pelo atendimento centrado, assim como pela satisfação e experiência dos pacientes, questões estas que devem estar completamente engajadas pela liderança (Merlino, 2016).

5.2 RESPOSTAS ÀS PESQUISA HCAHPS E NPS

Com relação às respostas ao HCAHPS, a nota geral da pesquisa mediu a experiência geral dos pacientes em todos os pontos de contato. No presente estudo, estes resultados são do setor de internação, que se refere à UTI e Unidade de Internação, e indicam que a experiência do paciente tem se apresentando como “boa”. Contudo, percebe-se que o número de respondentes diminuiu em alguns meses ao longo do ano. O resultado “NOTA GERAL” do questionário HCAHPS, que verificou a experiência do paciente vivenciada sobre os pontos de contato nos setores de Internação e UTI, permitiu aferir que estes estão de acordo com o esperado pelo Serviço, pois a nota ficou acima de 8.0, considerada a meta corporativa designada pela Instituição.

No Instrumento NPS, que mostra a fidelidade dos clientes à Instituição, as notas variaram entre 56.5 e 72.6, consideradas satisfatórias, já que a meta corporativa da instituição é a nota acima de 50. Os resultados observados durante o acompanhamento, se mantiveram os clientes “Promotores”, ou seja, clientes que são fiéis ao Serviço e o colocaram na “Zona de Qualidade”, indica que o Hospital possui maior número de Promotores fiéis do que de Detratores. Isso demonstra que o Serviço possui uma imagem positiva, mas que pode buscar a chamada “Zona de Excelência”, por meio da melhoria nos resultados relacionados à experiência do usuário.

A Figura 37 mostra, na parte superior, os elementos da pesquisa de Experiência do Paciente onde ocorrem as interações dos pacientes com a equipe multiprofissional, (parte superior, que forma parte da Nota Geral do HCAPS, e na parte inferior as janelas de entendimento dos gestores (resultado do questionário aplicado aos mesmos).

ELEMENTOS DA EXPERIÊNCIA PACIENTE “QUESTIONÁRIO HCAHPS”					
Comunicação da enfermagem foi 'sempre' boa	Área próxima ao quarto esteve sempre silenciosa	Informações sobre pós-alta foram sempre recebidas	Concordo totalmente que sabia do tratamento ao sair do hospital	Tempo de resposta foi 'sempre' bom	A dor foi 'sempre' controlada
Comunicação do médico foi sempre boa	Pacientes que dariam nota 9 ou 10 ao Hospital	Pacientes que recomendariam definitivamente o hospital	Quartos e sanitários estiveram sempre limpos	Orientação sobre medicação foi sempre feita	
JANELAS DE ENTENDIMENTO DOS GESTORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE “RESULTADO DO QUESTIONÁRIO”					
<p>“Experiência do Paciente como Pilar estratégico da Instituição”, individualidade do paciente e expectativas, atenção centrada no paciente, percepções dos pacientes entendimento de que a experiência do paciente não pode ser difundida pelos gestores operacionais sem que seja um pilar estratégico da Instituição, importância do colaborador como vital na entrega da experiência e envolvimento do funcionário nos processos decisórios da Instituição, pesquisas de satisfação e experiência do paciente, a cultura da organização ser percebida pelos pacientes quando conectados com os fluxos nas diversas áreas e colaboradores, gestão e implementação do cuidado centrado no paciente.</p>					

Figura 38: Elementos da Experiência dos Pacientes e resultado da pesquisa de Conhecimento dos Gestores sobre a Experiência do paciente.

Fonte: Elaborado pela autora

A autora infere que os elementos da pesquisa de experiência do paciente estão todos sob à gestão da assistência e dependentes da Cultura Organizacional que é formada e propagada pelos gestores; os resultados da pesquisa de Experiência do Paciente dependerão do conhecimento dos gestores sobre a Experiência do Paciente, o quanto utilizarão o conhecimento na implementação das políticas e processos, rotinas e tudo que irá constituir as ações sobre o paciente, interferindo em cada assistência prestada pelos colaboradores, sendo percebida pelos pacientes nos pontos de contato, gerando a experiência.

Sobre a cultura interferindo nos pontos de contato, pode-se verificar uma ampla lacuna de entendimento sobre a percepção da cultura da organização pelos pacientes, quando estes passam por uma internação hospitalar e estão conectados com os fluxos nas diversas áreas. Por meio da sua jornada, o paciente percebe a cultura da organização e verifica, por experiência própria, se está no centro do cuidado que deve ser conduzido de acordo com sua individualidade, ou é apenas mais um na subsistência do Serviço, sob o julgo de profissionais

que não o percebem como pessoa, mas somente como mais um paciente de uma agenda pré-programada que cumpre uma determinada meta. Também na questão de a experiência estar relacionada à cultura da instituição, houve um misto de respostas que mostrou haver um desalinhamento no entendimento dos gestores a respeito do reflexo da cultura de uma Organização sobre a experiência do paciente. A cultura produz o atendimento em um serviço, e reflete como a Instituição trata sua estrutura, processos, colaboradores e pacientes. Tudo está conectado ao método de como deve ser feito, direcionado estrategicamente para o alcance das metas, que serão julgadas pelo paciente para definir a experiência recebida.

Sobre a participação da família, notou-se que há aceitação, pela maioria dos gestores, da família junto ao paciente, sugerindo a terem como apoio para o paciente. A família é um importante componente do cuidado centrado, que eleva a experiência do paciente. Esse entendimento dos gestores mostra caminhos que contribuem para a melhora no engajamento do paciente e participação no seu próprio cuidado, sugerindo que essa interação seja considerada como investimento nas ações de aprendizagem para o paciente e família, para que exerçam influência nas tomadas de decisão e tenham consciência e aceitação do tratamento proposto, levando a melhores resultados clínicos e, logo, melhorando os indicadores de saúde e satisfação.

A maioria dos gestores reconhece que sem o engajamento de toda a liderança, corpo clínico e apoio, não acontecerá a mudança na cultura da instituição para o atendimento centrado no paciente. Poucos discordaram deste fato, não caracterizando um impedimento importante nesse contexto, visto que ações podem ser planejadas para delimitação de um caminho orientado por objetivos concretos, para instrução de toda a equipe de liderança, com alinhamento sobre os elementos de medida e resultados da experiência do paciente para todos os gestores. Verificou-se, contudo, que parte dos gestores não considera ser necessário colocar a experiência do paciente como um pilar estratégico, e quase a metade deles teve dúvidas sobre a questão. Já na questão sobre a imagem da Instituição estar conectada com a qualidade, diligência, continuidade da assistência, sendo estes elementos que os clientes procuram, houve uma parcela de 27% de gestores que não concordou totalmente com a afirmativa, o que mostra uma lacuna de entendimento por parte da gestão sobre o conhecimento dos elementos do cuidado centrado no paciente, o peso da experiência do paciente e a extensão de abrangência no serviço hospitalar. Essa falta de saberes serve de obstrução para a internalização dos conceitos que regem essa experiência, dificultando que estes sejam parte integrante da marca do Serviço.

Notou-se que todos os gestores estavam presentes nos pontos de contato com o paciente, direta ou indiretamente, e também no contínuo de atendimento.

Com relação às respostas ao HCAHPS, a nota da pesquisa que mediu a experiência como um todo, dos pacientes em todos os pontos de contato foi a “Nota Geral”. No presente estudo, estes resultados são do setor de internação, que se refere à UTI e Unidade de Internação, e indicam que a experiência do paciente tem se apresentando como “boa”. Contudo, percebe-se que o número de respondentes diminuiu em alguns meses ao longo do ano. O resultado do questionário HCAHPS, que verificou a experiência do paciente vivenciada sobre os pontos de contato nos setores de Internação e UTI, permitiu aferir que estes estão de acordo com o esperado pelo Serviço, pois a Nota Geral ficou acima de 8.0, considerada a meta corporativa designada pela Instituição.

Percebe-se que todos os elementos da atenção centrada no paciente, assim como o conceito de Experiência do Paciente pelo *Beryl Institute*, estão, um a um, envolvidos em todos os domínios da pesquisa. Os resultados de uma boa comunicação virão se esta for centrada no paciente, no tempo certo, e no lugar certo, refletindo a cultura da Instituição. Esta, por sua vez, deve ser construída pelos gestores quando estes instituem as práticas baseadas em valor para o paciente. São elas que direcionam os colaboradores às ações de cuidados, na observância dos protocolos e rotinas, norteando os melhores resultados.

No Instrumento NPS, que mostra a fidelidade dos clientes à Instituição, as notas variaram entre 56.5 e 72.6, consideradas satisfatórias, já que a meta corporativa da instituição é a nota acima de 50. Os resultados observados durante os 12 meses de acompanhamento dos clientes promotores, ou seja, clientes que são fiéis ao Serviço e o colocaram na “Zona de Qualidade”, indicam que o Hospital possui maior número de promotores fiéis do que de detratores. Isso demonstra que o Serviço possui uma imagem positiva, mas que pode melhorar, chegando à “Zona de Excelência”, por meio da melhora nos resultados relacionados à experiência do usuário.

6 CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

As motivações para a entrega de uma experiência adequada ao paciente são inúmeras, desde o próprio desfecho do tratamento para o paciente, até a possibilidade de melhorar a saúde financeira dos Serviços de Saúde, sendo notória a competitividade do mercado de trabalho, consideradas as batalhas de sobrevivência das Instituições de Saúde. Avaliando a pesquisa de satisfação e experiência do paciente, o HCAHPS e o NPS, concluiu-se que o entendimento dos gestores nos Serviços de saúde tem relação com os resultados na satisfação e lealdade do paciente à Instituição, e logo, à sua experiência.

Sabe-se ainda que esta experiência resulta de toda a jornada que o paciente passou no serviço de saúde, onde são somadas todas as interações, que são moldadas pela cultura da Instituição. Esta, por sua vez, é formada e propagada pelos gestores por meio da formulação dos protocolos, documentos, rotinas e práticas coordenadas, que serão utilizadas pelos colaboradores em todos os pontos de contato. Os resultados conduzem à lealdade, com divulgação e promoção do cliente ao Serviço e, conseqüentemente, tornando-se um diferencial na competitividade, levando ao lucro monetário. O que irá determinar a maior lucratividade serão a agilidade e os meios de resolução e implementação de práticas que não se fundamentem na reatividade, mas sim nas verificações e controle dos protocolos voltados à experiência do paciente inseridos no cotidiano do Serviço.

Na análise dos resultados da pesquisa de Experiência do Paciente aos gestores, com relação à importância do colaborador na experiência do paciente, percebe-se que os gestores não consideraram relevante nesse contexto. Sugere-se, portanto, a existência na Instituição de uma importante lacuna de entendimento sobre a experiência do paciente. O colaborador tem um papel fundamental na promoção de tal experiência, e cabe à Instituição atribuir a ele a significância devida, inserindo-o nos diagnósticos, e colocando-o à par do que cerca o paciente, desde os planos e metas terapêuticas, assim como o panorama de projetos direcionados. Deve-se gerar envolvimento, capacitando o funcionário para o entendimento, tornando-o um importante facilitador e multiplicador das boas práticas relacionadas à entrega da experiência de qualidade ao paciente.

Os pacientes, com suas percepções já conceituadas, julgam a qualidade da assistência com expectativas ligadas às suas experiências passadas, quando interagem em um ambiente semelhante. Desviam-se do conceito anterior, julgando indistintamente as ações, ambiente, pessoas, tratamento, atenção, e o mais que os cercam durante sua estada na internação. Sabendo disso, deve-se tornar o paciente e a família parceiros engajados que estarão presentes em todos

os momentos. Deve-se conhecer o paciente e o que importa para ele, tornando a sua jornada melhor e criando vínculo com Serviço.

Enfim, a maior relevância dos resultados esteve na observância de que havia oportunidade de fortalecer os conceitos dos gestores sobre a experiência do paciente, além do cuidado centrado no paciente e da importância dos colaboradores são os atores mais proeminentes nas realidades hospitalares, visto que compõem o cenário dos Serviços de Saúde, e são os elementos que impactam a entrega da experiência excelente, já que afetam uns aos outros durante a jornada de internação.

A Experiência do Paciente, como essência para melhores resultados de qualidade, bem como todo o contexto que a rege, ainda se encontram incipientes no Serviço pesquisado, e suas práticas ainda não estão arraigadas e internalizadas no cotidiano do Hospital. Este fato foi verificado pelas respostas dos gestores ao instrumento de pesquisa, onde verificou-se pouco entendimento sobre a experiência do paciente, assim como sobre a abrangência dos elementos que interferem nas questões de relevância.

Verificou-se, que parte dos gestores não considera ser necessário colocar a experiência do paciente como um pilar estratégico, e quase a metade deles teve dúvidas sobre a questão. O esforço em construir uma cultura que faça a experiência do paciente conhecida e engajada por todos os colaboradores, contemplará o paciente e família, assim como toda a equipe. Por fim, contemplará também a Organização, ao envolver essa série de atores e as relações que sustentam o crescimento da Organização.

Provoca-se a reflexão sobre um fator tão complexo quanto é o cenário competitivo encontrado no setor de saúde requer, para manutenção e sustentação da qualidade e melhoria contínua, a propagação do conhecimento e informação a todos da equipe multiprofissional atuante, para o alcance da excelência, devendo a Experiência do Paciente estar como coluna estratégica e a Cultura Institucional embutida dos conceitos do Cuidado Centrado no Paciente e família.

De acordo com a metodologia proposta para este trabalho, a autora sugere um artefato, desenhando etapas necessárias para a Implantação de um Escritório de Experiência do Paciente, onde poderão ser abordados os problemas encontrados, estudadas e analisadas as oportunidades de melhoria, e implementados os detalhes necessários ao Cuidado Centrado no Paciente, que resultam em uma melhor experiência do usuário.

6.1 ETAPAS NECESSÁRIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM ESCRITÓRIO DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

A construção do Escritório de Experiência do Paciente irá seguir um caminho onde a segurança e a satisfação, o tratamento humanizado e a coparticipação do paciente e família, deverão estar presentes durante toda a sua jornada, o que fará com que regressem ao Hospital e ainda propaguem sua boa reputação. Deverá haver uma integração entre as áreas, objetivando um alinhamento organizacional. Seguem algumas recomendações apresentadas na Figura 39.

ETAPAS NECESSÁRIAS, PESSOAS E CONHECIMENTO, PARA IMPLANTAÇÃO DE UM ESCRITÓRIO DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

1. Avaliar do momento atual, como está a experiência do paciente, podendo se valer de estudos como este, para estabelecer prioridades;
2. Obter apoio do SAC e ouvidoria para aproveitar os “momentos de ouro”, fortalecendo a cultura de oportunidade e para a inserção dos pacientes em todas as discussões e busca de soluções;
3. Criar um Núcleo de Experiência do Paciente (NEP);
4. Capacitar os gestores sobre a Experiência do paciente e os profissionais que exercerão funções no Escritório de Experiência do Paciente, desde o conhecimento sobre os conceitos e o que abrange o tema, até gestão de conflitos com foco no contexto da experiência do paciente, adjuntos ao entendimento sobre *disclosure*, empatia e habilidades para dar *feedback*;
5. Treinar habilidades nos profissionais que exercerão funções no Escritório de Experiência do Paciente, como gestão de conflitos, entendimento sobre *disclosure*, empatia, habilidades para dar *feedback*, *escuta e comunicação*,
6. Modificar a cultura atual para aquela que internaliza a experiência do paciente em cada processo, além de ações multiprofissionais no ambiente hospitalar, as melhorias sejam direcionadas por essa visão estratégica;
7. Integrar a pesquisa de satisfação e experiência com a gestão da experiência do paciente;
8. Estabelecer conselhos de pacientes para que estes participem de mudanças nos processos da Organização;
9. Estabelecer demais canais de comunicação onde será inserida a atuação do paciente, e delimitação de espaço direcionados para que os pacientes sejam ouvidos, oportunizando as discussões e soluções;
10. Propiciar a gestão do conhecimento sobre a Experiência do Paciente para toda a equipe multiprofissional do Serviço, fornecendo educação ao paciente para participar em projetos de inovação.

De acordo com Merlino (2016), as expectativas dos pacientes e colaboradores deverão ser traduzidas, e os colaboradores deverão se engajar nos conceitos de experiência do paciente. Todos os processos serão revisados e adequados, assim como as boas práticas deverão ser disseminadas.

Figura 39 - Etapas para a criação de um Escritório de Experiência do Paciente.

Fonte: Elaborado pela autora

6.2 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

1. Avaliar as respostas da pesquisa HCAHPS também na forma “fragmentada”, não só da “Nota Geral” para se ter um entendimento mais completo das necessidades de melhorias de cada elemento da Experiência do Paciente que consta na Pesquisa; e
2. Avaliar a equipe multiprofissional como um todo, incluindo as lideranças dos colaboradores da base.

REFERÊNCIAS

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 905–916.
- AHRQ. (2017). *Agency for healthcare Research and Quality. What Is Patient Experience?* <http://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>
- 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>
- Alismail, A., Schaeffer, B., Oh, A., Hamiduzzaman, S., Daher, N., Song, H.-Y., Furukawa, B., & Tan, L. D. (2020, maio 19). *The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look into Using Tablet-Based Tool vs Traditional Survey Method*. Patient Related Outcome Measures; Dove Press. <https://doi.org/10.2147/PROM.S248431>
- Almada, L., & Policarpo, R. V. S. (2016). A relação entre o estilo de liderança e a resistência à mudança dos indivíduos em um processo de fusão. *REGE-Revista de Gestão*, 23(1), 10–19.
- Alvarenga, M. (2015). *Conceitos e Implementação do Escritório de Experiência do Paciente. Hospital Sírio-Libanês*. <https://escoladecontas.tcm.sp.gov.br/images/conteudo-palestras/experiencias-paciente/alvarenga.pdf>
- Alvarenga, M. A., & Baia, W. R. (2017). *Paciente como protagonista nos cuidados à saúde—Hospital Sírio-Libanês. Hospital Sírio Libanês*. <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/paciente-como-protagonista-nos-cuidados-a-saude.aspx>
- Awang, Z., Afthanorhan, A., & Mamat, M. (2016). The Likert scale analysis using parametric based Structural Equation Modeling (SEM). *Computational Methods in Social Sciences*, 4(1), 13.

- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Berkowitz, B. (2016). The patient experience and patient satisfaction: Measurement of a complex dynamic. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1).
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Beryl Institute. (2020). *Experience Ecosystem—The Beryl Institute—Improving the Patient Experience*. <https://www.theberylinstitute.org/page/ExperienceFramework>
- Bisognano, M., & Kenney, C. (2015). *Buscando o Triple Aim na saúde*. Atheneu.
- Bittar, O. J. N. V., Magalhães, A., Rita de Cássia, A. G., & Mendes, J. D. V. (2016). Saúde e protocolos de qualidade Health and quality protocols. *BEPA*, 13(145), 19–32.
- Bleich, S. N., Özaltın, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 271–278. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862009000400012>
- Bowles, J. R., Batcheller, J., Adams, J. M., Zimmermann, D., & Pappas, S. (2019). Nursing's Leadership Role in Advancing Professional Practice/Work Environments as Part of the Quadruple Aim. *Nursing Administration Quarterly*, 43(2), 157–163. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000342>
- Brown, T. (2015). *When Everyone Is Doing Design Thinking, Is It Still a Competitive Advantage*. *Harvard Business Review*. https://designthinking.com.my/wp-content/uploads/2019/02/when-everyone-is-doing-design-thinking-is-it-still-a-competitive-advantage_.pdf
- Caporossi, C., Cardoso, C., Sartori, K. F., Guedes, L. de M. F., & Nasralla, M. L. S. (2018). Avaliação dos Resultados Assistenciais e do Desempenho Econômico Financeiro com a Implantação do Cuidado Centrado no Paciente: Projeto Piloto do Hospital Santa Rosa, Cuiabá-MT. *COORTE-Revista Científica do Hospital Santa Rosa*, 8, 83–108.

- CMS. (2020). *HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey*.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS>
- Collier, M., Basham, L., Lim, E., Scott, A., Wong, E., & Bromback, M. (2015). *Patient Engagement: Why Happy Patients Mean Healthy Margins*.
<https://www.accenture.com/us-en/insights-happy-patients-healthy-margins>
- Conlin, K. (2019, março 15). *Improving Cost, Quality, and the Patient Experience*. Improving Cost, Quality, and the Patient Experience.
<https://www.horizonhealthnews.com/improving-cost-quality-and-the-patient-experience-is-horizons-path-to-better-health-care/>
- Cooper, A., Gray, J., Willson, A., Lines, C., McCannon, J., & McHardy, K. (2015). Exploring the role of communications in quality improvement: A case study of the 1000 Lives Campaign in NHS Wales. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 76–84.
<https://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000006>
- Correa, E. (2018). *Liderando mudanças: Os ensinamentos de John Kotter*. Revista AdNormas.
<https://revistaadnormas.com.br/2018/12/25/liderando-mudancas-os-ensinamentos-de-john-kotter/>
- Costa, A. (2017, maio 8). Você sabe o que é experiência do paciente? *IBES*.
<http://www.ibes.med.br/voce-sabe-o-que-e-experiencia-do-paciente/>
- Cummings, J. (2017). Learning and leading in the experience age. *Patient Experience Journal*, 4(1), 5–6.
- DCunha, S., Suresh, S., & Kumar, V. (2019). Service quality in healthcare: Exploring servicescape and patients' perceptions. *International Journal of Healthcare Management*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1605689>
- Dresch, A., Lacerda, D., & Júnior, J. (2015). *Design Science Research: Método de Pesquisa para Avanço da Ciência e Tecnologia*. Bookman Editora.
- Drummond, D. (2019). *Dr. Dike Drummond of TheHappyMD.com Partners with SE Healthcare to Create Physician Burnout Prevention Program – DIG SOUTH*.

<https://digsouth.com/2019/05/17/dr-dike-drummond-of-thehappymd-com-partners-with-se-healthcare-to-create-physician-burnout-prevention-program/>

- Ferraz, R. R. N. (2016). Refinamento de Referencial Teórico: Como encontrar artigos científicos de qualidade para a confecção de trabalhos acadêmicos. In *Redação Científica, Princípios de Estatística e Bases de Epidemiologia para simples mortais* (1º ed, p. 313). Deviant.
- Fiorentino, P. G., Sebastião, B., & Grass, K. (2016). *Satisfação do paciente nos hospitais privados brasileiros*. 16.
- Frankel, A., Haraden, C., Federico, F., & Lenoci-Edwards, J. (2017). *A framework for safe, reliable, and effective care. White paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare*.
- George, A., & Sahadevan, J. (2019). A Conceptual Framework of Antecedents of Service Loyalty in Health Care: Patients' Perspective. *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 8(1), 50–59.
- Giusti, D. G., Leonardo. (2020). *Paciente como Consumidor? - KPMG Brasil*. KPMG. <https://home.kpmg/br/pt/home/insights/2019/10/sistema-de-saude.html>
- Gonçalves, L. A. (2011). *Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes* [Tese (Doutorado em Enfermagem)]. Escola de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo.
- Green, C. D. (2000). *Classics in the History of Psychology—A. H. Maslow (1943) A Theory of Human Motivation*. York Universit.
- 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>
- Guler, P. H. (2017). Patient Experience: A Critical Indicator of Healthcare Performance. *Frontiers of Health Services Management*, 33(3), 17–29. <https://doi.org/10.1097/HAP.0000000000000003>

- Harzing, A.-W. (2019). *Publish or Perish*. Harzing.Com. <https://harzing.com/resources/publish-or-perish>
- Haverfield, M. C., Tierney, A., Schwartz, R., Bass, M. B., Brown-Johnson, C., Zionts, D. L., Safaeinili, N., Fischer, M., Shaw, J. G., Thadaney, S., Piccininni, G., Lorenz, K. A., Asch, S. M., Verghese, A., & Zulman, D. M. (2020). Can Patient–Provider Interpersonal Interventions Achieve the Quadruple Aim of Healthcare? A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05525-2>
- Hevner, A. R., March, S. T., Park, J., & Ram, S. (2004). Design Science in Information Systems Research. *MIS Q.*, 28(1), 75–105.
- HFOCUS. (2020). *A satisfação do paciente é colocada em primeiro plano*. <https://www.Hfocus.com.br/>
- Iram, F., Humayun, A., Iqbal, U., & Shafiq, M. (2019). Dimensions of service quality in healthcare: A systematic review of literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(1), 11–29. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy125>
- João, A. R., dos Santos Pinto, M. J. F., Soares, M. da C. A. R., & Rodrigues, V. M. C. P. (2018). Versão portuguesa da escala de satisfação dos pacientes com os cuidados do médico de família–SatMF17: Validação psicométrica. *Scientia Medica*, 28(3), 7.
- Klajner, S. (2018). *Programa Acelerador: Um novo modelo de alta confiabilidade para a sua experiência*. <https://www.linkedin.com/pulse/programa-acelerador-um-novo-modelo-de-alta-para-sua-sidney-klajner>
- Kleiss, J. A. (2016). Preliminary development of a multidimensional semantic patient experience measurement questionnaire. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 52–64.
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (Orgs.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press.
- Kolko, J. (2015). Design Thinking Comes of Age. *Harvard Business Review*, September 2015. <https://hbr.org/2015/09/design-thinking-comes-of-age>

- Kupfer, J. M., & Bond, E. U. (2012). Patient satisfaction and patient-centered care: Necessary but not equal. *Jama*, *308*(2), 139–140.
- La, S., P, R., N, C., & Cm, S. (2000). Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *3*(1), 26–36. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2000.00074.x>
- 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.
- Lestari, S. I. P., Ambarwati, R., Agustina, T., Muryani, E., Andriani, A., & Alfani, M. (2019). The effect of customer's orientation of service employee on customer's satisfaction of health services. *International Journal of Economics and Business Administration*, *7*(2), 270–278.
- Lloyd, B., Elkins, M., & Innes, L. (2018). Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. *Patient Experience Journal*, *5*(3), 55–64. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1270>
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T., & Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *14*(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0>
- Merlino, J. (2016). *Obcecados por servir – Construindo valor a partir da experiência do paciente*. Atheneu. <https://portalhospitaisbrasil.com.br/obcecados-por-servir-construindo-valor-a-partir-da-experiencia-do-paciente/>
- Min, R., Li, L., Zi, C., Fang, P., Wang, B., & Tang, C. (2019). Evaluation of patient experience in county-level public hospitals in China: A multicentred, cross-sectional study. *BMJ Open*, *9*(11), e034225. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034225>
- Miraldo, C., Monken, S. F., Motta, L., & Ribeiro, A. F. (2019). Innovation in health-care companies: A strategy to increase customer service productivity. *Innovation & Management Review*, *16*(4), 357–374. <https://doi.org/10.1108/INMR-04-2019-0041>

- Mitchell, D., O'Brien, L., Bardoel, A., & Haines, T. (2017). Challenges, uncertainties and perceived benefits of providing weekend allied health services—A managers' perspective. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2035-4>
- Monken, S. F., & Moreno, R. C. B. (2015). Utilização dos alertas de controle como ferramenta para a fidelização da clientela de pediatria em um ambulatório público. *RAHIS*, *12*(3), 94–105. <https://doi.org/10.21450/rahis.v12i3.2696>
- Morsch, J. A. (2017). Como a tecnologia impacta na redução de tempo e custos. *Telemedicina Morsch: Telemedicina Morsch: Referência em laudo a distância no Brasil*. <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/tecnologia-na-area-da-saude-como-contribui-para-reducao-de-tempo-e-custos>
- Mota, R. A., Martins, C. G. M., & Veras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, *11*(2), 323–330.
- Ng, J. H., & Luk, B. H. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient education and counseling*, *102*(4), 790–796.
- Nkrumah, J., & Abekah-Nkrumah, G. (2019). Facilitators and barriers of patient-centered care at the organizational-level: A study of three district hospitals in the central region of Ghana. *BMC Health Services Research*, *19*. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4748-z>
- NPS. (2020). *Net Promoter Network. What Is Net Promoter?* Net Promoter Network. <https://www.netpromoter.com/know/>
- Nunes, N. (2015). Humanização na Saúde: Como a planetree vê o paciente? *Saúde Business*. <https://saudebusiness.com/gestao/humanizacao-na-saude-como-a-planetree-ve-o-paciente/>
- Obucina, M., Harris, N., Ja, F., Chai, A., Radford, K., Ross, A., Carr, L., & Vecchio, N. (2018). *The Triple Aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review*. Griffith University.

- Oliveira, E. A., Filho, F. C. V., & Kovaleski, J. L. (2016). Investigação e análise da satisfação de clientes usando o método net promoter score para promover melhorias de produtos e processos. *Revista Uningá Review*, 28(3), Article 3. <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/1885>
- 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>
- Perocchia, R. S., Hodorowski, J. K., Williams, L. A., Kornfeld, J., Davis, N. L., Monroe, M., & Bright, M. A. (2011). Patient-centered communication in cancer care: The role of the NCI's Cancer Information Service. *Journal of Cancer Education*, 26(1), 36–43.
- Picker. (2019). *Picker Impact Report 2018—2019*. Picker. <https://www.picker.org/picker-impact-report-2018-2019/>
- Picker Institute. (2015). *The Eight Principles of Patient-Centered Care · Oneview*. Oneview. <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>
- Pinto, C. F. (2014). *Em Busca Do Cuidado Perfeito: Aplicando o Lean na Saúde*. Lean Institute Brasi.
- Rathert, C., Williams, E. S., & Linhart, H. (2018). Evidence for the quadruple aim. *Medical care*, 56(12), 976–984.
- Reichheld, F. F. (2003, dezembro 1). The One Number You Need to Grow. *Harvard Business Review*, December 2003. <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>
- Rodrigues, J. L. da S. de Q., Portela, M. C., & Malik, A. M. (2019). Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 4263–4275. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>
- Sands, K. E. (2016). *Patient-centred care: Confessions of a pragmatist*. BMJ Publishing Group Ltd.
- Soremekun, O. A., Takayesu, J. K., & Bohan, S. J. (2011). Framework for Analyzing Wait Times and Other Factors that Impact Patient Satisfaction in the Emergency Department.

Journal of Emergency Medicine, 41(6), 686–692.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.018>

Tahara, A. T. S. (2017). Qualidade do cuidado e segurança do paciente: Uma reflexão. *Journal of Nursing and Health*, 7(2), 101–3.

Walsh, J. (2014). *Linda Aiken, Whose Research Revealed the Importance of Nursing in Patient Outcomes, Receives Institute of Medicine's Lienhard Award, National Academies*.
<https://www.nationalacademies.org/news/2014/10/linda-aiken-whose-research-revealed-the-importance-of-nursing-in-patient-outcomes-receives-institute-of-medicines-2014-lienhard-award>

WHala, Durra., J., A. ([s.d.]). *Experience Ecosystem—The Beryl Institute—Improving the Patient Experience*. Recuperado 31 de outubro de 2019, de <https://www.theberylinstitute.org/page/ExperienceFramework>

Wieringa, R. J. (2014). *Design Science Methodology for Information Systems and Software Engineering* (Edição: 2014). Springer.

Wolf, J., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19.

Zao, D., & Chamberlain, A. (2019). *The Link Between Glassdoor Reviews and Customer Satisfaction*. Glassdoor Economic Research.
<https://www.glassdoor.com/research/employee-customer-satisfaction/>

Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2014). *Marketing de Serviços - 6.ed.: A Empresa com Foco no Cliente*. AMGH Editora. Zeithaml, V. A.; Bitner, M. J.; GREMLER, D. D. Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente. 6^a. ed. São Paulo: AMGH Editora, 2014.

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE COLETA

PESQUISA DE OPINIÃO SOBRE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE- PX					
<p>Caro Gestor:</p> <p>Você está sendo convidado a dar sua opinião sobre sua experiência no serviço hospitalar. Cabe ressaltar que não será divulgada a identificação do respondente em hipótese alguma e que não há obrigatoriedade em responder as questões.</p> <p>O resultado da pesquisa contribuirá para a reflexão de como a atenção centrada no paciente está progredindo no contexto hospitalar.</p> <p>Assinale o nível de concordância que melhor representa o significado e o contexto da experiência do paciente.</p> <p>As afirmativas variam de:</p> <p>1 - Discordo Totalmente, 2 - Discordo, 3 - Indiferente, 4 - Concordo e 5 - Concordo Totalmente.</p>	Escala <i>Likert</i>				
	1	2	3	4	5
Q1. O resultado das interações, colaboradores e usuários, influenciados pela cultura de uma organização, norteiam as percepções dos pacientes em todo fluxo de cuidados.					
Q2. A experiência do paciente surgiu com a busca da excelência da qualidade dos serviços de assistência médica prestada sendo um importante indicador de qualidade e causa da mobilização das instituições de saúde.					
Q3. Melhores experiências estão associadas diretamente a margens mais altas de lucro, comparadas às experiências medianas.					
Q4. A experiência do colaborador está ligada às metas de sustentação das instituições de saúde e geração de experiência de alto impacto aos pacientes.					
Q5. A cultura da Organização será percebida pelos pacientes quando houver pontos de contato com os colaboradores nos fluxos de atendimento.					
Q6. O cuidado centrado no paciente está em valorizar, de forma diferenciada, as suas escolhas e preferências, necessidades e valores de forma individual, de acordo com seu entendimento.					
Q7. Os pacientes fazem julgamentos de acordo com sua individualidade, relacionando o que fazemos com o que consideram importante.					
Q8. Não há como considerar as diferenças de expectativas individuais na atenção centrada no paciente.					
Q9. A visão integrada da experiência é apoiada no envolvimento de pacientes e familiares.					
Q10. O cuidado centrado no paciente provoca alto impacto no fluxo da atenção assistencial, gerando maior custo, dificultando a gestão dos processos.					
Q11. Um sistema de avaliação da experiência do paciente em hospitais pode utilizar-se dos resultados em uma política de meritocracia.					

Q12. Envolver a família e paciente no tratamento e tomada de decisões do paciente, contribuem para melhora clínica.					
Q13. O envolvimento dos colaboradores nos processos decisórios também colabora para a cultura da assistência centrada no paciente e repercute na experiência do paciente.					
Q14. A imagem da instituição deve estar ligada à qualidade da assistência, com diligência, consistência e continuidade, sendo valores que os clientes procuram.					
Q15. Mudar a cultura da organização para a construção do atendimento centrado no paciente não acontecerá sem o engajamento de toda a liderança, corpo clínico e apoio.					
Q16. A questão da experiência do paciente poderá ser difundida pelos gestores operacionais, sem que seja um pilar estratégico da organização.					
Q17. A experiência do paciente, positiva ou negativa, é resultado da cultura organizacional.					
Q18. Em um sistema de avaliação da experiência do paciente pode-se, a partir dos resultados, desenvolver-se scores de comparação entre os serviços de saúde.					
Q19. Os sistemas de mensuração de satisfação do paciente não refletem a experiência do paciente na organização.					

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nome do participante: _____

Cargo: _____ Tempo exercido no cargo/meses _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que será realizada pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Primeiramente, gostaríamos de esclarecer que esta participação é inteiramente voluntária, ou seja, você poderá optar por não participar ou se retirar da pesquisa a qualquer momento do estudo. A presente pesquisa, intitulada “A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE UM SERVIÇO DE SAÚDE SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE”, objetiva contribuir com os serviços de saúde no conhecimento da percepção dos gestores sobre a experiência do paciente e sua abrangência. Espera-se, com esse estudo, contribuir com Organizações de Saúde, no sentido de mensurar o grau de compreensão, aplicabilidade e engajamento dos gestores na construção da experiência do cliente nos serviços.

O tempo estimado para leitura e respostas é de aproximadamente sete minutos. Suas respostas serão confidenciais, serão utilizadas apenas em conjunto com as respostas dos outros participantes, e nenhuma informação pessoal sua jamais será divulgada. A sua participação envolverá a leitura e assinatura deste documento, e em seguida, responder a um questionário sobre a percepção dos gestores sobre a experiência do paciente. Os riscos esperados nesta pesquisa incluem apenas constrangimento pelo pressuposto de desconhecimento de alguma questão apresentada. Nesse sentido, para minimizar o risco de constrangimento, o preenchimento será realizado em atendimento isolado e individual. As questões foram elaboradas de forma clara, e o participante poderá esclarecer, também junto ao pesquisador, se houver dúvida quanto ao entendimento da questão apresentada.

Não há benefícios imediatos ao participante em realizar a pesquisa. Não se aplicam a esta pesquisa métodos alternativos de coleta de dados. O participante da pesquisa poderá retirar a qualquer tempo seu consentimento, sem nenhum prejuízo, caso decida não participar da pesquisa. Os pesquisadores, como dito, garantem o sigilo sobre os dados. Não haverá ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação da pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida no Hospital e Maternidade São Luiz Anália Franco S/A, CNPJ 06.047.087/001-39, com sede na Rua Francisco Marengo, nº 1.312, sendo um Hospital

Geral, Maternidade, Pronto Socorro, Serviço Diagnóstico, que conta com 306 leitos entre apartamentos, Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Infantil e Neonatal e 27 salas de centro cirúrgico.

O participante, a qualquer momento, poderá entrar em contato com os pesquisadores para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa. Os pesquisadores são Prof.^a Dr.^a Sonia Francisca de Paula Monken, orientadora do trabalho, que pode ser contatada pelo telefone (11) 3825-9007, e a mestrande Jeane Correia de Lima, que pode ser contatada pelo telefone (11) 951353122.

São Paulo, ____ de _____ 2020.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente neste estudo no meio científico.

Assinatura do Participante

(todas as folhas devem ser rubricadas pelo participante da pesquisa)

Eu, Jeane Correia de Lima (pesquisadora responsável pela pesquisa), certifico que este estudo tem mérito científico, e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos nele.

JEANE CORREIA DE LIMA

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO 3 – CARTA DE ANUÊNCIA

INSTITUTO DOR
PESQUISA E ENSINO

São Paulo, 26 de Dezembro de 2019.

CARTA DE ANUÊNCIA

A Instituição Hospital e Maternidade São Luiz Anália Franco S/A, CNPJ: 06.047.087/001-39, com sede na Rua Francisco Marengo, número 1312, declara o apoio às atividades do projeto intitulado "A Percepção dos gestores de um serviço de saúde sobre a Experiência do paciente", que tem como pesquisador(a) principal, a aluna Jeane Correia de Lima da Universidade Nove de Julho, instituição proponente. No hospital, o pesquisador citado, será responsável pelo projeto.

A Instituição Hospital São Luiz Anália Franco, sendo uma instituição hospitalar, compromete-se a apoiar a execução do projeto acima citado, através de autorização da aplicação de um questionário dimensionado pela escala Likert, à quinze gestores da instituição.


 Dr. Flavio Akira Sakae
 Diretor Geral



Dr. Flavio Akira Sakae
 Diretor
 Hospital e Maternidade São Luiz
 Unidade Anália Franco

ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEÇÃO DOS GESTORES DE UM SERVIÇO DE SAÚDE SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Pesquisador: JEANE CORREIA DE LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29341520.0.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.023.411

Apresentação do Projeto:

Iniciar o item com a frase: Informações extraídas do documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1494482.pdf' de 22/04/2020.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção dos gestores de saúde sobre a experiência do paciente e sua abrangência.

Objetivo Secundário:

Objetivos Específicos:

- Mensurar as dimensões de conhecimento dos gestores sobre a experiência do paciente;
- Conhecer o nível de entendimento dos gestores de saúde sobre a experiência do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode ser que ocorra constrangimento por falta de conhecimento de alguma questão específica, porém está descrito no formulário do questionário, que não haverá identificação do participante.

Benefícios:

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 4.023.411

Espera-se, com o estudo, contribuir com a organização de saúde, no sentido de mensurar o grau de compreensão, aplicabilidade e engajamento dos gestores na construção da experiência do cliente do serviço de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há impedimentos éticos para a realização da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Os pesquisadores devem confeccionar o TCLE de acordo com o modelo sugerido pelo CEP da UNINOVE, inclui-lo na plataforma Brasil e inseri-lo como apêndice do projeto. – Atendido.
- Ajustar o cronograma apresentado no projeto (APÊNDICE B), de forma que o período de coleta de dados seja posterior a aprovação do projeto pelo CEP da UNINOVE. – Atendido.
- Apresentar folha de rosto com carimbo legível. – Atendido.

Recomendações:

Não há recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá se apresentar na instituição de realização da pesquisa (que autorizou a realização do estudo) para início da coleta dos dados.

O participante da pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De forma

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

CEP: 01.504-001

E-mail: comfedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 4.023.411

objetiva com justificativa para nova apreciação, os documentos alterados devem ser evidenciados para facilitar a nova análise.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 466/12 item X1. 2. f).

De acordo com a Res. CNS 466/12, X.3.b), o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio, e-mail ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1494482.pdf	22/04/2020 21:37:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2204PROJETODEPESQUISAPB.docx	22/04/2020 21:19:46	JEANE CORREIA DE LIMA	Aceito
Cronograma	2204CRONOGRAMADAPESQUISA.docx	22/04/2020 21:08:08	JEANE CORREIA DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	2204FOLHADEROSTOPB.pdf	22/04/2020 19:51:53	JEANE CORREIA DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1904.pdf	20/04/2020 16:08:42	JEANE CORREIA DE LIMA	Aceito
Declaração de concordância	ANUENCIA.pdf	14/04/2020 21:36:42	JEANE CORREIA DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 4.023.411

SAO PAULO, 12 de Maio de 2020

Assinado por:
Maria Aparecida Dalboni
(Coordenador(a))

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249
Bairro: LIBERDADE CEP: 01.504-001
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3385-9010 E-mail: comitedeetica@uninove.br