SIMONE BERGER

**Utilização de *feedback* de pacientes para direcionar
a melhoria da qualidade em hospitais**

São Paulo

2019

SIMONE BERGER

**Utilização de *feedback* de pacientes para direcionar
a melhoria da qualidade em hospitais**

Versão original

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Engenharia de
Produção

Orientador: Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-publicação

Berger, Simone

Utilização de feedback de pacientes para direcionar a melhoria da qualidade em hospitais / S. Berger -- São Paulo, 2019.

153 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1.Gestão da qualidade 2.Qualidade da assistência à saúde
3.Perspectiva de pacientes 4.Estudo de casos I.Universidade de São Paulo.
Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II.t.

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu marido, Marcelo, aos meus filhos, Pedro e Daniel, e aos meus pais, Lina, Nelson e Bia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido, Marcelo, pelo apoio e incentivo que possibilitaram a realização deste trabalho. Aos meus filhos, Pedro e Daniel, pela alegria e pelos aprendizados com a nossa convivência, razão da minha busca por estudos e atividades com mais flexibilidade.

Ao meu pai e à sua esposa, Bia, que sempre acompanharam de perto as conquistas e dificuldades na minha jornada de profissional e estudante. À minha mãe, Lina, pelo exemplo de resiliência frente às dificuldades.

À minha sogra Vera, que, com sua experiência acadêmica e prática, me incentivou a fazer o mestrado, mostrando que seria um bom caminho.

À minha amiga Ana Saut, colega de muitos anos, cuja convivência especial inspirou-me a iniciar o mestrado. Contribuiu muito com frequentes conversas e valiosas observações. À minha amiga Carla Carvalho, que compartilhou sua experiência e me apoiou em momentos importantes. À minha amiga Silvia Sauaia Bianchini, pela companhia e troca de conhecimentos durante o mestrado. À Liliana Vasconcellos, pelas interessantes recomendações durante nossos encontros em meio às atividades dos nossos filhos. À minha ex-chefe e amiga Lucia Guedes, pelas preciosas dicas para minha defesa.

Ao meu orientador, professor Fernando Tobal Berssaneti, pela orientação e pelo direcionamento do trabalho. Agradeço também por propor o desafio de explorar as contribuições da Engenharia de Produção em serviços de saúde, sem o qual eu não teria me embrenhado.

Ao professor Antônio Fernandes Costa Lima, pela generosidade, pelas recomendações e pelos ensinamentos sobre a complexidade dos serviços de saúde, e por ter aceitado participar da minha banca. Agradeço a oportunidade de compor o Grupo de Estudos Dimensão Econômica do Gerenciamento em Enfermagem e de proporcionar aprendizado com as colegas enfermeiras, profissionais com atribuições admiráveis e fundamentais para a melhoria da qualidade em instituições de saúde.

Ao professor Milton Vieira Junior, por ter aceitado fazer parte da minha banca e pelas contribuições valiosas sobre o foco da dissertação, enfatizando a abordagem da Engenharia de Produção e da melhoria da qualidade.

Aos professores das disciplinas que proporcionaram entendimento sobre o funcionamento da Academia e a jornada envolvida na produção científica.

Aos profissionais dos hospitais participantes da pesquisa, sem os quais este trabalho não seria possível, pelo tempo despendido, pela qualidade das entrevistas e pela cortesia. Agradeço especialmente às colegas que foram fundamentais na obtenção das aprovações para a realização da pesquisa.

Para ser grande, sê inteiro:
Nada teu exagera ou exclui
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és no mínimo que fazes
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive

(Odes de Ricardo Reis, Fernando Pessoa)

RESUMO

A definição de qualidade tornou-se mais abrangente a partir dos anos 1980. Anteriormente, a qualidade era restrita a produtos manufaturados, e passou a englobar todos os processos relacionados à oferta de produtos e serviços e a ser avaliada de acordo com a adequação às necessidades do consumidor. Em serviços de saúde, o envolvimento de pacientes ganhou importância na medida em que o modelo paternalista de cuidado foi gradativamente substituído, e os pacientes começaram a se envolver de diversas formas. O escopo do presente trabalho é a melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, que pode ser definido como método de registrar a perspectiva do paciente sobre a qualidade do cuidado recebido, com a intenção de aprender, melhorar os processos e a experiência do paciente. Alinhado às lacunas observadas na literatura, o objetivo é explorar como os hospitais utilizam o *feedback* de pacientes para direcionar a melhoria da qualidade. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo exploratório, na modalidade estudo de casos múltiplos, em quatro hospitais acreditados e particulares na cidade de São Paulo. A coleta de evidências consistiu em entrevistas com gestores dos hospitais, análise documental e dados secundários. As lições aprendidas foram apresentadas em propostas de estrutura de trabalho, quadros com evidências de utilização de *feedback* de pacientes por categoria e lista de verificação para análise de processo de *feedback* de pacientes. Os resultados estão de acordo com os objetivos propostos, e o trabalho reforça possíveis contribuições da engenharia de produção em serviços de saúde.

Palavras-chave: Gestão da qualidade. Qualidade da assistência à saúde. Perspectiva de pacientes. Estudo de casos.

ABSTRACT

The definition of quality has become broader since the 1980's. Previously, the quality was restricted to manufactured products, and started to encompass all the processes related to products and services offerings, and to be evaluated according to the adequacy of consumer needs. In healthcare, patient involvement gained relevance, as the paternalist model was gradually replaced, and patients started to get involved in many forms. The scope of this work is quality improvement through patient feedback, which can be defined as a method to record the patients' perspective about the quality of healthcare, aiming to learn, to improve processes and patient experience. Aligned with the gaps observed in the literature, this work aims to explore how hospitals use patient feedback to drive quality improvement. For that, a qualitative exploratory study was undertaken, in the multiple case modality, in four accredited and private hospitals in São Paulo city. The collection of evidences consisted in interviews with hospital managers, documentary and secondary data analysis. The lessons learned were presented in proposals of framework, charts with evidences of patient feedback utilization by category and check list for analyzing the patient feedback process. The results were in accordance with the proposed objectives, and this work highlights the possible contributions of production engineering to healthcare.

Key words: Quality management. Quality of healthcare. Patients' perspective. Case research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Estratégias de envolvimento dos pacientes	18
Figura 2: Escopo da dissertação: <i>feedback</i> de pacientes	22
Figura 3: Estrutura da dissertação	24
Figura 4: Modelo de sistema de acidentes do queijo suíço	34
Figura 5: Índice de utilidade de pesquisas de experiência do paciente.....	48
Figura 6: Diagrama de Ishikawa sobre satisfação de pacientes.....	56
Figura 7: Ciclo de Shewhart	57
Figura 8: Conceito do <i>Net-Promoter Score</i>	60
Figura 9: Conceitos sobre resposta ao <i>feedback</i> de pacientes.....	62
Figura 10: Evolução do número de artigos por ano sobre o tema estudado	67
Figura 11: Critérios de seleção dos hospitais.....	73
Figura 12: Validade do construto.....	75
Figura 13: Nuvem de 50 palavras mais frequentes nas entrevistas	81
Figura 14: Mapa de árvore da frequência de palavras mencionadas nas entrevistas	81
Figura 15: Proposta de estrutura de trabalho	97
Figura 16: Evolução das formas de obtenção da perspectiva de pacientes.....	114
Figura 17: Utilização de metodologias de melhoria da qualidade	119
Figura 18: Categorias de <i>feedback</i> de pacientes analisadas	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Papéis de pacientes em relação à qualidade em saúde	17
Quadro 2: Lacunas observadas na literatura sobre <i>feedback</i> de pacientes	23
Quadro 3: Satisfação e experiência	32
Quadro 4: Conceitos transformadores para a cultura de segurança	33
Quadro 5: Comparação entre a experiência baseada em narrativas (pesquisa qualitativa) e a pesquisa quantitativa	42
Quadro 6: Comparação de métodos de pesquisa	43
Quadro 7: Comparação de formatos de resposta	44
Quadro 8: Domínios de manifestações de pacientes	45
Quadro 9: Formas de <i>feedback</i> de pacientes.....	46
Quadro 10: Causas de inconsistência de pesquisas de experiência.....	47
Quadro 11: Fatores que contribuem para pesquisas voltadas à melhoria da qualidade de pacientes	50
Quadro 12: Validade, confiabilidade e utilidade	51
Quadro 13: Fontes de vieses de resposta em pesquisas e manifestações.....	51
Quadro 14: Exemplos de pesquisas com pacientes.....	52
Quadro 15: Etapas de realização de HFMEA.....	58
Quadro 16: Atributos para análise da qualidade	61
Quadro 17: Abordagem de processos organizacionais de <i>feedback</i> de pacientes ...	63
Quadro 18: Situações para escolha do método de pesquisa	64
Quadro 19: Primeira fase - revisão bibliográfica.....	65
Quadro 20: Segunda fase - estudo de casos	65
Quadro 21: Terceira fase - resultados, discussão e conclusão	66
Quadro 22: Projeto de pesquisa.....	69
Quadro 23: Descrição dos resultados da dissertação	80
Quadro 24: Características dos casos estudados	82
Quadro 25: Características dos participantes por caso.....	83
Quadro 26: Análise documental dos casos	90
Quadro 27: Relatos sobre objetivos claros e predisposição organizacional.....	91
Quadro 28: Relatos sobre ambiente propício para que equipe de saúde receba <i>feedback</i> de pacientes	92
Quadro 29: Relatos sobre ambiente propício para que pacientes ofereçam <i>feedback</i>	93

Quadro 30: Relatos sobre diversas formas de <i>feedback</i> de pacientes disponíveis...	94
Quadro 31: Relatos sobre validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações	94
Quadro 32: Relatos sobre evidências de melhoria da qualidade por meio de <i>feedback</i> de pacientes	95
Quadro 33: Relatos sobre utilização de metodologias de melhoria da qualidade	96
Quadro 34: Relatos sobre processos organizacionais que respaldam o <i>feedback</i> de pacientes	96
Quadro 35: Evidências sobre objetivos de obter <i>feedback</i> de pacientes	99
Quadro 36: Evidências sobre fatores organizacionais	101
Quadro 37: Evidências sobre treinamentos e campanhas educativas	102
Quadro 38: Evidências sobre aceitação e crença no <i>feedback</i> de pacientes pela equipe de saúde.....	103
Quadro 39: Evidências sobre autonomia para tomada de ações	104
Quadro 40: Evidências sobre o bem-estar da equipe de saúde.....	105
Quadro 41: Evidências sobre sigilo e transparência para que pacientes ofereçam <i>feedback</i>	107
Quadro 42: Evidências sobre conscientização de pacientes	108
Quadro 43: Evidências sobre formas de manifestações voluntárias de pacientes..	110
Quadro 44: Evidências sobre pesquisas com pacientes	111
Quadro 45: Evidências sobre <i>feedback</i> informal de pacientes registrado pela equipe de saúde	112
Quadro 46: Evidências sobre vieses relacionados à expectativa de pacientes	115
Quadro 47: Evidências sobre vieses relacionados à não resposta de pacientes	115
Quadro 48: Evidências sobre vieses relacionados ao estado de saúde de pacientes	116
Quadro 49: Evidências sobre vieses relacionados ao momento oportuno para pesquisas e manifestações	116
Quadro 50: Evidências sobre vieses relacionados ao foco em evento ou em interação específica de pesquisas com pacientes	117
Quadro 51: Evidências sobre utilização de metodologias de melhoria da qualidade	120
Quadro 52: Evidências sobre processos operacionais de <i>feedback</i> de pacientes..	123
Quadro 53: Evidências sobre processos táticos de <i>feedback</i> de pacientes.....	124
Quadro 54: Evidências sobre processos estratégicos de <i>feedback</i> de pacientes...	125
Quadro 55: Indicadores observados no estudo de caso	128

Quadro 56: Considerações sobre literatura e evidências.....	129
Quadro 57: Lista de verificação para obtenção do <i>feedback</i> de pacientes	130
Quadro 58: Lista de verificação para implantação de melhoria da qualidade por meio do <i>feedback</i> de pacientes.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CMS	<i>Centers of Medicare & Medicaid Services</i>
DEPOSE	<i>Design, Equipment, Procedures, Operators, Supplies and materials, Environment</i>
FFT	<i>Friends and Family Test</i>
GPFS	<i>General Practice Patient Survey</i>
HCAHPS	<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
HFMEA	<i>Healthcare Failure Mode and Effect Analysis</i>
HSO	<i>Health Standards Organization</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NHSIP	<i>NHS Inpatient Survey</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Action</i>
PDSA	<i>Plan, Do, Study, Action</i>
PLR	Participação nos Lucros e Resultados
PREMs	<i>Patient-Reported Experience Measures</i>
PROMs	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>
NPS	<i>Net Promoter Score</i>
QFD	<i>Quality Function Deployment</i>
QPP	<i>Quality from the Patients' Perspective</i>
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificativa e escopo.....	20
1.2 Objetivo geral.....	23
1.3 Estrutura da dissertação	24
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	26
2.1 Conceitos fundamentais	26
2.1.1 Qualidade em saúde.....	26
2.1.2 <i>Feedback</i> , pesquisas de satisfação e experiência.....	28
2.1.3 Segurança do paciente	32
2.2 Obtenção de <i>feedback</i> de pacientes	35
2.2.1 Objetivos de obter o <i>feedback</i> de pacientes	35
2.2.2 Ambiente propício para a realização de <i>feedback</i> de pacientes.....	37
2.2.3 Formas de <i>feedback</i> de pacientes	41
2.2.4 Validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações	47
2.2.5 Pesquisas existentes de <i>feedback</i> de pacientes	51
2.3 Implantação de melhoria da qualidade por meio de <i>feedback</i> de pacientes....	55
2.3.1 Metodologias de melhoria da qualidade	55
2.3.2 Evidências de melhoria da qualidade baseadas em <i>feedback</i> de pacientes	59
2.3.3 Processos organizacionais que respaldam melhoria da qualidade baseada em <i>feedback</i> de pacientes	61
3. MÉTODO DE PESQUISA	64
3.1 Primeira fase: revisão bibliográfica	66

3.1.1 Questão de pesquisa	68
3.1.2 Estudo de caso piloto.....	70
3.2 Segunda fase: estudo de casos.....	71
3.2.1 Unidade de análise	72
3.2.2 Coleta de evidências.....	74
3.3 Terceira fase: resultados, discussão e conclusão	76
3.4 Aspectos éticos.....	78
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
4.1 Descrição das unidades de análise	82
4.1.1 Caso A	84
4.1.2 Caso B	85
4.1.3 Caso C.....	87
4.1.4 Caso D.....	88
4.2 Análise das proposições	91
4.2.1 Análise da primeira proposição.....	91
4.2.2 Análise da segunda proposição	95
4.3 Estrutura de trabalho sobre o processo <i>feedback</i> de pacientes	97
4.4 Evidências de utilização de <i>feedback</i> de pacientes por categoria proposta	98
4.4.1 Objetivos de obter <i>feedback</i> de pacientes	98
4.4.2 Ambiente propício para realização de <i>feedback</i> de pacientes.....	100
4.4.3 Formas de <i>feedback</i> de pacientes	108
4.4.4 Validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações	114
4.4.5 Metodologias de melhoria da qualidade	118
4.4.6 Processos organizacionais que respaldam melhoria da qualidade baseada em <i>feedback</i> de pacientes	122

4.4.7 Resumo da discussão por categoria.....	129
4.5 Lista de verificação para análise do processo de <i>feedback</i> de pacientes	130
5. CONCLUSÃO	132
5.1 Limitações e sugestões para estudos futuros	135
REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICE A - PROTOCOLO DE PESQUISA.....	150
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	152

1. INTRODUÇÃO

A definição de qualidade tornou-se mais abrangente desde os anos 1980. Anteriormente, a qualidade era restrita ao tratamento de problemas tecnológicos de produtos manufaturados, e a sua avaliação consistia em conformidade às especificações de produtos. Passou a englobar todos os processos relacionados à oferta de produtos e serviços, permeando objetivos estratégicos das organizações, e a ser avaliada de acordo com a adequação às necessidades do consumidor (JURAN, 1999).

Segundo Deming (2000), para atender à qualidade requisitada pelo consumidor final, cada atividade de um processo busca a acomodação ótima entre a atividade precedente e a atividade posterior. Com o conhecimento dos requisitos dos produtos determinados pelo consumidor, cada atividade pode ser realizada de forma melhor. Para Hauser e Clausing (1988), “a voz do consumidor” é a descrição, nas palavras do consumidor, sobre os benefícios que eles desejam sobre o produto ou serviço.

Em serviços de saúde, o conhecimento da perspectiva do paciente também ganhou importância. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou a participação das pessoas e das comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde, na Conferência de Alma Ata, na República do Cazaquistão (ex-República Socialista Soviética). Tradicionalmente, prevalecia o modelo paternalista de cuidado, em que o médico recomendava objetivamente o melhor tratamento. O modelo de relação médico-paciente evoluiu, e os pacientes começaram a se envolver na tomada de decisões (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Para Donabedian (1992), é necessário avaliar a validade de informações obtidas de pacientes, pois podem ser baseadas em suposições e expectativas equivocadas. Segundo o autor, os pacientes devem ser definidos como consumidores, e devem ser menos pacientes, mais críticos, mais assertivos, e manifestarem suas opiniões com legitimidade. Segundo Williams (1994), pacientes passivos eram reconhecidos como “bons” pacientes, e suas opiniões sobre o cuidado eram consideradas ilegítimas, pois a maioria dos pacientes expressava insatisfação se sua experiência fosse extremamente ruim.

Williams (1994) explorou o consumerismo, que consiste na recusa do paternalismo, na existência de consumidores, e não de pacientes passivos. Nessa perspectiva, são necessários três fatores básicos: (a) a existência da opinião do

consumidor; (b) a crença da legitimidade da opinião; e (c) o desejo de se comprometer com essa opinião. Assim, as informações sobre satisfação somente podem ser úteis se pacientes deixarem de ser passivos, avaliarem e criticarem o serviço (WILLIAMS, 1994).

A experiência do paciente é frequentemente abordada de acordo com a expectativa de cuidado humano e empatia, em que pacientes são encorajados a participar do seu cuidado, aderindo a tratamentos adequados às suas particularidades e comprometidos com a medicação. Porém a experiência do paciente é também justificada por razões utilitárias, pois aumenta o potencial de mecanismos que impactam a segurança e a efetividade do cuidado (IOM, 2001).

Em 2016, a OMS divulgou o relatório *Patient Engagement - Technical Series on Safer Primary Care*, em que descreve o potencial do engajamento de pacientes e familiares em salvar vidas por meio de melhoria da qualidade e segurança, informadas pela experiência do paciente. Pacientes engajados em seu cuidado são mais capazes de participar de decisões sobre as opções de tratamento e ainda melhorar a segurança e qualidade no cuidado, no nível da organização, contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (OMS, 2016).

Donabedian (1992) descreveu três papéis que o paciente pode desempenhar em relação à qualidade em saúde, descritos no Quadro 1: “Contribuir”, “Ser o objetivo” e “Reformar”.

Quadro 1: Papéis de pacientes em relação à qualidade em saúde

Papéis	Descrição
Contribuir	<ul style="list-style-type: none"> Definir qualidade e padrões para avaliar a qualidade Avaliar a qualidade, prover informações sobre razões de satisfação e de insatisfação Informar sobre a experiência durante o cuidado, sem julgamento, para prover informação que permita que outros avaliem
Ser o objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Engajar-se na condução e no monitoramento do cuidado
Reformar	<ul style="list-style-type: none"> Participação direta no desenvolvimento de objetivos e políticas sobre a qualidade do cuidado

Fonte: Adaptado de Donabedian (1992).

De acordo com o papel “Contribuir”, pacientes definem qualidade, avaliam razões de satisfação e insatisfação e informam sobre a sua experiência, para que outros avaliem. No papel “Ser o objetivo”, os pacientes engajam-se na condução e no monitoramento do cuidado. Por fim, o papel “Reformar” envolve formas em que os

pacientes participam diretamente no desenvolvimento de objetivos e políticas (DONABEDIAN,1992).

A importância do envolvimento estendeu-se a outras áreas do cuidado, além do próprio tratamento, como prevenção de eventos adversos e notificação de incidentes. Para isso, campanhas voltadas à equipe de saúde e aos pacientes devem proporcionar conscientização sobre o novo papel dos pacientes em relação ao cuidado (LONGTIN et al., 2010).

No processo de inovação dos serviços de saúde, a participação dos pacientes traz benefícios não somente para eles, como para os profissionais de saúde. Para aproveitar essa oportunidade, é necessário investigar mudanças em papéis tradicionais, relações e estrutura nos sistemas de saúde (AMANN; BRACH; RUBINELLI, 2018). Nesse sentido, a participação dos pacientes é caracterizada pelo envolvimento em diferentes níveis, por meio de tomada de decisões sobre o próprio tratamento, até o desenvolvimento e a melhoria de serviços (CASTRO et al., 2016).

Mecanismos para registrar a experiência de pacientes podem ser desde *feedback* de pacientes, grupos focais e entrevistas até mecanismos mais ativos, como comitês consultivos e participação em desenvolvimentos de processos (MORROW et al., 2013). Segundo *The Health Foundation* (2013), há diversos níveis de envolvimento de pacientes em segurança. Na forma menos ativa de envolvimento, gestores e equipe de saúde obtêm o *feedback* de pacientes para direcionar as ações de melhoria, e instituições de saúde promovem formalmente o registro da experiência dos pacientes e o relato de incidentes. Do lado oposto do espectro, há foco no engajamento dos pacientes para que assumam responsabilidades, ilustrado na Figura 1 (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

Figura 1: Estratégias de envolvimento dos pacientes

Fonte: Adaptado de *The Health Foundation* (2013).

Para incorporar perspectivas dos pacientes no desenvolvimento do cuidado, são utilizados métodos de registrar a perspectiva do paciente sobre a qualidade do cuidado recebido, com a intenção de aprender, melhorar os processos e a experiência do paciente. Essa definição de Golda et al. (2018a), do inglês *feedback*, será utilizada nesta dissertação.

A coleta de resultados pode ocorrer em dois níveis. No nível do paciente, são coletados durante a consulta, com o objetivo de conferir problemas não diagnosticados, priorizar os assuntos e melhorar a comunicação entre paciente e médico na tomada de decisão. No nível do grupo, os relatos de pacientes são agregados e as estatísticas são resumidas e informadas aos profissionais, estimulando a governança e influenciando as decisões e políticas, bem como a alocação de recursos da organização (BOYCE; BROWNE, 2013).

O *feedback* de pacientes pode destacar aspectos do cuidado que demandam melhoria e monitoramento da qualidade. Se o tratamento tem sucesso somente nos aspectos técnicos, mas os benefícios não são percebidos pelos pacientes, então as intervenções falharam. Por essa razão, medidas sobre a experiência do paciente são utilizadas para avaliar o impacto do cuidado no bem-estar dos pacientes e para determinar prioridades na melhoria da qualidade (JENKINSON et al., 2002).

A equipe de saúde pode apresentar resistência quanto às medidas de experiência do paciente, considerando-as muito subjetivas e variáveis de acordo com o humor, descoladas da situação real do cuidado (DOYLE; LENNOX; BELL, 2013). Há uma lacuna de estudo para abordar como e quando os pacientes devem ser envolvidos, como prover ambiente amigável ao envolvimento para melhorar os resultados em saúde e melhorar a experiência do cuidado (SNYDER; ENGSTRÖM, 2016).

No Brasil, avaliações de experiência de pacientes são recomendadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para levantar pontos de melhoria. A instituição recomenda que as pesquisas se concentrem em aspectos específicos do cuidado e da experiência, em vez de perguntas subjetivas relacionadas à satisfação dos pacientes sobre a assistência prestada. Assim, o método de pesquisa é de extrema importância para garantir que gere melhorias no serviço (ONA, 2019).

Em estudo realizado com 141 instituições de saúde brasileiras, foi constatado que 86,3% realizam pesquisas de satisfação de pacientes e que há processo formal

para comunicação de pacientes em relação às suas dúvidas, sugestões e reclamações em 84,1%. Estabelecer um processo de comunicação formal com os pacientes pode ser o primeiro estágio de envolvimento de pacientes, pois a obtenção de *feedback* provê informações para direcionar melhorias nos processos internos, bem como subsidiar o planejamento estratégico (SAUT; BERSANETI, 2016).

1.1 Justificativa e escopo

Segundo Baldie et al. (2018), o impacto do *feedback* de pacientes é resultante de vários fatores, como contexto, crenças da equipe de saúde com relação a pesquisas, ferramentas e métodos de pesquisa, e esforço na promoção das melhorias. É necessário prover a equipe de saúde da visão do paciente sobre o serviço, para que seja considerada válida e com potencial para ajustar as práticas indicadas pelas pesquisas (BALDIE et al., 2018).

Enquanto a importância de pesquisas sobre experiência de pacientes aumentou na última década, há desafios em termos do engajamento de médicos sobre os resultados de *feedback* de pacientes. Médicos criticam as motivações e as competências dos pacientes e são descrentes quanto às melhorias baseadas em pesquisas. Por outro lado, eles reconhecem a relevância do *feedback* de pacientes. Essas atitudes contraditórias ameaçam o impacto potencial de pesquisas com pacientes. Por essa razão, deve-se conscientizar gestores e médicos sobre a legitimidade das pesquisas (FARRINGTON et al., 2017).

Segundo Wiig et al. (2013), o papel dos pacientes é tratado estrategicamente nas organizações que têm valorizado seu envolvimento nos níveis individuais e coletivos, no planejamento e na melhoria dos serviços. Porém a prática é contrastante, pois o envolvimento acontece somente com pesquisas esporádicas. Assim, há uma lacuna a ser explorada entre a expectativa e a prática com relação ao envolvimento dos pacientes (WIIG et al., 2013).

Há um abismo entre os gestores dos hospitais e a equipe de saúde, pois os gestores investem em *feedback* de pacientes, porém não têm mecanismos para habilitar a equipe de saúde e implantar as melhorias sugeridas (ROZENBLUM et al., 2013). Lee, Baeza e Fulop (2017) concluíram que, apesar de haver diferentes formas disponíveis de *feedback* de pacientes, seu uso pela direção dos hospitais apresenta limitações. Gestores deveriam rever suas práticas para assegurar que serão

direcionadas para ações voltadas à garantia da qualidade do cuidado. Procedimentos desenvolvidos por meio de pesquisas com pacientes deveriam ser mais explícitos, tratados pela liderança e pelos comitês de qualidade (LEE; BAEZA; FULOP, 2017).

Manary et al. (2013) concluíram que, embora haja vulnerabilidades relacionadas às medidas e interpretações de experiência do paciente, há evidências de que as medidas podem ser robustas, constituindo um indicador consistente da qualidade do cuidado em saúde. Assim, o debate não deve questionar se os pacientes podem prover medidas significativas de qualidade, mas como melhorar as experiências dos pacientes por meio de abordagens robustas de medição para proporcionar análises acuradas e prover informações para facilitar a mudança organizacional (MANARY et al., 2013). Para Luxford (2012), deve-se mudar o questionamento sobre se os pacientes conhecem sobre a qualidade, e estruturar ferramentas para medir a experiência do paciente, considerando um dos domínios da qualidade.

O mau uso de pesquisas de *feedback* de pacientes é vastamente documentado na literatura, mas os desafios relacionados devem ser consolidados para demonstrar a complexidade do tema e direcionar soluções práticas para tornar as pesquisas de *feedback* úteis (FLOTT et al., 2017).

Nessa perspectiva, Berwick (2016) afirma que a ciência da qualidade oferece alternativas valiosas à hostilidade e às confusões que inspeções, prêmios e punições podem gerar. O autor afirma que a utilização de ferramentas de qualidade em serviços de saúde pode proporcionar melhorias substanciais, e sugere que a ciência da melhoria integre o currículo de equipe de saúde e gestores (BERWICK, 2016).

Esta dissertação justifica-se pelo potencial de utilização do *feedback* de pacientes para direcionar ações de melhoria da qualidade, desde que obtido e implantado de forma robusta. Há apenas 18 artigos publicados sobre o assunto no Brasil, nas bases de dados *Scopus* e *ISI Web of Knowledge*, (palavras-chave “*patient feedback*” or “*patient experience*” or “*patient satisfaction*” and “*quality improvement*” or “*quality management*”), dos quais 14 foram publicados a partir de 2013.

O escopo da dissertação consiste em melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, conforme a Figura 2, caracterizado por abordagem menos ativa de envolvimento de pacientes (THE HEALTH FOUNDATION, 2013; SNYDER, ENGSTRÖM, 2016). De acordo com o Quadro 1, Donabedian (1992) descreveu como

“contribuir para a qualidade do cuidado” o papel em que o paciente define o que é qualidade, avalia a qualidade e provê informação que permita que outros avaliem.

Figura 2: Escopo da dissertação: *feedback de pacientes*

Fonte: Elaborado pela autora.

Não é escopo da dissertação estudar a abordagem pessoal, descrito por Donabedian (1992) como “ser o objetivo”, sobre a relação assistencial dos pacientes com a equipe de saúde, em que são encorajados a participar do cuidado, aderindo aos tratamentos e comprometidos com a medicação.

Este trabalho também não abordará o papel “reformar” descrito por Donabedian (1992), ou abordagem mais ativa de envolvimento de pacientes, retratado por *The Health Foundation* (2013). Segundo Snyder e Engström (2016), essas estratégias contemplam relação de longo prazo com os pacientes, configurando parcerias entre equipe de saúde, pacientes e familiares, em que pacientes participam de comitês e assumem responsabilidades.

Dentre as instituições de saúde, optou-se por estudar hospitais, considerados centros de sistemas de saúde no Brasil e críticos para a saúde dos brasileiros. São centros tecnológicos e de inovação, há constante preocupação sobre custos e qualidade e entrega de cuidado com eficiência, e, por essa razão, são importantes para muitas pessoas, por muitas razões (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Segundo Cecílio e Mendes (2004), a organização hospitalar é um território extremamente complexo, composto por múltiplas convicções e responsabilidades.

Com base na contextualização exposta, as lacunas identificadas foram agrupadas em obtenção de *feedback* de pacientes e implantação de melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes, conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Lacunas observadas na literatura sobre *feedback* de pacientes

Lacunas	Autores
Obtenção de <i>feedback</i> de pacientes para a melhoria da qualidade	Donabedian (1992); Williams (1994); Williams, Coyle e Healy (1998); Sitzia e Wood (1997); Sofaer e Firminger (2005); Luxford (2012); Morrow et al. (2013); Doyle, Lennox e Bell (2013); Llanwarne et al. (2013); Coulter et al. (2014); Farley et al. (2014); Beattie et al. (2015); Boiko et al. (2015); Taylor et al. (2015); Gleeson et al. (2016); Coulter (2016); Snyder, Engström (2016); Sheard et al. (2017); Golda et al. (2018a); Griffiths e Leaver (2018).
Implantação de melhoria da qualidade com base em <i>feedback</i> de pacientes	Manary et al. (2013); Rozenblum et al. (2013); Wiig et al. (2013); Coulter et al. (2014); Secanell et al. (2014); Parand et al. (2014); Boiko et al. (2015); Taylor et al. (2015); Lee, Baeza e Fulop (2017); Sheard et al. (2017); Farrington et al. (2017); Baldie et al. (2018); Golda et al. (2018b).

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, pretende-se responder à seguinte questão de pesquisa:

“Como o *feedback* de pacientes é utilizado por hospitais para direcionar a melhoria da qualidade?”

1.2 Objetivo geral

O objetivo da dissertação é explorar como o *feedback* de pacientes é utilizado em hospitais para direcionar a melhoria da qualidade.

Os objetivos específicos foram definidos:

- i. Identificar como o *feedback* de pacientes é obtido por hospitais, considerando objetivos, ambiente propício (nas perspectivas da organização, equipe de saúde e pacientes) e formas de *feedback* disponíveis;
- ii. Identificar como a melhoria da qualidade é implantada por hospitais, com base em *feedback* de pacientes, explorando metodologias de melhoria da

qualidade utilizadas e processos organizacionais que respaldam o processo;

- iii. Consolidar lições aprendidas sobre boas práticas de utilização de *feedback* de pacientes em hospitais, com base nas evidências observadas.

1.3 Estrutura da dissertação

Esta dissertação foi elaborada em seis seções, ilustradas na Figura 3.

Figura 3: Estrutura da dissertação

Fonte: Elaborado pela autora.

Na introdução, há um breve histórico sobre conceito de qualidade e sua abordagem em serviços de saúde, considerando a evolução da perspectiva do paciente na qualidade em saúde. Na segunda seção, são descritos o objetivo geral e os específicos.

A revisão bibliográfica está apresentada na terceira seção, e contempla artigos que embasaram o entendimento do fenômeno estudado. Está dividida em três tópicos. O primeiro, intitulado “Conceitos fundamentais”, trata de conceitos e métricas de qualidade do cuidado, benefícios e dificuldades de obter *feedback* de pacientes, diferenças entre pesquisas de satisfação e experiência de pacientes e segurança de paciente, considerando o relevante papel de pacientes na prevenção de eventos adversos.

O segundo tópico da revisão bibliográfica trata da obtenção de *feedback* de pacientes para direcionar a melhoria da qualidade: objetivos da instituição, ambiente propício nas perspectivas da instituição, pacientes e equipe de saúde e formas de *feedback* disponíveis, considerando a validade e a confiabilidade das pesquisas e manifestações.

O terceiro tópico da revisão bibliográfica apresenta artigos relacionados à implantação de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, considerando metodologias de melhoria da qualidade que podem ser utilizadas para análise de *feedback* de pacientes, oferecendo informações robustas para a tomada de decisão, evidências de melhoria da qualidade e processos organizacionais que respaldam a implantação de ações de melhoria da qualidade.

Após a revisão bibliográfica, o método é apresentado na quarta seção, cujo referencial teórico está baseado em Yin (2015). Contém a justificativa da escolha metodológica, a condução do estudo de casos, dos resultados e das conclusões e os aspectos éticos.

Na quinta seção, os resultados são relatados, com análise de cada caso individualmente e também dos casos agregados, consolidando as boas práticas de utilização de *feedback* de pacientes, alinhado ao objetivo proposto.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica teve como objetivo esclarecer conceitos que nortearam o projeto de pesquisa, propiciando a reflexão sobre fontes prováveis de evidência sobre cada questão.

2.1 Conceitos fundamentais

Este tópico aborda artigos que promoveram o entendimento sobre o fenômeno estudado, contextualizando o assunto e ressaltando as lacunas.

2.1.1 Qualidade em saúde

De acordo com o *Institute of Medicine* (IOM, 2001), a qualidade em saúde tem seis objetivos: deve ser segura, efetiva, centrada no paciente, oportuna, eficiente e igualitária. Para Berwick (2009), segurança e efetividade são considerados principais, mas o autor defende a importância dos quatro demais objetivos relacionados ao bem-estar dos pacientes, definido pela experiência do paciente em todos os aspectos do cuidado em saúde.

Em 2008, Berwick, Nolan e Whittington descreveram o conceito *Triple Aim*, definindo os três objetivos que devem ser focados pelos sistemas de saúde: melhorar a experiência individual do paciente, melhorar a saúde das populações e reduzir os custos per capita do cuidado das populações. As métricas dos sistemas de saúde devem considerar formas de captar a experiência dos pacientes, incluindo engajamento dos pacientes, continuidade e práticas clínicas preventivas. Bodenheimer e Sinsky (2014) propuseram o conceito de *Quadruple Aim*, acrescentando o objetivo de melhorar as condições de trabalho da equipe de saúde, como pré-requisito para o *Triple Aim*.

Segundo Donabedian (1992), com o questionamento dos pacientes, é possível obter informações sobre atributos técnicos e interpessoais. Em termos técnicos, os pacientes são os únicos capazes de avaliar se os resultados atenderam às suas expectativas, se os riscos envolvidos foram mapeados, se os custos foram adequados e se os aspectos interpessoais são veículo para a entrega do cuidado (DONABEDIAN, 1992).

Doyle, Lennox e Bell (2013) dividiram a experiência do paciente em dois grupos, o relacional (comunicação com equipe de saúde, linguagem clara, respeito, transparência e suporte psicológico) e o funcional (tratamento efetivo entregue por profissionais confiáveis, sintomas físicos controlados, ambiente limpo, seguro, confortável e coordenação da continuidade do cuidado). Os autores concluíram que medidas de experiência de pacientes têm relação com segurança e resultados clínicos quando realizadas com foco em atributos objetivos da experiência do paciente, coletadas e analisadas por meio de mecanismos apropriados.

Llanwarne et al. (2013) afirmam que as dimensões interpessoais da qualidade são mais fortemente relacionadas à experiência do paciente do que as dimensões clínicas, como acesso (possibilidade de contato por telefone e agendamento de consultas), continuidade e planejamento do cuidado.

Por outro lado, Farley et al. (2014) relataram que associações entre a experiência do paciente e as medidas objetivas de qualidade podem ser contraditórias, portanto a qualidade clínica e a experiência do paciente devem ser tratadas como domínios distintos, pois requerem medidas, monitoramento e iniciativas de melhoria independentes. Manary et al. (2013) concluíram que medidas de experiência de pacientes traduzem uma dimensão independente da qualidade.

Pesquisas indicam relação consistente entre pesquisas sobre experiência a com pacientes, como por exemplo, a intenção de recomendar o hospital e o desempenho técnico de processos relacionados à pneumonia, à insuficiência cardíaca, ao infarto do miocárdio e aos procedimentos cirúrgicos. Complicações, como infecções devido ao cuidado, são fortemente relacionadas com a experiência de pacientes em domínios específicos, como ambiente limpo e silencioso de hospital e equipe comunicativa e responsiva (ISAAC et al., 2010).

Price et al. (2014) concluíram que, além do valor intrínseco de medir a qualidade do cuidado na perspectiva dos pacientes, melhores índices de experiência de pacientes estão relacionados com a aderência às recomendações, às ações preventivas e aos tratamentos, levando a melhor eficácia (resultados) e eficiência (utilização) e promovendo cultura de segurança.

Por outro lado, relatos de boas experiências podem ser influenciadas pelo estado de saúde – pessoas mais idosas, mais doentes, em estado terminal recebem maior atenção e tendem a retratar boas experiências. Estudos longitudinais permitem estabelecer relações causais entre a experiência do paciente e os resultados clínicos,

desde que a pesquisa seja atribuída ao responsável correto, ao contexto ou ao episódio de interesse (PRICE et al., 2014).

Há uma grande lacuna a ser explorada sobre o uso de *feedback* de pacientes porque a qualidade em cuidado não é objetivo e nem é unidimensional. São necessários estudos para identificar a associação de *feedback* com dimensões de qualidade, voltados a análises específicas: identificar a relação do *feedback* com dados quantitativos, como taxas de mortalidade, tempos de espera e redução de riscos (GRIFFITHS; LEAVER, 2018).

Segundo Donabedian (1992), a validade da opinião dos pacientes como medida de qualidade é indiscutível, mesmo considerando suas limitações como indicadores. O autor defende que os pacientes devem se comportar como consumidores, em vez de assumir posição passiva, pois são indispensáveis para definir qualidade e definir padrões de como avaliá-la, oferecendo propósito e direção ao cuidado (DONABEDIAN, 1992).

2.1.2 *Feedback*, pesquisas de satisfação e experiência

Originalmente, o *feedback* foi utilizado por lideranças organizacionais como instrumento para direcionar e instruir subordinados. Foi introduzido nas organizações desde os anos 1950 com o objetivo de melhorar o desempenho, mas é também voltado a entender e a melhorar a experiência dos indivíduos no contexto organizacional (ASHFORD; CUMMINGS, 1983). Consiste em informações providas por agentes sobre aspectos do desempenho, e ocorre tipicamente após instruções para prover conhecimento e habilidades ou para desenvolver determinadas atitudes. Oferecer e receber *feedback* requer muitas habilidades, e somente pode ter efeitos positivos se estiver inserido em contexto de aprendizado e melhoria (HATTIE; TIMPERLEY, 2007).

De acordo com Hauser e Clausing (1988), se consumidores forem questionados sobre soluções técnicas para um produto, podem não ser entendidos corretamente. Por essa razão, pesquisas devem ser voltadas aos problemas que devem ser resolvidos. As necessidades dos consumidores podem ser básicas (assumem que o produto ou serviço atenderá), verbalizadas (mencionam que gostariam no produto ou serviço), ou emocionais (se presentes, vão surpreender e encantar o consumidor).

Segundo Donabedian (1992), um dos papéis desempenhados pelos pacientes em relação à qualidade é “contribuir” com a qualidade, descrito no Quadro 1. Donabedian descreve três formas de contribuição: definir a qualidade, avaliar a qualidade e informar sobre sua experiência durante o cuidado. Avaliar a qualidade consistem em prover informações sobre razões de satisfação e insatisfação. Informar sobre a qualidade envolve informar sobre a experiência durante o cuidado, sem julgamento, para prover informações que permitam que outros avaliem.

Segundo Williams, Coyle e Healy (1998), pacientes podem oferecer relatos detalhados sobre a experiência durante o cuidado, porém experiências descritas com termos positivos ou negativos não estão necessariamente relacionadas às avaliações dos serviços que produziram essas experiências.

Sitzia e Wood (1997) concluíram que pesquisas de satisfação podem ter vieses relacionados à “gratidão” e variam de acordo com as características subjetivas dos pacientes. Por essa razão, deve-se pesquisar as razões da insatisfação e as formas de medi-la, em vez de definir instrumentos que informem dados repetitivos de satisfação com os serviços (SITZIA; WOOD, 1997; WILLIAMS; COYLE; HEALY, 1998).

Segundo Sitzia e Wood (1997), a experiência dos pacientes é um dos componentes da satisfação. Pesquisas de satisfação refletem a realidade do cuidado e também as reflexões do respondente. Variáveis do paciente são determinantes da satisfação, e variáveis do cuidado são componentes da satisfação (SITZIA; WOOD, 1997). Segundo Crow et al. (2002), há dois grupos de fatores que influenciam as pesquisas de satisfação: os fatores relacionados às características dos respondentes, e os fatores relacionados à entrega dos serviços de saúde.

A satisfação é relativa, pois é definida pela discrepância entre a expectativa do paciente e a experiência real (WILLIAMS, 1994; CROW et al., 2002). Respostas positivas de pesquisas de satisfação não são um indicativo de que o cuidado foi bom, mas simplesmente de que nada de extremamente ruim aconteceu (WILLIAMS, 1994). Portanto métricas para medidas de satisfação deveriam considerar as expectativas dos respondentes: o que satisfaz uma pessoa pode não satisfazer a outra (CROW et al., 2002).

A experiência do paciente explica parte da variação em pesquisas de satisfação, mas a maior parte é explicada por expectativas do paciente, condições de saúde e personalidade (BLEICH; OZALTIN; MURRAY, 2009). Ações como

alinhamento de expectativas antes durante e após o atendimento clínico e foco em comunicação excelente entre a equipe de saúde e o paciente, e entre profissionais, impactam positivamente a experiência dos pacientes (GOLDA et al., 2018a).

Relatos de satisfação são observações factuais e objetivas sobre o que ocorreu. Índices de satisfação são subjetivos, são tentativas de capturar a avaliação dos pacientes, e não são possíveis de observar diretamente. Além da realidade do cuidado recebido, a satisfação reflete as preferências pessoais e as expectativas dos pacientes (WARE et al., 2015).

Segundo Crow et al. (2002), a palavra satisfação tem raiz do latim e significa “suficiente”. Assim, satisfação é um indicador de cuidado “aceitável”, e, portanto, pesquisas de satisfação oferecem efeitos superficiais, difíceis de distinguir entre a oferta de serviços adequados ou superiores. Perguntas específicas sobre a experiência minimizam a subjetividade e a confusão de expectativas do paciente (CROW et al., 2002).

A utilização das pesquisas como ferramenta de gestão tende a ser mais efetiva quando as pesquisas são focadas em problemas e populações específicas, assim a lacuna de melhoria é mais evidente, gerando maior impacto na saúde dos pacientes (BOYCE; BROWNE, 2013). Segundo Price et al. (2014), o termo experiência dos pacientes refere-se a qualquer processo observável por pacientes. Relatos de experiência do paciente são distintos de índices de satisfação, pois refletem experiências específicas durante o cuidado.

Pesquisas de satisfação tendem a resultar em avaliações otimistas e limitadas sobre a experiência do paciente, e não retratam problemas da qualidade do cuidado. Medidas de experiência, em vez de medidas de satisfação, podem gerar informações significativas sobre aspectos da sua experiência durante o cuidado. Assim, os questionários devem objetivar medir a experiência do paciente, e determinar como essa experiência relaciona-se à satisfação (JENKINSON et al., 2002).

A satisfação está relacionada à condição de saúde e aos resultados clínicos dos pacientes. Em geral, pacientes em condições piores ou que experimentaram condições de estresse manifestarão satisfação mais baixa, com possíveis exceções em doentes crônicos. Respondentes idosos apresentam melhores índices de satisfação, e não há evidências sobre gênero e aspectos étnicos e socioeconômicos (CROW et al., 2002).

Muitas pesquisas de satisfação incluem índices sobre a satisfação geral do paciente sobre o cuidado, mas as experiências podem mudar ao longo do tempo. Isso leva a muitos planejadores de pesquisa a direcionar a sua atenção aos índices de experiência, em vez de índices de satisfação (SOFAER; FIRMINGER, 2005).

Em sua análise sobre instrumentos de *feedback*, Beattie et al. (2015) selecionaram apenas instrumentos de experiência de pacientes, e eliminaram instrumentos de satisfação devido às limitações teóricas e metodológicas. Ahmed, Burt e Roland (2014) relataram que a experiência do paciente tem o foco no que realmente aconteceu aos pacientes e em como essa experiência será reportada. As questões devem ser distintas quanto aos relatos de pacientes (o que aconteceu) e à avaliação de pacientes (a opinião dos pacientes) (AHMED; BURT; ROLAND, 2014).

Ao contrário das pesquisas de satisfação, as pesquisas de experiência acessam de forma objetiva os comportamentos que ocorreram e a sua frequência, de modo que são mais propensas a informar a ação apropriada necessária para a melhoria. Há uma discussão sobre a tendência de alterar medidas de satisfação ou felicidade dos pacientes com o cuidado recebido, para medidas de experiência, pois medidas de satisfação são mais suscetíveis às respostas emocionais e subjetivas, mais difíceis de acesso por ações de melhoria (GOLDA et al., 2018a).

Segundo *The Beryl Institute*, instituição americana destinada a compartilhar conhecimento para melhorar a experiência dos pacientes, a experiência do paciente pode ser definida como uma soma de interações, moldada pela cultura organizacional, que influencia a percepção dos pacientes durante a continuidade do cuidado (THE BERYL INSTITUTE, 2019).

2.1.2.1 Resumo do Quadro Teórico

De acordo com a literatura exposta, pesquisas de satisfação podem ter respostas mais emocionais e subjetivas, pois são relacionadas às expectativas dos pacientes. Por outro lado, pesquisas de experiência do paciente buscam explorar aspectos objetivos do cuidado e podem prover informações para melhoria da qualidade. Donabedian (1992) descreveu que, para avaliar a qualidade, os pacientes informam sobre razões de satisfação e insatisfação. Para informar sobre a qualidade, pacientes comunicam sobre a experiência durante o cuidado recebido, sem julgamento, para que a instituição avalie (DONABEDIAN, 1992). Nessa perspectiva,

conceitos de satisfação e experiência foram abordados por outros autores, resumidos no Quadro 3.

Quadro 3: Satisfação e experiência

Abordagem	Autores
A satisfação é definida pela discrepância entre a expectativa do paciente e a experiência real	Williams (1994).
As variáveis do paciente são fatores determinantes da satisfação, e as variáveis do cuidado são fatores componentes da satisfação	Sitzia e Wood (1997).
A satisfação está relacionada a dois grupos de fatores: associados às características dos respondentes e associados à entrega do serviço	Crow et al. (2002).
Experiência de pacientes é o termo para definir processo observável por pacientes, incluindo experiências subjetivas (controle da dor), e experiências objetivas (tempo de espera)	Price et al. (2014).
Índices de satisfação são tentativas de capturar a avaliação de pacientes e refletem preferências pessoais e expectativas dos pacientes. E relatos de satisfação são observações objetivas sobre o que ocorreu e refletem a realidade do cuidado recebido	Ware et al. (2015).
A avaliação de pacientes retrata a opinião dos pacientes e a informação de pacientes retrata o que aconteceu	Ahmed, Burt e Roland (2014).

Fonte: Elaborado pela autora.

2.1.3 Segurança do paciente

Segundo o relatório *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2005), a segurança é o primeiro passo para promover a qualidade. Melhorar a segurança requer um esforço sistemático de todas as partes interessadas na mudança de cultura, em que erros são analisados e interpretados para a melhoria dos processos. Pacientes podem desempenhar papel fundamental em identificar riscos e buscar soluções, portanto as instituições devem promover cultura de segurança, estreitando a relação entre os pacientes e a equipe de saúde (OMS, 2005).

Segundo Leape et al. (2009), organizações seguras, confiáveis e efetivas são comprometidas com o aprendizado constante, todas as vozes são escutadas, e todos os profissionais são voltados à prevenção de problemas. Os conceitos transformadores no cuidado, descritos no Quadro 4, envolvem estabelecer parcerias com pacientes em todos os aspectos do cuidado. Manter a transparência e a integração de times multidisciplinares, trabalhando em plataformas integradas, encontrando significado no seu trabalho e mantendo a educação dos profissionais direcionada para esse novo ambiente (LEAPE et al., 2009)

Quadro 4: Conceitos transformadores para a cultura de segurança

Item	Conceito
1	A transparência deve ser um valor permeado em todas as atividades
2	O cuidado deve ser conduzido por times multidisciplinares integrados
3	Os pacientes deve ser parceiros em todos os aspectos do cuidado
4	As equipes de saúde devem encontrar significado no seu trabalho
5	A educação da equipe de saúde deve preparar novos profissionais no contexto de segurança

Fonte: Adaptado de Leape et al. (2009).

Em seu relatório de 2000, *“To Err is Human – Building a Safer Health System”*, o *Institute of Medicine* (IOM) adaptou os conceitos de Reason (1990), que desenvolveu uma abordagem sistêmica dos erros humanos, resultante da deficiência dos processos e das organizações, em vez da abordagem pessoal. A fraqueza da abordagem pessoal é a crença de que os erros individuais são atos inseguros isolados do contexto do sistema (REASON, 2000).

Reason descreveu falhas ativas e latentes. Falhas ativas são atos inseguros, erros ou violações, com efeito adverso imediato, associados aos operadores diretos do sistema. Falhas latentes são decisões ou ações cujas consequências permanecem adormecidas e tornam-se evidentes quando fatores locais desencadeiam ameaças à segurança do sistema. Condições latentes podem permanecer dormentes por vários anos, antes de combinar falhas que culminam em oportunidade de acidentes. Assim como as falhas ativas, as falhas latentes podem ser previstas e evitadas (REASON, 1995).

Reason (2000) desenvolveu um modelo de sistema de acidentes denominado queijo suíço, em que os buracos são as falhas do sistema, ilustrado na Figura 4. Como o queijo suíço, os buracos estão sempre aumentando, diminuindo de tamanho, mudando de lugar. No mundo ideal, as camadas de barreiras permanecem intactas. Normalmente, acidentes graves acontecem quando uma sequência de falhas ocorre, como se os buracos se alinhassem, permitindo a trajetória da oportunidade do acidente e causando vítimas.

Figura 4: Modelo de sistema de acidentes do queijo suíço

Fonte: Reason (2000).

Organizações de alta confiabilidade têm a preocupação coletiva com a possibilidade de falhas. Esperam que as falhas ocorram, e treinam os funcionários para reconhecer erros e superá-los. Revisitam continuamente os cenários de falha e esforçam-se para imaginar novos cenários de falha. Ao invés de isolar as falhas, eles generalizam. Ao invés de realizar reparos locais, eles olham para reformas no sistema (REASON, 2000).

A definição de eventos adversos em saúde é um efeito negativo ao cuidado, evidente ou não evidente ao bem-estar do paciente (REASON, 2000). As informações de *feedback* de pacientes podem promover uma visão sobre causas de falhas no sistema, enquanto análises abrangentes podem corrigir falhas latentes nos níveis gerenciais, culturais e locais, abordando os fatores que podem ameaçar a segurança (BENN et al., 2009).

Envolver pacientes na segurança demanda esclarecer o que deve ser considerado como segurança, erro e ameaça (THE HEALTH FOUNDATION, 2013). Os pacientes podem se manifestar sobre segurança, desde que questionados adequadamente sobre o contexto do incidente. São capazes de classificar eventos com relação a riscos, prevenção e severidade (WARD; ARMITAGE, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, abordado pela Portaria GM/MS nº 529/2013, com o objetivo de desenvolver estratégias, produtos e ações sobre a segurança do paciente, que possibilite a mitigação da ocorrência de evento adverso (BRASIL, 2013). Trata-se de medidas de educação e divulgação de boas práticas, envolvendo pacientes e familiares nas ações de segurança, ampliando o acesso às informações sobre

segurança e fomentando a inclusão do tema Segurança em Ensino Técnico, Graduação e Pós-Graduação (BRASIL, 2016).

A gestão de risco depende de uma cultura de registro. Sem analisar os acidentes ou quase acidentes, não há como evitar erros, pois estarão no limite de ocorrerem novamente. A confiança é chave para esse cenário, e para isso deve haver a cultura de justiça: quando há um entendimento sobre o limite entre ações inocentes ou culpadas. A construção de uma cultura de justiça é um passo essencial para a construção de uma cultura de segurança (REASON, 2000).

2.2 Obtenção de *feedback* de pacientes

Para que os resultados de pesquisas sejam conclusivos e direcionem ações de impacto positivo para os pacientes, deve-se explorar a obtenção de *feedback* por meio da análise de objetivos da instituição em realizar pesquisas, ambiente propício e formas de *feedback* de pacientes ((SNYDER, ENGSTRÖM, 2016; LEE, BAEZA e FULOP, 2017; BALDIE et al., 2018).

Segundo Crow et al. (2002), fatores como a razão do estudo, o contexto, os recursos disponíveis e as características do grupo de pacientes pesquisados determinam a condução das pesquisas.

2.2.1 Objetivos de obter o *feedback* de pacientes

Segundo Williams (1994), a satisfação de pacientes passou a ser considerada uma medida de serviços de saúde, porém a recomendação de pesquisas quantitativas baratas e fáceis de conduzir e rápidas gerou a proliferação de práticas com resultados questionáveis. Interpretações questionáveis de avaliação dos pacientes geram ilusão de produzir resultados que tendem somente a confirmar o *status quo*.

As instituições de saúde devem ter clareza e entendimento sobre o objetivo das pesquisas, se são realmente destinadas a direcionar mudanças e melhoria da qualidade, pois podem ter impacto negativo se usadas indevidamente na gestão do desempenho da equipe (BOIKO et al., 2015). Segundo Lee, Baeza e Fulop (2017), pressões externas são determinantes para a utilização de *feedback*. Gestores de hospitais utilizam pesquisas de *feedback* de pacientes com o objetivo de monitorar aspectos contratuais, em vez de monitorar e assegurar a qualidade do cuidado.

Além de resultados clínicos e satisfação dos pacientes, a experiência dos pacientes passou a ser usada para julgar a qualidade do cuidado. A medida da experiência pode ser usada em várias abordagens, como oferta de serviços centrados no paciente, prevenção de falhas na organização, prestação de contas à comunidade e pagamento de serviços por *performance* (ROBERT; CORNWELL, 2013). A confiabilidade das pesquisas deve ser garantida por meio de critérios divulgados, e, assim, nortear pagamentos por *performance*, comparar desempenho das organizações e direcionar melhorias nos processos organizacionais. As pesquisas devem ser desenhadas para proporcionar informações de alta qualidade e otimizar gastos (LYRATZOPOULOS et al., 2011).

Os resultados de pesquisas de experiência dos pacientes são tipicamente voltados para demonstrar políticas de conformidade, ao invés de estimular melhorias nos processos. As análises são conduzidas por ferramentas inapropriadas, de maneira fragmentada (TAYLOR et al., 2015).

As pesquisas com pacientes podem ser agrupadas em duas propostas: (a) confirmar boas práticas clínicas ou bons serviços; e (b) promover informações sobre melhorias necessárias. Em geral, os objetivos são pouco claros aos participantes das pesquisas, que normalmente os relacionam a metas superficiais, como música e decoração, e as instituições devem esclarecer as áreas com potencial de mudança por meio de *feedback* de pacientes (BOIKO et al., 2015).

A experiência do paciente é mais comumente coletada por meio de pesquisas administradas por organizações externas, com pouco recurso para interpretar os dados coletados. São direcionadas para objetivos fáceis, mudanças em pequenas áreas, como processos de recepção e tempos de espera, materiais educacionais e em serviços que não requeiram mudanças no comportamento da equipe de saúde. É necessária mais atenção às formas com que as pesquisas são usadas para informar as mudanças na prática, e medir o impacto dessas mudanças na experiência do paciente (GLEESON et al., 2016).

Segundo Coulter et al. (2014), são necessárias observação, análise e interpretação cuidadosas sobre a experiência do paciente, para conhecimento do que funciona bem, do que necessita de mudanças, e de como realizar as mudanças. A autora afirma que não é ético questionar pacientes sobre a sua experiência, se seus comentários serão ignorados, e que é necessário maior foco das instituições para que as pesquisas sejam consideradas com seriedade e comprometimento.

Os hospitais devem se concentrar menos em métricas para prêmios individuais e promover a cultura interdisciplinar, para evitar a formação de “silos” nos hospitais, em que cada um responde individualmente ao *feedback* de pacientes, quando o cuidado e a experiência dos pacientes podem ser melhorados significativamente por meio de trabalho colaborativo (SHEARD et al., 2017).

Segundo Golda et al. (2018a), as medidas de experiência do paciente são úteis, desde que utilizadas para prover melhor cuidado ao paciente. Não devem ser o objetivo final. Ao contrário, devem prover a organização de informações para o cuidado de alta qualidade. Quando as medidas são comunicadas como um objetivo, as equipes de saúde voltam-se a comportamentos para melhorar o indicador, em vez de focar em ações melhores para os pacientes (GOLDA et al., 2018a).

Segundo os autores, os fatores intrínsecos para a obtenção de *feedback* de pacientes contemplam a consciência da equipe de saúde sobre sua importância em proporcionar aos pacientes uma melhor experiência. Por outro lado, os fatores extrínsecos são compostos por pressões externas, como legislação, resultados e metas (GOLDA et al., 2018a).

2.2.2 Ambiente propício para a realização de *feedback* de pacientes

Educar equipe de saúde e pacientes, mantendo o ambiente propício, é estratégia importante para obter informações sobre a experiência do paciente (OMS, 2016). Segundo Donabedian (1992), os fatores que influenciam o envolvimento dos pacientes estão relacionados aos pacientes, à equipe de saúde e à organização.

Estratégias para envolver pacientes devem se concentrar em assegurar que profissionais tenham atitudes positivas, que a instituição esteja disposta a tomar ações em relação aos comentários dos pacientes, e que os pacientes sintam-se capazes e encorajados a participar. Assim, o maior envolvimento dos pacientes requer mudanças na cultura de cuidados de saúde, para que profissionais e pacientes trabalhem como parceiros e juntem-se como um time (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

Para Boyce e Browne (2013), as atividades de envolvimento dos pacientes não devem ser analisadas isoladamente, mas como resultado de educação e preparação de pacientes, equipes de saúde e sistemas. Nas diferentes formas de envolvimento,

é necessário considerar múltiplas dimensões, como e quem deve ser envolvido e em que ocasiões deve ser envolvido (BOYCE; BROWNE, 2013).

Boiko et al. (2015) relacionaram fatores relacionados aos pacientes, à equipe de saúde e aos gestores para definir a aceitação das pesquisas. Para os pacientes, uma forma de ter sua voz escutada e possibilidade de melhoria no cuidado. Para equipe de saúde, uma forma de identificar áreas de melhoria. E, para gestores, uma fonte de evidência para o desenvolvimento profissional e a avaliação dos serviços. Os autores concluíram que obter credibilidade da equipe de saúde é o aspecto mais desafiador.

2.2.2.1 Ambiente propício para a equipe de saúde receber o *feedback* de pacientes

A melhor forma de assegurar que os serviços atendam aos objetivos é promover o *feedback* sobre a experiência dos pacientes e encorajar equipe de saúde para tratar os problemas identificados (COULTER, 2016).

Para Parry (2014), as pessoas são mais propensas a atuar e a participar de ações se acreditam na efetividade de mudança. As ações de equipe de saúde devem mudar para promover iniciativas de melhoria, e novos conceitos devem ser discutidos adaptados ao contexto, ao invés da determinação de protocolos pré-definidos (PARRY, 2014). As iniciativas de envolvimento do paciente podem trazer melhorias ao cuidado, mas não necessariamente de forma uniforme e padronizada. Para atingir seu potencial máximo, demandam a determinação de um modelo adaptado a cada caso (ARMSTRONG et al., 2013).

A maioria dos hospitais não tem um plano estruturado para promover o engajamento da equipe de saúde e a satisfação dos pacientes. Oferecer *feedback* à equipe de saúde pode ser uma forma de lidar com as barreiras à implantação de medidas de qualidade e satisfação de pacientes, bem como a instituição ter papel mais ativo na condução de programas de satisfação de pacientes (ROZENBLUM et al., 2013).

Experiências negativas da equipe de saúde foram relacionadas com experiências negativas retratadas por pacientes, e vice-versa, demonstrando que o *feedback* da equipe de saúde pode ser um marcador da experiência e segurança dos pacientes (RALEIGH et al., 2009). Aiken et al. (2012) realizaram estudo com pacientes e equipe de enfermagem e concluíram que, quando os pacientes avaliam o hospital

como excelente, a equipe relata bom ambiente de trabalho e confiança no sistema de gestão de qualidade, indicando que uma equipe comprometida e qualificada pode proporcionar melhoria da qualidade no cuidado (AIKEN et al., 2012).

Equipes de saúde insatisfeitas e desmotivadas têm impacto na satisfação de pacientes e resultados clínicos, e podem aumentar custos (BODENHEIMER; SINSKY, 2014). Podem ser considerados indicadores de gerenciamento de recursos humanos em enfermagem a sobrecarga de trabalho, o desgaste do trabalhador, o dimensionamento inadequado do quadro de pessoal e o número de licenças médicas, de afastamentos do trabalho, de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, impactando a qualidade da assistência (LIMA; PAULINA, 2009).

A equipe de saúde pode ser altamente motivada a aprender sobre a visão dos pacientes, mas tem dificuldades em usar o *feedback* para melhorar o seu desempenho. A efetividade do *feedback* em ações de melhoria pode ser melhor, se for realizado em uma determinada especialidade clínica, em conjunto com educação de pequeno grupo relacionado a ela (WENSING; VINGERHOETS; GROL, 2003).

A maior barreira das pesquisas é que os resultados não são suficientemente específicos para direcionar as ações dos responsáveis e são reflexo de curto período de tempo, gerando ceticismo por parte da equipe de saúde. Processos contínuos de *feedback* poderiam aumentar a credibilidade, assim como o conhecimento de intervenções efetivas resultantes de resultados (REEVES; SECCOMBE, 2008; REEVES; WEST; BARRON, 2013).

Para maior credibilidade das pesquisas, a instituição deve divulgar à equipe de saúde os objetivos da coleta de dados, os procedimentos metodológicos para análise e o contexto específico para direcionar a pesquisa e a melhoria da qualidade (BOYCE; BROWNE; GREENHALGH, 2014).

O *feedback* de pacientes pode estimular mudança de comportamento, se a equipe de saúde considerar confiáveis o processo, o instrumento e a condução da pesquisa. É desejável que os profissionais recebam o *feedback* consistente com suas percepções e expectativas, sejam capazes de identificar mudanças de comportamento em discussões e discutam com facilitadores habilitados, utilizando questões abertas para favorecer as reflexões (BAINES et al., 2018).

2.2.2.2 Ambiente propício para pacientes oferecerem *feedback*

Na condição de pacientes, as pessoas são mais propensas a estabelecer uma relação amigável com a equipe de saúde, preocupadas com seu bem-estar durante o tratamento, portanto notificações sobre sugestões de melhoria constituem um desafio. Como consumidores passados ou futuros de serviços de saúde, as pessoas tornam-se mais sinceras, assertivas e conflituosas (DONABEDIAN, 1992).

Os pacientes são mais propensos a oferecer *feedback* se não precisarem conversar diretamente com o profissional de saúde, pois não querem parecer desafiar os profissionais ou serem vistos como difíceis (LONGTIN et al., 2010). Segundo Boiko et al. (2015), os pacientes podem ter resistência a se manifestar se as pesquisas forem realizadas em momento inconveniente ou muito longas, gerando preenchimento de formulários inadequados.

O papel de pacientes na melhoria da segurança no cuidado depende de desejos e de habilidades do paciente em relatar erros clínicos. A relação entre a equipe de saúde e o paciente pode influenciar na predisposição ao relato, mas as organizações devem promover campanhas de educação sobre a segurança do paciente, estimulando essa participação, e tornar o contexto amigável (BERGER et al., 2014).

Os pacientes podem contribuir para o cuidado e para as pesquisas de doenças crônicas, desde que mecanismos corretos sejam utilizados para acessar suas experiências adequadamente e ofereçam informações sobre tempo de atendimento, recursos disponíveis e habilidades profissionais. Os mecanismos podem estimular o acesso à experiência de pacientes pelos profissionais, além de promover aos pacientes a oportunidade para expressar seus conhecimentos (MORROW et al., 2013).

Ferramentas validadas e factíveis devem garantir que os resultados das pesquisas tenham credibilidade. Para o bom desempenho dos mecanismos de *feedback*, é importante que ações sejam realizadas com base nas manifestações e devidamente comunicadas aos pacientes. Caso contrário, o processo de obtenção de *feedback* e implantação de ações será desmotivado (COULTER et al., 2014; SHEARD et al., 2017). As pesquisas devem tratar as expectativas dos pacientes quanto à implantação de sugestões apontadas, e as ações decorrentes das pesquisas devem ser explicitadas aos pacientes (LEE; BAEZA; FULOP, 2017). Pacientes devem ter

ciência de que o tempo despendido em responder questionários será recompensado por cuidado melhor (COULTER, 2017).

2.2.3 Formas de *feedback* de pacientes

A coleta de informação sobre a experiência dos pacientes e os resultados do cuidado pode ser um ponto de partida para engajar pacientes. Essas informações podem ser coletadas por meio de pesquisas, *feedbacks* informais *on-line*, entrevistas ou discussões em grupos focais, e visam prover ideias sobre as necessidades dos pacientes, preferências e valores, melhorando a qualidade e a segurança do cuidado (OMS, 2016). Podem gerar mudanças significativas na segurança dos pacientes, somente se as ações forem conduzidas por time direcionado a utilizar a informação e a conduzir as mudanças (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

As limitações de pesquisas de satisfação devem ser estudadas para o desenvolvimento de ferramentas que direcionem adequadamente ações de melhoria da qualidade (FARLEY et al., 2014). Segundo Crow et al. (2002), a disponibilidade de recursos deve ser considerada para direcionar as pesquisas de acordo com o custo-benefício esperado (CROW et al., 2002). Boiko et al. (2015) consideram custo e viabilidade fatores determinantes para a utilidade das pesquisas.

Os instrumentos utilizados podem ser quantitativos e qualitativos, com grande abrangência, ou com foco no nível da jornada do paciente no sistema hospitalar. Podem ser realizados em tempo real, postados ou *on-line*. Recentemente, as mídias sociais têm sido consideradas como formas de *feedback*. Todos os canais de obtenção de *feedback* são relacionados aos aspectos do cuidado de pacientes, como satisfação, qualidade e segurança (SHEARD et al., 2017).

Os pacientes demonstram natureza mais crítica quando é dada oportunidade, por meio de perguntas mais abertas, para se expressarem em seus próprios termos. As pesquisas quantitativas de satisfação tendem a ter resultados melhores, enquanto os relatos qualitativos revelam maiores níveis de preocupação (WILLIAMS, 1994).

Segundo Crow et al. (2002), a abordagem qualitativa provê informação mais aprofundada, em contraste com o reducionismo promovido por abordagens quantitativas. Pode ser utilizada em entrevistas em profundidade, observações participantes e não participantes, análise documental e diálogos informais. São informações que não se traduzem em formas numéricas, apreciando a perspectiva

individual das pessoas inseridas no contexto. Se possível, a combinação das abordagens quantitativas e qualitativas pode oferecer ótimos resultados (CROW et al., 2002).

A pesquisa quantitativa é uma ferramenta de investigação que pode identificar problemas potenciais do serviço de saúde, mas não oferece detalhes suficientes para melhorar esse serviço. Por outro lado, a experiência do paciente descrita por meio de narrativas não oferece elementos para um diagnóstico amplo sobre o que melhorar nos serviços (não representativo e não generalizável), mas possibilita capturar elementos cruciais durante a jornada e guiar ações de melhoria e soluções possíveis. Os pontos fortes e fracos estão resumidos no Quadro 5, evidenciando que os métodos podem ser tratados como complementares (TSIANAKAS et al., 2012).

Quadro 5: Comparação entre a experiência baseada em narrativas (pesquisa qualitativa) e a pesquisa quantitativa

Abordagem	Pontos fortes	Pontos fracos
Experiência baseada em narrativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contempla a jornada completa do paciente ▪ Proporciona detalhes para propostas da melhoria da qualidade ▪ Engajamento de equipe de saúde ▪ É específico sobre um serviço ▪ Capta aspectos emocionais das experiências ▪ É indutivo: aspectos da qualidade são determinados por pacientes durante entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não é sempre representativa ▪ Geralmente consome mais tempo e recursos do que as pesquisas quantitativas ▪ Requer habilidades sobre pesquisa qualitativa para garantir validade e confiabilidade ▪ Difícil de monitorar resultados e comparar instituições
Pesquisas quantitativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É representativa ▪ Pode engajar equipe de saúde, com comunicação ágil ▪ Pode identificar ações necessárias em algumas áreas e assuntos para investigações futuras ▪ Possibilita comparação entre grupos, instituições e monitoramento de desempenho durante um tempo ▪ Comentários abertos podem prover entendimento adicional sobre as questões identificadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessário focar em serviços para evitar incomodar pacientes com questionário longo ▪ Conclusões podem demandar novas investigações para identificar ações locais de melhoria da qualidade ▪ É dedutiva: aspectos de qualidade são pré-determinados ▪ Requer expertise técnica sobre elaboração, administração e análise da pesquisa, para garantir validade e confiabilidade ▪ Requer tamanho de amostra significativo

Fonte: Adaptado de Tsianakas et al. (2012).

Em estudo para explorar a visão dos pacientes sobre o serviço de gestão da dor, os voluntários foram instruídos a escrever uma carta, como se fossem enviá-la a um amigo, sobre os cuidados recebidos. Essa abordagem encorajou os participantes

a reportar suas visões com menos restrições, como pode ocorrer com questionários ou *checklists*, e, assim, foi possível identificar categorias para a melhoria da qualidade (MITTINTY et al., 2017).

Para Crow et al. (2002), o método de pesquisa é escolhido por alguns fatores práticos, como a razão do estudo, o contexto, os recursos disponíveis e as características do grupo em questão. Podem ser entrevistas presenciais ou remotas, individuais ou em grupos, em que indivíduos completam um questionário ou são entrevistados, conforme o Quadro 6.

Quadro 6: Comparação de métodos de pesquisa

Método	Vantagens	Desvantagens
Entrevista presencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O contato pessoal pode proporcionar melhor investigação ▪ Abordagem de pessoas não hábeis para preencher pesquisas sozinhas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Custo ▪ Vieses do pesquisador ▪ Falta de anonimato
Entrevista telefônica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilita resposta de respondentes mais inibidos em relação à entrevista presencial ▪ Abordagem de pessoas não hábeis para preencher pesquisas sozinhas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não proporciona contato visual ▪ Vieses do pesquisador
E-mail ou questionário preenchido pelo paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não há viés do pesquisador ▪ Custo ▪ Completo anonimato, respondentes não ficam inibidos em manifestar as suas opiniões 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vieses devido à taxa de não respostas ▪ Dificuldade na obtenção de resposta de pacientes com menores habilidades de entendimento ou alfabetização ▪ Não há controle sobre as circunstâncias de preenchimento

Fonte: Adaptado de Crow et al. (2002).

Há diversos fatores que podem influenciar os resultados das pesquisas. Por exemplo, as entrevistas apresentam taxas maiores de resposta, mas há possibilidade de viés do entrevistador. Por outro lado, questionários remotos podem ter vieses pela baixa taxa de resposta. Respondentes de pesquisas por e-mail são mais prováveis de serem pessoas articuladas, que gostariam que a sua opinião fosse considerada, gerando vieses nos resultados. As entrevistas em grupo proporcionam interação entre respondentes, e, assim, a estimulação das visões pode levar à solução de problemas e à identificação de outras questões (CROW et al., 2002).

Os formatos de respostas podem ser estruturados em escalas, semiestruturados ou não estruturados, e devem ser direcionados considerando vantagens e desvantagens, descritas no Quadro 7 (CROW et al., 2002).

Quadro 7: Comparação de formatos de resposta

Formato de resposta	Característica
Estruturada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa quantitativa, escala fixa, respostas pré-codificadas, fácil de administrar ▪ Assuntos e respostas pré-selecionados podem não abordar áreas de importância dos respondentes
Semiestruturada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algumas questões estruturadas e algumas questões abertas
Não estruturada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise qualitativa, em profundidade, sobre entrevistas, relatos escritos ou comportamentos observados ▪ Abordagem orientada ao cliente, opiniões transparentes e sinceras ▪ Intensamente trabalhoso e custoso, mesmo para pequenas amostragens que podem não ser significativas

Fonte: Adaptado de Crow et al. (2002).

As mídias sociais redefiniram a comunicação das pessoas. Em serviços de saúde, mudaram a forma de como os pacientes comunicam-se e como buscam informações (HAWKINS; DELAO; HUNG, 2016). O *feedback* voluntário, por meio de internet, é crescente e controverso. Apesar de suscetíveis a muitos vieses, podem ser úteis para que os pacientes escolham serviços de saúde e para a equipe de saúde melhorar seus serviços (GREAVES et al., 2012).

Segundo Rozenblum e Bates (2013), pacientes utilizam a internet para buscar informações, conectam-se com pessoas com enfermidades similares, por meio de Facebook®, Twitter® e *blogs*, trocam experiências e avaliam serviços de saúde. Porém devem-se considerar os vieses relacionados com manifestações extremas (positivas ou negativas), idade, estado de saúde e muitos outros. Os autores relatam ainda que a captura e a análise dessas manifestações em tempo real podem ser úteis para alertar sobre cuidado insuficiente, desde que os pacientes sejam agrupados de acordo com suas características, e que dados da internet devem ser tratados como complementares às pesquisas tradicionais (ROZENBLUM; BATES, 2013).

Em estudo sobre utilização de postagens de pacientes no Facebook®, foi concluído que as ideias de melhoria são similares a outras formas mais tradicionais de pesquisa de experiência de pacientes baseadas em narrativas, quando agrupadas em temas, como interações com equipe de saúde, instalações e ambiente, acesso e

pontualidade do serviço. Os benefícios potenciais devem ser ponderados em relação aos riscos de reputação e à falta de representatividade para identificar áreas de melhoria (LAGU et al., 2016).

Reader, Gillespie e Roberts (2014) desenvolveram três níveis para classificar as manifestações de pacientes, divididas em categorias e subcategorias, descritos no Quadro 8, voltados a identificar, interpretar e analisar as reclamações de forma padronizada e sistemática. O *Institute of Medicine* (IOM) agrupou as ameaças à qualidade de serviços de saúde em *overuse* (tratamento desnecessário, sem valor), *underuse* (falhas em receber o tratamento necessário) e *misuse* (erros e defeitos no tratamento, falhas na segurança), que podem guiar o agrupamento de manifestações para ações de melhoria (IOM, 2001).

Quadro 8: Domínios de manifestações de pacientes

Domínio	Categoria	Subcategoria
Clínico	Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame inadequado ▪ Problemas na coordenação de diferentes serviços pela equipe de saúde ▪ Baixo padrão de cuidado ▪ Tratamento clínico pobre ou insuficiente
	Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico errado, incompleto ou atrasado ▪ Erros na prescrição ou administração de medicamentos ▪ Eventos ou complicações que ameaçam a segurança dos pacientes ▪ Deficiência em habilidades técnicas e não técnicas da equipe que compromete a segurança do paciente
Gestão	Assuntos institucionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentação, ambiente (acomodações, alimentação), ▪ Processo de cobrança, suporte ao paciente, equipe de saúde ou recursos inadequados
	Acesso e pontualidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Admissão, atrasos, alta, indicações de serviços de saúde
Relações	Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação inadequada, insuficiente, ausente ▪ Comunicação incorreta ou inconsistente ▪ Falta de diálogo entre paciente e equipe de saúde, não ouvir pacientes, falta de decisões compartilhadas, conflitos
	Tratamento humanizado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeito, dignidade e cuidado, atitudes inadequadas da equipe de saúde em relação a pacientes e familiares
	Direitos do paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso de pacientes (físico, sexual ou emocional) ▪ Confidencialidade; coersão ou falha na obtenção de consentimento de paciente; discriminação

Fonte: Adaptado de Reader, Gillespie e Roberts (2014).

O tratamento de reclamações deve estar conectado ao contexto de melhoria da qualidade, conduzido por meio de processo colaborativo da equipe que estimule a visão ampla do problema e o aprendizado compartilhado, em vez de abordagem isolada (DE VOS, HAMMING; MARANG-VAN DE MHEEN, 2018). As instituições devem ter sistema estruturado e amigável para coleta e às respostas a manifestações de pacientes, zelando pela transparência e credibilidade e aprofundando-se na tratativa dos problemas, investigando e evitando eventos adversos (GALLAGHER; MAZOR, 2015).

Os pacientes e a equipe de saúde têm preferências sobre a forma como o *feedback* é coletado, portanto é recomendável utilizar várias ferramentas, em tempos diversos do cuidado, e, assim, as limitações de cada ferramenta podem ser superadas (GILL et al., 2015).

2.2.3.1 Resumo do Quadro Teórico

Há várias formas de *feedback* de pacientes, resumidas no Quadro 9, que devem ser selecionadas de acordo com o público e o contexto estudado, e ser abordadas em momento oportuno.

Quadro 9: Formas de *feedback* de pacientes

Forma de <i>feedback</i> de pacientes	Autores
Reclamações de pacientes	Reader, Gillespie e Roberts (2014); Gallagher e Mazor (2015); Sheard et al. (2017); De Vos, Hamming e Marang-Van de Mheen (2018).
Informações sobre incidentes	Ward e Armitage (2012); The Health Foundation (2013); Berger et al. (2014).
Mídias sociais	Greaves et al. (2012); Rozenblum e Bates (2013); Hawkins, Delao e Hung (2016); Lagu et al. (2016); Sheard et al. (2017).
Pesquisas qualitativas (estruturadas), quantitativas (semiestruturadas e abertas) ou mistas preenchidas pelo cliente	Crow et al. (2002); Tsianakas et al. (2012); Manary et al. (2013); Beattie et al. (2015); Boiko et al. (2015); Taylor et al. (2015); Coulter (2016); Sheard et al. (2017).
Entrevista presencial, telefônica ou por e-mail, individual ou em grupo	Crow et al. (2002); Morrow et al. (2013); Boyce e Browne (2013).
Carta ou narrativas	Mittinty et al. (2017).
<i>Feedbacks</i> informais	Crow et al. (2002).

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2.4 Validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações

Manary et al. (2013) relataram que pesquisas sobre a experiência dos pacientes podem oferecer medidas robustas sobre a qualidade dos serviços, desde que sejam desenhadas e aplicadas adequadamente. Os autores descreveram três razões pelas quais as pesquisas podem ser inconsistentes, pois pacientes confundem experiência, satisfação e felicidade. Além disso, o estado de saúde e a obtenção de benefícios pontuais podem influenciar o resultado das pesquisas, mesmo que não tenham relação com a qualidade do cuidado, conforme Quadro 10.

Quadro 10: Causas de inconsistência de pesquisas de experiência

Causa	Descrição
Confusão entre experiência, satisfação e felicidade	Pacientes não são treinados em oferecer o <i>feedback</i> , confundindo a experiência com satisfação e felicidade, baseando-se em fatores que não têm relação ao cuidado em si.
Confusão entre estado de saúde e experiência	A experiência do paciente pode ser confundida com fatores não diretamente relacionados à qualidade do processo, por exemplo, com o estado de saúde, que não tem relação direta com o cuidado recebido.
Confusão entre realização de um desejo e experiência	A experiência do paciente pode estar relacionada à satisfação de um desejo, como a obtenção de medicamento ou tratamento, independentemente se é necessário.

Fonte: Adaptado de Manary et al. (2013).

Segundo Castro et al. (2016), o tempo de tratamento do paciente pode influenciar as pesquisas, se o paciente passou por uma única experiência na organização, ou se trata de doença crônica, com experiência de longo prazo. Além disso, também devem ser considerados fatores como a interação entre equipe saúde e paciente, que podem encorajar ou não as manifestações, e o tempo entre a pesquisa e a efetivação de ações relacionadas aos resultados das pesquisas (CASTRO et al., 2016).

Validade e confiabilidade são conceitos que avaliam instrumentos de pesquisa dentro de um espectro. A validade é voltada a explorar os aspectos que são importantes aos pacientes e consiste no grau com que a pesquisa mede o que é proposta a medir. Confiabilidade refere-se à consistência interna para determinar a interrelação entre os itens, ou seja, o grau com que as medidas são isentas de erros. Utilidade refere-se ao custo-eficiência dos instrumentos, considerando a aceitação do instrumento no contexto e o impacto educacional (BEATTIE et al., 2015).

Van der Vleuten (1996) desenvolveu o Modelo de Utilidade, que originalmente era usado para analisar instrumentos de avaliação educacional de profissionais, composto por cinco dimensões: (a) confiabilidade (b) validade; (c) custo; (d) aceitação; e (e) impacto educacional. Segundo Beattie et al. (2015), esse modelo pode ser adaptado para avaliar a utilidade de pesquisas com pacientes em contexto de prestação de serviços.

Boiko et al. (2015) utilizaram o Modelo de Van der Vleuten, ilustrado na Figura 5, para determinar a utilidade potencial de intervenções, incluindo o *feedback* de pacientes. Segundo os autores, pode ser considerado como base para direcionar as lacunas potenciais entre receber e agir sobre o *feedback* de pacientes (BOIKO et al., 2015).

Figura 5: Índice de utilidade de pesquisas de experiência do paciente

Fonte: Adaptado de Boiko et al. (2015).

Segundo BEATTIE et al. (2015), a utilidade pode ser utilizada para esclarecer os pontos fortes e fracos de cada método e direcionar sua aplicação, dependendo do contexto e da proposta de análise. Um teste confiável, válido e factível não será sustentável, se não for aceito pelas pessoas (BEATTIE et al., 2015).

Segundo Van der Vleuten (1996), para assegurar a confiabilidade, deve-se buscar análise padronizada e estruturada, por meio de protocolos simples, para identificar possíveis variabilidades e possibilitar a redução ou a neutralização das fontes de imprecisão de medida. Pesquisas com vários casos e diversas ocasiões de sua reprodução das pesquisas aumentam a confiabilidade. A validade depende mais

do formato do estímulo do que do formato da resposta capturada. As inferências causais são sempre difíceis de estabelecer, porque não é certo de que é sempre o mesmo construto que está sendo medido (VAN DER VLEUTEN, 1996).

Para avaliar a validade e a confiabilidade da pesquisa, os questionários devem ter estrutura que direcione os respondentes a itens específicos sobre sua experiência, permitindo análise sobre taxas de respostas, respostas erradas e estrutura interna do questionário (CAMPBELL et al., 2009). A confiabilidade estima a proporção de variação nas pontuações que pode ser atribuída às diferenças reais no desempenho do cuidado entre organizações, e questões que poucos pacientes estão aptos a responder reduzem a confiabilidade da pesquisa (LYRATZOPOULOS et al., 2011).

Pesquisas sobre o *feedback* de satisfação das mulheres em maternidade contemplam análise de validade e confiabilidade, permitindo escolha de instrumentos robustos, selecionados de acordo com determinadas condições (BLAZQUEZ; CORCHON; FERRANDIZ, 2017). A utilização de *feedback* com pacientes é viável, mas o impacto em melhoria na qualidade não é claro. Questionários sobre habilidades dos médicos durante consulta são deficientes em validade e confiabilidade, comprometendo a segurança de seus resultados (AL-JABR et al., 2018).

Pesquisas apresentam vieses de não resposta, ou seja, não respondentes influenciam as medidas de desempenho. Pacientes com experiências ruins e/ou com menor grau de instrução são menos propensos a responder formulários. Por esse motivo, o planejamento do instrumento tem impacto nas taxas de resposta e avaliações do cuidado (CAMPBELL et al., 2009).

Pesquisas de experiência de pacientes com altas taxas de resposta estão relacionadas a melhores experiências de pacientes e a hospitais com melhores processos administrativos relacionados ao cuidado. Pesquisas com baixas taxas de resposta tendem a ter resultados superestimados de experiência de pacientes. Assim, a comparação de resultados de experiência de pacientes entre hospitais tende a ter menores disparidades, mesmo com resultados distintos (SAUNDERS et al., 2016).

A utilização de *feedback* de pacientes internados em tempo real melhorou os resultados em pesquisas de experiência na medida em que membros da equipe de saúde atuaram para direcionar preocupações e reclamações de pacientes, e os pacientes perceberam os esforços nesse sentido (INDOVINA et al., 2016). Por outro lado, o *feedback* em tempo real de pacientes psiquiátricos não demonstrou melhora na experiência de pacientes, e pode ser até contraproducente provavelmente porque os

respondentes podem estar relutantes em refletir sobre a perspectiva do tratamento (VAN OENEN et al., 2016).

Pesquisas com mais de 25 questões são menos propensas de ser respondidas, e recomenda-se incluir espaço para o comentário dos pacientes, mas é utilizado em poucos casos. A Escala Likert com cinco pontos é mais comumente utilizada por ser mais fácil do que escalas maiores, com muitas opções de resposta. Há controvérsias em relação à escala de cinco pontos devido à opção de resposta neutra, removendo a chance de os respondentes precisarem optar por uma opção que não desejam (AL-JABR et al., 2018).

Para Manary et al. (2013), se a medida estiver direcionada a evento específico, em interação específica entre o paciente e a equipe de saúde, e tratada em momento adequado, a confusão sobre o que pesquisas de satisfação medem pode ser reduzida, conforme o Quadro 11 (MANARY et al., 2013).

Quadro 11: Fatores que contribuem para pesquisas voltadas à melhoria da qualidade de pacientes

Fatores	Descrição
Foco em evento específico	Medidas focadas em evento ou visita, versus avaliações sobre períodos mais longos, oferecem informações melhores para melhoria da qualidade
Foco em interação específica com outros profissionais da equipe de saúde, além do médico	Avaliação da interação dos pacientes somente com o médico limitam a medida da experiência do paciente a uma única dimensão, interferindo em fatores que impactam mais fortemente experiências e resultados
No momento adequado	Tempo decorrido entre a experiência e a coleta de dados, por exemplo, pesquisas realizadas em até 42 dias após a alta, versus pesquisas realizadas acima de um ano após a alta

Fonte: Adaptado de Manary et al. (2013).

2.2.4.1 Resumo do Quadro Teórico

Os conceitos expostos na literatura sobre validade, confiabilidade e utilidade foram resumidos no Quadro 12.

Quadro 12: Validade, confiabilidade e utilidade

Construto	Definição	Autores
Validade	É o grau com que a pesquisa mede o que é proposta a medir. O formato da pergunta deve buscar medir o construto que se busca analisar	Van Der Vleuten (1996); Beattie et al. (2015); Boiko et al. (2015).
Confiabilidade	É consistência interna para determinar a inter-relação entre os itens, ou seja, o grau com que as medidas são isentas de erros	Van Der Vleuten (1996); Beattie et al. (2015); Boiko et al. (2015).
Utilidade	Refere-se ao custo-eficiência dos instrumentos, considerando a aceitação e o impacto educacional	Beattie et al. (2015); Boiko et al. (2015).

Fonte: Elaborado pela autora.

As fontes de vieses de resposta em pesquisas e manifestações de pacientes foram relatadas por diversos autores, de acordo com o Quadro 13.

Quadro 13: Fontes de vieses de resposta em pesquisas e manifestações

Fatores de vieses	Autores
Expectativas, reflexões do paciente, confusão entre experiência, satisfação e felicidade	Williams (1994); Stizia e Wood (1997); Crow et al. (2002); Campbell (2009); Bleich, Ozaltin e Murray (2009); Manary et al. (2013); Golda et al. (2018a).
Não resposta	Campbell et al. (2009); Saunders et al. (2016); Al-Jabr et al. (2018).
Estado de saúde do paciente	Crow et al. (2002); Bleich, Ozaltin e Murray (2009); Manary et al. (2013); Price (2014); Castro et al. (2016).
Momento oportuno	Donabedian (1992), Stizia e Wood (1997); Williams (1998); Manary et al. (2013); Boiko et al. (2015); Castro et al. (2016); Indovina et al. (2016); Van Oenen et al. (2016).
Foco em evento ou interação específica	Crow et al. (2002); Campbell et al. (2009); Boyce e Browne (2013); Manary et al. (2013); Price et al. (2014); Beattie et al. (2015); Golda et al. (2018a).

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2.5 Pesquisas existentes de *feedback* de pacientes

O envolvimento dos pacientes evoluiu do simples questionamento da satisfação sobre seu cuidado (BLACK, 2013). Organizações não governamentais voltadas a pesquisas com pacientes em diversos países desenvolveram instrumentos para medir

a experiência dos pacientes, com domínios, modos e tempo de aplicação distintos, descritas no Quadro 14 (BEATTIE et al., 2015).

Quadro 14: Exemplos de pesquisas com pacientes

Instrumento	País de origem	Domínios	Modo de aplicação	Tempo da aplicação
HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)	Estados Unidos	Comunicação com enfermeiras, comunicação com médicos, conforto físico, comunicação	E-mail, telefone, e-mail com telefone	48 horas a 6 semanas após a alta
QPP (<i>Quality from the Patients' Perspective</i>)	Suécia	Competência técnica, condições físicas, necessidades pessoais, abordagem orientada à identidade, participação, clima sociocultural, tratamento positivo aos acompanhantes	Questionário preenchido por pacientes	No momento da alta
<i>Pickier Patient Experience Questionnaire</i>	Inglaterra	Informação e educação, coordenação do cuidado, conforto físico, suporte emocional, respeito por preferências do paciente, envolvimento de familiares e amigos, continuidade e transição do cuidado	Questionário preenchido por pacientes	Até um mês após a alta
<i>NHSIP (NHS Inpatient Survey)</i>	Inglaterra	Impressão geral, admissão no hospital, médicos, enfermeiros, cuidado e tratamento, operações e procedimentos, alta hospitalar	Survey	Entre 4 e 5 meses após a alta

Fonte: Adaptado de Beattie et al. (2015).

Outro exemplo de pesquisa de experiência de pacientes é a *General Practice Patient Survey* (GPPS). Consiste em uma pesquisa independente, desenvolvida na Inglaterra, para avaliação do sistema de saúde NHS (*National Health Service*). Como objetivos, destacam-se benefícios para os pacientes, para a equipe de saúde e para a comunidade. Os pacientes têm a oportunidade de relatar sua experiência, a equipe de saúde pode utilizar os resultados para melhoria da experiência do paciente, e a comunidade tem disponível resultados confiáveis da pesquisa (GP PATIENT SURVEY, 2018). A GPPS é uma das pesquisas mais utilizadas no mundo, disponível em 15 idiomas e em braile (CAMPBELL et al., 2009).

A GPPS agrupa questões nas áreas de experiência do paciente: acesso, continuidade do cuidado, comunicação, satisfação geral, confiança no médico e planejamento do cuidado. Lyratzopoulos et al. (2011) concluíram que a maioria das questões dos seis domínios tem excelentes graus de confiabilidade. A estrutura interna do questionário foi desenvolvida de forma que nem todos devem responder a todas as questões, evidenciando erros e possibilitando correções.

O *Picker Institute* é uma organização não lucrativa criada em 1986 nos Estados Unidos, com o objetivo de desenvolver e promover um cuidado centrado no paciente. Desenvolveu princípios que basearam pesquisas de experiência do paciente reconhecidas mundialmente (THE PICKER INSTITUTE, 2018):

- Respeito aos valores, preferências e necessidades dos pacientes;
- Coordenação e integração do cuidado;
- Informação, comunicação e educação;
- Conforto físico;
- Suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade;
- Envolvimento da família e dos amigos;
- Continuidade e transição;
- Acesso ao cuidado.

A agência *Healthcare Research and Quality* é uma instituição governamental americana que desenvolveu uma pesquisa denominada *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CMS, 2017). Consiste em um instrumento de pesquisa e metodologia de coleta de dados, desenvolvido para mensurar a perspectiva dos pacientes durante o cuidado. Além de informar a experiência dos pacientes para direcionar a melhoria da qualidade, a HCAHPS possibilita a comparação entre os hospitais e aumenta a transparência da qualidade dos hospitais para pacientes, equipe de saúde e gestores. A pesquisa englobando os seguintes tópicos-chave (CMS, 2017):

- Comunicação com o médico;
- Comunicação com enfermeiras;
- Responsividade da equipe de saúde;
- Limpeza do ambiente hospitalar;
- Gestão da dor;
- Comunicação sobre medicamentos;

- Informações na alta hospitalar;
- Silêncio no ambiente hospitalar;
- Transição do cuidado.

Segundo Manary et al. (2013), HCAHPS é um instrumento que direciona os pacientes a reportarem suas experiências, em vez de sentimentos gerais, mas medidas de satisfação estão relacionadas teoricamente e empiricamente com a qualidade do cuidado.

Segundo Coulter (2016), o *feedback* de pacientes é obtido por meio de recursos consideráveis, como tempo da equipe de saúde e investimento em pesquisas. Assim, instituições de saúde devem ponderar se os recursos estão destinados ao método correto.

Por exemplo, a pesquisa *Friends and Family Test* (FFT) explora a probabilidade de um paciente recomendar a instituição de saúde caso seu amigo ou familiar precise de tratamento similar, porém as respostas coletadas revelam aspectos genéricos sobre satisfação, e não há confiabilidade nas respostas coletadas. Por outro lado, a pesquisa *General Practice Patient Survey* (GPPS) revela aspectos importantes, como frustrações com acesso, continuidade do cuidado, envolvimento nas decisões do tratamento e suporte insuficiente, sendo mais produtiva em revelar prioridades para a melhoria na experiência dos pacientes (COULTER, 2016).

Wong et al. (2013) desenvolveram uma ferramenta de pesquisa para analisar a experiência dos pacientes de hospitais públicos de Hong Kong, por meio da análise de pesquisas existentes e de estudo qualitativo envolvendo grupos focais, entrevistas em profundidade de individuais de pacientes hospitalizados. Fernstrom et al. (2016) desenvolveram ferramenta de pesquisa com pacientes crônicos de doenças graves, para que seja aplicada desde o início da trajetória do paciente, demonstrando a importância de pesquisas para a melhoria do cuidado.

Hernan et al. (2019) estudaram uma ferramenta de pesquisa sobre segurança de pacientes. Os autores concluíram que os pacientes podem oferecer informações para direcionar as ações de melhoria de segurança. Consideraram a pesquisa como uma das fases do sistema, que também contempla o treinamento e feedback para a equipe de saúde, definição de plano de ação e monitoramento dos resultados.

Segundo Coulter (2016), selecionar o instrumento correto para a proposta contribui para que a perspectiva do paciente traga melhoria na qualidade do hospital.

2.3 Implantação de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes

Apesar do reconhecimento da experiência do paciente como fonte de informação sobre qualidade de serviços de saúde, somente a coleta de informações não é suficiente. É necessária a utilização das informações sobre experiência do paciente, por meio de desenho de rigoroso de pesquisas e encorajamento da equipe de saúde e dos pacientes (SOFAER; FIRMINGER, 2005). Somente informar resultados de *feedback* à equipe de saúde não gerará ações de melhoria, dada a complexidade de como deve ser traduzido em ações para mudanças concretas (REEVES; WEST; BARRON, 2013).

2.3.1 Metodologias de melhoria da qualidade

Segundo Juran (1999), os processos de gestão de qualidade podem ser divididos em planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade, denominada Trilogia de Juran (JURAN, 1999).

A melhoria da qualidade envolve duas jornadas. A primeira, jornada diagnóstica, inclui análise de sintomas, teorias sobre causas, testes das teorias e definição das causas. A segunda, a jornada da solução, envolve desenvolvimento de soluções e teste de soluções em condições de operação, lidando com resistências às mudanças e estabelecendo controles para obtenção das melhorias. Para a realização das etapas, são utilizadas ferramentas de qualidade (JURAN, 1999).

Segundo Ishikawa (1976), as técnicas de controle de qualidade são voltadas à solução de problemas práticos. A solução de problemas depende da escolha da técnica mais adequada à determinada situação, e a coleta e a avaliação de dados formarão a base para ações e decisões.

A coleta de dados envolve três aspectos: (a) deve ter seu objetivo claro; (b) deve ser realizada de forma eficiente, para facilitar a coleta e análise; e (c) deve servir de base para a tomada de ações. O primeiro passo crítico é determinar se os dados representam ou não condições reais. Para isso, deve-se questionar se os dados foram coletados, analisados e comparados de forma a revelar os fatos (ISHIKAWA, 1976).

Ishikawa (1976) descreveu diversas formas de análise de dados, que devem ser selecionados de acordo com o propósito da coleta, como:

- Histograma: representação gráfica de uma tabela de frequência, considerando que é esperada uma dispersão de dados para uma grande quantidade de observações;
- Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama de Ishikawa: ilustra causas e efeitos relacionados à determinada característica da qualidade;
- Diagrama de Pareto: consiste em um gráfico de barras para organizar problemas em categorias, da mais frequente para a menos frequente.

Em estudo sobre pacientes radiológicos, Brook et al. (2017) listaram fatores que influenciam a experiência de pacientes, ilustrados na Figura 6, dividindo os problemas em categorias para facilitar o planejamento das ações.

Figura 6: Diagrama de Ishikawa sobre satisfação de pacientes

Fonte: Adaptado de Brook et al. (2017).

Segundo Perla, Provost e Parry (2013), a ciência da melhoria consiste em desenvolver estruturas conceituais para descrever as melhores práticas, para que experiências generalizáveis sejam usadas para promover mudanças em outros cenários. O Ciclo de Deming descreve esse processo, em que o papel do monitoramento é criar mecanismos de reavaliação e aprendizado. Porém a essência da ciência da melhoria é testá-la em contexto delimitado, pois os problemas são distintos em complexidade, e as soluções consistentes envolvem uma importante fase de teste e aprendizado antes da implantação em outros setores (PERLA; PROVOST; PARRY, 2013).

O Ciclo Shewhart foi descrito por Deming em 1986 como um procedimento para melhorias em qualquer tipo de organização e qualquer estágio do processo. O ciclo consiste em seis passos, ilustrado na Figura 7. Após a conclusão, o ciclo deve ser refeito, em outras condições e cenários, a partir dos conhecimentos acumulados, a fim de avaliar se os resultados do primeiro ciclo são válidos em outras condições (DEMING, 2000).

Figura 7: Ciclo de Shewhart

Fonte: Adaptado de Deming (2000).

Quality Function Deployment (QFD) é uma ferramenta que visa ouvir, traduzir e transmitir, de forma priorizada, a voz do cliente para dentro da instituição. Esses dados direcionam desenvolvimento e melhoria dos processos, denominada qualidade exigida (Akao, 1990). A ferramenta Casa da Qualidade possibilitou a identificação de cinco quesitos técnicos de maior impacto na satisfação dos pacientes: equipe com responsividade, equipe com habilidades de comunicação com pacientes, procedimentos administrativos convenientes, retorno com o mesmo médico, processos padronizados (LEE et al., 2015).

A identificação de valor para o cliente final e eliminação do desperdício é abordada pela filosofia *Lean*, descrita por Womack, Jones e Roos (1990) para descrever o sistema Toyota de produção e os passos para melhorias contínuas de um sistema. *Lean thinking* é amplamente disseminada para eliminação de perdas e aumento do valor agregado, e passou a ser estudada e adaptada para serviços de saúde (WOMACK; JONES; ROOS, 1996).

Hospitais, em diferentes contextos, são interessados em melhorias dos processos de cuidado, mas a sua gestão é deficiente. A adoção de ferramentas e práticas de forma científica e sistemática oferece resultados rápidos e efetivos e consome menos recursos. A filosofia *Lean* objetiva redução de desperdício e criação contínua de valor, portanto tem grande impacto na qualidade do cuidado, da qual a satisfação é uma dimensão fundamental (CREMA; VERBANO, 2016).

A análise de eventos adversos pode ter algumas abordagens. A causa raiz consiste em uma ferramenta para analisar eventos adversos ocorridos, com ação de equipe multidisciplinar para investigar cada evento e estabelecer os fatores determinantes. Assim, as ações corretivas são definidas e avaliadas quanto ao efeito desejado, assim como aos efeitos indesejados (BAGIAN et al., 2001).

Procedimentos relacionados à segurança de pacientes concentravam-se em análise de eventos adversos e, posteriormente, evoluíram para análise de eventos que não resultaram em efeitos para o paciente. Nesse contexto, a ferramenta *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA) passou a ser utilizado em sistemas de saúde e destacou-se por proporcionar análise proativa de investigação de processos e identificar as vulnerabilidades antes que eventos possam ocorrer (DEROSIER; STALHANDSKE; BAGIAN et al., 2002).

O HFMEA é realizado por meio de cinco etapas, conforme Quadro 15, e é recomendado pela *Joint Commission* por seu foco em antecipar problemas e endereçar situações hipotéticas, baseadas no pressuposto de que falhas podem ocorrer, mesmo com pessoas capacitadas e atentas (JCI, 2010).

Quadro 15: Etapas de realização de HFMEA

Etapas	Descrição
Primeira	Identificação do tópico, área de risco ou vulnerabilidade
Segunda	Definição de time multifuncional, relacionado ao tópico, área de risco ou vulnerabilidade
Terceira	Descrição dos fluxos do processo e subprocesso
Quarta	Condução da análise de riscos, classificando os modos de falha de acordo com severidade e probabilidade de cada subprocesso
Quinta	Definição e condução de ações para redução de modos de falha, responsáveis e de resultados esperados

Fonte: Adaptado de JCI (2010).

Os perigos são mapeados e classificados de acordo com severidade e probabilidade de ocorrência, assim, os riscos são classificados, e as ações de mitigação e contingência são determinadas e priorizadas (JCI, 2010).

2.3.2 Evidências de melhoria da qualidade baseadas em *feedback* de pacientes

Há muitos exemplos em que pesquisas com pacientes proveem informações que direcionam mudanças, principalmente em notificações de eventos adversos durante o tratamento, em efeitos colaterais de medicamentos e após a alta hospitalar. Por essa razão, os hospitais devem buscar sistemas de registro robustos. Relatos sobre incidentes eram restritos à equipe de saúde, e as organizações de saúde incorporaram os relatos de pacientes para retratar e melhorar a experiência (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

Em organização destinada ao cuidado de idosos, pesquisa com pacientes levou ao desdobramento de ações em três aspectos: satisfação com equipe de saúde, atividades sociais e instruções sobre *feedback*. As ações sobre satisfação com equipe de saúde foram desdobradas em treinamentos e pesquisas de satisfação com a equipe para identificar lacunas. As ações sobre atividades sociais focaram em desenvolvimento de planos de terapia ocupacional e em outras iniciativas para promover o bem-estar. Por fim, ações do grupo de *feedback* consistiram em instruções aos pacientes e familiares sobre como manifestar opiniões e à equipe de saúde sobre como ouvir, direcionar e responder às manifestações de pacientes (BOLDY; DAVISON; DUGGAN, 2015).

Em estudo sobre pacientes de radiologia, foram desdobradas ações relacionadas aos projetos de melhoria de experiência de pacientes, como respeito por valores dos pacientes, coordenação do cuidado, comunicação, conforto físico, suporte emocional e envolvimento de familiares. Os autores enfatizam a importância de ações de pesquisa alinhadas à condição de saúde dos pacientes (JENSEN et al., 2016).

A experiência dos pacientes pode ser utilizada como estratégia para promover confiabilidade no gerenciamento de medicamentos, melhorando o sistema de identificação, prevenção e registro de vulnerabilidades. As vulnerabilidades do sistema foram agrupadas em três temas: antecipar discrepâncias e eventos adversos, adaptar e prevenir agravamento de situações e corrigir problemas ocorridos (FYLAN et al., 2017).

McGowan e Reid (2018) desenvolveram um modelo de melhoria no formato Plan, Do, Study, Action (PDSA), para estruturar uma abordagem de aprendizado para facilitar planejamento, teste, análise e refinamento de sistemas de *feedback*, com foco em pacientes idosos com doenças crônicas, envolvendo deficiências de visão, audição, fala e processos cognitivos. Hernan et al. (2019) desenvolveram uma ferramenta para obter a perspectiva dos pacientes sobre a segurança do cuidado, e a implantação das ações foi realizada com base no envolvimento da equipe, por meio do Ciclo PDSA.

2.3.2.1 Indicadores de qualidade de *feedback* de pacientes

Para analisar o impacto das ações de melhoria, organizações usam o indicador de fidelidade *Net Promoter Score* (NPS), conceito desenvolvido pela Bain & Company em 2003. Por meio da pergunta “você recomendaria esta instituição para um familiar ou amigo?”, é possível calcular o fator, subtraindo-se a porcentagem de promotores por detratores. Baseando-se na escala de 0 a 10, os consumidores são agrupados em “promotores” (9 e 10), “satisfeitos” (7 e 8) e detratores (0 a 6), como ilustrado na Figura 8. São consideradas companhias de classe mundial em fidelidade aquelas que obtêm fatores a partir de 75% ou maiores do que 80% (REICHHELD, 2003).

Figura 8: Conceito do *Net-Promoter Score*

Fonte: Adaptado de REICHHELD (2003).

Em serviços de saúde, autores recomendam que a pesquisa NPS pode oferecer melhores resultados quando analisada em conjunto com outros indicadores de resultados e experiência, para investigar os fatores que definem pacientes promotores e detratores (HAMILTON et al., 2014; KROL et al., 2015). NPS pode ser adaptado para pesquisas com pacientes de baixa escolaridade, mas demanda

feedback qualitativo para que as ações de melhoria sejam identificadas (KOLADYCH et al., 2018).

Na Inglaterra, o NHS utiliza essa pergunta por meio do FFT desde 2013, para avaliar os serviços de saúde prestados (NHS, 2019).

Patient Reported Outcome Measures (PROMS) são ferramentas que buscam a visão do paciente sobre seus sintomas e sua qualidade de vida relacionada à saúde (BLACK, 2013). *Patient Reported Experience Measures* (PREMS) buscam o impacto do processo do cuidado na experiência do paciente e diferem de pesquisas de satisfação por buscar experiências objetivas. PREMS constituem indicadores de qualidade que também devem contemplar segurança e efetividade clínica (KINGSLEY; PATEL, 2017).

Segundo Donabedian (1988), a qualidade em saúde pode ser analisada de acordo com três atributos: a estrutura em que o cuidado ocorre, os processos do cuidado e os resultados do cuidado, conforme o Quadro 16. As instituições podem obter informações por meio dos pacientes sobre a satisfação e a insatisfação com relação a esses atributos (DONABEDIAN, 1988).

Quadro 16: Atributos para análise da qualidade

Atributos	Descrição
Estrutura	Ambiente, instalações físicas, equipamentos
Processos	Interação entre os pacientes e a equipe de saúde, composta por atributos que contribuem para a saúde e o bem-estar dos pacientes, como responsividade, cortesia, competência e disponibilidade
Resultados clínicos	Atributos relacionados à percepção dos pacientes em relação ao resultado do cuidado, como redução dos sintomas, melhorias e solução de problemas

Fonte: Adaptado de Donabedian (1988).

2.3.3 Processos organizacionais que respaldam melhoria da qualidade baseada em *feedback* de pacientes

Wiig et al. (2013) analisaram como os níveis da organização envolvem-se com a experiência dos pacientes. No nível macro, foi abordada a responsabilidade de desenvolver ferramentas e métodos para incorporar a experiência do paciente nas ações de melhoria da qualidade, mas há dificuldades culturais, emocionais e educacionais na utilização nos níveis meso e micro.

Taylor et al. (2015) detalharam as relações entre fatores organizacionais, departamentais e de pacientes, em que as percepções do paciente e os resultados clínicos do cuidado compõem um contexto amplo de sistema de melhoria da qualidade desde o nível organizacional. Nos níveis departamental e de emergência, o modelo conceitual contempla a percepção da equipe de saúde sobre sistemas de melhoria da qualidade, cultura e liderança.

Secanell et al. (2014) desenvolveram o modelo conceitual, em que os sistemas de gestão de qualidade hospitalar são divididos em quatro níveis: hospital, especialidades clínicas, paciente e fatores externos, possibilitando análise do impacto das decisões estratégicas sobre a melhoria da qualidade em indicadores de experiência do paciente, segurança e efetividade clínica.

Sheard et al. (2017) relataram que a realização de mudanças baseadas em *feedback* de pacientes é um processo complexo, de múltiplos níveis, e não é algo que a equipe de saúde simplesmente possa “fazer”. Os autores descreveram três conceitos para traduzir a complexidade de resposta da equipe de saúde ao *feedback*, ilustrados na Figura 9 (SHEARD et al., 2017).

Figura 9: Conceitos sobre resposta ao *feedback* de pacientes

Fonte: Adaptado de Sheard et al. (2017).

Primeiro, deve haver a crença disseminada de que escutar os pacientes é uma prática que melhora a segurança (legitimidade normativa). Segundo, a equipe deve acreditar que é capaz de responder ao *feedback*, ter autonomia e recursos para realizar as mudanças (legitimidade estrutural). E terceiro, a organização deve estar preparada para facilitar as mudanças e implantar ações que requeiram cooperação entre departamentos ou assistência de níveis mais elevados, caso contrário, as mudanças não serão efetuadas (SHEARD et al., 2017).

Os planos de ação decorrentes de *feedback* de pacientes são prejudicados devido à falta de senso de dono e à mudança constante da equipe de saúde de departamento. Tendem a ser postergados ou direcionados a membros da equipe mais

juniores, que não têm propriedade sobre o problema e não têm autonomia para buscar soluções (SHEARD et al., 2017).

A comunicação tem sido relacionada com o bom desempenho de experiência de pacientes e o cuidado de alta qualidade. Uma instituição que provê ferramentas para comunicação clara entre a equipe de saúde e os pacientes terá uma probabilidade maior de prover um cuidado de alta qualidade e uma experiência dos pacientes excelente (GOLDA et al., 2018b).

O impacto das mudanças depende das ações decorrentes da informação depois da coleta e se a abordagem estrutural é considerada para promover mudanças tangíveis nos sistemas e práticas para melhorar a segurança dos pacientes (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

Segundo Parand et al. (2014), o envolvimento de gestores dos hospitais na melhoria da qualidade e segurança do cuidado é insuficiente. A criação de comitês de qualidade com rotina de verificação de indicadores pode melhorar esse cenário com consistência. Boiko et al. (2015) relataram que o caminho para a implantação de mudanças não é sempre esclarecido. Assim, deve-se explorar como a equipe pode refletir e agir com as informações de *feedback* de pacientes, e as motivações associadas à mudança na prática das respostas às pesquisas com pacientes (BOIKO et al., 2015).

2.3.3.1 Resumo de Quadro Teórico

O Quadro 17 resume a abordagem dos processos organizacionais de *feedback* de pacientes em vários níveis das instituições.

Quadro 17: Abordagem de processos organizacionais de *feedback* de pacientes

Abordagem	Autores
Atribuições nos níveis macro, meso e micro e dificuldades culturais, emocionais e educacionais	Wiig et al. (2013).
Fatores organizacionais, departamentais e dos pacientes para compor o Sistema de Melhoria da Qualidade	Taylor et al. (2015).
O sistema de gestão da qualidade é dividido em níveis do hospital, especialidades clínicas, do paciente e fatores externos	Secanell et al. (2014).
A resposta ao <i>feedback</i> de pacientes depende da crença pela equipe de saúde, da crença no poder de responder ao <i>feedback</i> e da predisposição organizacional para facilitar as mudanças.	Sheard et al. (2017).

Fonte: Elaborado pela autora.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Trata-se de estudo qualitativo exploratório na modalidade estudo de casos múltiplos. A pesquisa de estudo de caso promove entendimento de um fenômeno do mundo real e assume que esse entendimento provavelmente englobe condições contextuais pertinentes ao caso. O estudo exploratório permite explorar situações em que a intervenção avaliada não possui um único e claro conjunto de dados, bem como identificar as questões para pesquisas subsequentes (YIN, 2015).

Segundo Yin (2015), o estudo de caso é preferido para análise de eventos contemporâneos, em que as questões de pesquisa são “como” e “por que” e quando os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, ou seja, o pesquisador tem pouco ou nenhum controle. A escolha do método está relacionada à questão de pesquisa, à extensão de controle do pesquisador sobre eventos reais e ao grau de enfoque sobre eventos contemporâneos em oposição a eventos históricos, de acordo com o Quadro 18.

Quadro 18: Situações para escolha do método de pesquisa

MÉTODO	Forma de questão de pesquisa	Exige controle por eventos comportamentais?	Enfoca eventos contemporâneos?
Experimento	Como, por quê?	Sim	Sim
Levantamento (<i>survey</i>)	Quem, o quê, onde, quantos?	Não	Sim
Análise de arquivos	Quem, o que, onde, quantos?	Não	Sim/não
Pesquisa histórica	Como, por quê?	Não	Não
Estudo de caso	Como, por quê?	Não	Sim

Fonte: Adaptado de Yin (2015).

Segundo Eisenhardt (2007), múltiplos casos criam teorias mais robustas porque suas proposições são mais embasadas nas variações empíricas. Para Yin (2015), a estratégia de casos múltiplos tem a probabilidade de ser mais forte do que estudo de o caso único, e, quando analisados isoladamente, cada caso enfatiza seu rico contexto em que o fenômeno acontece.

De acordo com Eisenhardt (1989), são suficientes entre quatro e dez casos, e não há um número ideal. Para estudo de casos exemplares, Yin (2015) recomenda a

seleção de dois ou mais casos. Neste estudo, quatro hospitais particulares foram selecionados, acreditados no nível máximo pela ONA ou pela *Joint Commission*, com o objetivo de explorar casos exemplares e reunir boas práticas de utilização de processo de *feedback* de pacientes.

Este projeto foi realizado em três fases. A revisão bibliográfica, descrita no Quadro 19, embasou a definição da questão da pesquisa e a elaboração do protocolo de pesquisa, testado no caso piloto.

Quadro 19: Primeira fase - revisão bibliográfica

Etapa	Descrição
Definição da questão de pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> Análise de artigos para contextualização, justificativa, definição de escopo e identificação de lacunas
Definição do protocolo de pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de categorias de análise de <i>feedback</i> de pacientes apontados na literatura e planejamento de entrevista semiestruturada
Condução de caso piloto	<ul style="list-style-type: none"> Condução de entrevista piloto, análise de protocolo e resultados

Fonte: Elaborado pela autora.

O estudo de casos envolveu procedimentos para definição e aprovação da pesquisa nas unidades de análise e condução da coleta de evidências, conforme Quadro 20.

Quadro 20: Segunda fase - estudo de casos

Etapa	Descrição
Definição da unidade de análise	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de contatos em hospitais acreditados e particulares, localizados na cidade de São Paulo Realização de reuniões de alinhamento sobre o projeto nos hospitais (presenciais e telefônicas) Obtenção de aprovação dos hospitais participantes, por meio de envio de documentos solicitados, preenchimento de fichas e formulários Obtenção de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa EACH/USP Obtenção da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa dos hospitais (quando aplicável)
Coleta de evidências	<ul style="list-style-type: none"> Agendamento e confirmação das entrevistas Coleta de dados secundários de cada hospital Condução de entrevistas gravadas, mediante leitura do TCLE em conjunto com respondente Observação documental

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a coleta de dados em cada hospital, foi realizada a análise de evidências, a elaboração de resultados, a discussão e a conclusão, conforme Quadro 21.

Quadro 21: Terceira fase - resultados, discussão e conclusão

Passos	Descrição
Análise de dados das entrevistas (após cada entrevista)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parametrização dos nós (categorias) no <i>software</i> NVIVO 11® ▪ Transcrição de entrevistas no Microsoft Word® ▪ Importação dos documentos no <i>software</i> NVIVO 11® ▪ Leitura da entrevista no NVIVO 11® e atribuição de trechos aos respectivos nós ▪ Análise dos trechos por nó, estruturando as evidências sobre cada categoria de <i>feedback</i> de pacientes
Elaboração de resultados de cada caso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise de cada caso: entrevistas, documentos e dados secundários ▪ Análise das proposições ▪ Elaboração de relato e quadro sobre cada caso
Elaboração de resultados dos casos agregados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de proposta de estrutura de trabalho sobre o processo de <i>feedback</i> ▪ Elaboração de quadros por categoria (nó) ▪ Elaboração de proposta de lista de verificação para análise de <i>feedback</i> de pacientes
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão, limitações e sugestões para próximos estudos

Fonte: Elaborado pela autora.

3.1 Primeira fase: revisão bibliográfica

Segundo Yin (2015), as questões de pesquisa devem ser determinadas com base na literatura, utilizada para estreitar o interesse para tópicos-chave. Em segundo estágio, estudos-chave são examinados de perto, e são identificadas questões e lacunas para pesquisa. Em terceiro estágio, deve-se examinar o conjunto de dados sobre o mesmo tópico, reforçando a relevância das questões potenciais.

A primeira etapa do projeto de pesquisa foi a revisão de literatura horizontal sobre a melhoria da qualidade em saúde por meio do envolvimento do paciente, explorando na base de dados *ISI Web of Knowledge* e *Scopus* as palavras-chave envolvimento de pacientes (do inglês *patient involvement*), engajamento de pacientes (do inglês *patient engagement*) e participação de pacientes (do inglês *patient participation*).

Foram identificadas várias abordagens de envolvimento de pacientes, como estudos sobre o nível pessoal de envolvimento, voltado à prática assistencial, em que os pacientes e a equipe de saúde são encorajados a estabelecer uma relação de parceria, compartilhando a tomada de decisão sobre tratamentos, e o paciente

responsabiliza-se pelo tratamento e pela medicação (IOM, 2001). Por outro lado, optou-se por estudar o nível organizacional de envolvimento, em que a perspectiva do paciente é incorporada pela instituição para direcionar ações de melhoria da qualidade (IOM, 2001), alinhado às possíveis contribuições da engenharia de produção em serviços de saúde.

No nível organizacional, foram identificadas diversas formas de envolvimento, dentro de um espectro que varia entre formas mais ativas e menos ativas de envolvimento, conforme a Figura 1 (THE HEALTH FOUNDATION, 2013). Nas formas mais ativas, os pacientes assumem responsabilidades, participam de comitês e do desenvolvimento de serviços das instituições, e são estabelecidas relações de parcerias de longo prazo entre instituições, equipe de saúde e pacientes.

Optou-se por estudar formas de envolvimento menos ativas (THE HEALTH FOUNDATION, 2013), em que as instituições de saúde obtêm *feedback* de pacientes, considerado como o primeiro estágio de envolvimento (SAUT; BERSANETI, 2016).

Assim, as palavras-chave para buscas nas bases de dados foram definidas:

- *feedback* de pacientes ou experiência de pacientes ou satisfação de pacientes (do inglês *patient feedback*, *patient experience*, *patient satisfaction*); e
- melhoria da qualidade ou gestão da qualidade (do inglês *quality improvement* or *quality management*).

A análise da base de dados Scopus comprovou o crescente interesse de estudos sobre o tema, conforme a Figura 10.

Figura 10: Evolução do número de artigos por ano sobre o tema estudado

Fonte: Elaborado pela autora por meio da base de dados Scopus.

A revisão bibliográfica foi organizada em tópicos sobre os conceitos fundamentais e sobre as categorias de análise de *feedback* de pacientes descritas por Lee, Baeza e Fulop (2017). Esse artigo foi considerado por consolidar categorias de análise de *feedback* de pacientes estudados por outros autores citados nesta dissertação. Também foram utilizados referenciais teóricos sobre metodologias de melhoria da qualidade (ISHIKAWA, 1976; JURAN, 1999; DEMING, 1986; AKAO, 1990; WOMACK, JONES, ROOS, 1996; DEROSIER, STALHANDSKE, BAGIAN et al., 2002), além de validade e confiabilidade de pesquisas (VAN DER VLEUTEN, 1996; CROW et al., 2002; CAMPBELL et al., 2009; MANARY et al., 2013; BOIKO et al., 2015; BEATTIE et al., 2015; SAUNDERS et al., 2016; AL-JABR et al., 2018). Estes assuntos que compõem a revisão bibliográfica foram base para elaboração do projeto de pesquisa, descrito no Quadro 19, e do protocolo de pesquisa, constante no Apêndice A.

Segundo Yin (2015), o protocolo é a maneira de aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso e destina-se a orientar o pesquisador na realização da coleta de dados. Cada questão deve ser acompanhada de fontes prováveis de evidências, baseadas no referencial teórico, conforme descrito no projeto de pesquisa.

3.1.1 Questão de pesquisa

A questão que norteia o presente trabalho é ***“Como o feedback de pacientes é utilizado por hospitais para direcionar a melhoria da qualidade?”***

A partir da questão de pesquisa, foram definidas as seguintes questões específicas, relacionadas às lacunas observadas na revisão bibliográfica.

(1) como o *feedback* de pacientes é obtido?

(2) como os hospitais implantam ações de melhoria com base em resultados de *feedback* de pacientes?

As proposições foram definidas da seguinte forma:

(i) Os hospitais obtêm *feedback* de pacientes para direcionar ações de melhoria da qualidade.

(ii) Os hospitais implantam a melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes.

A delimitação do caso é determinada pela melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, descrito por *The Health Foundation* (2013) como estratégia menos ativa de envolvimento e de acordo com o papel “Contribuir para a qualidade do cuidado”, descrito por Donabedian (1992), conforme o Quadro 1. Delimitar o caso dessa maneira ajuda a determinar o escopo da coleta de dados, como distinguir os dados sobre o sujeito do estudo de caso (“fenômeno”) dos dados externos ao caso (“contexto”), como recomendado por Yin (2015).

O projeto de pesquisa é a sequência lógica que conecta os dados empíricos às questões de pesquisa iniciais do estudo, e, finalmente, às suas conclusões. Seu objetivo é evitar a situação na qual as evidências não abordam as questões iniciais da pesquisa (YIN, 2015).

Neste trabalho, o projeto de pesquisa aborda a obtenção de *feedback* de pacientes e a implantação de melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes. A obtenção do *feedback* de pacientes foi desdobrada em objetivos, ambiente propício, formas de *feedback* de pacientes e validade e confiabilidade de pesquisas e manifestações. A implantação de melhoria da qualidade foi desdobrada em evidências de utilização de metodologias de melhoria da qualidade, evidências de ações implantadas por meio de *feedback* de pacientes e processos organizacionais envolvidos. O Quadro 22 resume o projeto de pesquisa.

Quadro 22: Projeto de pesquisa

Objetivos específicos	Proposições	Lógica que une os dados às proposições
Identificar como o <i>feedback</i> de pacientes é obtido por hospitais	Hospitais obtêm <i>feedback</i> de pacientes para direcionar ações da melhoria da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar objetivos (item 2.2.1), ambiente propício nas perspectivas da organização, equipe de saúde e pacientes (item 2.2.2) e formas de <i>feedback</i> (item 2.2.3) ▪ Explorar validade e confiabilidade para obtenção de informações robustas (item 2.2.4)
Identificar como a melhoria da qualidade é implantada com base em <i>feedback</i> de pacientes	Hospitais implantam a melhoria da qualidade com base em <i>feedback</i> de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar evidências de utilização de metodologias de melhoria da qualidade (item 2.3.1) ▪ Explorar evidências de ações implantadas com base em <i>feedback</i> de pacientes (item 2.3.2) ▪ Explorar processos organizacionais que respaldam a implantação de melhoria da qualidade (item 2.3.3)
Consolidar lições aprendidas sobre boas práticas de utilização de <i>feedback</i> de pacientes em hospitais		

Fonte: Elaborado pela autora.

As proposições teóricas refletem a revisão da literatura e as questões de pesquisa, conforme recomendado por Yin (2015), definem prioridades analíticas e dão forma ao plano de coleta de dados.

3.1.2 Estudo de caso piloto

Foi realizada uma entrevista de caso piloto com o objetivo de teste do protocolo de projeto de pesquisa. O caso foi selecionado por conveniência na medida em que a pesquisadora conseguiu agendar uma entrevista em hospital particular acreditado, conforme critério de seleção da unidade de análise e de participantes, por meio da sua rede de contatos. Além da entrevista, foram analisados dados secundários do hospital na página institucional na internet.

O teste do protocolo foi realizado por meio de uma entrevista telefônica por aproximadamente 50 minutos, com a gestora de enfermagem de um hospital especializado de médio porte. Com o teste do protocolo (Apêndice A), foram possíveis a estimativa do tempo de entrevista, avaliação sobre a sequência das perguntas e os formatos de resultados.

3.1.2.1 Resultados do caso piloto

O hospital realiza pesquisas de *feedback* com o objetivo de satisfazer seus pacientes, “superar as expectativas”. Foi observado contexto amigável para a aplicação de pesquisas, considerando a conscientização de equipe de saúde em relação ao *feedback* de pacientes, bem como a fidelização e a superação de expectativas dos pacientes.

Há seis formas de *feedback* de pacientes, realizadas continuamente pelo hospital.

- Questionário desenvolvido internamente, disponível para preenchimento por pacientes internados, contendo questões de múltipla escolha e questões abertas;
- Pesquisa de satisfação, desenvolvida internamente, disponível para preenchimento por pacientes no momento da alta, com pergunta NPS;
- Registros relatados pela *conciierge*, equipe responsável por receber pacientes e verificar dúvidas, opiniões e reclamações sobre o serviço prestado, em visitas diárias;

- Registro de eventos adversos no prontuário eletrônico, relatados por pacientes ou equipe de saúde;
- Reuniões semanais da equipe de educação permanente com supervisões de enfermagem, para obter opiniões e reclamações de pacientes. Os relatos de pacientes são tratados de forma sistemática, por meio da discussão de casos mais frequentes, análise de causas e plano de ação;
- São envolvidos profissionais de várias áreas e alçadas, de acordo com o assunto tratado;
- Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) registra manifestações realizadas por telefone, e-mail ou site, e são tratadas pela Qualidade.

Os questionários são desenvolvidos e analisados internamente pela equipe de saúde, com orientações da consultoria ligada à acreditação canadense. Como metodologia de melhoria da qualidade, foi citado o Protocolo de Londres. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), essa técnica é recomendada para busca de causas raiz para eventos adversos, por meio de metodologia conduzida por equipe multidimensional (ANVISA, 2017).

3.1.2.2 Discussão de caso piloto

De forma geral, as informações sobre *feedback* são tratadas localmente, na supervisão, ou são direcionadas à gerência, dependendo do caso.

Pode-se observar que o hospital obtém *feedback* de pacientes para direcionar a melhoria da qualidade, confirmando a Proposição 1, e implanta a melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes, conforme a Proposição 2. Não foram observadas evidências na utilização de metodologia de melhoria da qualidade, além do Protocolo de Londres, bem como formas de comunicar equipe de saúde e pacientes sobre a melhoria da qualidade implantada por meio de *feedback* de pacientes.

3.2 Segunda fase: estudo de casos

A segunda etapa da pesquisa foi o estudo de casos. Para possibilitar a exploração do fenômeno estudado, buscou-se hospitais com processo formal de *feedback* de pacientes, como pesquisas de satisfação ou experiência e/ou canais de

comunicação de obtenção de manifestação de pacientes (reclamações, sugestões e elogios). Os hospitais ainda deveriam possuir uma área responsável pela gestão da qualidade, para observação do fenômeno da melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes.

3.2.1 Unidade de análise

Com o objetivo de buscar hospitais com maior probabilidade de esclarecer a questão de pesquisa e explorar boas práticas de *feedback* de pacientes, a unidade de análise foi concentrada em hospitais acreditados e particulares em nível máximo, pela ONA ou por instituições internacionais, justificada neste tópico.

Os programas de acreditação direcionam os hospitais a manterem processos robustos de gestão da qualidade e consideram a captação da experiência do paciente como fundamental para a melhoria da qualidade (ONA, 2019). A *Joint Commission International* (JCI) é uma instituição líder em acreditação de serviços de saúde, presente em mais de 90 países e tem como objetivos identificar, medir e compartilhar boas práticas de serviços de saúde no mundo, considerando as necessidades locais dos pacientes e os desafios impostos por diferentes culturas (JCI, 2019).

De acordo com estudos de Gabriel et al. (2018) com profissionais de enfermagem, o processo de acreditação hospitalar melhora a utilização de dados sobre satisfação de pacientes, direcionando as mudanças relacionadas às manifestações. Greenfield et al. (2019) concluíram que a participação longitudinal em programas de acreditação foi traduzida em melhorias de desempenho e constitui um importante direcionamento externo para melhorar segurança, qualidade, efetividade organizacional e processos clínicos. Berssaneti et al. (2016) concluíram em estudo quantitativo que a acreditação, embora com foco na parte clínica, conduz organizações de saúde à implantação de boas práticas de gerenciamento da qualidade.

Foi considerado ainda que hospitais particulares têm um estímulo adicional para buscar práticas de melhoria da qualidade e *feedback* de pacientes como forma de fidelização de clientes, devido à concorrência com outras instituições, enquanto hospitais públicos recebem um orçamento fixo, repassados pelo governo, independentemente dos resultados. Segundo Goetz et al. (2018), a habilidade de comunicação da equipe de saúde para entender as prioridades dos pacientes e

direcionar a melhoria da qualidade são importantes para fidelização. A qualidade da forma de entrega do serviço, a satisfação de clientes e a fidelidade estão significativamente relacionadas (KASIRI et al., 2017; MEESALA; PAUL, 2018).

Shabbir, Malik e Janjua (2017) concluíram que as expectativas dos pacientes foram mais bem atendidas em hospitais particulares do que em públicos e que pacientes preferem ser atendidos em hospitais particulares.

Durante os primeiros contatos com hospitais selecionados, a pesquisadora notou a necessidade do envolvimento de um profissional da instituição. Assim, focou-se em hospitais nos quais a pesquisadora conseguiu acesso a algum profissional.

Com base nas considerações expostas, as unidades de análises foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios:

- (a) Hospitais acreditados em nível máximo e particulares;
- (b) Hospitais localizados na cidade de São Paulo, para possibilitar as entrevistas e a análise de documentos presencialmente;
- (c) Hospitais nos quais a pesquisadora tivesse acesso suficiente aos dados, seja para entrevistar pessoas, revisar documentos ou registros ou fazer observações no campo, como recomendado por Yin (2015).

Os critérios de inclusão dos hospitais foram resumidos na Figura 11.

Figura 11: Critérios de seleção dos hospitais

1. Definição do objetivo da pesquisa	1.1 Explorar como hospitais utilizam <i>feedback</i> de pacientes para direcionar melhoria de qualidade
2. Seleção de hospitais com boas práticas de <i>feedback</i> de pacientes	2.1 Hospitais acreditados A participação em programas de acreditação foi traduzida em melhorias de desempenho e constitui um importante direcionamento externo para melhorar segurança, qualidade, efetividade organizacional e processos clínicos (GREENFIELD et al., 2019).
	2.2 Hospitais particulares As expectativas dos pacientes foram melhor atendidas em hospitais particulares do que em públicos, e que pacientes preferem ser atendidos em hospitais particulares (SHABBIR, MALIK e JANJUA, 2017).
3. Seleção de hospitais onde a pesquisa seja possível	2.3 Hospitais localizados na cidade de São Paulo Para possibilitar entrevistas presenciais e análise de documentos.
	2.4 Hospitais onde a pesquisadora tenha acesso aos dados O pesquisador deve ter acesso suficiente aos dados, seja entrevistar pessoas, revisar documentos ou registros ou fazer observações no campo, como recomendado por Yin (2015).

Após o processo de aprovação do projeto dentro dos hospitais, as cartas de autorização foram anexadas à Plataforma Brasil, e posteriormente foi obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), conforme descrito no item 3.4.

O passo seguinte foi o agendamento de entrevistas com três profissionais de áreas relacionadas ao *feedback* de pacientes (por exemplo, Ouvidoria, Qualidade, Enfermagem, Operações, Projetos ou outra área designada para o *feedback* de pacientes), em cada um dos quatro hospitais selecionados. A participação dos profissionais consistiu em conceder uma entrevista gravada, composta por questões abertas sobre o processo de *feedback* de pacientes, por aproximadamente uma hora, mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, constante no Apêndice B.

O critério de inclusão consistiu na seleção de participantes habilitados a representar o hospital para esclarecer as questões relacionadas ao *feedback* de pacientes, com pelo menos 6 meses de experiência no hospital. Estes profissionais possuíam conhecimento e estavam envolvidos em alguma parte do processo. Quando necessário, foram envolvidos outros profissionais para garantir o esclarecimento.

Os profissionais foram caracterizados quanto às variáveis relevantes para a pesquisa, como profissão, escolaridade, tempo do profissional na função e tempo do profissional no hospital.

3.2.2 Coleta de evidências

Os estudos de casos não representam uma “amostragem” como experimento para inferir probabilidades (generalizações estatísticas), mas possibilitam expandir e generalizar teorias (generalizações analíticas). Em vez de pensar no seu caso como uma amostragem, os estudos devem ser considerados como uma oportunidade para lançar luz empírica sobre os conceitos ou princípios teóricos. Assim, o estudo de caso pode ter interesse de ir além do caso específico estudado, gerando resultados generalizáveis e lições aprendidas, isto é, generalizações analíticas (YIN, 2015).

Nesta dissertação, foram descritas boas práticas de utilização de *feedback* de pacientes, observadas em quatro hospitais acreditados e particulares, por meio de:

- Estrutura de trabalho do processo de feedback de pacientes;
- Quadros com evidências sobre cada categoria analisada;
- Lista de verificação para análise de processo de *feedback* de pacientes.

As lições aprendidas podem ser aplicáveis em outras situações, não apenas em casos similares, sendo colocadas em nível conceitual superior ao caso e configurando a validade externa.

A força exclusiva do estudo de caso é a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências: documentos, artefatos, entrevistas e observações. A triangulação de informações demanda a coleta de dados de fontes múltiplas, mas que visem corroborar a mesma descoberta, convergindo as fontes de evidências (YIN, 2015).

Neste estudo, a triangulação foi realizada por meio de diferentes entrevistas e análise de documentos em cada hospital, além de dados secundários, como página na internet e publicações internas do hospital, conforme a Figura 12. A análise de documentos contemplou formulários de *feedback* de pacientes, relatórios de consolidação de dados, planos de ação, padrões de processo e protocolos para a condução das melhorias.

Figura 12: Validade do construto

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Yin (2015).

As entrevistas foram conduzidas com base no protocolo constante no Apêndice A. Antes do início de cada entrevista, foi realizada uma breve introdução por aproximadamente 5 minutos, em que a pesquisadora descreveu escopo e objetivos do trabalho, apresentou documento de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa e fez leitura do TCLE para a obtenção da assinatura. Foi também abordada a forma

planejada de elaboração de resultados, por meio de breve descrição de cada hospital, denominados casos A, B, C, D, preservando a confidencialidade e a consolidação de resultados em tabelas por categoria.

Os assuntos previstos no protocolo foram contemplados em todas as entrevistas, e a pesquisadora manteve flexibilidade para que o entrevistado ficasse à vontade para se expressar sobre o tema. Assim, algumas questões foram respondidas com poucas interferências da pesquisadora, que retomou o questionário para consultar pontos faltantes ou áreas de interesse surgidas durante a entrevista. Por outro lado, alguns entrevistados eram mais breves e demandavam maior detalhamento.

Em todas as entrevistas, buscou-se o rigor metodológico com relação à condução e às questões de pesquisa. A pesquisadora conduziu as entrevistas portando materiais para breves anotações de campo, como ideias para discussão da dissertação, mas manteve-se atenta ao entrevistado.

Após cada entrevista, foi solicitado aos respondentes documentos sobre os assuntos abordados. As evidências documentais corroboraram com as outras fontes pesquisadas (entrevistas e dados secundários), convergindo para as descobertas. Profissionais de uma mesma instituição apontaram perspectivas diferentes sobre as mesmas questões, relacionando diferentes argumentos que convergiam para as mesmas conclusões.

A confiabilidade desta pesquisa foi obtida com detalhamento de todos os procedimentos realizados durante o estudo, de forma que, se a coleta de dados for repetida, os mesmos resultados poderão ser obtidos. A validade interna não se aplica, pois é utilizada apenas para estudos explicativos e causais (YIN, 2015).

3.3 Terceira fase: resultados, discussão e conclusão

Segundo Yin (2015), a análise de evidência do estudo de caso depende muito do próprio estilo de raciocínio empírico do pesquisador, juntamente com a apresentação de evidências e considerações cuidadosas das interpretações, diferentemente da análise estatística. O autor sugere a manipulação de dados para busca de padrões e de conceitos que pareçam promissores, elaborando matrizes e modos de apresentação de dados, como fluxogramas e gráficos.

Além da análise dos resultados de cada caso, os resultados agregados foram elaborados por meio de uma estrutura de trabalho e quadros por categoria para descrever as evidências observadas nas entrevistas. Por fim, foi elaborada uma lista de verificação para análise do processo de *feedback* de pacientes.

As entrevistas foram gravadas mediante apresentação do TCLE. Logo após cada entrevista, a pesquisadora realizou a transcrição e relacionou os trechos da entrevista com as categorias de análise de *feedback* de pacientes identificadas na literatura, por meio do *software* no NVIVO 11® no qual cada nó foi definido como uma categoria. Segundo Yin (2015), códigos iniciais devem ser definidos, assim como sua conexão com o projeto de pesquisa original.

Após a definição dos trechos por nó, foram elaborados quadros com evidências observadas por categoria, à medida que as entrevistas foram acontecendo.

A estratégia para condução de análise de dados foi baseada na análise das proposições teóricas, atentando-se para observar todas as evidências, abordando as interpretações plausíveis e destacando os aspectos mais significativos, evitando desvio excessivo para assuntos menores, conforme recomendado por Yin (2015).

Os relatórios de estudo de caso foram elaborados voltados ao público acadêmico, para a geração de ideias para novas pesquisas, bem como aos gestores de hospitais e serviços de saúde, para reflexões e geração de novas ideias sobre o processo de *feedback* de pacientes das instituições.

As maiores dificuldades encontradas para a realização do estudo de caso foram:

- Seleção de hospitais acreditados e particulares dispostos a participar da pesquisa;
- Longo processo de aprovação nos hospitais;
- Agendamento das entrevistas, pois algumas vezes foram canceladas e reagendadas;
- Dificuldade de obtenção de respostas para algumas questões, devido ao perfil dos entrevistados, que se limitaram a dar respostas curtas.

Esses pontos foram tratados pela pesquisadora. A seleção de hospitais participantes foi direcionada por meio de rede de contatos em hospitais acreditados e particulares, que possibilitou a aprovação e facilitou o agendamento das entrevistas.

Foram planejadas duas entrevistas por semana para possibilitar análise atenta logo após cada uma delas. Entretanto, as agendas dos entrevistados levaram à adequação do planejamento, e, por fim, levou-se um tempo maior do que o previsto para a condução das 12 entrevistas. O intervalo entre as entrevistas foi destinado à releitura atenta do projeto, à análise e comparação da revisão bibliográfica e evidências e à elaboração gradual de resultados e discussão.

Em geral, poucas perguntas conduziram o entrevistado a responder às questões de pesquisa. Em alguns casos, a obtenção de respostas foi obtida por meio de maior interferência da pesquisadora, requisitando mais detalhamento quando necessário.

A elaboração dos resultados e a discussão foram realizadas pontuando as relações entre a revisão bibliográfica e as evidências, reforçando as escolhas metodológicas e a condução do projeto de pesquisa. Todas as entrevistas e a análise de documentos contribuíram para a construção da base de dados de evidências do estudo de caso. Conforme recomendado por Yin (2015), a pesquisadora atentou-se para apresentar as evidências com neutralidade e isenção, por meio de dados que apoiam e desafiam as proposições, mantendo a preocupação constante com o rigor metodológico.

Na conclusão, observou-se a coerência entre objetivos e resultados da dissertação, bem como limitações e sugestões para estudos futuros.

3.4 Aspectos éticos

Este trabalho foi realizado na Escola Politécnica da USP, onde não há Comitê de Ética em Pesquisa. Por essa razão, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, que designou o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP). A aprovação para os casos A, B e C foi obtida em 21 de março de 2019 (parecer consubstanciado 3.214.598), e para o caso D em 8 de abril de 2019 (parecer consubstanciado 3.251.287).

Para essa aprovação, foram necessárias cartas de autorização da direção dos quatro hospitais participantes, obtidas por meio de processo interno de aprovação nos hospitais, conduzido pela pesquisadora.

A coleta dos dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto, mediante aceite dos participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Apêndice A. A pesquisa atendeu às especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerou-se a participação na pesquisa como de risco mínimo, associado a algum desconforto dos profissionais em responder a alguma das perguntas, e levando em consideração que a entrevista pôde ser interrompida a qualquer momento, mediante sua solicitação. Ressalta-se que a entrevista foi somente com profissionais do hospital sobre gestão do processo de *feedback* de pacientes e que pacientes e familiares não foram envolvidos.

A participação da pesquisa pode trazer como benefícios ao hospital participante a reflexão sobre as categorias de análise de *feedback* de pacientes apontadas na literatura, bem como sobre as práticas observadas nos demais casos estudados. Esse conjunto de informações, assim como a discussão do trabalho, pode contribuir para a análise dos processos internos dentro do hospital, gerar material para multiplicar o conhecimento para a equipe, contribuir com ambiente amigável para *feedback* de pacientes e reforçar sua importância para a melhoria da qualidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, os resultados estão apresentados em cinco subitens, conforme o Quadro 23, agrupados em análises das evidências de cada caso e análise das evidências agregadas.

Quadro 23: Descrição dos resultados da dissertação

Tipo de evidência	Descrição
Evidências de cada caso	1- Descrição das unidades de análise 2- Análise de proposições de cada unidade de análise
Evidências agregadas	3- Estrutura de trabalho sobre boas práticas de <i>feedback</i> de pacientes 4- Quadros com evidências por categoria analisada 5- Lista de verificação para análise do processo de <i>feedback</i> de pacientes

Fonte: Elaborado pela autora.

Inicialmente, as características das unidades de análise e dos participantes foram resumidas, preservando a confidencialidade, e todos os critérios de inclusão estabelecidos no item 3.2.1 foram atendidos. Foi realizada uma breve análise de cada caso, considerando seu contexto particular. Em seguida, as proposições foram analisadas e confirmadas em todos os casos. Para exemplificar, trechos das entrevistas correspondentes a cada categoria, de cada caso, foram transcritos em quadros.

Para a análise das evidências agregadas, as boas práticas foram consolidadas em estrutura de trabalho, e depois as evidências de cada categoria foram desdobradas em quadros e discutidas. Alguns trechos das entrevistas foram transcritos para exemplificar com relatos dos respondentes.

Por fim, foi elaborada uma lista de verificação para análise do processo de *feedback* de pacientes, aplicável em outros contextos para gerar reflexões e novas ideias.

A análise das evidências contemplou três entrevistas em cada um dos quatro hospitais selecionados, totalizando 12 entrevistas e 596 minutos de gravação (aproximadamente 50 minutos por entrevista), bem como análise de documentos e dados secundários, como a página institucional na internet, as redes sociais e o site Reclame Aqui®, mencionado pelos respondentes das entrevistas. O site Reclame Aqui® foi criado em 2001, e consiste em uma ferramenta de comunicação entre os consumidores e as empresas brasileiras sobre produtos e serviços. É também

o presente estudo considerou que *feedback* de pacientes se refere também ao *feedback* de acompanhantes e familiares.

Da mesma forma, as manifestações voluntárias de pacientes foram descritas por reclamações, sugestões ou elogios em todos os casos estudados.

4.1 Descrição das unidades de análise

De acordo com os critérios de seleção estabelecidos, os quatro hospitais são acreditados e particulares, localizados na cidade de São Paulo, nos quais a pesquisadora teve acesso suficiente aos dados, seja para entrevistar pessoas e revisar documentos, com o objetivo de aumentar a probabilidade de esclarecer as questões de pesquisa, conforme recomendado por Yin (2015).

As entrevistas foram agendadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, conforme descrito no item 3.4, e conduzidas entre 27 de março de 2019 e 19 de junho de 2019.

As características dos hospitais, o número de entrevistas e áreas abordadas, estão resumidas no Quadro 24. Conforme definição do Ministério da Saúde (1977), hospitais de grande porte possuem capacidade normal ou de operação entre 150 e 500 leitos, e hospitais com capacidade extra possuem capacidade acima de 500 leitos, não tendo qualquer relação com a qualidade e a complexidade da assistência prestada.

Quadro 24: Características dos casos estudados

Caso	A	B	C	D
Tipo	Hospital geral	Hospital geral	Hospital geral	Hospital geral
Tamanho	Grande porte	Grande porte	Capacidade extra	Capacidade extra
Nº de entrevistas	3	3	3	3
Áreas abordadas	SAC, Qualidade e Enfermagem	Operações, Ouvidoria e Superintendência	Ouvidoria e Experiência do paciente	SAC, Qualidade e Operações

Fonte: Elaborado pela autora.

As instituições são acreditadas em nível máximo pela ONA ou *Joint Comission*, e todos os casos mencionaram a contribuição do processo de acreditação para estruturar o processo de *feedback* de pacientes e utilizá-lo para direcionar ações de

melhoria de forma estratégica e sistemática, por meio de projetos de segurança e qualidade.

Os participantes das pesquisas são gestores dos hospitais, com características resumidas no Quadro 25. Todos possuem mais de 2,5 anos de experiência na função dentro da instituição, além de atuação prévia em áreas correlatas ou em outros hospitais. Portanto estão de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos no item 3.2.1, contribuindo para o esclarecimento da questão de pesquisa. Ressalta-se que todos os participantes realizaram pós-graduação *latu sensu* e/ou mestrado, e o seu discurso corrobora a revisão da literatura, reforçando os construtos e a escolha das categorias.

Quadro 25: Características dos participantes por caso

Caso	Cargo, profissão, tempo de experiência	Observações
A	Supervisor de SAC, administrador, 18 anos de experiência na área	8 anos na função atual no hospital
	Gerente de Enfermagem, enfermeira, 35 anos de experiência no hospital	12 anos função atual
	Gerente de Qualidade, enfermeira, 18 anos de experiência no hospital	8 anos na função atual
B	Supervisor de Ouvidoria, fisioterapeuta, 17 anos de experiência no hospital	11 na qualidade, 2 na função atual
	Gerente de Operações, nutricionista, 5 anos de experiência no hospital	3 anos na Ouvidoria, 2 anos função atual
	Superintendente, nutricionista, 33 anos de experiência no hospital	Área abrange Qualidade e Operações
C	Supervisor de Ouvidoria, administrador hospitalar, 20 anos de experiência na área	7 anos na função atual
	Especialista em Projetos, administrador, 7 anos de experiência na área	2,5 anos na função no hospital
	Gerente de Projetos, médico, 5 anos de experiência na área	2,5 anos na função no hospital
D	Supervisor de SAC, <i>designer</i> , 7 anos de experiência na área	5 anos na qualidade, 2 na função atual
	Gerente de Qualidade e segurança, enfermeira, 7 anos de experiência na área	7 anos na função atual
	Diretor de Operações, enfermeira, 31 anos de experiência no hospital	Área abrange Experiência de Pacientes

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram entrevistados profissionais de níveis estratégico e tático, proporcionando diferentes perspectivas sobre as mesmas questões, desde a definição

de objetivos estratégicos e o desenho de processos organizacionais até as dificuldades na sua implantação. Nos quatro casos estudados, os indicadores de *feedback* de pacientes são tratados estrategicamente, e a área de SAC/Ouvidoria é ligada diretamente à alta direção.

4.1.1 Caso A

O Caso A é um hospital geral de grande porte. Foram entrevistados individualmente três gestores, das áreas de SAC, Enfermagem e Qualidade, todos com mais de 8 anos de experiência na função dentro do hospital, além de experiência anterior de atuação em suas áreas.

As principais formas de *feedback* são pesquisa pós-alta, pesquisas específicas com pacientes oncológicos e terminais, pesquisa anual de satisfação e manifestações voluntárias ao SAC, que podem ser presenciais, por telefone, e-mail, formulário da internet, além de redes sociais e Reclame Aqui®. Há também o canal de registro no SAC, de *feedback* informal pela equipe de saúde, em que são registradas oportunidades de melhorias apontadas pelos pacientes durante a assistência. Como melhorias no processo de *feedback*, pretende-se implantar entrevistas proativas sobre a percepção dos pacientes, bem como a constituição de conselhos consultivos.

Áreas operacionais, táticas e estratégicas são envolvidas nos processos:

- As reclamações são registradas pelo SAC, que encaminha internamente, realiza a mediação entre o paciente e as áreas assistenciais envolvidas e monitora as ações corretivas;
- Os atendentes do SAC têm até 5 dias para responder ao paciente, e as manifestações nas redes sociais devem ser respondidas prontamente. O caso é direcionado com o reclamante por telefone, por e-mail ou presencialmente, de acordo com o caso, e, se necessário, com o envolvimento da equipe assistencial;
- Gestores das áreas assistenciais planejam e executam projetos relacionados às reclamações recorrentes e às oportunidades de melhoria, por meio de análise das manifestações e da pesquisa pós-alta, respondida por cerca de metade dos pacientes;
- Os projetos de segurança são coordenados pela Qualidade, que tem atuação institucional, apoiando as áreas assistenciais com metodologias de

qualidade, padronização, desenho de processos e mapeamento de barreiras;

- A alta direção monitora indicadores e projetos estratégicos;
- A divulgação de elogios é realizada em publicações internas, encontros periódicos da equipe e premiações no fim do ano.

No site institucional, o SAC posiciona-se como equipe preparada para receber sugestões, elogios e críticas, e disponibiliza atendimento pessoal, telefônico, por e-mail, preenchimento de formulário em papel ou na internet. Foram observadas manifestações de pacientes e resposta do hospital no Facebook® e Twitter®, bem como divulgação de vídeos e dicas de saúde. No site do Reclame Aqui®, foram observados índices “bom” e “regular” nos últimos 12 meses, com 100% das reclamações respondidas e 68% dos pacientes que voltariam a fazer negócio depois da tratativa do hospital.

Como evidências de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, foram apontadas ações sobre o tempo de espera no pronto-socorro, temperatura e variedade das refeições, processos burocráticos para a alta hospitalar, ações educativas destinadas aos pacientes e acompanhantes sobre os fluxos de atendimento do hospital e sobre o horário de visitação.

As ações de incentivo ao *feedback* de pacientes promoveram ainda o aumento de notificações de circunstâncias de risco, de situações que não se tornaram evento adverso, mas que promoveram aumento do número de barreiras.

4.1.2 Caso B

O Caso B é um hospital geral de grande porte. Foram entrevistados individualmente três profissionais, gestores de Ouvidoria, Operações e Superintendência, todos com mais de 5 anos de experiência na função dentro do hospital, além de experiência anterior em outras áreas dentro do hospital.

As principais formas de *feedback* de pacientes realizadas são pesquisa anual de satisfação, manifestações voluntárias ao SAC, que podem ser presenciais, por telefone, e-mail, formulários impressos ou via internet, além de redes sociais e Reclame Aqui®. Foi também manifestado que *feedbacks* informais são tratados semanalmente pela gerência, para a qual as oportunidades de melhorias apontadas verbalmente por pacientes são direcionadas e acompanhadas.

Os processos permeiam as áreas operacional, tática e estratégica e envolve estrutura matricial em que o comitê multidisciplinar de qualidade discute projetos de melhoria. Os principais pontos observados foram:

- A Ouvidoria realiza o registro de manifestações em planilhas para análise, e desdobra por área de causa;
- Após a resposta das áreas assistenciais, os pacientes são contatados pela Ouvidoria, e o caso é direcionado por telefone, por e-mail ou presencialmente, de acordo com o caso, com envolvimento da equipe assistencial se necessário;
- As áreas envolvidas são acionadas para que sejam definidas ações pontuais ou sistêmicas, estruturadas por gestores, que são acompanhadas pela alta direção mensalmente;
- Comitês multidisciplinares discutem e acompanham os projetos mais complexos;
- O programa de reconhecimento de elogios e boas práticas é disseminado em comunicados internos e intranet, bem como premiações em eventos de fim de ano;
- Foi ressaltado o foco no perfil de pacientes mais idosos para direcionar formas de obter *feedback*, atendendo às necessidades e alinhando as expectativas.

No site institucional, a Ouvidoria é apresentada como um canal de interação com o cliente, para sugestões, reclamações e elogios, por meio de telefone, e-mail ou atendimento presencial. No Facebook® e Twitter®, foram observadas manifestações de pacientes, respostas do hospital, vídeos e dicas de saúde. No site do Reclame Aqui®, foi observado índice “regular” ou não pontuou nos últimos 12 meses, com 100% das reclamações respondidas e 42% dos pacientes que voltariam a fazer negócio após a tratativa da reclamação pelo hospital. Segundo informação do site, a falta de pontuação significa que há menos de 10 reclamações no período avaliado (6 meses). Foi relatado que o resultado do site deve ser considerado com análise crítica e que poucas manifestações muito ruins e muito emocionais prejudicam a nota.

Exemplos de ações implantadas por meio de *feedback* de pacientes são sistema de gerenciamento de filas para redução de tempo de espera, tabela de preço

de estacionamento para exames, atendimento psicológico para acompanhantes e ações educativas para a equipe de saúde.

4.1.3 Caso C

O Caso C é um hospital geral de capacidade extra. Foram entrevistados individualmente três profissionais, gestores de Ouvidoria e Experiência do Paciente, todos com mais de 5 anos de experiência na função e mais de 2 anos de experiência no hospital e na função, além de atuação anterior em outros hospitais.

As principais formas de *feedback* são pesquisa pós-alta, pesquisa anual de experiência do paciente, manifestações voluntárias ao SAC, que podem ser presenciais, por telefone, e-mail ou formulário da internet, e mapeamento da jornada, além de redes sociais e Reclame Aqui®. O hospital realiza reuniões mensais com conselhos consultivos de pacientes, para incorporar a sua perspectiva, principalmente em ações educativas e projetos de comunicação.

Os processos são desdobrados nas áreas operacional, tática e estratégica e envolvem áreas institucionais de segurança, Experiência do Paciente e Melhoria Contínua, de acordo com a demanda dos projetos.

- As manifestações são registradas pela Ouvidoria, que tem como meta responder ao paciente em até 7 dias úteis;
- A Ouvidoria realiza mediação da equipe de saúde para direcionamento do caso e contata o paciente por telefone, e-mail ou presencialmente, e com apoio da equipe assistencial, conforme com a necessidade;
- Dados consolidados de manifestações e pesquisa pós-alta, respondida por cerca de 25% dos pacientes, são validados estatisticamente e analisados por área institucional de projetos, que planeja as ações em conjunto com as áreas assistenciais;
- Os principais indicadores são atualizados pelas áreas responsáveis e analisados diariamente pela alta gestão, com foco constante nos principais detratores, e divididos em ambiente, processos e pessoas (aspectos técnicos e comportamentais);
- Os elogios são registrados e direcionados aos gestores, que realizam a divulgação para as equipes.

No site institucional, a área Fale Conosco menciona que visa melhorar a qualidade do atendimento e dos serviços prestados e que a manifestação pode ser sem identificação. O contato pode ser realizado por telefone, e-mail, formulário eletrônico ou carta. No Facebook® e Twitter®, foi observada a divulgação de informações de saúde, eventos e cursos, e há também os elogios e as reclamações de pacientes e a resposta do hospital. No site do Reclame Aqui®, foi observado índice “ótimo” nos últimos 12 meses, com 100% das reclamações respondidas e 72% dos pacientes que voltariam a fazer negócio. A melhoria no indicador de pacientes que voltariam a fazer negócio foi atribuída às ações de relacionamento da Ouvidoria e às ações de áreas assistenciais.

Como melhorias implantadas por meio de *feedback* de pacientes, foi possível observar ações estruturadas com base em análise de reclamações reincidentes, como cobrança de estacionamento de pacientes de exames, bem como ações advindas de poucas reclamações, com grande impacto, por exemplo, a mudança do fluxo de pacientes pediátricos oncológicos, que são mais debilitados e ficavam em sala de espera com grande circulação de outros pacientes e funcionários. Outras ações foram mudança no quadro de pacientes internados, cobertor para pacientes em exames e controle da intensidade da luz. Foi mencionado um exemplo em que um paciente cardiológico, que manifestou reclamação sobre lesões por pressão, participou do grupo do projeto e da elaboração das ações de melhoria.

4.1.4 Caso D

O Caso D é um hospital geral de capacidade extra. Foram entrevistados individualmente três gestores, das áreas de SAC, Qualidade e Operações, todos com mais de 7 anos de experiência na função dentro do hospital, além de experiência anterior de atuação em suas áreas.

As principais formas realizadas de *feedback* de pacientes realizadas são pesquisa anual, pesquisa pós-alta, manifestações voluntárias ao SAC, por meio de formulários impressos ou eletrônicos, por e-mail ou telefone, além de presencial. Foram também mencionadas as redes sociais e Reclame Aqui®. O *Feedback* informal é registrado pelas lideranças e consolidado para análise de oportunidades de melhorias estruturadas. Os conselhos consultivos de pacientes, separados por áreas

de interesse, também foram mencionados, e são consultados sobre novas implantações e ações educativas.

Os processos permeiam as áreas estratégica, tática e operacional:

- O SAC recebe as manifestações e faz a mediação com as áreas assistenciais;
- As lideranças das áreas envolvidas têm 3 dias para responder ao paciente;
- Os casos envolvendo risco de imagem ou mídias sociais são tratados diretamente pelo SAC em conjunto com as áreas assistenciais, e casos sobre segurança são direcionados à Qualidade, que envolve os pacientes para desenvolver barreiras e investigar causas de eventos adversos;
- As manifestações espontâneas e pesquisas são analisadas e direcionam projetos realizados pelas áreas assistenciais e com apoio das áreas institucionais, de Projetos de Inovação, Melhoria Contínua e de multiplicadores de Experiência do Paciente.
- Os indicadores são acompanhados periodicamente pela alta direção e pelos gestores.
- São realizadas ações periódicas para divulgação de elogios e boas práticas entre as equipes.

A página institucional na internet menciona a utilização de críticas e sugestões para melhoria dos serviços prestados, por meio de e-mail, telefone ou formulário preenchido. O Reclame Aqui® apresenta notas “ótimo” e “bom” nos últimos 12 meses, com 100% das reclamações respondidas e com 72% de pacientes que voltariam a fazer negócio. No Facebook® e Twitter®, o hospital divulga vídeos e informações de saúde sobre temas da atualidade, eventos e cursos, e há também os elogios de pacientes e a resposta do hospital.

Como ações realizadas por meio de *feedback* de pacientes, foram citadas ações sobre facilidade de acesso e infraestrutura, desenvolvimento de vídeos para idosos com linguagem simples, assuntos financeiros, tempo de espera e desenho de processo para alerta de equipe plantão, em situações de emergência. Outra situação citada foi sobre o falecimento de paciente idoso em decorrência de queda do vaso sanitário. Seu filho participou de projeto para desenvolver dispositivo para prender pacientes no vaso em caso de acidente, que passou a ser utilizado como padrão no hospital.

O Quadro 26 resume a análise documental realizada em cada caso.

Quadro 26: Análise documental dos casos

Caso	Site Reclame Aqui®	Análise documental
A	<ul style="list-style-type: none"> 100% de reclamações respondidas Média de 7 dias e 4 horas para resposta 68% voltariam a fazer negócio 76,9% de índice de solução 	<ul style="list-style-type: none"> Formulários de pesquisas Desdobramento de manifestações por área e causa, e planos de ação Indicadores de reclamações Fichas para registro de eventos adversos Publicações impressas para o público interno
B	<ul style="list-style-type: none"> 100% de reclamações respondidas Média de 2 dias e 11 horas para resposta 45,5% voltariam a fazer negócio 72,7% de índice de solução 	<ul style="list-style-type: none"> Formulário em papel para manifestações dos pacientes Desdobramento de manifestações por área e causa Intranet para divulgação de elogios e boas práticas Planos de ação relacionados às manifestações
C	<ul style="list-style-type: none"> 100% de reclamações respondidas Média de 18 horas para resposta 71% voltariam a fazer negócio 80,6% de índice de solução 	<ul style="list-style-type: none"> Lousas “Gestão à Vista”, com espaço para indicadores de Experiência do Paciente e metas NPS do mês Quadros dos quartos de pacientes internados, onde podem manifestar reclamações e sugestões Indicadores internos do Reclame Aqui® Controles de reclamações por área responsável e causa, e planos de ação com análise de impacto de riscos, experiência do paciente e produtividade Apresentação sobre treinamento interno com indicadores de projetos iniciados por meio de <i>feedback</i> de pacientes Desdobramentos de indicadores de Ouvidoria, como total de reclamações por dia, por área e motivo
D	<ul style="list-style-type: none"> 100% de reclamações respondidas Média de 18 horas para resposta 79,2% voltariam a fazer negócio 83,3% de índice de solução 	<ul style="list-style-type: none"> Folders informativos com telefones úteis para manifestação Folders para avaliação de atendimento de pacientes Formulário de abertura de reclamações de pacientes com as áreas Apresentação de funcionários sobre boas práticas implantadas Planos de ação de projetos relacionados ao <i>feedback</i> de pacientes Apresentação de campanha de conscientização sobre eventos adversos e indicadores de barreiras

Fonte: Elaborado pela autora. Nota: Site Reclame Aqui® consultado em 04/06/2019.

4.2 Análise das proposições

As duas proposições foram confirmadas nos quatro casos estudados. Nos Quadros 27 a 34, encontram-se relatos de respondentes da pesquisa que caracterizam a conduta do hospital em cada uma das categorias analisadas, conforme projeto de pesquisa, exemplificando o contexto e as práticas dos hospitais.

4.2.1 Análise da primeira proposição

A primeira proposição, “Hospitais obtêm *feedback* de pacientes para direcionar melhoria da qualidade”, foi desdobrada nas seguintes categorias: objetivos, ambiente propício, formas de *feedback* de pacientes, e validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações.

Foi possível observar o objetivo de obter *feedback* de pacientes voltado à melhoria da qualidade, conforme relatos no Quadro 27. As áreas responsáveis por acolher as manifestações passaram a ocupar posições estratégicas em todos os casos estudados, para manter a imparcialidade e levar a voz do paciente para alta direção.

“A Ouvidoria ficava em uma sala no 4º subsolo, num prédio super escondido, [...] hoje estamos em uma entrada bem principal mesmo, tem grande circulação de pacientes e familiares, e a gente consegue ter essa captação.”
(confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 27: Relatos sobre objetivos claros e predisposição organizacional

Caso	Relato
A	“O que se fala muito é que um dos pilares de sustentação da empresa, a satisfação do cliente, é o que a gente tem que buscar sempre [...] Estou preocupado em atender àquela pessoa [...] são estratégias de criar conexão, você gerar valor.”
B	“O <i>feedback</i> serve exatamente para explorar aquilo que está escondido e saber como acessar. Aquele que fala, ‘ótimo’, você tem que saber ir atrás e entender, porque ali está a oportunidade, é a mina de ouro. E ter uma equipe preparada para isso, você tem que ter um <i>know-how</i> , uma bagagem, uma senioridade.”
C	“A experiência do paciente está no nosso mapa estratégico, então a instituição inteira sabe que a experiência do paciente é o que vai causar nossa sustentabilidade como instituição.”
D	“São várias ações em paralelo que a consonância delas nos levam a um caminho de ouvir o paciente e melhorar a experiência, nosso foco é melhorar a experiência.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Na perspectiva da organização, foi observada a promoção da cultura da segurança e justiça, em detrimento da cultura punitiva, mantendo agenda educativa sobre *feedback* de pacientes.

“Nosso compromisso é com a qualidade e segurança. E nosso compromisso é ouvir os pacientes e transformar essa voz em ação, em mudanças de processos e de práticas, que de fato a gente construa um sistema cada vez mais forte, robusto, seguro e eficiente em entregar o melhor cuidado aos nossos pacientes.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Equipes de saúde são estimuladas a promover o *feedback* de pacientes, para que a manifestação dos pacientes seja considerada legítima, e os profissionais sejam envolvidos na busca por soluções, conforme exemplificado no Quadro 28. Foram relatadas diversas ações voltadas ao bem-estar do colaborador, considerando sua relação com o cuidado de saúde oferecido e com a experiência do paciente.

“Hoje em dia tá difícil, existe uma demanda muito grande, uma pressão muito grande, tanto no trabalho quanto fora. Você tem uma vida doida, filhos com problemas, a própria pessoa com problema com marido, com família, tendo que cuidar dos pacientes.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 28: Relatos sobre ambiente propício para que equipe de saúde receba *feedback* de pacientes

Caso	Relato
A	“A gente consegue sentar, mediar muito a situação, então o SAC não é um SAC punitivo, ‘ah você errou, vamos punir você com uma advertência, com uma suspensão, vamos tirar seus horários de atendimento no ambulatório’. Nada a ver com isso, hoje nosso SAC é educativo, então nós mostramos para os gestores o que precisa melhorar.”
B	“O grande resultado foi esse, de o pessoal entender que realmente é através do cliente que a gente consegue entender e muitas vezes adotar aquilo que ele está esperando.”
C	“Gostando ou não, as pessoas sabem que isso é importante e que vai ter que ser assim. A gente, cada vez mais, vai ter que entender mais o que nossos pacientes estão achando da gente, ser supereficiente em identificar e corrigir rápido o que eles estão dizendo para corrigir.”
D	“Com treinamento sobre a cultura de que não há punição. Ao contrário, todo o sistema é direcionado para aprendizagem com o erro e com a falha, com a satisfação. E a questão é realmente o líder assumir esse compromisso.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Os pacientes são incentivados a manifestarem-se por meio de ações de conscientização e preparo da equipe de saúde, conforme relatos do Quadro 29. Processos confiáveis e sigilosos promovem ambiente propício para o *feedback* de

pacientes, evitando a exposição de pacientes e equipe de saúde. Os pacientes são informados sobre a importância da sua notificação para a melhoria da qualidade e para a prevenção de eventos adversos.

“A gente tem uma cultura, não só aqui, na América Latina, de que, quando falo de um problema, estou te ofendendo. Na verdade, é um problema, não é você.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 29: Relatos sobre ambiente propício para que pacientes ofereçam *feedback*

Caso	Relato
A	“Tem cartazes em todos os andares incentivando a nos procurarem, seja por contato telefônico, e-mail, nos convocar para comparecer no leito ou no pronto-socorro. Então nós incentivamos o paciente ao máximo para que nos procure.”
B	“O paciente também é participado do seu cuidado, então ele sabe. As pessoas são muito esclarecidas, com o Dr. Google, as pessoas sabem tudo. Hoje é muito difícil o pessoal que não sinaliza. Ele sinaliza, ‘eu achei que fizeram algo errado comigo’.”
C	“A gente entrega o telefone da Ouvidoria, e fala, ‘se você precisar de ajuda em qualquer momento que você está aqui, entra em contato, você pode escrever ou ligar’. Alguns pacientes durante a internação, tanto o paciente ou o familiar, ligam na Ouvidoria para ter um elemento neutro, mas muitos pacientes acionam a equipe.”
D	“A gente está desenvolvendo várias iniciativas para que cada vez mais ele entenda que nós queremos que ele fale, que ele expresse suas dúvidas.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Para incentivar o *feedback* de pacientes, as instituições mantêm disponíveis diversas formas, abrangendo possíveis preferências e considerando o momento oportuno para manifestação de pacientes com diferentes perfis, exemplificados no Quadro 30. Foi ressaltado que, com a evolução do tema dentro das instituições, diferentes canais foram implantados para ampliar a abrangência da perspectiva dos pacientes. Os canais existentes foram mantidos ou aperfeiçoados.

Quadro 30: Relatos sobre diversas formas de *feedback* de pacientes disponíveis

Caso	Relato
A	“Hoje a gente tem diversos canais de comunicação que a gente abre para o paciente. A gente tem o atendimento pessoal, telefônico, o e-mail, que é o Fale Conosco. Uma pesquisa de satisfação <i>on-line</i> , o paciente pode preencher a pesquisa e tem o campo de depoimento que ele registra sua manifestação, reclamação, elogio ou sugestão. E as redes sociais e o Reclame Aqui®.”
B	“O cliente se manifesta de várias formas. Ou seja, por meio de um impresso “Sua Opinião” que fica disposto nas áreas, e-mail que é o nosso Fale Conosco, presencialmente, Reclame Aqui® e mídias sociais, Facebook® e Twitter®. Recentemente o hospital montou Instagram® e LinkedIn® também. Então todas essas entradas vêm para nós. Inclusive as operadoras de saúde é uma das entradas nossas.”
C	“Os pacientes falam com a gente através de vários canais, atendimentos presenciais, ligam, mandam e-mail. E aí o que a gente fez? A gente ampliou o canal da Ouvidoria através da pesquisa de satisfação. De que maneira? A gente reestruturou nossa pesquisa, e hoje todos os pacientes recebem uma pesquisa por e-mail, 24 horas depois, para eles avaliarem a jornada deles. A gente trabalha bastante esses dados da pesquisa, e a gente olha pesquisa com a Ouvidoria de maneiras complementares.”
D	“São diversos canais de comunicação que a gente tem aqui. O presencial, as analistas, que recebem as manifestações presenciais, tem também as avaliações de atendimento que ficam disponíveis nos andares. A gente usa ainda avaliação física, é interessante, mas ainda o nosso perfil de cliente gosta de elogiar, escrever mesmo as avaliações. Tem os sites também, então o Fale Conosco. Depois a gente tem a pesquisa pós-alta.”

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 31 traz relatos sobre validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações, tratados de acordo com o contexto e o estado de saúde do paciente, bem como análises estatísticas de resultados das pesquisas.

Quadro 31: Relatos sobre validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações

Caso	Relato
A	“A adesão da pesquisa é alta, acho que a metade das pessoas respondem. Quem responde, a maioria é quem quer reclamar. Os que não querem, às vezes, não respondem.”
B	“Nosso público gosta de papel, a gente atende uma faixa de população idosa. Eles gostam do papel, gostam de escrever, eles gostam do contato.”
C	“A gente faz uma análise estatística em cima disso, tem todo um cálculo amostral para ver se aquilo é representativo daquela população. A gente faz análise de correlação e curva de tendência. Então a gente trabalha bastante esses dados da pesquisa.”
D	“Antes se falava muito em satisfação e, lendo um pouco do que se publicava no mundo, a gente percebeu que o conceito de experiência do paciente é muito mais amplo, envolve o conceito de satisfação, mas também questões de qualidade, segurança e desfecho. As questões que envolviam custo também, então é um conceito muito mais amplo.”

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.2 Análise da segunda proposição

A segunda proposição, “Hospitais implantam melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes”, foi desdobrada nas categorias metodologias de melhoria da qualidade e processos organizacionais.

Inicialmente, os respondentes foram questionados sobre evidências de melhoria da qualidade implantadas por meio de *feedback* de pacientes, exemplificadas no Quadro 32, reforçando a confirmação da proposição. Na sequência, foram abordadas a utilização de metodologias de melhoria da qualidade na obtenção, análise, definição de projetos e indicadores, bem como processos organizacionais nos níveis estratégico, tático e operacional.

Quadro 32: Relatos sobre evidências de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes

Caso	Relato
A	“Pronto-socorro é um grande exemplo, [...] é um problema crônico em todos os hospitais que é a questão do tempo de espera. Então hoje o Departamento de Emergência tem várias ações super importantes que diminuíram de forma significativa essa insatisfação.”
B	“Por exemplo, o tempo de espera para atendimento é super crítico. O hospital adotou um sistema de gerenciamento de filas. Isso foi uma demanda do paciente.”
C	“O que o paciente está reclamando é que a luz é forte [...] então agora todos os boxes têm um controle de iluminação, não fica mais tão claro enquanto ele toma a medicação.”
D	“O paciente falou para a gente, ‘na minha reabilitação enquanto internado, eu caminhava pelo corredor, e gostaria de ter ideia da minha progressão, achava que o corredor tinha mais ou menos 10 metros’. E a gente colocou marcação em todo o hospital, muitas vezes são sugestões simples que a gente não tem noção.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Observaram-se o conhecimento e a utilização de metodologias de melhoria da qualidade para conduzir ações relacionadas ao *feedback* de pacientes, conforme relatos do Quadro 33.

No caso A, a área de Qualidade apoia áreas assistenciais com metodologias e é responsável por projetos de segurança. No caso B, o Comitê Multidisciplinar define e conduz os projetos por meio de metodologia, em conjunto com áreas assistenciais. No Caso C, a área institucional de Qualidade e Segurança centraliza o desdobramento de projetos e apoia áreas assistenciais com metodologia. Por fim, o Caso D, a área

institucional de Melhoria Contínua apoia áreas assistenciais com metodologia, e área de Qualidade centraliza projetos de Segurança.

Quadro 33: Relatos sobre utilização de metodologias de melhoria da qualidade

Caso	Relato
A	“Se a coisa acontece muitas vezes em muitas áreas, a gente pode usar estruturas de avaliação de risco mais consistentes, tipo FMEA, que é modelo de falha, então depende.”
B	“As ações são em cima disso, claro, a gente utiliza ferramenta de qualidade, Ishikawa, um Diagrama de Pareto, roda um PDCA, isso é coisa que está no dia a dia de todo mundo. Todo mundo conhece, é assim que a gente faz nossos planos de ação.”
C	“Se as reclamações são relacionadas às oportunidades de melhoria de processo, o escritório de excelência operacional está junto para trazer a metodologia <i>Lean</i> e olhar isso.”
D	“Então hoje a gente está tratando muito pela metodologia <i>Lean Six Sigma</i> . Eventualmente o que usa é Ishikawa para fazer análise, roda um ciclo PDCA, usamos as metodologias mais conhecidas.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Os processos organizacionais envolvem as atividades operacionais e agenda periódica de discussão de casos, oportunidades de melhoria e análise de indicadores, conforme relatos descritos no Quadro 34.

Quadro 34: Relatos sobre processos organizacionais que respaldam o *feedback* de pacientes

Caso	Relato
A	“Encaminhamos as manifestações aos gestores para que eles possam fazer uma análise do que aconteceu, e, posteriormente, nós contatamos o paciente para passar os esclarecimentos para ele.”
B	“Existem as reuniões que eles fazem com as equipes, a gestão da assistência faz as reuniões com eles. Nesses momentos são levantadas essas questões. Esse gerente acaba vislumbrando as possibilidades de melhoria, a parceria da gente é essa, teve uma situação, ‘será que se a gente fizesse assim seria melhor, mudar uma rotina ou um procedimento?’.”
C	“Todo mundo sabe que esses pontos são os piores, e a direção fala muito isso, o que vocês precisam que a gente te apoie? Para a gente resolver? Então não é só discurso, só mostrar e falar ‘resolvem aí’. Se isso aqui é um problema, vamos resolver juntos, o que vocês precisam do nosso apoio? Tem coisa que é nossa, tem coisa que é de vocês, vamos nos ajudar.”
D	“Então algumas coisas viram projeto, outras são mais simples de ser implementadas, outras viram códigos que a gente sempre vai acompanhar. Os códigos são gerenciados, então tem uma pessoa responsável por gerenciar e olhar esses códigos o tempo todo.”

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Estrutura de trabalho sobre o processo *feedback* de pacientes

Após as entrevistas, foi elaborada uma proposta de estrutura de trabalho sobre melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, contemplando níveis estratégico, tático e operacional, conforme a Figura 15. Os quadros indicados estão descritos no item 4.4, e, assim, as evidências são abordadas de forma agregada, consolidando as observações dos quatro casos.

Figura 15: Proposta de estrutura de trabalho

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Evidências de utilização de *feedback* de pacientes por categoria proposta

Conforme descrito no item 3.3, as entrevistas foram gravadas, e os trechos correspondentes foram relacionados aos respectivos nós, nomeados conforme as categorias e parametrizados no *software* NVIVO 11®. Posteriormente, os quadros foram elaborados, evidenciando as práticas descritas durante as entrevistas por categoria.

A pesquisadora considerou que todas as menções, independentemente da frequência de ocorrência, podem iluminar a questão de pesquisa e gerar ideias para estudos subsequentes, conforme o conceito de estudo de casos exploratórios. As referências que abordam estudos sobre as categorias constam nos Quadros 34 a 53, relacionando evidências e literatura.

Os itens 4.4.1 a 4.4.4 são referentes às categorias relacionadas à Proposição 1: “Hospitais obtêm o *feedback* de pacientes para direcionar a melhoria da qualidade”. Os itens 4.4.5 a 4.4.7 são referentes às categorias relacionadas à Proposição 2: “Hospitais implantam a melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes”.

4.4.1 Objetivos de obter *feedback* de pacientes

O Quadro 35 apresenta evidências sobre os objetivos da realização de *feedback* de pacientes, divididos conforme descrito por Golda et al. (2018a) e relatados na revisão bibliográfica por diversos autores, no item 2.2.1. Por um lado, o objetivo de promover o *feedback* de pacientes é voltado à preocupação da organização e à conscientização da equipe de saúde em promover a melhoria do cuidado.

“É uma implantação de uma cultura. E uma cultura não é um desenho, não é um fluxo, não é um sistema. Uma cultura é realmente ter uma massa de consciência sobre aquele assunto dentro da instituição. E esse é o desafio para quem trabalha com sistema de melhorias.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Por outro lado, objetivos descritos por Golda et al. (2018a) como extrínsecos são voltados a metas, bonificações financeiras.

“Então as pessoas sabem que, se o cliente não estiver satisfeito, elas perdem até uma parte do PLR delas, da participação dos lucros.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Essa prática é vista com ressalva por alguns autores e foi retratada nas entrevistas.

“O NPS pode estar ou não atrelado à remuneração variável, depende do gestor da área. Isso aí é totalmente discutível, atrelar a meta das áreas em indicadores relacionados à qualidade de processo assistencial. Isso não é legal porque pode reduzir o número de notificações.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Esses fatores, bem como a adequação à acreditação, são vistos como meios de disseminar o processo de *feedback* de pacientes e implantar ações de forma estruturada.

“E, na realidade, a acreditação hospitalar é um meio que a gente utiliza para conseguir consolidar padrões e fazer com que esses padrões virem processos sistêmicos no hospital.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Foi mencionado que o processo de acreditação teve estímulo devido à judicialização da saúde nos Estados Unidos, e, assim, as instituições começaram a considerar a perspectiva dos pacientes e a se adequar a essas demandas para reduzir despesas com processos.

Quadro 35: Evidências sobre objetivos de obter *feedback* de pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Fatores intrínsecos Williams (1994); Robert e Cornwell (2013); Taylor et al. (2015); Golda et al. (2018a).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover medidas educativas nas áreas sobre experiência e satisfação dos clientes ▪ Ouvir o paciente, saber o que ele está esperando, compreender a experiência e entender a dor dele ▪ Aprender com o paciente, ter empatia, colocar-se no lugar dele e implementar ações ▪ Conhecer o que é valor para o paciente e direcionar as ações valorizadas pelo paciente ▪ Identificar preferências e necessidades individuais de cada um, tratar as ações individualmente e pensar coletivamente por meio de projetos ▪ Estreitar o relacionamento com os clientes ▪ Identificar e atuar em oportunidades de melhoria, ao invés de contratar consultorias externas, estabelecer processo estruturado de <i>feedback</i> de pacientes
Fatores extrínsecos Lyratzopoulos et al. (2011); Robert e Cornwell (2013); Boiko et al. (2015); Taylor et al. (2015); Lee, Baeza e Fulop (2017); Sheard et al. (2017); Golda et al. (2018a).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover indicador para bonificações financeiras ▪ Evitar exposição na mídia por meio de Reclame Aqui® e redes sociais ▪ Comparar resultados com outras instituições, fazer <i>benchmarking</i> ▪ Adequar-se ao <i>checklist</i> da acreditação. Acreditação estimula o hospital a ouvir o paciente e a atuar com base no <i>feedback</i>. Padronizar a linguagem, os protocolos, os procedimentos de maneira estruturada e gerenciada

Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se que a importância do *feedback* de pacientes cresceu nas organizações, e a área responsável pelo registro das manifestações de pacientes

(SAC ou Ouvidoria) passou a ocupar posição estratégica, em todos os casos estudados, deixando de ser uma área operacional de tratativa de problemas de pacientes para se configurar em uma área provedora de informações estratégicas para definição e monitoramento de projetos.

“Então vai muito além de só atender, e ouvir o paciente, dar a resposta. Vai muito além disso. E aí, a gente consegue ver as oportunidades de melhoria também para a instituição.” (confidencial, respondente da pesquisa)

A literatura aponta possível falta de clareza quanto aos objetivos dos hospitais em promover a melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, porém foi evidenciado que objetivos institucionais estão estabelecidos, valorizando a perspectiva do paciente.

As dificuldades para conscientização entre gestores e equipe assistencial mostraram coerência com a literatura, bem como a implantação de ações relacionadas. Fatores como bonificações financeiras e adequação à acreditação são vistos como formas estruturadas de permear o processo de *feedback* de pacientes nas instituições.

“A gente vai dar oportunidade de a área ir lá e apresentar o plano de ação dela em cima disso, quem vai ser responsável, em quanto tempo a ação vai ser feita, e a gente vai compartilhar boas práticas, porque o objetivo principal era compartilhar boas práticas [...] A diretoria amou, só que as pessoas começaram a se sentir desconfortáveis. Os gestores, eles falaram ‘não estou gostando, porque fico exposto’, aí foi um trabalho que a gente congelou por um tempo estrategicamente.” (confidencial, respondente da pesquisa)

4.4.2 Ambiente propício para realização de *feedback* de pacientes

O ambiente propício para realização de *feedback* de pacientes descrito por Snyder e Engström (2016) e abordado por autores no item 2.2.2, foi dividido em três subitens, considerando as perspectivas da organização, equipe de saúde e pacientes, conforme conceituado por Donabedian (1992). Raleigh et al. (2009) retrataram que as experiências negativas da equipe de saúde foram relacionadas com as experiências negativas retratadas por pacientes, e vice-versa, conforme relatado durante as entrevistas.

“No ponto da jornada, o que é ruim para o paciente também é ruim para o colaborador? E a gente vê que na maioria das vezes é. Porque, esses passos são ruins para todo mundo, para o paciente, para o colaborador, e isso é insustentável. É lá que a gente tem que atuar.” (confidencial, respondente da pesquisa)

4.4.2.1 Predisposição organizacional

Os Quadros 36 e 37 apresentam evidências sobre a predisposição organizacional para realizar *feedback* de pacientes voltados à melhoria da qualidade, divididas em: (a) fatores organizacionais; e (b) treinamentos e campanhas educativas.

“A gente não consegue trabalhar nem Ouvidoria, nem Experiência do Paciente, se não tivermos um apoio muito grande da alta direção.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Para a organização manter ambiente propício para realização de *feedback*, foram mencionados fatores organizacionais relacionados à promoção da cultura de justiça, não punitiva, transparência e conscientização da equipe de saúde sobre *feedback* de pacientes.

“É um processo bem cultural. Se você colocar uma gestão punitiva, você vai receber uma Ouvidoria e punir a pessoa. Ou você vai para um lado mais colaborativo, e o que aconteceu, vamos resolver, vamos juntos, institucionalmente. A gente passou por um processo de uma cultura punitiva, aqui e todos os lugares passam por isso, para uma cultura mais colaborativa.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 36: Evidências sobre fatores organizacionais

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Donabedian (1992); Reason (2000); Leape (2009); The Health Foundation (2013); Boyce, Browne e Greenhalgh (2014); Berger et al. (2014); Coulter et al. (2014); Sheard et al. (2017); Baines et al. (2018).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posicionar a área de SAC/Ouvidoria ligada à alta diretoria dos hospitais, com acompanhamento periódico dos indicadores ▪ Promover cultura de justiça em detrimento da cultura punitiva, para registro de eventos adversos ou circunstâncias de riscos apontados por pacientes ▪ Promover cultura de <i>feedback</i> de pacientes por meio de ações contínuas e de longo prazo ▪ Direcionar o sistema de <i>feedback</i> para aprendizagem com erros e falhas e promover atuação efetiva da liderança neste sentido ▪ Monitorar por meio de pesquisa de clima a apropriação da cultura de justiça e não punição pelas lideranças ▪ Promover reuniões periódicas com diretoria e gestores para análise de indicadores de <i>feedback</i> de pacientes, análise de ocorrências, definição de projetos de qualidade e segurança ▪ Promover sistema de divulgação de elogios e disseminação de boas práticas, por meio de intranet, aplicativos, publicações internas

Fonte: Elaborado pela autora.

A predisposição organizacional envolve promover treinamentos e campanhas educativas periódicas sobre experiência, satisfação e *feedback* de pacientes, porém foram ressaltadas dificuldades na manutenção dessa cultura.

“Está tudo resolvido? Não, tem um monte de gente que acha legal e muita gente resistente. Tem gente não pode ouvir falar da temática experiência do paciente.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 37: Evidências sobre treinamentos e campanhas educativas

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Wensing, Vingerhoets e Grol (2003); Longtin et al. (2010); Boyce, Browne e Greenhalgh (2014); Parry (2014); Berger et al. (2014); Boiko et al. (2015); Baines et al. (2018).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Treinamento periódico de lideranças sobre cultura não punitiva, transparência ▪ Treinamentos periódicos de gestores e equipe de saúde sobre a importância do <i>feedback</i> de pacientes, experiência e satisfação ▪ Integração de novos funcionários sobre experiência do paciente ▪ Treinamento sobre formas de se comunicar com pacientes, tanto na comunicação verbal como na comunicação por meio de folders, cartazes, aplicativos ▪ Parceria com a área de Recursos Humanos para treinamentos comportamentais, comunicação, comportamento em situações de risco, liderança, trabalho em equipe, gestão do erro e tomada de decisão ▪ Treinamento sobre viés de confirmação, estimulando a consulta de pares durante situações de conflito ou de perigo ▪ Treinamento sobre tipos de erro, sistemas, processos, violações ▪ Formação do profissional sobre raciocínio crítico, sistêmico ▪ Treinamento sobre conversas cruciais ou difíceis e pacientes disruptivos, para evitar agrave de situações e ambiente de insegurança, que podem reverter em eventos para o paciente ▪ Incluir técnicos e equipes terceirizadas nos programas de treinamento ▪ Promover treinamentos sobre <i>feedback</i> de pacientes em cursos técnicos e faculdades da área de saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim como a literatura, as evidências demonstraram promover a cultura do registro, não punitiva, no compromisso de realização de ações nessa perspectiva.

“Para trabalhar a oportunidade de melhoria através de *feedback* de paciente [...] a instituição tem que ter maturidade para aceitar.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Os treinamentos e campanhas educativas proporcionados à equipe pelos hospitais observados enriquecem os achados da literatura, trazendo temas abordados para promover ambiente propício.

“Acho que o grande *gap* que a gente tem é a comunicação, isso que a gente trabalha muito, treinamentos com equipe, colaboradores, de ter essa percepção, tudo mais.” (confidencial, respondente da pesquisa)

4.4.2.2 Ambiente propício para a equipe de saúde receber o *feedback* de pacientes

Neste item, estão apresentadas as evidências sobre ambiente propício para recebimento do *feedback* de pacientes pela equipe de saúde, divididas em: (a) aceitação e crença no *feedback* de pacientes; (b) autonomia para tomada de decisões; e (c) bem-estar da equipe de saúde. Os entrevistados citaram uma série de ações para a conscientização de colaborador e terceirizados desde sua contratação.

“É um trabalho que a gente tem feito de mudança de *mindset* mesmo. Mudar esse modelo mental. Falar ‘gente, não é queixa, é uma oportunidade, um presente’.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Assim, a aceitação e a crença da importância do *feedback* de pacientes para a melhoria da qualidade (BOIKO et al., 2015; SHEARD et al., 2017) são promovidas estimulando empatia, comunicação em linguagem simples e alinhamento de expectativas, transparência e estímulo ao registro de manifestações, como descrito no Quadro 38.

“É difícil falar com gente que não está feliz, com o paciente que não está contente. Não é legal, tem que ter preparo, tem que ter técnica, isso não vem pronto, a gente consegue desenvolver.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 38: Evidências sobre aceitação e crença no *feedback* de pacientes pela equipe de saúde

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Williams (1994); Doyle, Reeves e Seccombe (2008); Lennox e Bell (2013); Reeves, West e Barron (2013); Boyce, Browne e Greenhalgh (2014); Parry (2014); Boiko et al. (2015); Sheard et al. (2017); Farrington et al. (2017); Baldie et al. (2018); Golda et al. (2018a); Baines et al. (2018).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SAC/Ouvidoria promover a mediação entre pacientes e equipe de saúde para endereçar as questões, no efeito e na causa, sem expor os profissionais envolvidos ▪ SAC/Ouvidoria voltado para ações educativas, não punitivas, envolvendo equipe de saúde e auxiliando na tratativa de casos com pacientes mais difíceis ▪ Envolvimento de outros profissionais para mediação de casos mais complexos ▪ Promover vídeos educativos na intranet sobre a experiência dos pacientes ▪ Envolver a equipe assistencial na discussão e na definição de planos de ação sobre o <i>feedback</i> de pacientes ▪ Realizar rondas de qualidade e segurança sobre a conscientização de projetos de melhoria com base em <i>feedback</i> de pacientes ▪ Promover utilização de linguagem simples para comunicação com pacientes, garantindo o entendimento ▪ Considerar pacientes como uma barreira à ocorrência de eventos adversos: o profissional deve falar qual remédio está dando, para que serve, o que vai fazer, como vai fazer e qual o procedimento ▪ Agenda para divulgação de ações implantadas por meio de <i>feedbacks</i> informais, registradas por voluntárias, <i>conciierge</i> ou enfermagem ▪ Ações para reduzir rotatividade de funcionários (<i>turnover</i>), facilitando ações de conscientização ▪ Ações específicas de conscientização de médicos

Fonte: Elaborado pela autora.

A autonomia da equipe de saúde para solução de problemas antes que se tornem uma reclamação foi retratada por vários entrevistados, porém a deficiência do processo de registro dessas ocorrências constitui uma lacuna para que oportunidades

de melhoria e exemplos de boas práticas sejam disseminados. As evidências sobre promoção da autonomia constam no Quadro 39.

Quadro 39: Evidências sobre autonomia para tomada de ações

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Wensing, Vingerhoets e Grol (2003); Parry (2014); Boiko et al. (2015); Coulter (2016); Sheard et al. (2017); Baines et al. (2018).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disseminar cultura, valores e processos para que a equipe tenha autonomia para resolver os problemas relacionados aos pacientes ▪ Promover integração entre funcionários de áreas correlatas para disseminar conhecimento dos processos ▪ Promover informação e indicadores de fácil entendimento para que líderes informem suas equipes ▪ Promover conhecimento e percepção sobre coisas simples que possam melhorar a experiência ▪ Responsabilizar lideranças por capilarizar o modelo de atendimento voltado ao <i>feedback</i> de pacientes, estimular os profissionais a escutarem a voz do paciente ▪ Estimular que funcionários encaminhem e registrem os problemas, mesmo que não sejam da sua área, garantindo a continuidade do cuidado ▪ Estimular atuação da equipe para antecipar os problemas antes que o paciente manifeste uma reclamação, realizar o registro das ocorrências ▪ Orientar funcionários a acionar a liderança em caso de qualquer problema ou oportunidade nas manifestações dos pacientes

Fonte: Elaborado pela autora.

O ambiente propício ao *feedback* de pacientes envolve a promoção de iniciativas voltadas ao bem-estar da equipe de saúde, considerando a importância de boas condições de trabalho da equipe para a qualidade da entrega do cuidado. Todas as instituições realizam ações nesse sentido, permanentes durante ano, exemplificadas no Quadro 40.

“Quando você cuida do profissional ele se sente cuidado, ele transmite para o paciente. Como você reconhece esse colaborador, tem vários tipos de reconhecimento.” (confidencial, respondente da pesquisa)

A divulgação de elogios de pacientes e acompanhantes aos colaboradores foi abordada como um aspecto de impacto no processo de *feedback*. Foi mencionada a importância da definição de ações estruturadas voltadas à agilidade de divulgação dos elogios e ao reconhecimento das boas práticas, proporcionando credibilidade do processo de *feedback*.

“Os profissionais falam, ‘porque não chegou esse elogio?’. A gente vai ver, foi para o gestor. Daí a gente cobra, eles falam que não deu tempo de comentar [...]. A gente tem essa autonomia para poder monitorar também. Eles falam, ‘quando é reclamação chega muito rápido, porque o elogio não veio?’.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Essa abordagem foi pouco observada na literatura, apesar de vastamente tratada pelos respondentes. Segundo Nordin et al. (2018), a qualidade dos serviços de saúde é voltada a reclamações, mas os elogios são normalmente negligenciados, e sua comunicação aos pacientes deve ser eficaz. Por outro lado, o reconhecimento dos elogios pode gerar uma conduta inadequada da equipe, requisitando aos pacientes o registro de elogios. “Teve um profissional que falou assim: ‘e se a gente estimular eles a ficar elogiando?’ A pessoa não quer registrar esse elogio, então também gera um desconforto” (confidencial, respondente da pesquisa).

Quadro 40: Evidências sobre o bem-estar da equipe de saúde

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Aiken et al. (2012); Bodenheimer, Sinsky (2014); Raleigh et al. (2009); Aiken et al. (2012); Rozenblum et al. (2013).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preservar a equipe de saúde envolvida com reclamações, para evitar exposições e prejuízo à tratativa do problema e a novas manifestações; ▪ Manter canal de <i>compliance</i> para que equipe de saúde manifeste-se sobre as tratativas de <i>feedback</i> ▪ Realizar avaliação (<i>feedback</i>) de equipe periódica, e relacioná-la com as manifestações de pacientes ▪ Realizar pesquisa de clima periódica e estruturar ações relacionadas ao bem-estar da equipe ▪ Orientar liderança e pares a alertar sobre situações de fragilidade e auxiliar o profissional de saúde ▪ Considerar que o contexto pessoal da equipe de saúde fora do hospital pode afetar o cuidado. Prover canal para atendimento psicológico, orientação financeira e questões jurídicas ▪ Prover o corpo clínico do hospital aos funcionários, treinar liderança para perceber as alterações na equipe e agir em conjunto com o médico do trabalho ▪ Ações de bem-estar e saúde, como acompanhamento de nutricionista, grupos de corrida, esportes, ginástica laboral, Yoga, coral e convênio com academias ▪ Espaços físicos dentro do hospital, como áreas de lazer, descanso, serviços ▪ Palestras sobre educação financeira e aconselhamento jurídico, extensivo aos familiares ▪ Dispor de clínica de ação preventiva e médico da família

Fonte: Elaborado pela autora.

Como dificuldades, foram apontados a alta rotatividade de funcionários e o mercado aquecido para profissionais de saúde, prejudicando treinamento e imersão da cultura da instituição, e a dificuldade do profissional em pedir ajuda em situações adversas, mesmo com diversas ações e apoio à equipe do hospital.

“Daí tem *turnover* grande, o mercado de saúde mesmo na crise, é aquecido. Abrem-se hospitais, fecham-se restaurantes, mas abrem-se hospitais. E as pessoas saem mesmo, para ganhar mais, para morar mais perto de casa. Então a gente tem esses fatores remando contra a maré.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Além disso, foi mencionado que o excesso de confiança da equipe contribui para negligenciar as manifestações de pacientes. Pode ser relacionado à probabilidade subjetiva estudada por Kahneman e Tversky (1972). Segundo os autores, em situações de incerteza, os vieses de julgamento levam as pessoas a atribuírem mais peso às variáveis condizentes com seus conhecimentos iniciais. Ações como acionamento de equipes de apoio em situações adversas foram mencionadas para reduzir o viés de confirmação e escutar os pacientes em outra perspectiva.

“O modelo de atendimento envolve dar atenção à voz do paciente. Que a gente, de fato, avalie sempre qualquer manifestação como oportunidade de fazer melhor.” (confidencial, respondente da pesquisa)

A tecnologia foi apontada como aliada na obtenção e análise de *feedback* de pacientes, porém as evidências apontam para os processos dependentes do envolvimento do profissional.

“Os nossos processos são muito humano dependentes. Se eu não tiver um profissional bem preparado, treinado, humano, humilde, empático, que seja sensível à necessidade do paciente, que seja sensível à necessidade dele, é o mundo ideal.” (confidencial, respondente da pesquisa)

As entrevistas destacaram a importância das lideranças na promoção do ambiente propício, capacitado para lidar com as necessidades do paciente e do colaborador, para direcionar as ações de forma adequada e estruturada.

“A gente faz uma pesquisa de cultura e segurança [...] A visão dos líderes é de que a gente tem um ambiente supertranquilo, que as pessoas têm tranquilidade para notificar erros porque sabem que não vão ser punidos. Quando você pergunta para os funcionários colaboradores, eles dizem que não, que aqui é um ambiente punitivo que eles não têm tranquilidade, a despeito de tudo o que a gente faz.” (confidencial, respondente da pesquisa)

As evidências estão de acordo com a literatura apontada e consideram o envolvimento da equipe de saúde como desafio e pilar fundamental, sem o qual a implantação da melhoria da qualidade é comprometida, restringindo o *feedback* de pacientes a ações corretivas pontuais e não estruturadas.

“Nessa onda de melhoria, de melhor experiência do paciente, melhor experiência do colaborador, transformar em um ambiente mais motivador, engajado de verdade.” (confidencial, respondente da pesquisa)

As dificuldades apontadas foram a sobrecarga da equipe assistencial, o excesso de confiança e a baixa credibilidade da equipe de saúde em relação às manifestações dos pacientes, bem como a alta rotatividade da equipe.

4.4.2.3 Ambiente propício para pacientes oferecerem *feedback*

Os Quadros 41 e 42 apresentam evidências sobre promover ambiente propício para que os pacientes ofereçam *feedback* à equipe de saúde, seja por meio de pesquisas, registros voluntários presenciais ou por e-mail, telefone e internet ou manifestação direta à equipe. As questões relacionadas à confidencialidade foram enfatizadas pelos respondentes.

“A grande coisa é você abrir cada vez mais canais e deixar ele mais seguro de que isso vai ser feito, e que não vai ser nada pessoal. Isso é bem claro, eles ficam às vezes com medo principalmente em relação ao médico.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 41: Evidências sobre sigilo e transparência para que pacientes ofereçam *feedback*

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Donabedian (1992); Longtin et al. (2010); Morrow et al. (2013); Berger et al. (2014); Coulter et al. (2014); Coulter (2016); Coulter (2017).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar os pacientes a procurarem o SAC/Ouvidoria, posicionado como canal transparente e neutro, no qual podem se manifestar sem receio de retaliação, principalmente enfermeiros e médicos ▪ Tratar manifestações de forma sigilosa, confidencial, sem expor os pacientes e a equipe de saúde ▪ Dispor de salas de atendimento presenciais em local de ampla circulação, confortáveis, para garantir privacidade e isolamento acústico

Fonte: Elaborado pela autora.

As ações são voltadas à conscientização de pacientes sobre a relevância de manifestação e resposta às pesquisas, bem como à garantia de confidencialidade. Foram comentadas formas de ativar o paciente, tanto no engajamento no próprio cuidado, quanto em questões institucionais, conforme abordado na literatura.

“Durante o trabalho já é feita uma orientação nesse sentido, que ele pode perguntar, que ele pode cobrar, que ele pode falar. E eles sabem, hoje eles são mais instruídos e querem saber mais. É uma mudança na enfermagem, acho que ainda está acontecendo, porque o pessoal acha que não precisa falar nada para o cliente, quando, na verdade, você tem que falar tudo, porque ele é uma barreira.” (confidencial, respondente da pesquisa)

As evidências corroboram a literatura, com relação à conscientização de pacientes e ao receio de responderem às pesquisas ou manifestarem opinião durante o cuidado.

“Quando a família vai abrir uma situação para a gente, quando envolve assistência, eles têm um pouquinho de receio quando o paciente está aqui ainda.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 42: Evidências sobre conscientização de pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Reeves e Seccombe (2008); The Health Foundation (2013); Morrow et al. (2013); Reeves, West e Barron, (2013); Berger et al., (2014); Boiko et al. (2015); Lee, Baeza e Fulop (2017); Golda et al. (2018a).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgar manual sobre direitos e deveres, sobre área de Qualidade, acreditação e canais para se manifestar ▪ Considerar também o acompanhante, além do paciente, nas ações de conscientização ▪ Ações em conjunto com a área de Marketing para realizar comunicação da melhor forma, folders, cartazes, vídeos. Deixar claro para o paciente a preocupação do hospital com a qualidade e a segurança ▪ Ações para que o paciente entenda que a instituição quer que ele fale, expresse suas dúvidas, observações, necessidades ▪ Prover informações em linguagem adequada sobre os processos assistenciais aos pacientes, para que manifestem sua opinião, e servir como barreira aos eventos adversos ▪ Orientar determinados pacientes, sobre maiores riscos do seu tratamento, medidas preventivas e como ele pode auxiliar ▪ Divulgar vídeos sobre os maiores riscos aos quais o paciente está exposto, para que o ajude a supervisionar o seu cuidado ▪ Buscar alinhamento de expectativas de pacientes, compartilhando informação sobre o cuidado, duração de procedimentos, deixando o paciente informado e à vontade para se manifestar ▪ Registrar em quadro compartilhado com os pacientes internados a rotina do dia, para alinhamento de expectativas e estímulo a manifestações ▪ Definir espaço no quadro compartilhado, para que os pacientes internados atribuam nota sobre sua experiência do dia e escrevam reclamações, sugestões ou elogios ▪ Realizar a passagem de plantão a beira leito com o paciente e a família para troca e conferência de informações ▪ Pacientes mais difíceis contribuem para ambiente de insegurança, assim funcionários devem ser treinados para situações de conflito ▪ Informar pacientes sobre implantação de melhoria da qualidade decorrentes de sugestões ou reclamações ▪ Realizar divulgação (do inglês <i>disclosure</i>) de eventos adversos para promover envolvimento

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4.3 Formas de *feedback* de pacientes

Os respondentes reforçaram que a disponibilidade de vários canais de comunicação com os pacientes, e a resposta rápida aos problemas, podem melhorar a experiência, reduzindo manifestações nas redes sociais e Reclame Aqui®, com impacto na imagem da instituição.

“Quanto mais canais de comunicação você permitir de ele se relacionar ainda dentro do hospital dificilmente ele vai buscar as redes sociais. Quando você habilita um ou dois canais somente, você só pode mandar e-mail ou ligar, ele vai para as redes sociais.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Com a análise das evidências, as formas de *feedback* foram descritas em três grupos:

- Manifestações voluntárias: os pacientes registram voluntariamente sua manifestação, por meio de canais disponíveis do SAC/Ouvidoria do hospital, das redes sociais ou do site Reclame Aqui®;
- Pesquisas com pacientes: a instituição aborda os pacientes para obter sua perspectiva sobre o cuidado;
- *Feedback* informal: os pacientes manifestam a sua perspectiva verbalmente, para a equipe assistencial.

Para cada um desses grupos, as manifestações podem ser realizadas no momento do cuidado, ou após o cuidado.

As evidências apontam que o registro de manifestações voluntárias em canais do SAC/Ouvidoria pode ocorrer por receio de manifestação de *feedback* informal, no momento do cuidado. Da mesma forma, manifestações nas redes sociais e no site Reclame Aqui® podem retratar situações em que o paciente não conseguiu resolver sua ocorrência junto ao hospital, ou questões em que algo muito grave ocorreu, conforme retratado por Rozenblum e Bates (2013) sobre pacientes que se manifestam na internet.

As pesquisas com os pacientes visam ampliar a visão da instituição sobre a perspectiva de pacientes, além das manifestações voluntárias. Foi mencionado que as formas são complementares, considerando o momento da resposta de cada uma.

Os Quadros 43, 44 e 45 apresentam as evidências sobre as formas de obtenção do *feedback* de pacientes, por meio de: (a) manifestações voluntárias; (b) pesquisas; e (c) *feedback* informal.

“Acho que a grande estratégia é você abrir vários canais de comunicação, às vezes presencial ele se sente incomodado, e, se, a gente tem uma pesquisa e pode ser sigilosa, confidencial, ele pode falar de forma mais aberta. Posso falar em um *App*, também é outra forma em que tenho mais agilidade. É importante você abrir mais canais de comunicação para conseguir mais *feedback*.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Foi mencionado que a manifestação voluntária ao SAC/Ouvidoria e a pesquisa por e-mail complementam-se, porque cada pessoa prefere se manifestar de uma forma diferente. Após as manifestações voluntárias ou os relatos qualitativos em pesquisas, os atendentes questionam aos pacientes se desejam receber resposta sobre sua manifestação.

Também foi relatada a importância da abordagem qualitativa, “muito mais ricos do que quantitativos, porque é a voz do cliente” (confidencial, respondente da

pesquisa). Melhorias baseadas em alguns poucos relatos podem ter impacto na experiência de muitos pacientes.

“Sim, a gente olha o quantitativo, quais os fatores mais detratores, então vamos olhar o volume. Mas, quando a gente olha o qualitativo ele é muito mais rico.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 43: Evidências sobre formas de manifestações voluntárias de pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Greaves et al. (2012); Gallagher e Mazor (2015); Reader, Gillespie e Roberts (2014); Lagu et al. (2016); De Vos, Hamming e Marang-Van de Mheen (2018).	<p>Feedback de pacientes pós-alta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atendimento pessoal com SAC/Ouvidoria ▪ Atendimento telefônico com SAC/Ouvidoria, gravado e registrado por número de protocolo ▪ Carta de pacientes ▪ E-mail e formulários na internet ▪ Atendimento pessoal com área da Qualidade ▪ Reclame Aqui® ▪ Facebook®, Twitter®, interface com área de Marketing para selecionar problemas na assistência ▪ Utilização de Inteligência Artificial para selecionar reclamantes e tratar com urgência
	<p>Feedback de pacientes no momento do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folders e formulários de papel disponíveis nos andares ▪ Farol da satisfação nos quartos de pacientes internados e espaço em lousa para manifestação de reclamações e dúvidas ▪ Formulário curto para registro de situações de risco ▪ Acionamento de outra equipe de saúde de plantão em atendimento de emergência ▪ Aplicativos

Fonte: Elaborado pela autora.

Com o aumento da importância da perspectiva dos pacientes nos hospitais, as análises das manifestações tornaram-se estruturadas, fomentando desenvolvimento de projetos. “Não é só você resolver o problema, tem que ter aquilo como embasamento para melhorar, né?” (confidencial, respondente da pesquisa).

Para ampliar o entendimento sobre a experiência dos pacientes, hospitais passaram a realizar pesquisas, direcionadas a amostras de pacientes, periodicamente. Com o avanço da tecnologia, foram implantadas pesquisas específicas, de acordo com a jornada do paciente no hospital, enviadas a todos os pacientes, continuamente. O Quadro 44 retrata as pesquisas mencionadas.

Foi apontado que o agrupamento de pacientes de acordo com seu perfil pode direcionar formas de *feedback* mais adequadas ao público, para que fiquem à vontade para responder às pesquisas, aos e-mails, às entrevistas e aos formulários, acessando pessoas mais idosas, ou com alguma determinada enfermidade, ou com alguma resistência a algum tipo de pesquisa.

“Então a gente já pensou várias vezes em tirar esse formulário de papel, e ficar tudo eletrônico, mas tem paciente que ainda não consegue, eles preferem escrever, anexar cartas com várias páginas, manda correspondência por correio também.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 44: Evidências sobre pesquisas com pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Crow et al. (2002), Tsianakas et al. (2012); The Health Foundation (2013); Manary (2013); Beattie et al. (2015); Boiko et al. (2015); Coulter (2016); Sheard et al. (2017).	<p>Feedback de pacientes pós-alta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa anual por e-mail, por amostragem ▪ Pesquisa periódica por telefone, por amostragem ▪ Pesquisa <i>online</i> enviada 24h após a alta, de acordo com a jornada do paciente ▪ Pesquisa e entrevista com pacientes de cuidados especiais (oncológicos, cuidados paliativos) ▪ Campo aberto para manifestações livres dos pacientes em pesquisas ▪ Grupos focais, em que pacientes são reunidos para opinar sobre determinado tema, como material de comunicação e infraestrutura ▪ Pesquisas de veículos de comunicação, como <i>Top of Mind</i>, realizado pelo Datafolha
	<p>Feedback de pacientes no momento do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista proativas para avaliar a percepção dos pacientes ▪ Mapeamento da jornada, em que pacientes e colaboradores respondem sobre pontos positivos e negativos em pontos de contato ▪ Entrevista com pacientes e acompanhantes que notificaram situações de perigo ou evento adverso

Fonte: Elaborado pela autora.

Feedbacks informais ou diálogos informais (CROW et al., 2002) são manifestações realizadas pelos pacientes e acompanhantes à equipe de saúde, vistos como fundamentais para melhorar a experiência do paciente. Os hospitais buscam formas de tratar as questões apontadas em tempo real, porém o registro sistemático para embasar ações estruturadas de melhoria é considerado uma oportunidade de melhoria.

“A enfermagem vai lá no quarto e resolve, mas aquilo não gerou um registro, a gente não estudou aquilo depois, não estudou a reincidência do que acontece, porque aí que você começa a tratar os planos. [...] A gente não atuou na fonte.” (confidencial, respondente da pesquisa)

São apontadas dificuldades no registro durante o cuidado, em que a equipe de saúde está voltada à assistência, e essa atividade pode ser vista como secundária. Considerou-se que a mensuração pode burocratizar o trabalho e pode prejudicar o objetivo final, que é promover a melhoria da qualidade. “Você começa a ver como são

ocupados os profissionais que ficam ali na assistência, não consigo entender se eles têm esse momento.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Equipes de hotelaria (*concierge*) e de voluntários são destinadas a abordar pacientes sobre dúvidas, sugestões e reclamações, com o objetivo de reduzir o receio de manifestação direta à equipe de saúde.

Ressalta-se que essa prática foi pouco observada na literatura, conforme Quadro 45, constituindo sugestão para estudos futuros.

Quadro 45: Evidências sobre *feedback* informal de pacientes registrado pela equipe de saúde

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Crow et al. (2002).	<p>Feedback de pacientes pós cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniões semanais entre gestores e equipe de saúde para registro do olhar do profissional sobre a perspectiva do paciente
	<p>Feedback de pacientes no momento do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de circunstâncias de risco apontadas pelos pacientes ▪ Registro de percepção dos pacientes em contato com a equipe de saúde ▪ <i>Concierge</i> (hotelaria) pergunta sobre estadia, dúvidas, sugestões; ▪ Equipe de voluntárias pergunta nos quartos de internação sobre dúvidas e sugestões ▪ Rondas diárias realizadas pelas coordenadoras de enfermagem para registro de percepção dos pacientes ▪ Passagem de plantão beira leito para troca de informações, dúvidas e sugestões

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando as dificuldades em obter a perspectiva do paciente em tempo real, as instituições têm refletido sobre novos canais, como aplicativos próprios dos hospitais ou programas de troca de mensagem, por exemplo, o WhatsApp®. Porém, os entrevistados abordaram preocupação com sobrecarga das manifestações, demandando estrutura maior para o acolhimento e o encaminhamento.

Dessa forma, as instituições buscam ser criteriosas na implantação de novos canais, pois demanda investimento em tecnologias para obter e tratar as manifestações de pacientes. A implantação em área piloto é uma alternativa para análise de novos canais, expandindo com o aprendizado no direcionamento das ações.

“E os números que nós tínhamos até junho de 2017 não eram números que a gente acreditava ser o real [...]. Quando a gente habilitou a pesquisa *online*, o paciente responde na casa dele depois de 24 horas do atendimento, então meu mundo mudou. E o pessoal fala, ‘nossa piorou o indicador?’.” (Confidencial, respondente da pesquisa)

O *feedback* de pacientes e familiares foi também mencionado para direcionar barreiras a eventos adversos, desde que pacientes e equipe de saúde estejam preparados.

“Agora nós vamos fazer um formulário *short* de circunstância de risco. Viu um piso molhado, viu um cabo não sei o quê, viu alguma coisa, para ele poder fazer notificação rapidinho, dessas coisas que a gente sabe que eles não estão contando pra gente.” (confidencial, respondente da pesquisa)

A perspectiva do paciente pode ser incorporada por meio de outros canais internos da instituição, como jurídico, financeiro, *compliance*, bem como operadoras de saúde.

Assim, as evidências corroboraram a literatura e contribuíram para destacar a tratativa de manifestações por meio de redes sociais, registro de *feedbacks* informais, abertura de novos canais por meio de aplicativos e WhatsApp®, para que mais pacientes manifestem-se.

4.4.3.1 Evolução histórica das formas de *feedback* observadas nas evidências

Por meio da análise da literatura e das evidências, pode ser observado um histórico nas formas de obtenção da perspectiva de pacientes utilizadas pelas instituições, conforme Figura 16. Novas formas foram sendo incorporadas às práticas existentes, contribuindo para ampliar o conhecimento dos hospitais sobre a experiência dos pacientes. As formas já utilizadas foram mantidas e aperfeiçoadas.

Originalmente, o *feedback* de pacientes restringia-se a responder manifestações, com ações pontuais, no efeito. Com a evolução da importância do assunto, observado nos hospitais pesquisados há 2 a 3 anos, passou a ser tratado estrategicamente, permeando todos os níveis hierárquicos, e o análise passou a ser estruturada, buscando também ação nas causas por meio de projetos de melhoria da qualidade.

Posteriormente, as instituições implantaram pesquisas anuais, genéricas por amostragem, e essa prática passou a ser complementada por pesquisas específicas por jornada e por enfermidade, conforme recomendado pela literatura. Para isso, as instituições têm investido em sistemas de informação para pesquisas específicas pós-alta, disponíveis para todos os pacientes. Há também foco em abertura de outros canais para obtenção de *feedback* em tempo real, no momento do cuidado, além dos canais do SAC/Ouvidoria.

Figura 16: Evolução das formas de obtenção da perspectiva de pacientes

Fonte: Elaborado pela autora.

Ressalta-se que diversas formas de *feedback* foram incorporadas e aperfeiçoadas, bem como os métodos de obtenção, análise e implantação de ações.

Os comitês de pacientes foram abordados como um nível mais elevado de envolvimento de pacientes, observados em dois dos quatro casos estudados, e configuram relação de médio e longo prazos com pacientes. Apesar de não constituir uma forma de *feedback* de pacientes, como retratado na literatura (THE HEALTH FOUNDATION, 2013; SNYDER, ENGSTRÖM, 2016), os respondentes mencionaram os comitês como uma importante forma de incorporar a perspectiva dos pacientes.

4.4.4 Validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações

Os Quadros 46 a 50 apresentam evidências sobre vieses de pesquisas e manifestações, relacionados à: (a) expectativa dos pacientes; (b) não resposta; (c) estado de saúde; (d) momento da pesquisa; e (e) foco em evento específico. A análise qualitativa foi ressaltada, para considerar esses vieses na condução de ações adequadas.

“O qualitativo é super importante, muitas vezes ele está reclamando de uma coisa, mas o problema dele é outro. A manifestação está falando sobre o tipo de atendimento, mas o problema dele é a conta. Tem esse viés, então você tem que verificar esse tipo de reclamação.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 46: Evidências sobre vieses relacionados à expectativa de pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Williams (1994); Stizia e Wood (1997); Crow et al. (2002); Campbell et al. (2009); Bleich, Ozaltin e Murray (2009); Manary et al. (2013); Ware et al. (2015); Golda et al. (2018a).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A expectativa dos pacientes ao entrar em hospital renomado é alta, portanto, pacientes tendem a ser mais críticos ▪ Com a expectativa de atendimento rápido, a demora é um grande detrator porque pacientes não estão acostumados a esperar ▪ A expectativa é alta quanto ao aspecto comportamental da equipe de saúde ▪ Alinhar a expectativa do paciente sobre o fluxo de atendimento, muitas situações que não podem mudar, mas melhora a percepção, por exemplo, espera de exames, espera de visitas ▪ Conceito de experiência é mais amplo que a satisfação, porque envolve também questões de qualidade, segurança, desfecho e custo ▪ Questionar sobre a percepção da qualidade do cuidado, e não sobre a satisfação

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi mencionado que pacientes muito insatisfeitos são mais propensos a responder às pesquisas e a manifestar opinião e que a forma da pesquisa pode limitar número de respondentes, conforme retratado na literatura no Quadro 47.

Quadro 47: Evidências sobre vieses relacionados à não resposta de pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Campbell et al. (2009); Saunders et al. (2016); Al-Jabr et al. (2018).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vieses devido à baixa taxa de resposta das pesquisas ▪ As pessoas não têm o hábito de responder às pesquisas, a não ser as que querem reclamar ▪ Aproximadamente 1,5% dos pacientes manifestam-se voluntariamente ▪ Manifestações voluntárias falam dos extremos, ou coisas muito boas ou coisas muito ruins ▪ Taxa de resposta de pesquisas pós-alta é menor do que 50% em todos os casos relatados ▪ Pesquisa por e-mail pode limitar respondentes mais idosos, que preferem manifestar em papel ▪ Dados cadastrais incorretos de pacientes aumentam o viés de não resposta

Fonte: Elaborado pela autora.

O estado de saúde de pacientes e familiares também foi apontado como um possível viés de manifestação, demandando análise da equipe para gerar as ações de melhoria, conforme autores apontados no Quadro 48.

“Quando a insatisfação é muito grande, as pessoas são muito reativas. Ela está querendo dizer outra coisa. Ela está com raiva porque alguém está morrendo, ela está com raiva porque o filho está com uma doença que talvez não tenha cura. Então acho que também a gente tem que saber entender isso.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 48: Evidências sobre vieses relacionados ao estado de saúde de pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Crow et al. (2002); Bleich, Ozaltin e Murray (2009); Manary et al. (2013); Price (2014); Castro et al. (2016).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A pesquisa qualitativa possibilita análise e reclassificação do problema, para atuação na causa real ▪ Considerar o contexto da reclamação, casos de morte ou doenças graves na família ▪ O profissional de saúde deve estar preparado para lidar com vieses devido ao estado de saúde e identificar ações efetivas de melhoria

Fonte: Elaborado pela autora.

O momento oportuno para a aplicação de pesquisas também foi mencionado, para aumentar o número de respondentes e a qualidade de respostas, conforme tratado por autores apontados no Quadro 49.

“O processo da pesquisa era assim, quando você abria o atendimento, você já recebia a pesquisa. Daí a gente falou, ‘essa é uma pesquisa pós saída, não faz sentido abrir a pesquisa, ele nem passou pela experiência ainda’.”
(confidencial, respondente da pesquisa)

A abordagem excessiva dos pacientes, em vários momentos, prejudica a qualidade dos resultados de pesquisas.

“Aí a gente entregava na UTI, entregava no andar, [...], entregava no centro cirúrgico, ele falava assim, ‘gente, eu não aguento mais responder’.”
(confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 49: Evidências sobre vieses relacionados ao momento oportuno para pesquisas e manifestações

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Donabedian (1992); Stizia e Wood (1997); Williams (1998); Manary et al. (2013); Castro et al. (2016); Indovina et al. (2016); Van Oenen et al. (2016).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os pacientes são abordados antes de finalizar o cuidado. ▪ Os pacientes preferem não ser abordados diversas vezes para responder às pesquisas. ▪ Os pacientes preferem não manifestar opiniões enquanto estão no hospital. ▪ As pesquisas por telefone tendem a ter resultados melhores. ▪ As pesquisas em papel podem ser preenchidas inadequadamente, dependendo do público e do momento da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi mencionado que somente um único fator detrator, por exemplo, a mudança na cobrança do estacionamento, pode provocar outras reclamações.

“Para ele vir fazer exame aqui, começamos a cobrar (o estacionamento), o NPS começou a cair bruscamente, o quanto você recomenda a instituição, número de ouvidorias, muitas de estacionamento. E também a gente ativou o paciente para reclamar [...]. O paciente ficava meio que irritado com aquela situação e começava a falar tudo o que ele pensa.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Empresas terceirizadas realizam a pesquisa pós-alta com pacientes, cujo produto consiste em um *software* que envia o formulário por e-mail aos pacientes e mantém disponível *on-line* um relatório consolidado aos gestores. O questionário é baseado em atributos do HCAHPS, pesquisa americana existente analisada quanto à validade e à confiabilidade, mas cada hospital pode adequar as questões.

Cada paciente recebe perguntas relacionadas aos seus pontos de contato com o hospital, tornando o questionário mais personalizado e acessível, aumentando a possibilidade de resposta, conforme recomendado pelos autores apontados no Quadro 50.

“E aí cada jornada tem sua pesquisa. Então você vê que no consultório, eu vou te perguntar sobre sua jornada de consultório, seu agendamento, sua chegada na recepção, atendimento médico, como foi para marcar seu retorno, seus exames. Se você ficou internado, vou te perguntar da internação. Se foi pronto atendimento, vou te perguntar sobre isso.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Quadro 50: Evidências sobre vieses relacionados ao foco em evento ou em interação específica de pesquisas com pacientes

Autores	Evidências relatadas no estudo de casos
Crow et al. (2002); Wensing, Vingerhoets e Grol (2003); Campbell et al. (2009); Boyce e Browne (2013); Manary et al. (2013); Price et al. (2014); Beattie et al. (2015); Golda et al. (2018a).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisas são direcionadas aos pacientes com nome, dados pessoais e pontos de contato no hospital, para reduzir tempo de preenchimento e melhorar a qualidade das respostas ▪ Pesquisas de experiência enviadas pós-alta são específicas por paciente, abordam somente sua jornada, facilitando a obtenção de respostas adequadas ▪ Pesquisas específicas direcionadas aos pacientes com determinada enfermidade facilitam a identificação de causas e tomada de decisão ▪ Respostas do hospital às manifestações são pessoais e específicas para cada manifestação, respostas automáticas padronizadas não são utilizadas

Fonte: Elaborado pela autora.

Pesquisas anuais de experiência e satisfação são realizadas, por meio de amostragens de pacientes, para levantar pontos de melhoria, analisadas quanto à validade e à confiabilidade por empresas terceirizadas. Áreas de projetos do hospital buscam validar estatisticamente os resultados das pesquisas.

Assim, as evidências sobre as fontes de imprecisão estão de acordo com a literatura. A validade e a confiabilidade das pesquisas são conhecidas, analisadas por empresas terceirizadas e por áreas de Projetos dos hospitais. Os vieses de manifestações voluntárias são conhecidos e direcionados.

4.4.5 Metodologias de melhoria da qualidade

Com o respaldo de metodologias de melhoria da qualidade, a perspectiva do paciente, obtida de diversas formas, é registrada e analisada por assunto, local e causa.

“Vamos olhar o quali, o quanti, fazer um Pareto, porque a gente fala, ‘não dá para trabalhar tudo’, porque a gente tem que ter foco. Então a gente olha, quais são os detratores.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Em geral, os casos são agrupados em problemas pontuais, problemas crônicos reincidentes ou oportunidades de melhoria, que direcionam a criação de novos projetos ou são relacionados aos projetos já existentes.

“Então a gente usa a ciência, os dados a nosso favor. Se você quer mexer no NPS, é aqui que você tem que mexer. E a diretoria entende super isso, o indicador estratégico, mas tem todos os outros para chegar lá. Se for nutrição, preciso melhorar nutrição para melhorar meu NPS. Não é uma mágica o meu NPS,” (confidencial, respondente da pesquisa)

Todos os entrevistados relataram a utilização de PDCA, de ferramentas como Ishikawa e Diagrama de Pareto, além de ferramentas de gestão de riscos.

“Então por exemplo, o paciente vai tomar um medicamento que ele fala: ‘nossa, mas nunca tomei esse remédio aqui, será que está certo?’ Daí a pessoa vai lá e confere e fala, ‘é verdade, não era esse mesmo’. Então o colaborador em tese tem que notificar essa falha para gente” (confidencial, respondente da pesquisa)

Foi mencionado que as manifestações devem ser priorizadas por assunto, por exemplo, questões de alimentação e hotelaria têm relação com preferências. Mas manifestações que podem prevenir dano ao paciente devem ser tratadas de forma distinta.

A Figura 17 resume a utilização de metodologias de melhoria da qualidade para análise de manifestações e pesquisas, na definição de projetos de melhoria da qualidade e segurança e na definição de indicadores adequados. Os indicadores estão contemplados no item 4.4.6.1, no assunto Processos Organizacionais.

Figura 17: Utilização de metodologias de melhoria da qualidade

Fonte: Elaborado pela autora.

As metodologias são usadas por áreas de SAC/Ouvidoria, Qualidade, Operações, Gestão de Projetos para planejar, implantar e verificar a efetividade das ações devido à pulverização de assuntos e causas.

“Alguns conseguem identificar oportunidades técnicas, algumas de melhoria de serviço, nível de atendimento. Cordialidade, é algo que aparece bastante também, e financeiro. Muitas reclamações relacionadas à questão financeira.” (confidencial, respondente da pesquisa)

A análise dos grandes detratores direciona a demanda por projetos, porém ocorrências isoladas podem gerar ações de impacto quando analisadas como boas práticas.

“Quando você olha, tem alguma coisa do processo que você pode melhorar. Mesmo sendo individual, reclamação por reclamação.” (confidencial, respondente da pesquisa)

As evidências relacionadas a esse assunto estão descritas no Quadro 51, e as metodologias foram retratadas por autores no item 2.3.1 da revisão bibliográfica.

Quadro 51: Evidências sobre utilização de metodologias de melhoria da qualidade

Subcategoria	Evidências relatadas no estudo de casos
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FMEA, para prevenção de riscos, direcionado às áreas com muitas ocorrências de eventos adversos, para implantação de barreiras ▪ Causa raiz, Protocolo de Londres para análise de eventos adversos ▪ DEPOSE (Desenho, Equipamento, Procedimento, Operadores, Suprimentos, Ambiente), para análise de eventos adversos ▪ Pirâmide de Bird*, para estimativa de número de eventos adversos graves, com base no número de situações inseguras ▪ Diagrama de erros com conexão com medidas por área: falhas de sistemas: processos, tecnologia de informação; erros humanos: treinamento e desenvolvimento; violações: medidas disciplinares do RH ▪ Mapa de riscos nas áreas para que a equipe de saúde e o paciente estejam atentos às barreiras
Melhoria da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciclo PDCA ▪ Diagrama de Causa e Efeito (Ishikawa) ▪ Diagrama de Pareto para definir as maiores áreas e os detratores ▪ Plano de ação desdobrado por área, causa, impacto em processos, segurança, infraestrutura, financeiro, pessoas (aspectos técnicos e comportamentais) ▪ <i>Lean Thinking, Lean Six Sigma</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se foco das áreas corporativas de Qualidade em ações relacionadas à segurança do paciente, utilizando manifestações de pacientes e familiares como barreira para eventos adversos. Para promover ambiente favorável, o hospital busca cultura de segurança, não punitiva, com o objetivo de receber e tratar as manifestações de forma estruturada, direcionando ações de prevenção, por meio de metodologias de qualidade. Por outro lado, foi mencionado que os processos devem estar estabelecidos e claros para a equipe de saúde, para que haja distinção entre erros e violações.

“Só que nessa faixa do que a gente quer melhorar, quando a gente vai procurar o que tem de errado, tem uma pequena parcela que viola. E aí não posso tratar uma violação como se fosse uma circunstância de risco. Se eu chego à conclusão de que é uma violação, eu tenho que atuar em cima da violação.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Nota: A Pirâmide de Bird foi descrita por Frank Bird, originalmente desenvolvida em contexto de saúde ocupacional por Herbert William Heinrich nos anos 1930. A Pirâmide de Bird consiste na proporção 1-10-30-600, em que, para cada morte, existem 10 danos físicos leves, 30 danos materiais e 600 acidentes amenos, ressaltando a importância do monitoramento de acidentes amenos (REBITT, 2014).

Além de FMEA e análise de causa raiz, descritas na revisão de literatura no item 2.3.1, as instituições citaram metodologias de análise de eventos adversos recomendados pela Anvisa (ANVISA, 2017):

- O Protocolo de Londres sugere categorias para análise das causas de eventos adversos: tarefa, paciente, ambiente, gestão, equipe e indivíduo. Consiste em uma investigação sistematizada para organizar etapas, qualidade da coleta de dados e reflexão de todas as dimensões, lembrando os aspectos dos erros humanos apontados por James Reason (REASON, 1990; REASON, 1995; REASON, 2000);
- O método DEPOSE é indicado para preparação para análise de causa raiz, por direcionar reflexão criteriosa sobre identificação de falhas e fatores contribuintes.

Ressalta-se que as metodologias de análise de eventos adversos e prevenção de riscos são utilizadas amplamente, porém esse estudo manteve o foco em situações em que os pacientes constituíram fonte de informação sobre perigos ou eventos adversos.

Para análise de pesquisas e manifestações, foi mencionada a utilização da Ciência da Melhoria do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), instituição voltada às ações educacionais sobre qualidade, que abrange o ciclo PDCA, com aplicações das ferramentas Diagrama de Causa e Efeito (Ishikawa), FMEA, fluxogramas, histogramas, Diagrama de Pareto, planejamento de projetos e diagramas de correlação (IHI, 2019).

As metodologias de envolvimento mais ativo do paciente não fazem parte do escopo, conforme descrito no item 1.1. Porém foram citadas em algumas entrevistas, *Design thinking*, *Codesign*, *Cocriação*, em que os pacientes são envolvidos em projetos de médio e longo prazos, de três formas:

- (a) Comitês multidisciplinares de pacientes, contribuindo com projetos de comunicação e campanhas educativas institucionais;
- (b) Comitês de pacientes com perfis específicos, participando ativamente de projetos e assumindo responsabilidades sobre ações voltadas para manifestações relacionadas à sua enfermidade;
- (c) Pacientes reclamantes envolvidos em projetos de melhoria, relacionados à prevenção de eventos que os acometeram.

“É um constante aprendizado, o cliente é um caixinha de surpresas. O segredo é entender o que é valor para o cliente. Porque, às vezes, o que é valor para você não é para ele,” (confidencial, respondente da pesquisa)

O entendimento do que é valor para o cliente pode ser explorado por meio das metodologias QFD, *Lean Thinking* e *Lean Six Sigma* citadas.

As evidências estão de acordo com a literatura, em que hospitais buscam metodologias de melhoria da qualidade para analisar o *feedback* de pacientes, implantar ações e analisar a efetividade. Observou-se atuação das áreas corporativas Qualidade, Projetos e Comitês Multidisciplinares para apoiar áreas operacionais na utilização de metodologias e acompanhamento dos projetos. “Nosso objetivo maior é esse. E você trata individualmente, mas pensando no coletivo” (confidencial, respondente da pesquisa).

4.4.6 Processos organizacionais que respaldam melhoria da qualidade baseada em *feedback* de pacientes

Os processos organizacionais são definidos para respaldar a implantação de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes, desde os níveis estratégico e tático até a implantação no nível operacional, conforme retratado por diversos autores (ROZENBLUM et al., 2013; WIIG et al., 2013; SECANELL et al., 2014; PARAND et al., 2014; TAYLOR et al., 2015; LEE, BAEZA, FULOP, 2017; SHEARD et al., 2017).

Nos casos estudados, foram observados processos para que a perspectiva do paciente seja utilizada de maneira efetiva na definição e implantação de projetos.

“De acordo com as manifestações do SAC, as lideranças conseguem identificar oportunidades técnicas, questões de cordialidade, atendimento e financeiro.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Caso contrário, há perda de credibilidade com equipe de saúde e pacientes, conforme retratado por Coulter et al. (2014) e Sheard et al. (2017), prejudicando a manutenção de ambiente amigável e comprometendo o processo de *feedback* de pacientes, além de prejuízos financeiros relacionados ao mau uso dos recursos destinados aos sistemas para aplicação de pesquisas, equipe de acolhimento e análise de manifestações.

“Vocês coletam milhares de dados, mas o que temos feito? Acho esse é o grande desafio, não só ouvir, abrir canais de relacionamento, como a gente aprende com isso, aprende com eles, então ouvir mais, implementar mais ações.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Assuntos relacionados à clareza dos objetivos e à predisposição organizacional, foram tratados previamente. Neste item, foram relatadas as evidências sobre os processos observados para a realização destes objetivos.

Os processos operacionais, exemplificados no Quadro 52, envolvem a obtenção do *feedback*, por meio de atividades dos profissionais relacionados diretamente com pacientes, acolhendo e tratando manifestações, realizando pesquisas e provendo informações estruturadas para melhoria da qualidade.

Quadro 52: Evidências sobre processos operacionais de *feedback* de pacientes

Subcategoria	Evidências relatadas no estudo de casos
Manifestações voluntárias de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> SAC/Ouvidoria acolhe reclamações, elogios e sugestões, por meio de diferentes formas, separa por área e envia para o responsável, que tem prazo determinado para resposta SAC/Ouvidoria realiza a mediação com as áreas responsáveis Equipe de saúde recebe manifestação, avalia se manifestação procede e promove ações corretivas (no efeito) Instituição responde ao cliente, entre 5 a 7 dias, por meio do SAC/Ouvidoria ou áreas assistenciais, por telefone, por e-mail ou por reunião presencial. Respostas padronizadas não são utilizadas, o atendimento é personalizado SAC envia pesquisa para avaliar atendimento SAC divulga elogios em veículos de comunicação interna, como intranet e revistas, eventos Equipe do SAC/Ouvidoria composta por analistas de informações gerenciais, Qualidade e Financeiro para direcionamento ágil de questões mais simples
Pesquisas	<ul style="list-style-type: none"> Equipe de saúde ou empresas terceirizadas realizam pesquisas presenciais ou telefônicas com pacientes Resultados são consolidados e analisados por gestores (processos táticos)
<i>Feedback</i> informal	<ul style="list-style-type: none"> Equipe assistencial registra manifestações recebidas durante o cuidado Resultados são consolidados e analisados por gestores (processos táticos)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os processos táticos envolvem a rotina dos gestores, relacionada à condução e solução de problemas mais complexos relatados por pacientes e à análise de resultados consolidados de *feedback*, em conjunto com áreas corporativas de Qualidade e Projetos, conforme relatos resumidos no Quadro 53.

Quadro 53: Evidências sobre processos táticos de *feedback* de pacientes

Subcategoria	Evidências relatadas no estudo de casos
Obtenção de <i>feedback</i> de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição dos processos operacionais de acolhimento de manifestações, pesquisas e <i>feedback</i> informal ▪ Definição de profissional multiplicador sobre a experiência do paciente por andar ou área, para acolhimento de notificações de pacientes ou da equipe de saúde ▪ Definição de equipe de plantão a ser acionada pelo paciente, em situações conflituosas ou de perigo, para reduzir o viés de confirmação
Análise de <i>feedback</i> de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestores de SAC/Ouvidoria analisam as manifestações, pesquisas e <i>feedback</i> informal de forma agregada ▪ Gestores de áreas assistenciais e de projetos definem projetos para reclamações reincidentes ou oportunidades de melhoria ▪ Definição de áreas institucionais de apoio, com base na demanda dos projetos, por exemplo, RH para treinamentos comportamentais, Qualidade e Projetos para aplicação de metodologias de melhoria da qualidade, Engenharia para questões de infraestrutura ▪ Agenda de reuniões periódicas de lideranças com equipe assistencial para a discussão de manifestações e resultados de pesquisa; ▪ Comitê multidisciplinar para tratar as notificações de eventos adversos ou as situações de perigo e discussão dos casos ▪ Análise periódica sobre o processo de <i>feedback</i> de pacientes, refletindo sobre as pesquisas direcionadas a novos canais e grupos de pacientes
Verificação de implantação de melhoria da qualidade com base em <i>feedback</i> de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quadro Gestão à Vista sobre indicadores de <i>feedback</i> de pacientes, NPS, manifestações, ações de melhoria ▪ Agenda periódica para análise do andamento de projetos e de indicadores ▪ Auditorias internas para conferência de aumento de barreiras provenientes de <i>feedback</i> de pacientes ▪ Auditoria mensal sobre as ações de <i>feedback</i> de pacientes relacionadas às metas de segurança da acreditação

Fonte: Elaborado pela autora.

Os processos estratégicos envolvem as ações da alta diretoria das instituições, para garantir o respaldo e a manutenção do *feedback* de pacientes em todos os níveis da organização, conforme exemplos do Quadro 54.

Quadro 54: Evidências sobre processos estratégicos de *feedback* de pacientes

Subcategoria	Evidências relatadas no estudo de casos
Definição e acompanhamento de indicadores estratégicos relacionados a <i>feedback</i> de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir os indicadores estratégicos e táticos relacionados ao <i>feedback</i> de pacientes, em conjunto com gestores ▪ Definir a agenda de reuniões periódicas com os gestores sobre resultados de <i>feedback</i> de pacientes e acompanhamento da efetividade de projetos ▪ Centralizar o acompanhamento dos projetos prioritários, conduzidos pelas áreas localmente ▪ Receber e analisar diariamente a evolução de pesquisas e de manifestações, bem como relatos qualitativos de pacientes
Estruturar ferramentas e processos voltados a <i>feedback</i> de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver canais para registro de <i>feedback</i> de diversas formas, que estejam disponíveis aos vários perfis de pacientes ▪ Prover sistema para que resultados de pesquisas e manifestações estejam disponíveis <i>on-line</i> aos gestores, para gestão diária ▪ Formar multiplicadores sobre experiência do paciente e metodologia de melhoria da qualidade para que gestores das áreas tenham autonomia e expertise para conduzir os projetos ▪ Desenhar e rever periodicamente os macroprocessos de <i>feedback</i> de pacientes, em conjunto com gestores assistenciais
Buscar melhoria contínua do processo de <i>feedback</i> de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buscar boas práticas de <i>feedback</i> de pacientes em outros hospitais, nacionais e internacionais, adaptando a realidade do hospital, tecnologias, processos ▪ Realizar pesquisas periódica sobre estudos científicos para embasar práticas de obtenção e implantação de <i>feedback</i> de pacientes ▪ Comparar indicadores de pesquisas do hospital com instituições americanas, que tenham resultados de pesquisas similares divulgadas (HCAHPS)

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi mencionada estrutura matricial para condução de projetos pelos gestores, com apoio de áreas de Qualidade, Projetos, Inovação, Melhoria da Qualidade para formar multiplicadores e dar autonomia às áreas. Conforme estudo de Parry (2014), as evidências indicam os benefícios de envolver as equipes na discussão sobre as questões levantadas pelos pacientes, na definição dos projetos e na condução das ações.

“Essas coisas simples, quem está lá no dia a dia não percebe mesmo, só quando você escuta o paciente, olha o que ele está falando, é coisa tão simples, por que a gente ainda não fez até agora? Às vezes, é isso, o paciente está falando uma coisa para a gente ali todo dia, e a gente contrata uma consultoria para vir aqui e falar a mesma coisa. E, às vezes, muitas coisas que a consultoria vai fazer não são tão efetivas.” (confidencial, respondente da pesquisa)

O envolvimento da alta diretoria foi mencionado para manter o assunto na agenda organizacional em todos os níveis. “O diretor é muito ativo com as ouvidorias, ele quer saber em tempo real, ele recebe todas” (confidencial, respondente da pesquisa).

Assim, as evidências estão de acordo com a literatura no que diz respeito ao envolvimento de profissionais de níveis estratégico, tático e operacional nos processos relacionados ao *feedback* de pacientes.

4.4.6.1 Indicadores de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes

As instituições tratam os indicadores de *feedback* de pacientes como uma dimensão independente da qualidade, conforme recomendado por autores (DONABEDIAN, 1992; MANARY et al., 2013; FARLEY et al., 2014).

Para avaliar o impacto das ações de melhoria, o NPS descrito no item 2.3.2.1 da revisão da literatura foi mencionado como o principal indicador estratégico de *feedback* de pacientes.

“O indicador estratégico da instituição é o NPS, que é o Net Promoter Score, que acho que todo mundo já faz. Mas a alta direção e toda a instituição entende que não é só em um canal que a gente consegue ver a percepção do paciente.” (confidencial, respondente da pesquisa)

O indicador de porcentagem de reclamantes sobre o total de pacientes atendidos é também utilizado, porém foi mencionado que poucos pacientes reclamantes podem prejudicar a imagem do hospital, na medida em que podem comunicar para outros sobre a sua insatisfação.

“Então a cada 1000, quantos reclamam? Bacana, mas tenho que ter um entendimento de que um reclamando pode falar para muitos aí fora, em termos de ele ser um detrator, e isso ser contra a imagem da instituição e contra a gente de captar mais pacientes. É péssimo. A repercussão lá fora é muito grande.” (confidencial, respondente da pesquisa)

Para definição de ações de melhoria, indicadores táticos são determinados, baseados na pesquisa de experiência de pacientes, direcionada aos pacientes de acordo com a sua jornada, indicando áreas prioritárias para atuação.

“Como foi na recepção, na triagem, coisas específicas, porque a gente entende que qualquer experiência é pautada em uma jornada que é pautada por processos, pessoas, ambiente [...] Então a gente também olha para isso, a gente monitora e começa a usar estatística, pego NPS, todos os passos da jornada e com a estatística eu falo qual o passo da jornada que mais influencia a nota do NPS” (confidencial, respondente da pesquisa)

As manifestações registradas por SAC/Ouvidoria são desdobradas por área, responsável e motivo e são relacionados aos projetos existentes ou geram novos projetos. A efetividade dos projetos é analisada por meio de acompanhamento da evolução dos indicadores da pesquisa e da reincidência de manifestações.

Foi também mencionado o indicador de número ações e barreiras a eventos adversos implantadas por meio de *feedback* de pacientes, reforçando a importância do *feedback* de pacientes junto à equipe de saúde.

“A ouvidoria tem que ser igual ao evento adverso. Quanto mais notificado, mais a gente sabe onde está o problema, mais a gente vai conseguir resolver. Se ninguém fala e vai embora sem falar, a gente perdeu esse cliente, deixou ele insatisfeito. A gente tem que agradecer a quem fez a manifestação, que é aquele cara que ainda acredita na instituição. Então meta de redução de ouvidoria não dá [...] E aí o que a gente olha é que tem que ter é meta de redução de ouvidoria recorrente.” (confidencial, respondente da pesquisa)

O monitoramento do site Reclame Aqui® foi citado em todos os casos, e consiste em indicador acompanhado pela alta diretoria e com tratativa urgente devido ao impacto na imagem do hospital.

“A gente assumiu o canal de mídia social, principalmente o Reclame Aqui® como se fosse uma ouvidoria. A gente faz a mesma coisa que fazemos com os pacientes que reclamam na Ouvidoria, a gente liga para a pessoa, pega a pessoa no colo, traz ela aqui, vai atrás de resolver o problema dela e tudo o mais.” (confidencial, respondente da pesquisa)

A nota de avaliação das empresas é calculada apontando índice ótimo (entre 8 e 10), bom (entre 7 e 7,9), regular (entre 6 e 6,9), ou ruim (entre 5 e 5,9) ou não recomendada (menor do que 5), segundo os seguintes critérios e pesos (RECLAME AQUI, 2019b):

- Índice de resposta (peso 2): porcentagem de reclamações respondidas;
- Médias das avaliações (peso 3): média das notas dos reclamantes sobre o atendimento recebido;
- Índice de solução (peso 3): porcentagem de reclamações nas quais os consumidores consideram que o problema que originou a reclamação foi resolvido;
- Índice de novos negócios (peso 2): Porcentagem de reclamações nas quais os consumidores avaliam que voltariam a fazer negócio com a empresa.

Instituições com número de reclamações inferior a 10 no período de 6 meses não são avaliadas. Ressalta-se que os índices do Reclame Aqui® apresentados em

cada caso estudado estão provavelmente relacionados somente aos pacientes que tiveram experiências ruins e à sua percepção após a tratativa do hospital.

Os indicadores observados nas evidências estão relacionados no Quadro 55.

Quadro 55: Indicadores observados no estudo de caso

Tipo de indicador	Descrição
Indicadores estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NPS (<i>Net Promoter Score</i>) ▪ Porcentagem de reclamantes / total de pacientes ▪ Indicadores do Reclame Aqui®
Indicadores táticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados de pesquisa de experiência por área ▪ Indicadores de projetos ▪ Evolução de reclamações por área e motivo ▪ Reclamações reincidentes ▪ Número de ações implantadas por meio de <i>feedback</i> de pacientes ▪ Número de barreiras implantadas por meio de <i>feedback</i> de pacientes

Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, relatos qualitativos do paciente foram mencionados para gerar ideias e promover ações de melhoria, retratando os pontos fortes das análises qualitativas apontadas na literatura (CROW et al., 2002; TSIANAKAS et al., 2012; MITTINTY et al., 2017).

4.4.7 Resumo da discussão por categoria

O Quadro 56 foi elaborado para consolidar as análises das evidências em relação à literatura.

Quadro 56: Considerações sobre literatura e evidências

Categoria	Observação sobre literatura e evidências
Objetivos	A literatura aponta a possível falta de clareza quanto aos objetivos dos hospitais em promover a melhoria da qualidade por meio de <i>feedback</i> de pacientes. A análise das evidências demonstrou que os objetivos estão estabelecidos, porém há dificuldades de conscientização e implantação, coerentes com a literatura. Fatores como bonificações financeiras e adequação à acreditação são vistos como formas estruturadas de permear o processo de <i>feedback</i> de pacientes na instituição.
Predisposição organizacional	Assim como a literatura, as evidências demonstraram a preocupação em promover a cultura de registro, não punitiva. Os treinamentos e as campanhas educativas proporcionados à equipe, mencionados pelos respondentes, enriquecem os achados da literatura.
Ambiente propício para equipe de saúde receber <i>feedback</i> de pacientes	As evidências corroboram a literatura apontada, e consideram o envolvimento da equipe de saúde como desafio e pilar fundamental, sem o qual a implantação da melhoria da qualidade é comprometida. As evidências destacaram o papel das lideranças e ações para divulgação de elogios para promover o ambiente propício. As dificuldades apontadas foram a sobrecarga da equipe assistencial, o excesso de confiança e a baixa credibilidade da equipe de saúde em relação às manifestações dos pacientes, bem como a alta rotatividade da equipe.
Ambiente propício para que pacientes ofereçam <i>feedback</i>	As evidências corroboram a literatura, com relação à conscientização de pacientes e ao receio de responderem às pesquisas ou manifestarem a sua opinião durante o cuidado. O <i>feedback</i> em tempo real proporciona ação corretiva mais rápida e informações para a melhoria da qualidade com mais agilidade, e pode ser promovido por meio de aplicativos ou WhatsApp®. Porém os entrevistados abordaram preocupação com sobrecarga de manifestações, demandando estrutura maior para acolhimento e tratamento.
Formas de <i>feedback</i> de pacientes	As evidências corroboraram a literatura e contribuíram para a tratativa de manifestações por meio de redes sociais, registro de <i>feedbacks</i> informais e abertura de novos canais por meio de aplicativos e WhatsApp® para que mais pacientes manifestem-se. Foi apontada a preocupação com o custo-efetividade de novas formas. Com a observação das evidências, foi sugerida uma evolução histórica de formas de <i>feedback</i> observadas nas evidências, com respaldo da literatura.
Validade, confiabilidade e vieses de pesquisas e manifestações	As evidências sobre as fontes de imprecisão estão de acordo com a literatura. A validade e a confiabilidade das pesquisas são conhecidas, tratadas por empresas terceirizadas ou por áreas de Projetos dos hospitais. Vieses de manifestações voluntárias são conhecidas e direcionadas.
Metodologias de melhoria da qualidade	As evidências estão de acordo com a literatura, em que hospitais buscam metodologias de melhoria da qualidade para analisar o <i>feedback</i> de pacientes, implantar ações e analisar a efetividade. Observou-se atuação de áreas corporativas Qualidade, Projetos e Comitês Multidisciplinares, para apoiar áreas operacionais na utilização de metodologias e acompanhamento dos projetos.
Processos organizacionais	O envolvimento da alta diretoria foi mencionado para manter o assunto na agenda organizacional em todos os níveis. Assim, as evidências corroboram a literatura, no sentido de que melhoria da qualidade por meio de <i>feedback</i> de pacientes deve ter processos permeados por níveis estratégico, tático e operacional.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Lista de verificação para análise do processo de *feedback* de pacientes

De acordo com a revisão bibliográfica e os resultados obtidos, o processo de *feedback* de pacientes em hospitais pode ser abordado conforme a lista de verificação descrita nos Quadros 57 e 58.

Quadro 57: Lista de verificação para obtenção do *feedback* de pacientes

Categoria	Descrição	1	2	3
1. Ter objetivo claro para obtenção de <i>feedback</i> de pacientes	1.1 Conscientizar a equipe de saúde sobre a importância do <i>feedback</i> de pacientes no cuidado			
	1.2 Direcionar adequação à acreditação, estudar metas para bonificações financeiras e fazer <i>benchmarking</i> com outros hospitais			
2. Promover predisposição organizacional	2.1 Formalizar condutas estratégicas relacionadas à cultura de justiça, segurança e <i>feedback</i> de pacientes			
	2.2 Promover treinamentos e campanhas educativas voltadas à equipe de saúde e aos pacientes e acompanhantes			
3. Promover ambiente propício para recebimento de <i>feedback</i> de pacientes pela equipe de saúde	3.1 Incentivar aceitação e crença no <i>feedback</i> de pacientes, por meio de envolvimento da equipe na discussão de casos e na busca de soluções			
	3.2 Incentivar autonomia da equipe, definição de processos e funções para estimular o registro e encaminhamento adequado, em ações pontuais e problemas recorrentes			
	3.3 Promover o bem-estar da equipe de saúde, promoção de ações de suporte à equipe			
4. Promover ambiente propício para que pacientes ofereçam <i>feedback</i>	4.1 Prezar pelo sigilo e pela transparência no acolhimento e na tratativa das pesquisas e manifestações			
	4.2 Promover ações de conscientização de pacientes sobre a importância da sua manifestação e resposta às pesquisas			
5. Disponibilizar diversas formas de <i>feedback</i> de pacientes	5.1 Estruturar canais para que pacientes registrem espontaneamente manifestações: reclamações, sugestões ou elogios, durante ou após o cuidado			
	5.2 Realizar pesquisas específicas por jornada com pacientes, durante e após o cuidado			
	5.3 Estruturar processo para registro de <i>feedback</i> informal, para tratamento de manifestações percebidas durante o cuidado			
6. Analisar validade, confiabilidade e vieses	6.1 Analisar manifestações quanto a vieses de expectativa dos pacientes, estado de saúde, considerando a diferença de conceitos de satisfação e experiência de pacientes			
	6.2 Analisar validade e confiabilidade de pesquisas, vieses de não resposta, momento oportuno, foco em evento ou interação específica			

Fonte: Elaborado pela autora. Legenda: 1- Implantado; 2- Em implantação; 3- Não implantado

O Quadro 58 aborda as categorias relacionadas à implantação de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes

Quadro 58: Lista de verificação para implantação de melhoria da qualidade por meio do *feedback* de pacientes

Categoria	Descrição	1	2	3
7. Utilizar metodologias de melhoria da qualidade para direcionar ações	7.1 Desdobrar dados de manifestações e pesquisas por meio de metodologias de melhoria da qualidade			
	7.2 Implantar procedimentos para definição e acompanhamento de ações de contingência, projetos de melhoria da qualidade e segurança			
	7.3 Definir os indicadores estratégicos e táticos			
8. Estruturar processos organizacionais	8.1 Estratégico: Definir processos e sistemas para respaldar o <i>feedback</i> de pacientes por meio de agenda e indicadores estratégicos. Realizar <i>benchmarking</i> com outras instituições			
	8.2 Tático: Direcionar envolvimento de gestores e equipes na discussão e elaboração de projetos relacionados a <i>feedback</i> de pacientes			
	8.3 Operacional: Realizar treinamento de equipe em contato com pacientes para acolhimento e direcionamento de ações corretivas e ações estruturadas de melhoria da qualidade e segurança			

Fonte: Elaborado pela autora. Legenda: 1- Implantado; 2- Em implantação; 3- Não implantado

Sugere-se promover ações relacionadas a cada categoria, exemplificadas nas evidências deste estudo, relatadas no item 4.4. Essas categorias sugeridas não esgotam as possibilidades de análise, porém servem como reflexão e geração de novas ideias de acordo com o contexto analisado. Sugere-se manter uma agenda organizacional periódica para revisar o processo de *feedback*, analisando constantemente perfil de pacientes, evolução tecnológica, novas formas de abordagem, análise e implantação de melhorias e verificação do impacto.

5. CONCLUSÃO

Esta dissertação descreveu a utilização de *feedback* de pacientes observada em quatro hospitais acreditados e particulares, por meio de estudo qualitativo exploratório. Pretendeu-se responder à questão de pesquisa: “**Como o *feedback* de pacientes é utilizado por hospitais para direcionar a melhoria da qualidade?**”.

Destaca-se a importância crescente do assunto nas instituições, ocupando posição estratégica nos casos estudados nos últimos 2 a 3 anos. A incorporação da perspectiva dos pacientes para direcionar a melhoria de qualidade é ressaltada na literatura, porém sua utilização constitui uma lacuna, desdobrada neste trabalho em obtenção de *feedback* de pacientes e implantação de melhoria de qualidade por meio de *feedback* de pacientes.

Para responder à questão de pesquisa, foram sugeridas categorias para análise da utilização de *feedback* de pacientes, com base na revisão bibliográfica, que compôs o protocolo de pesquisa e estruturou a consolidação dos resultados.

O método estudo de caso exploratório foi adequado para realização deste estudo, por promover entendimento de um fenômeno do mundo real, que pode englobar condições contextuais pertinentes ao caso, como apontado por Yin (2015).

Os objetivos foram atendidos, pois consolidou as boas práticas de utilização de *feedback* de pacientes, representadas por: (a) estrutura de trabalho; (b) quadros com evidências por categoria; e (c) lista de verificação para análise do processo. Além disso, foram discutidos diversos aspectos e dificuldades sobre cada categoria, enriquecendo a exploração do tema. Ressalta-se que não era escopo do trabalho saturar as evidências, mas aumentar o corpo de conhecimento e promover a reflexão sobre o assunto, tanto para pesquisas futuras como para gestores de hospitais.

Os conceitos fundamentais relatados no item 2.1 foram úteis para embasar o estudo, por trazer referencial teórico sobre assuntos mencionados nas entrevistas:

- A perspectiva do paciente compõe um dos pilares da qualidade do cuidado, ao lado de resultados clínicos e segurança e deve ser considerada para direcionar ações de melhoria;
- O *feedback* é conceitualmente voltado ao aprendizado e à melhoria, e definições distintas sobre experiência e satisfação de pacientes devem ser consideradas;

- A cultura de segurança, justiça e transparência deve ser promovida para promover o registro de ocorrências, e para que pacientes e acompanhantes contribuam como barreiras a eventos adversos.

As categorias relacionadas à utilização de *feedback* de pacientes retratadas nos itens 2.2 e 2.3 da revisão bibliográfica foram coerentes com as evidências observadas nos casos, e direcionaram a resposta à questão de pesquisa.

A primeira proposição, “Hospitais obtêm o *feedback* de pacientes para direcionar melhoria da qualidade” foi confirmada em todos os casos observados, considerando:

- Clareza dos objetivos de obter *feedback* para melhorar a experiência do paciente. Ações relacionadas à acreditação, às bonificações financeiras e ao *benchmarking* são realizadas como meio de promover o processo de *feedback* na instituição;
- Predisposição organizacional e ambiente propício para a realização de *feedback* de pacientes, nas perspectivas da equipe de saúde, dos pacientes e familiares;
- Diversas formas de pesquisas e de acolhimento de manifestações disponíveis (reclamações, sugestões e elogios);
- Considerações sobre vieses de pesquisas e manifestações na análise, definição e condução das ações.

A segunda proposição, “Hospitais implantam a melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes”, também foi confirmada em todos os casos, considerando:

- Utilização de metodologias de melhoria da qualidade para análise, definição, condução das ações e definição de indicadores;
- Processos organizacionais estruturados, permeando níveis estratégico, tático e operacional. Participação dos gestores em ações de acompanhamento de projetos, dos indicadores, bem como a divulgação permanente de boas práticas.

As categorias definidas contribuíram para explorar o cenário sobre o processo de *feedback* de pacientes. Foram observadas sobreposições de conceitos sobre objetivos na realização de *feedback* de pacientes e predisposição organizacional, pois ambos são requisitos para que os processos organizacionais estejam voltados à

implantação de melhoria da qualidade.

A partir disso, a organização é direcionada a promover ambiente propício para equipe de saúde e pacientes, disponibilizando diversas formas de *feedback* e mecanismos de análise de validade, confiabilidade e vieses. Para respaldar a definição de ações, as áreas são estruturadas para utilizar metodologias de melhoria da qualidade voltadas à análise de dados, definição de projetos e indicadores adequados.

As categorias analisadas estão ilustradas na Figura 18.

Figura 18: Categorias de *feedback* de pacientes analisadas

Fonte: Elaborado pela autora.

Os avanços tecnológicos, como *softwares* e aplicativos para obtenção de manifestações e resultados de pesquisas, e algoritmos para identificação de detratores nas redes sociais, foram apontados como facilitadores para a obtenção de *feedback* de pacientes e análise de áreas prioritárias para atuação. Porém destacou-se o aspecto humano no acolhimento da perspectiva dos pacientes por diversas formas, e na preparação da equipe multidisciplinar para conduzir esse processo. Ressalta-se ainda a competência dos profissionais na análise de dados, por meio de metodologias de melhoria da qualidade, para a realização de ações de melhoria da qualidade com impacto na experiência dos pacientes.

A condução do trabalho reforçou a relevância do tema, dada a sua projeção recente na pauta estratégica dos hospitais estudados. Conforme Saut e Berssanetti (2016), entende-se que há diferentes níveis de maturidade de envolvimento de pacientes, e o *feedback* de pacientes constitui o primeiro nível. Da mesma forma, dentre as práticas de *feedback*, há diversas formas de obtenção e tratativa dos resultados, porém pode-se concluir que processos estruturados voltados ao registro da perspectiva dos pacientes podem trazer impacto, mesmo com ações simples, desde que incorporados na rotina da equipe de saúde, dos gestores e da alta direção.

Pesquisas e ações direcionadas ao *feedback* de pacientes podem ser estruturadas analisando fatores recomendados por Boiko et al. (2015) para reflexão sobre formas de obtenção de *feedback*, como validade e confiabilidade, custo e viabilidade, impacto educacional e aceitação por pacientes e equipe de saúde.

Sugere-se que o assunto satisfação, experiência e *feedback* de pacientes, conste em conteúdos educacionais para estudantes na área de saúde, tanto em faculdades, quanto em cursos técnicos, facilitando a incorporação desse conceito nas instituições.

Estes resultados estão de acordo com as recomendações do referencial teórico de Yin (2015) sobre a elaboração de lições aprendidas, aplicáveis em outras situações, não apenas nos casos similares, sendo colocadas em nível conceitual superior ao caso e configurando a validade externa (generalização analítica).

5.1 Limitações e sugestões para estudos futuros

As limitações do estudo têm relação com as escolhas metodológicas e com o critério de seleção dos hospitais e dos entrevistados, que podem influenciar os dados coletados.

Considerou-se que boas práticas de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes podem ser mais facilmente observadas em hospitais acreditados e particulares, já que hospitais acreditados têm área estruturada de gestão de qualidade e processos voltados à melhoria da qualidade, e hospitais particulares podem ter maior preocupação com fidelização de clientes. Porém processos diferentes poderiam ser observados em outras unidades de análise similares ou em outros contextos, hospitais de pequeno e médio porte, especializados, públicos, em iniciativas variadas, visando melhorar a experiência do paciente por meio do *feedback*.

Segundo Yin (2015), estudos exploratórios devem identificar questões para pesquisas subsequentes. Assim, pesquisas mais abrangentes sobre hospitais de diferentes características consistem em lacunas para próximos estudos, bem como estudos quantitativos sobre indicadores de melhoria da qualidade por meio de *feedback* de pacientes.

Não foram exploradas questões sobre recursos financeiros para implantação de processo estruturado de *feedback* de pacientes, como, por exemplo, sistemas de

informação ou aplicativos destinados à realização de pesquisas específicas por jornada do paciente e ao desdobramento de resultados, o que constitui uma lacuna para pesquisas futuras.

A cultura de valorização de *feedback* de pacientes como fonte de informações para a melhoria da qualidade foi mencionada na literatura e em todos os casos, e também constitui uma sugestão de abordagem para próximos estudos: aprofundar temas de como as instituições promovem essa cultura, incorporar os elogios de pacientes, quais os facilitadores e as barreiras.

A promoção da cultura de segurança e justiça, não punitiva, foi também observada tanto na literatura quanto nas evidências, sugerindo uma lacuna de estudos sobre o envolvimento do paciente e acompanhante como barreira, por exemplo em *feedbacks* informais, no momento do cuidado.

A inclusão de pacientes em projetos, por meio de metodologias das Cocriação, *Codesign*, *Design Thinking*, foi citada como maior grau de maturidade de envolvimento, de acordo com a literatura. Essas abordagens não foram aprofundadas no presente trabalho. Para próximos estudos, sugere-se analisar a efetividade de projetos institucionais, com envolvimento de pacientes e familiares por médio e longo prazos, decorrentes de conselhos consultivos ou de projetos específicos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, 2017.

Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>. Acesso em 14/06/18.

AHMED, F.; BURT, J.; ROLAND, M. Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. **The Patient-Centered Outcomes Research**, v. 7, n. 3, p. 235–241, 2014.

AIKEN, L. H.; SERMEUS, W.; VAN DEN HEEDE, K.; SLOANE, D. M.; BUSSE, R.; MCKEE, M.; BRUYNEEL, L.; RAFFERTY, A. M.; GRIFFITHS, P.; MORENO-CASBAS, M. T.; TISHELMAN, C.; SCOTT, A.; BRZOSTEK, T.; KINNUNEN, J.; SCHWENDIMANN, R.; HEINEN, M.; ZIKOS, D.; SJETNE, I. S.; SMITH, H. L.; KUTNEY-LEE, A. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, v. 344, p. e1717, 2012.

AKAO, Y. **Introduction to Quality Deployment – Application manual of Quality Function Deployment**. JUSE press: Tokyo, 1990

AL-JABR, H.; TWIGG, M. J.; SCOTT, S.; DESBOROUGH, J. A. Patient feedback questionnaires to enhance consultation skills of healthcare professionals: A systematic review. **Patient Education and Counseling**, 2018.

AMANN, J.; BRACH, M.; RUBINELLI, S. How healthcare professionals experience patient participation in designing healthcare services and products. A qualitative study in the field of spinal cord injury in Switzerland. **Patient Education and Counseling**, v. 101, n. 8, p. 1452-1459, 2018.

ARMSTRONG, N.; HERBERT, G.; AVELING, E. L.; DIXON-WOODS, M.; MARTIN, G. Optimizing patient involvement in quality improvement. **Health Expectations**, v. 16, n. 3, p. e36–e47, 2013.

ASHFORD, S; CUMMINGS, L. Feedback as an Individual Resource: Personal Strategies of Creating Information. **Organizational behavior and human performance**, v. 32, p. 370–398, 1983.

BAGIAN, J. P., LEE, C., GOSBEE, J., DEROSIER, J., STALHANDSKE, E., ELDRIDGE, N.; Burkhardt, M. Developing and deploying a patient safety program in a large health care delivery system: you can't fix what you don't know about. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, v. 27, n. 10, p. 522-532, 2001.

BAINES, R.; de BERE, S. R.; STEVENS, S.; READ, J.; MARSHALL, M.; LALANI, M., BRICE, M.; ARCHER, J. The impact of patient feedback on the medical performance of qualified doctors: a systematic review. **BMC Medical Education**, v. 18, v. 1, p.173, 2018.

BALDIE, D. J.; GUTHRIE, B.; ENTWISTLE, V.; KROLL, T. Exploring the impact and use of patients' feedback about their care experiences in general practice settings-A realist synthesis. **Family Practice**, v. 35, n. 1, p. 13–21, 2018.

BEATTIE, M.; MURPHY, D. J.; ATHERTON, I.; LAUDER, W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. **Systematic Reviews**, v. 4, n. 1, p. 97, 2015.

BENN, J.; KOUTANTJI, M.; WALLACE, L.; SPURGEON, P.; REJMAN, M.; HEALEY, A.; VINCENT, C. Feedback from incident reporting: Information and action to improve patient safety. **Quality and Safety in Health Care**, v. 18, n. 1, p. 11–21, 2009.

BERGER, Z.; FLICKINGER, T. E.; PFOH, E.; MARTINEZ, K. A.; DY, S. M. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: A systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 7, p. 548–555, 2014.

BERSSANETI F.T., SAUT A.M., BARAKAT M.F., CALARGE F.A. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n.4, p. 648-655, 2016.

BERWICK, D. M. What “patient-centered” should mean: Confessions of an extremist. **Health Affairs**, v. 28, n. 4, p. 555–565, 2009.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: Care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759–769, 2008.

BERWICK, D. M. Era 3 for medicine and health care. **JAMA**, v. 315, n. 13, p. 1329-1330, 2016.

BLACK, N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. **Bmj**, v. 346, p. f167, 2013.

BLAZQUEZ, R. A.; CORCHON, S.; FERRANDIZ, E. F. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. **Midwifery**, v. 55, p. 103–112, 2017.

BLEICH, S.; OZALTIN, E.; MURRAY, C. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 4, p. 271–278, 2009.

BODENHEIMER, T.; SINSKY, C. From triple to quadruple aim: care of patient requires of the provider. **Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 6, p. 573–576, 2014.

BOIKO, O.; CAMPBELL, J. L.; ELMORE, N.; DAVEY, A. F.; ROLAND, M.; BURT, J. The role of patient experience surveys in quality assurance and improvement: A focus group study in English general practice. **Health Expectations**, v. 18, n. 6, p. 1982–1994, 2015.

BOLDY, D.; DAVISON, M.; DUGGAN, R. Client satisfaction as a driver of quality improvement in services for older people: A Western Australian case study.

Australasian Journal on Ageing, v. 34, n. 1, p. 62–67, 2015.

BOYCE, M. B.; BROWNE, J. P. Does providing feedback on patient-reported outcomes to healthcare professionals result in better outcomes for patients? A systematic review. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 9, p. 2265–2278, 2013.

BOYCE, M. B.; BROWNE, J. P.; GREENHALGH, J. The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 6, p. 508-518, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conceitos e definições em saúde, 1977. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em 20/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/capacitacoes-e-melhorias>. Acesso em 10/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 529/2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 10/07/2018.

BROOK, O. R.; SIEWERT, B.; WEINSTEIN, J.; AHMED, M.; KRUSKAL, J. Measuring and improving the patient experience in radiology. **Abdominal Radiology**, v. 42, n. 4, p. 1259-1267, 2017.

CAMPBELL, J.; SMITH, P.; NISSEN, S.; BOWER, P.; ELLIOTT, M.; ROLAND, M. The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK – development and psychometric characteristics. **BMC Family Practice**, v. 10, n. 1, p. 57, 2009.

CASTRO, E. M.; VAN REGENMORTEL, T.; VANHAECHT, K.; SERMEUS, W.; VAN HECKE, A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 12, p. 1923–1939, 2016.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 39-55, 2004.

CENTERS OF MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). HCAHPS: Patients' perspective of care survey. Disponível em: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html>. Acesso em 29/07/2019.

COULTER, A. Patient feedback for quality improvement in general practice. **BMJ**, v. 352, i913, 2016.

COULTER, A. Measuring what matters to patients. **BMJ**, v. 356, j816, 2017.

COULTER, A.; LOCOCK, L.; ZIEBLAND, S.; CALABRESE, J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. **BMJ**, v. 348, p. g2225, 2014.

CREMA, M.; VERBANO, C. Identification and development of Lean and Safety projects. **Safety Science**, v. 89, p. 319–337, 2016.

CROW, R.; GAGE, H.; HAMPSON, S.; HART, J.; KIMBER, A.; STOREY, L.; THOMAS, H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technology Assessment**, v. 6, n. 32, 2002.

DE VOS, M. S.; HAMMING, J. F.; MARANG-VAN DE MHEEN, P. J. The problem with using patient complaints for improvement. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 9, 758-762, 2018.

DEMING, W. E. **Out of the Crisis: quality, productivity and competitive position**. MIT press, 2000.

DEROSIER, J.; STALHANDSKE, E.; BAGIAN, J. B. Using Health Care Failure Mode and Effect AnalysisTM: The VA National Center for. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, v. 28, n. 5, p. 248–267, 2002.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. **Quality in Health Care**, v. 1, n. 4, p. 247, 1992.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ open**, v. 3, n. 1, p. e001570, 2013.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of management review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

EISENHARDT, K. M.; GRAEBNER, M. E. Theory building from cases: Opportunities and challenges. **The Academy of Management Journal**, v. 50, n. 1, p. 25-32, 2007.

EMANUEL, E. J.; EMANUEL L. L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. **JAMA**, v. 267, n. 16, p. 2221–2226, 1992.

FARLEY, H.; ENGUIDANOS, E. R.; COLETTI, C. M.; HONIGMAN, L.; MAZZEO, A.; PINSON, T. B.; REED, K.; WILER, J. L. Patient satisfaction surveys and quality of care: An information paper. **Annals of Emergency Medicine**, v. 64, n. 4, p. 351–357, 2014.

FARRINGTON, C.; BURT, J.; BOIKO, O.; CAMPBELL, J.; ROLAND, M. Doctors' engagements with patient experience surveys in primary and secondary care: a qualitative study. **Health Expectations**, v. 20, n. 3, p. 385–394, 2017.

FERNSTROM, K. M.; SHIPPEE, N. D.; JONES, A. L., & BRITT, H. R. Development and validation of a new patient experience tool in patients with serious illness. **BMC palliative care**, v. 15, n.1, p. 99, 2016.

FLOTT, K. M.; GRAHAM, C.; DARZI, A.; MAYER, E. Can we use patient-reported feedback to drive change? The challenges of using patient-reported feedback and how they might be addressed. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 6, p.502-507, 2017.

FYLAN, B.; ARMITAGE, G.; NAYLOR, D.; BLENKINSOPP, A. A qualitative study of patient involvement in medicines management after hospital discharge: an under-recognised source of systems resilience. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 7., p.539-546, 2017.

GABRIEL, C. S.; BONGARIN, D.F.; CUMMINGS, G.; BERNARDES, A.; GUTIERREZ, L.; CALDANA, G. Brazilian Nurses' Perspective on the Impact of Hospital Accreditation. **Enfermería Global**, v. 17, n. 1, p. 381-419, 2018.

GALLAGHER, T. H.; MAZOR, K. M. Taking complaints seriously: using the patient safety lens. **BMJ Quality & Safety**, v. 24 n.6 p.352-355, 2015.

GILL, S. D.; REDDEN-HOARE, J.; DUNNING, T. L.; HUGHES, A. J.; & DOLLEY, P. J. Health services should collect feedback from inpatients at the point of service: opinions from patients and staff in acute and subacute facilities. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 6, p.507-512, 2015.

GP PATIENT SURVEY. Disponível em: <https://www.gp-patient.co.uk/about>. Acesso em 24/04/2018.

GLEESON, H.; CALDERON, A.; SWAMI, V.; DEIGHTON, J.; WOLPERT, M.; EDBROOKE-CHILDS, J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. **BMJ open**, v. 6, n. 8, p. e011907, 2016.

GOETZ, K.; JOSSEN, M.; ROSEMAN, T.; HESS, S.; BRODOWSKI, M.; BEZZOLA, P. Is patient loyalty associated with quality of care? Results of a patient survey over primary care in Switzerland. **International Journal for Quality in Health Care**, p.1-6, 2018.

GOLDA, N.; BEESON, S.; KOHLI, N.; MERRILL, B. Analysis of the patient experience measure. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 4, p. 645–651, 2018a.

GOLDA, N.; BEESON, S.; KOHLI, N.; MERRILL, B. Recommendations for improving the patient experience in specialty encounters. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 4, p. 653-659, 2018b.

GREAVES, F.; PAPE, U. J.; KING, D.; DARZI, A.; MAJEED, A.; WACHTER, R. M.; MILLETT, C. Associations between internet-based patient ratings and conventional surveys of patient experience in the English NHS: An observational study. **BMJ**

Quality & Safety, v. 21, n. 7, p. 600–605, 2012.

GREENFIELD, D.; LAWRENCE, S.A.; KELLNER, A.; TOWNSEND, K.; WILKINSON, A. Health service accreditation stimulating change in clinical care and human resource management processes: a study of 311 Australian hospitals. **Health Policy**, 2019.

GRIFFITHS, A.; LEAVER, M. P. Wisdom of patients: predicting the quality of care using aggregated patient feedback. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 2, p. 110–118, 2018.

HATTIE, J.; TIMPERLEY, H. The Power of Feedback. **Review of Educational Research**, v. 77, n. 1, p. 81–112, 2007.

HAMILTON, D. F.; Lane, J. V.; Gaston, P.; Patton, J. T.; Macdonald, D. J.; Simpson, A. H. R. W.; Howie, C. R. Assessing treatment outcomes using a single question: the net promoter score. **The Bone & Joint Journal**, v. 96, n. 5, p. 622–628, 2014.

HAWKINS, C. M.; DELAO, A. J.; HUNG, C. Social Media and the Patient Experience. **Journal of the American College of Radiology**, v. 13, n. 12, p. 1615–1621, 2016.

HAUSER, J.R.; CLAUSING, D. The House of Quality. **Harvard Business Review** (May–June), 63–73, 1988.

HERNAN, A.L.; KLOOT, K.; GILES, S.J.; BEKS, H.; MCNAMARA, K.; BINDER, M. J.; VERSACE, V. Investigating the feasibility of a patient feedback tool to improve safety in Australian primary care: a study protocol. **BMJ open**, v. 9, n. 5, p. e027327, 2019.

HERRIN, J.; HARRIS, K. G.; KENWARD, K.; HINES, S.; JOSHI, M. S.; FROSCH, D. L. Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 3, p. 182–189, 2016.

INDOVINA, K.; KENISTON, A.; REID, M.; SACHS, K.; ZHENG, C.; TONG, A.; HERNANDEZ, D.; BUI, K.; ALI, Z.; NGUYEN, T.; GUIRGUIS, H.; ALBERT, R.K.; BURDEN, M. Real-time patient experience surveys of hospitalized medical patients. **Journal of Hospital Medicine**, v. 11, n. 4, p. 251–256, 2016.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). Quality Improvement Essentials Toolkit. Disponível em: <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>. Acesso em 14/06/2019.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). To err is human: building a safer health system. In: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, Washington, DC, USA, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. In: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, Washington, DC, USA, 2001.

ISAAC, T.; ZASLAVSKY, A. M.; CLEARY, P. D.; LANDON, B. E. The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. **Health Services Research**, v. 45, n. 4, p. 1024–1040, 2010.

ISHIKAWA, K. **Guide to quality control: industrial engineering and technology**. Tokyo, Japan: Asian Productivity Organization, 1976.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; BRUSTER, S.; RICHARDS, N.; CHANDOLA, T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 11, n. 4, p. 335–339, 2002.

JENSEN, J. D.; ALLEN, L.; BLASKO, R.; NAGY, P. Using quality improvement methods to improve patient experience. **Journal of the American College of Radiology**, v. 13, n.12, p. 1550-1554, 2016.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction. 3rd. Illinois: Joint Commission Resources; 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>. Acesso em 20/05/2019.

JURAN, J. M.; GODFREY, A. B. **Juran's quality handbook**. 5.ed., McGraw Hill, 1999.

KASIRI, L. A.; CHENG, K. T. G.; SAMBASIVAN, M.; SIDIN, S. M. Integration of standardization and customization: Impact on service quality, customer satisfaction, and loyalty. **Journal of Retailing and Consumer Services**, 35, p. 91-97, 2017.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Subjective probability: A judgment of representativeness. **Cognitive psychology**, v. 3, n. 3, p. 430-454, 1972.

KINGSLEY, C.; PATEL, S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. **BJA Education**, v. 17, n. 4, p. 137-144, 2017.

KOLADY CZ, R.; Fernandez, G.; Gray, K.; Marriott, H. The Net Promoter Score (NPS) for insight into client experiences in sexual and reproductive health clinics. **Global Health: Science and Practice**, v. 6, n. 3, p. 413-424, 2018.

KROL, M. W; De BOER, D.; DELNOIJ, D. M.; RADEMAKERS, J.J. The Net Promoter Score—an asset to patient experience surveys? **Health Expectations**, v. 18, n. 6, p. 3099-3109, 2015.

LA FORGIA, G.M. COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo. Singular, 2009. Disponível na versão em inglês em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/6516/448330PUB0Box3101official0use0only1.pdf;sequence=1>. Acesso em 19/10/2018.

LEAPE, L. L.; BERWICK, D.; CLANCY, C.; CONWAY, J.; GLUCK, P.; GUEST, J.; LAWRENCE, D.; MORATH, J.; O'LEARY, D.; O'NEILL, P.; PINAKIEWICZ, D. Transforming healthcare: A safety imperative. **Quality and Safety in Health Care**, v. 18, n. 6, p. 424–428, 2009.

LAGU, T.; GOFF, S. L.; CRAFT, B.; CALCASOLA, S.; BENJAMIN, E. M.; PRIYA, A.; LINDENAUER, P. K. Can social media be used as a hospital quality improvement tool? **Journal of Hospital Medicine**, v. 11, n. 1, p. 52-55, 2016.

LEE, C. K. M.; RU, C. T. Y.; YEUNG, C. L.; CHOY, K. L.; IP, W. H. Analyze the healthcare service requirement using fuzzy QFD. **Computers in Industry**, v. 74, p. 1–15, 2015.

LEE, R.; BAEZA, J. I.; FULOP, N. J. The use of patient feedback by hospital boards of directors: a qualitative study of two NHS hospitals in England. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 2, p. 103–109, 2017.

LIMA, A.; PAULINA, K. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 234–239, 2009.

LLANWARNE, N. R.; ABEL, G. A.; ELLIOTT, M. N.; PADDISON, C. a M.; ROLAND, M. Relationship Between Clinical Quality and Patient Experience: Analysis of Data From the English Quality and Outcomes Framework and the National GP Patient Survey. **Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 5, p. 467–472, 2013.

LONGTIN, Y.; SAX, H.; LEAPE, L. L.; SHERIDAN, S. E.; DONALDSON, L.; PITTET, D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 1, p. 53-62, 2010.

LUXFORD, K. What does the patient know about quality? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 5, p. 439–440, 2012.

LYRATZOPOULOS, G.; ELLIOTT, M. N.; BARBIERE, J. M.; STAETSKY, L.; PADDISON, C. A.; CAMPBELL, J.; ROLAND, M. How can health care organizations be reliably compared?: Lessons from a national survey of patient experience. **Medical Care**, v. 49, n. 8, p. 724–733, 2011.

MANARY, M. P., BOULDING, W., STAELIN, R., GLICKMAN, S. W. The patient experience and health outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 3, p. 201-203, 2013.

MCGOWAN, M.; REID, B. Using the Plan, Do, Study, Act cycle to enhance a patient *feedback* system for older adults. **British Journal of Nursing**, v. 27, n. 16, p. 936-941, 2018.

MEESALA, A.; PAUL, J. Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. **Journal of Retailing and Consumer Services**, v. 40, p. 261-269, 2018.

MITTINTY, M. M.; LEE, J.; WILLIAMS, A. C. D. C.; CURRAN, N. Exploring patient experiences of a pain management centre: A qualitative study. **Scandinavian Journal of Pain**, v. 17, n. 1, p. 378–381, 2017.

MORROW, E.; COTTERELL, P.; ROBERT, G.; GROCOTT, P.; ROSS, F. Mechanisms

can help to use patients' experiences of chronic disease in research and practice: An interpretive synthesis. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 66, n. 8, p. 856–864, 2013.

NHS ENGLAND. Family And friends test. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/fft/>. Acesso em 23/06/2019.

NHS PATIENT EXPERIENCE FRAMEWORK . Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215159/dh_132788.pdf. Acesso em 14/05/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em 14/03/18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - Patient engagement - Technical Series on Safer Primary Care, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf;jsessionid=F79D1746F7AE88ABF2F417817820FE2?sequence=1>. Acesso em 16/03/18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - World Alliance for Patient Safety, 2005. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Acesso em 14/03/18.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/574/Avaliacao-da-experiencia-do-paciente>. Acesso em 15 jul.2018.

PARAND, A.; DOPSON, S.; RENZ, A.; VINCENT, C. The role of hospital managers in quality and patient safety: A systematic review. **BMJ Open**, v. 4, p. 5055–5049, 2014.

PARRY, G. J. A Brief History of Quality Improvement. **Journal of Oncology Practice**, v. 10, n. 3, p. 196–199, 2014.

PERLA, R. J.; PROVOST, L. P.; PARRY, G. J. Seven propositions of the science of improvement: Exploring foundations. **Quality Management in Health Care**, v. 22, n. 3, p. 170–186, 2013.

PRICE, R. A.; ELLIOTT, M. N.; ZASLAVSKY, A. M.; HAYS, R. D.; LEHRMAN, W. G.; RYBOWSKI, L.; EDGMAN-LEVITAN, S.; CLEARY, P. D. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. **Medical Care Research and Review**, v. 71, n. 5, p. 522–554, 2014.

RALEIGH, V. S.; HUSSEY, D.; SECCOMBE, I.; QI, R. Do associations between staff and inpatient feedback have the potential for improving patient experience? An analysis of surveys in NHS acute trusts in England. **Quality and Safety in Health Care**, v. 18, n. 5, p. 347–354, 2009.

READER, T. W.; GILLESPIE, A.; ROBERTS, J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 8, p. 678-689, 2014.

REASON, J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. **Human Factors in Hazardous Situations**, v. 327, p. 475–484, 1990.

REASON, J. Understanding adverse events: human factors. **Quality in health care: QHC**, v. 4, n. 2, p. 80–89, 1995.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768–770, 2000.

REBBITT, D. Pyramid power: A new view of the great safety pyramid. **Professional Safety**, v. 59, n.9, p. 30-34, 2014.

RECLAME AQUI. Disponível em: <https://www.reclameaqui.com.br/institucional/>. Acesso em 22/07/2019a.

RECLAME AQUI. Disponível em: <https://www.reclameaqui.com.br/como-funciona/reputacao/>. Acesso em 10/06/2019b.

REEVES, R.; SECCOMBE, I. Do patient surveys work? the influence of a national survey programme on local quality-improvement initiatives. **Quality and Safety in Health Care**, v. 17, n. 6, p. 437–441, 2008.

REEVES, R.; WEST, E.; BARRON, D. Facilitated patient experience *feedback* can improve nursing care: a pilot study for a phase III cluster randomised controlled trial. **BMC Health Services Research**, v. 13, p. 259–264, 2013.

REICHHELD, F. F. The one number you need to grow. **Harvard business review**, v. 81, n. 12, p. 46-55, 2003.

ROBERT, G.; CORNWELL, J. Rethinking policy approaches to measuring and improving patient experience. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 18, n. 2, p. 67–69, 2013.

NORDIN, N.; RADZI, W.; RAZAK, R.; ABDULLAH, S.; HAMZAH, M.; SARAIH, U.; IDRUS, S. Complaints and compliments assessment in developing service delivery measurement. **Management Science Letters**, v. 8, n. 5, p. 293-304, 2018.

ROZENBLUM, R.; BATES, D. W. Patient-centered healthcare, social media and the internet: The perfect storm? **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 3, p. 183–186, 2013.

ROZENBLUM, R.; LISBY, M.; HOCKEY, P. M.; LEVTZION-KORACH, O.; SALZBERG, C. A.; EFRATI, N.; LIPSITZ, S.; BATES, D. W. The patient satisfaction chasm: The gap between hospital management and frontline clinicians. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 3, p. 242–250, 2013.

SAUNDERS, C. L.; ELLIOTT, M. N.; LYRATZOPOULOS, G.; ABEL, G. A. Do

Differential Response Rates to Patient Surveys Between Organizations Lead to Unfair Performance Comparisons? Evidence From the English Cancer Patient Experience Survey. **Medical Care**, v. 54, n. 1, p. 45–54, 2016.

SAUT, A. M.; BERSANETI, F. T. Envolvimento dos pacientes no gerenciamento da qualidade dos serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 5, p. 579–585, 2016.

SECANELL, M.; GROENE, O.; ARAH, O. A.; LOPEZ, M. A.; KUTRYBA, B.; PFAFF, H.; KLAZINGA, N.; WAGNER, C.; KRISTENSEN, S.; BARTELS, P. D.; GAREL, P.; BRUNEAU, C.; ESCOVAL, A.; FRANCA, M.; MORA, N.; SUNOL, R.; KLAZINGA, N.; KRINGOS, D.; LOPEZ, M.; SECANELL, M.; SUNOL, R.; VALLEJO, P.; BARTELS, P.; KRISTENSEN, S.; MICHEL, P.; SAILLOUR-GLENISSON, F.; VLCEK, F.; CAR, M.; JONES, S.; KLAUS, E.; BOTTARO, S.; GAREL, P.; SALUVAN, M.; BRUNEAU, C.; DEPAIGNE-LOTH, A.; SHAW, C.; HAMMER, A.; OMMEN, O.; PFAFF, H.; GROENE, O.; BOTJE, D.; WAGNER, C.; KUTAJ-WASIKOWSKA, H.; KUTRYBA, B.; ESCOVAL, A.; LIVIO, A.; EIRAS, M.; FRANCA, M.; LEITE, I.; ALMEMAN, F.; KUS, H.; OZTURK, K.; MANNION, R.; ARAH, O.; CHOW, A.; DERSARKISSIAN, M.; THOMPSON, C.; WANG, A.; THOMPSON, A. Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. suppl 1, p. 5–15, 2014.

SHABBIR, A.; MALIK, S. A.; JANJUA, S. Y. Equating the expected and perceived service quality: A comparison between public and private healthcare service providers. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 34, n. 8, p. 1295-1317, 2017.

SHEARD, L.; MARSH, C.; O'HARA, J.; ARMITAGE, G.; WRIGHT, J.; LAWTON, R. The Patient Feedback Response Framework – Understanding why UK hospital staff find it difficult to make improvements based on patient feedback: A qualitative study. **Social Science & Medicine**, v. 178, p. 19–27, 2017.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science & Medicine**, v. 45, n. 12, p. 1829–1843, 1997.

SNYDER, H.; ENGSTRÖM, J. The antecedents, forms and consequences of patient involvement: A narrative review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**, v. 53, p. 351–378, 2016.

SOFAER, S.; FIRMINGER, K. Patient Perceptions of the Quality of Health Services. **Annual Review of Public Health**, v. 26, n. 1, p. 513–559, 2005.

TAYLOR, N.; CLAY-WILLIAMS, R.; HOGDEN, E.; PYE, V.; LI, Z.; GROENE, O.; SUÑOL, R.; BRAITHWAITE, J. Deepening our Understanding of Quality in Australia (DUQuA): a study protocol for a nationwide, multilevel analysis of relationships between hospital quality management systems and patient factors. **BMJ Open**, v. 5, n. 12, p. e010349, 2015.

THE BERYL INSTITUTE. Disponível em:

<https://www.theberylinsitute.org/page/Mission>. Acesso em 18/05/2019.

THE HEALTH FOUNDATION. Involving patients in improving safety (Evidence scan), 2013. Disponível em:

<https://www.health.org.uk/sites/health/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf>. Acesso em 24/04/2018.

THE PICKER INSTITUTE. Disponível em: <http://www.picker.org/about-us/>. Acesso em 24/04/2018.

TSIANAKAS, V.; MABEN, J.; WISEMAN, T.; ROBERT, G.; RICHARDSON, A.; MADDEN, P.; GRIFFIN, M.; DAVIES, E. A. Using patients experiences to identify priorities for quality improvement in breast cancer care: Patient narratives, surveys or both? **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 271–282, 2012.

VAN OENEN, F. J.; SCHIPPER, S.; VAN, R.; SCHOEVERS, R.; VISCH, I.; PEEN, J.; DEKKER, J. Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomized controlled trial. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p.110, 2016.

VAN DER VLEUTEN, C. P. M. The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. **Advances in Health Sciences Education**, v. 1, n. 1, p. 41–67, 1996.

WARD, J. K.; ARMITAGE, G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 8, p. 685–699, 2012.

WARE, J.; SNYDER, M. K.; WRIGHT, R.; DAVIES, A. Defining and Measuring patient with medical care. **Evaluation and Program Planning**, v. 6, p. 247–263, 2015.

WENSING, M.; VINGERHOETS, E.; GROL, R. *Feedback* based on patient evaluations: A tool for quality improvement? **Patient Education and Counseling**, v. 51, n. 2, p. 149–153, 2003.

WIIG, S.; STORM, M.; AASE, K.; GJESTSEN, M. T.; SOLHEIM, M.; HARTHUG, S.; ROBERT, G.; FULOP, N. Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 206, 2013.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: A valid concept? **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 4, p. 509–516, 1994.

WILLIAMS, B.; COYLE, J.; HEALY, D. The meaning of patient satisfaction with health care: An exploration of high reported levels. **Social Science & Medicine**, v. 47, n. 9, p. 1351–1359, 1998.

WONG, E. L.; COULTER, A.; CHEUNG, A. W.; YAM, C. H.; YEOH, E. K.; GRIFFITHS, S. Item generation in the development of an inpatient experience questionnaire: a qualitative study. **BMC health services research**, v. 13, n.1, p. 265-278, 2013.

WOMACK, J.P.; JONES, D.T.; ROOS D. **The Machine that Changed de World: The Story of Lean Production**. HarperCollins Publishers: Philadelphia, 1990.

WOMACK, J.P.; JONES, D.T.; ROOS D. **Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in your Corporation**. Simon & Shuster: New York, 1996.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - PROTOCOLO DE PESQUISA

SEÇÃO A: Visão geral do estudo

O estudo visa explorar como os hospitais utilizam o *feedback* de pacientes para a melhoria da qualidade, com o objetivo de consolidar boas práticas em proposta de estrutura de trabalho.

SEÇÃO B: Procedimentos para coleta de dados

Apresentar a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Abordar as entrevistas pretendidas e os documentos desejados para análise, como formulários de *feedback* de pacientes, relatórios de consolidação de dados, planos de ação, padrões de processo ou protocolos para condução das melhorias, indicadores de experiência do paciente que evidenciem a melhoria da qualidade.

SEÇÃO C

1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

1.1 Nome: _____

1.2 Tipo de estabelecimento () Hospital Geral () Especializado

1.3 Capacidade:

() Pequeno porte: até 50 leitos () Médio porte: 51 a 150 leitos

() Grande porte: 151 a 500 leitos () Capacidade especial: acima de 500 leitos

1.4 O hospital possui área corporativa de Qualidade ou Ouvidoria ou SAC? _____

2. CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

2.1 Nome _____

2.2 E-mail _____

2.3 Idade _____ 2.4 Sexo _____

2.5 Profissão _____ 2.6 Escolaridade _____

2.7 Área de atuação _____ 2.8 Cargo _____

2.9 Tempo do profissional na função atual _____

2.10 Tempo do profissional no hospital _____

2.11 Tempo total de experiência profissional _____

SEÇÃO D:**PRIMEIRO BLOCO: Como o hospital obtém o *feedback* de pacientes?**

- 1.1 Quais as formas de *feedback* de pacientes?
- 1.2 Como o hospital mantém o ambiente propício para que a equipe de saúde o receba *feedback* dos pacientes? (explorar objetivos e predisposição organizacional)
- 1.3 Como o hospital mantém o ambiente propício para que os pacientes ofereçam *feedback*?
- 1.4 Como avalia validade e confiabilidade? (explorar conhecimento de pesquisas existentes)

SEGUNDO BLOCO: Como as ações de melhoria da qualidade com base em *feedback* de pacientes são implantadas?

- 2.1 Como são utilizadas as metodologias de melhoria da qualidade?
- 2.2 Quais melhorias implantadas com base em *feedback* de pacientes?
- 2.3 Como os processos respaldam essa implantação? Quais as áreas envolvidas nos níveis estratégico, tático e operacional? (explorar indicadores)

TERCEIRO BLOCO: Campo aberto para comentários adicionais.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada “Utilização de *feedback* de pacientes para direcionar melhoria da qualidade em hospitais”, desenvolvida por Simone Berger, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Engenharia de Produção, da Escola Politécnica da USP.

Justifica-se a sua realização pela necessidade das organizações hospitalares conhecerem a perspectiva do paciente para aprender, melhorar os processos e a experiência do paciente. Nesta perspectiva, o objetivo desta pesquisa é explorar como hospitais utilizam *feedback* de pacientes para direcionar melhoria da qualidade.

Sua participação consistirá em conceder uma entrevista gravada, com duração estimada de uma hora, respondendo questões abertas, sobre as quais você poderá se manifestar da forma como preferir. A entrevista poderá ser realizada no próprio local de trabalho, ou em ambiente privativo conforme sua indicação. Sua participação pode ser classificada como de risco mínimo, associado a algum desconforto em responder a alguma das perguntas.

Asseguro-lhe o anonimato; a liberdade de retirada do consentimento; o direito de ser mantido(a) informado(a) sobre resultados parciais e finais da pesquisa e a garantia de que os resultados serão utilizados e divulgados com o objetivo único de contribuir com o conhecimento científico, sem qualquer ganho pessoal ou econômico para o pesquisador. Como benefício, você terá acesso a categorias de análise de *feedback* de pacientes apontadas na literatura, além de proposta de estrutura de trabalho com melhores práticas, contribuindo para promover ambiente amigável de *feedback* de pacientes, geração de novas ideias e melhorias no processo dentro da instituição.

Não há despesas pessoais ou compensação financeira relacionada à sua participação. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito às indenizações legalmente estabelecidas. O projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

A principal pesquisadora é Simone Berger, que pode ser encontrada no endereço Av. Prof. Almeida Prado, 128, travessa 2 - 2º andar - sala 236 - Cidade Universitária - São Paulo - Brasil - CEP: 05508-070. Telefone(s) (11) 99242-0469, e-mail siberger@usp.br

Este termo deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, uma pertence a você e a outra será arquivada pela pesquisadora.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço: R. Arlindo Bértio, 1.000 – Vila Guaraciaba, São Paulo – SP, Prédio I1 Sala T14, Telefone (11) 3091-1046.

Esta pesquisa atende a todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do respondente da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Nome completo e legível do respondente da pesquisa

Data