

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA POLITÉCNICA

ANA MARIA SAUT

**Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade
no âmbito hospitalar**

São Paulo
2021

ANA MARIA SAUT

**Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade
no âmbito hospitalar**

Versão Corrigida

Tese apresentada à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Engenharia de Produção

Orientadores:

Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti

Profa. Dra. Linda Lee Ho

São Paulo

2021

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.

Este exemplar foi revisado e corrigido em relação à versão original, sob responsabilidade única do autor e com a anuência de seu orientador.

São Paulo, 14 de julho de 2021

Assinatura do autor: _____

Assinatura do orientador: _____

Catálogo-na-publicação

Saut, Ana Maria

Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade no âmbito hospitalar / A. M. Saut -- versão corr. -- São Paulo, 2021.
287 p.

Tese (Doutorado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.
Departamento de Engenharia de Produção.

1.Segurança do Paciente 2.Qualidade dos Cuidados de Saúde
3.Participação 4.Envolvimento 5.Família I.Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II.t.

Nome: SAUT, Ana Maria

Título: Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade no âmbito hospitalar

Tese apresentada à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Com amor e gratidão, dedico este trabalho ao meu pai Alcione, à minha mãe Rosita, ao meu filho Vinicius e à toda a minha família que sempre me apoiaram incondicionalmente e incentivaram na realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti**, que, nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual. Agradeço por todo apoio e orientação.

À **Profa. Dra. Linda Lee Ho**, por todo ensinamento e atenção. Foi uma honra e uma oportunidade única de aprendizado poder contar com sua orientação.

Às **Profas. Dra. Marta Maria Melleiro e Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin** e ao grupo de pesquisa Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem, pelo aprendizado, pela troca de experiências e pelo acolhimento. À Profa. Dra. Marta Maria Melleiro, um agradecimento especial pelas contribuições feitas no exame de qualificação.

À **Escola Politécnica**, pela oportunidade de realização do programa de Doutorado. A todos os professores das disciplinas realizadas durante o programa, aos funcionários da Escola Politécnica e à secretária da Pós-Graduação, Lídia Nogueira da Silva.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** e à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**, pela concessão da bolsa de Doutorado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Aos **Comitês de Ética em Pesquisa**, pela orientação e pelo suporte para aprovação do projeto.

Aos **profissionais dos hospitais**, que auxiliaram no processo de aprovação do projeto de pesquisa e que contribuíram na coleta de dados, compartilhando seu conhecimento e sua experiência.

À **Cassia Manfredini, da Organização Nacional de Acreditação**, por ter apoiado a execução da pesquisa de campo.

A **Dra. Maria Carolina Moreno, Walter Lira, Grasielle Macedo, Patrícia Oliveira, Rosa Lena Bellini** e a todos que, direta ou indiretamente, apoiaram o contato com os hospitais, para a realização da pesquisa de campo.

Às amigas **Aline Sacchi Homrich, Ana Lúcia Figueiredo Facin e Simone Berger**, que me apoiaram em diversos momentos do programa, com sua amizade, experiência e conhecimento.

“Every obstacle is destroyed
through rigor.”
(Leonardo da Vinci)

RESUMO

SAUT, Ana Maria. **Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade no âmbito hospitalar**. 2021. 287 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

O tema ‘engajamento dos pacientes e familiares’ na gestão da qualidade é caracterizado por sua complexidade e dificuldade em demonstrar os resultados obtidos. **Objetivo:** Compreender a percepção dos profissionais acerca do engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade dos serviços. **Método:** Desenho misto, com coleta e análise dos dados, com abordagens qualitativa e quantitativa, realizadas concomitantemente. A pesquisa teve ênfase qualitativa, e os resultados foram integrados. Na etapa quantitativa, foi realizada uma pesquisa de avaliação com 90 hospitais, dos quais sete participaram da etapa qualitativa guiada pelo referencial teórico da teoria fundamentada nos dados. Foram aplicadas técnicas de análise estatística descritiva e multivariada para avaliação dos resultados. **Resultados:** As duas abordagens apresentaram resultados convergentes e complementares. Na etapa qualitativa, cinco categorias emergiram da análise das entrevistas: paciente parceiro, mecanismos de engajamento, estrutura interna para engajamento, maturidade do sistema de gestão da qualidade e “abertura” para mudança. Os mecanismos implementados pela maior parte das instituições são de consulta aos pacientes e familiares. No nível envolvimento, destaca-se a participação dos pacientes em conselhos consultivos. Por meio da análise fatorial, as 35 barreiras avaliadas foram reescritas a partir de dez fatores (dois financeiros, cinco estruturais e três pessoais e culturais). Externamente, três questões podem impactar no engajamento: o sistema de saúde local, o perfil da comunidade atendida e a mudança no acesso às informações. **Conclusão:** O engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade envolve uma mudança cultural e de processos. Engajar é dar voz, ouvir e tornar os pacientes e familiares participantes ativos em seu tratamento e decisões relacionadas e na melhoria da qualidade e segurança dos serviços. O ‘olhar de fora’ do paciente permite direcionar as ações para o que realmente importa aos pacientes, assegurar a qualidade do serviço e segurança do paciente, obter uma nova perspectiva para entender e tratar os problemas e estimular, nos profissionais, o senso de urgência, mais empatia e compaixão.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Melhoria de Qualidade. Participação do Paciente. Família.

ABSTRACT

SAUT, Ana Maria. **Patient engagement and its interface with hospital quality management.** 2021. 287 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

The theme ‘patient and family engagement’ in quality management is characterized by its complexity and difficulty in demonstrating the results obtained. **Objective:** To understand the perception of professionals about the engagement of patients and family members in service quality management. **Method:** Mixed method, with data collection and analysis, both qualitative and quantitative approaches, carried out concurrently. The research had a qualitative emphasis, and the results were integrated. In the quantitative phase, a survey was carried out with 90 hospitals, of which seven participated in the qualitative phase guided by the theoretical framework of the grounded theory. Descriptive and multivariate analysis were applied to evaluate the results. **Results:** The results from two approaches were convergent and complementary. In the qualitative phase, five categories emerged from the analysis of the interviews: patient partner, mechanisms of engagement, internal structure for engagement, maturity of the quality management system and “openness” for change. The mechanisms implemented by most institutions are for consultation with the patients and family members. At the involvement level, patients' participation in advisory councils stands out. Through factor analysis, the 35 intervening barriers evaluated were rewritten into ten factors (two associated to financial dimension, five structural dimension and three personal and cultural dimension). Externally, three issues can impact engagement: the local health system, the profile of the community served and the change in access to information. **Conclusion:** The engagement of patients and family members in quality management involves a cultural and process change. Engaging is giving a voice, listening, and making patients and family members an active participant in their treatment and related decisions, and in improving the quality and safety of services. The patient's ‘outside look’ allows directing actions towards what really matters to the patients, ensuring quality of service and patient safety, obtaining a new perspective to understand and treat problems, and stimulating a sense of urgency in professionals, more empathy and compassion.

Keywords: Patient Safety. Quality of Health Care. Quality improvement. Patient Participation. Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura do projeto de pesquisa	28
Figura 2 – Evolução do conceito de qualidade	31
Figura 3 - Modelo conceitual de coprodução dos serviços de saúde	41
Figura 4 - Níveis de participação do cidadão. Escada de oito níveis	45
Figura 5 - Tipos de engajamento, a partir do fluxo de informação	45
Figura 6 - Contínuo de influência do paciente.....	46
Figura 7 - <i>Framework</i> multidimensional para envolvimento do paciente/família na saúde e nos cuidados de saúde	47
Figura 8 - Estrutura e composição dos conselhos consultivos de paciente/família	54
Figura 9 - Evolução do poder do paciente. Expressão e forma	59
Figura 10 - Visão das quatro dimensões do espaço de conhecimento	74
Figura 11 – Visão geral do desenho da pesquisa mista concomitante.....	90
Figura 12 – Etapas do processo de amostragem teórica, segundo a teoria fundamentada nos dados.....	102
Figura 13 – Níveis de abstração dos conceitos na construção da teoria fundamentada	110
Figura 14 – Etapas da pesquisa, seguindo o referencial metodológico da teoria fundamentada nos dados	111
Figura 15 – Exemplo de memorandos e do processo de comparação.....	112
Figura 16 – Distribuição dos participantes da pesquisa por estado brasileiro	121
Figura 17 – Gráfico dos sinônimos da expressão ‘engajamento dos pacientes’ de acordo com o número de respondentes (N = 90).....	130
Figura 18 – Gráfico de autovalor para análise fatorial das barreiras financeiras	138
Figura 19 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pela capacidade das instituições – fatores financeiros	140
Figura 20 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão no nível estratégico – fatores financeiros.....	141
Figura 21 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão da rotina – fatores financeiros.....	141
Figura 22 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo de engajamento 6 – fatores financeiros.....	142
Figura 23 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo de engajamento 19 – fatores financeiros.....	142
Figura 24 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo de engajamento 20 – fatores financeiros.....	143
Figura 25 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores pela dimensão da cultura – liderança organizacional – fatores financeiros.....	143

Figura 26 – Agrupamento das avaliações dos fatores – financeiros	144
Figura 27 – Gráfico de autovalor para análise fatorial das barreiras estruturais	146
Figura 28 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> da acreditação – fatores estruturais ..	150
Figura 29 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pela localização – fatores estruturais	150
Figura 30 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo tipo de controle administrativo – fatores estruturais	151
Figura 31 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão do nível estratégico – fatores estruturais	152
Figura 32 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gerenciamento da rotina – fatores estruturais	152
Figura 33 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> do mecanismo 1 – fatores estruturais	153
Figura 34 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> do mecanismo 13 – fatores estruturais	154
Figura 35 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> do mecanismo 19 – fatores estruturais	154
Figura 36 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> do mecanismo 20 – fatores estruturais	155
Figura 37 – Agrupamento das avaliações dos fatores – estruturais.....	156
Figura 38 – Gráfico de autovalor para análise fatorial das barreiras pessoais e culturais	160
Figura 39 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados por localização (região) – fatores pessoais e culturais	161
Figura 40 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão do nível estratégico – fatores pessoais e culturais	162
Figura 41 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão liderança organizacional – fatores pessoais e culturais	163
Figura 42 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão princípio organizacional – fatores pessoais e culturais	163
Figura 43 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão critérios de sucesso – fatores pessoais e culturais	164
Figura 44 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo 1 – fatores pessoais e culturais	164
Figura 45 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo 6 – fatores pessoais e culturais	165
Figura 46 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo 10 – fatores pessoais e culturais	165
Figura 47 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo 18 – fatores pessoais e culturais	166

Figura 48 – <i>Box-plot</i> dos escores dos fatores estratificados pelo <i>status</i> de implementação do mecanismo 19 – fatores pessoais e culturais	166
Figura 49 – Agrupamento das avaliações dos fatores intervenientes – pessoais e culturais.....	167
Figura 50 – Nuvem das palavras mais citadas para definir engajamento dos pacientes e familiares.....	173
Figura 51 – Mapa de árvore das palavras mais citadas para definir engajamento dos pacientes e familiares...	173
Figura 52 – A categoria paciente parceiro, suas propriedades e dimensões	205
Figura 53 – Categoria mecanismos de engajamento dos P/F, suas propriedades e dimensões	212
Figura 54 – Categoria maturidade do sistema de gestão da qualidade, suas propriedades e dimensões	217
Figura 55 – Categoria abertura para mudança, suas propriedades e dimensões	226
Figura 56 – Categoria estrutura interna para engajamento dos pacientes e familiares, suas propriedades e dimensões	230
Figura 57 – Abertura para mudança cultural e de processo: uma teoria fundamentada para o engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade	237
Figura 58 – Comparativo da avaliação das barreiras com a pesquisa de Herrin et al. (2015).....	250

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evidências de dissenso e inconsistência sobre o conceito de engajamento do paciente.....	24
Tabela 2 – Definição de ‘engajamento do paciente’ e expressões similares empregadas na literatura.....	38
Tabela 3 - Modelo de participação da comunidade, de acordo com a <i>International Association for Public Participation</i>	48
Tabela 4 - Tipos de atividades de engajamento dos pacientes para melhoria dos serviços hospitalares.....	50
Tabela 5 – Mecanismos utilizados para engajamento dos pacientes e familiares	51
Tabela 6 - Atributos dos mecanismos de engajamento	52
Tabela 7 - Responsabilidades e funções dos <i>stakeholders</i> em um painel consultivo do setor público	56
Tabela 8 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes em comitês consultivos	57
Tabela 9 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes em comitês de projetos de melhoria ou equipes de projetos.....	60
Tabela 10 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes no treinamento e educação dos profissionais de saúde	62
Tabela 11 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes por mecanismos de <i>feedback</i> ... 67	
Tabela 12 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes na elaboração de políticas e na definição de prioridades e projetos de melhoria do setor público	69
Tabela 13 – Barreiras para engajamento dos pacientes – Geral	76
Tabela 14 – Aspectos facilitadores para engajamento dos pacientes – Geral	79
Tabela 15 – Teorias, movimentos e conceitos utilizados para embasamento das pesquisas sobre engajamento do paciente/família	84
Tabela 16 – Principais razões para desenho da pesquisa com método misto	87
Tabela 17 – Síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa	88
Tabela 18 – Tipos de cultura organizacional, baseados no modelo dos valores contrastantes	93
Tabela 19 – Descrição das variáveis da base de dados	94
Tabela 20 – Amostragem teórica: critérios de seleção, achados, questões direcionadoras e emergentes na abordagem qualitativa	105
Tabela 21 – Componentes para avaliação da teoria	116
Tabela 22 – Número de participantes por região e estado brasileiro	122
Tabela 23 – Perfil das instituições quanto ao controle administrativo, tipo de estabelecimento, função educativa e capacidade das instalações (N = 90).....	123
Tabela 24 – Teste de aderência para avaliação do perfil da amostra <i>versus</i> o perfil da população	124
Tabela 25 – Participação no Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (N = 90)	125
Tabela 26 – Análise descritiva das atividades de gestão da qualidade (N = 90).....	126
Tabela 27 – Diagnóstico da cultura organizacional pelo modelo <i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>	127

Tabela 28 – Avaliação da congruência da cultura organizacional dominante.....	127
Tabela 29 – Perfil dos respondentes, segundo sexo, idade, escolaridade e cargo (N = 90).....	128
Tabela 30 – Perfil dos respondentes, segundo tempo de experiência profissional (N = 90)	129
Tabela 31 – Análise descritiva do <i>status</i> de implementação dos mecanismos de engajamento (N = 90)	131
Tabela 32 – Avaliação do número de mecanismos implementados em todo o hospital, de acordo com o perfil da instituição	133
Tabela 33 – Avaliação do número de mecanismos implementados em todo o hospital, de acordo com a cultura organizacional	134
Tabela 34 – Nível de engajamento dos pacientes, com base no modelo de Carman et al. (2013)	135
Tabela 35 – Avaliação do número de mecanismos implementados, de acordo com o nível de engajamento ..	136
Tabela 36 – Análise descritiva das barreiras – financeiras (N = 90)	137
Tabela 37 – Análise fatorial das barreiras financeiras – carga fatorial após rotação varimax	138
Tabela 38 – Nomeação dos novos fatores – financeiros.....	139
Tabela 39 – Teste de associação entre os agrupamentos dos fatores e as variáveis de caracterização do perfil dos hospitais – financeiros.....	145
Tabela 40 – Análise descritiva das barreiras – estruturais (N = 90).....	147
Tabela 41 – Análise fatorial das barreiras estruturais – carga fatorial após rotação varimax.....	148
Tabela 42 – Nomeação dos novos fatores – estruturais	149
Tabela 43 – Teste de associação entre os agrupamentos dos fatores e as variáveis de caracterização do perfil dos hospitais - estruturais.....	157
Tabela 44 – Análise descritiva das barreiras – pessoais e culturais (N = 90).....	158
Tabela 45 – Análise fatorial das barreiras pessoais e culturais – carga fatorial após rotação varimax.....	159
Tabela 46 – Nomeação dos novos fatores – pessoais e culturais	160
Tabela 47 – Teste de associação entre os agrupamentos dos fatores e as variáveis de caracterização do perfil dos hospitais – pessoais e culturais	168
Tabela 48 – Síntese dos resultados da pesquisa de avaliação – barreiras	170
Tabela 49 – Palavras mais citadas nas definições de engajamento dos pacientes e familiares.....	174
Tabela 50 – Relações mais citadas para definir engajamento dos pacientes e familiares	175
Tabela 51 – Análise das relações entre as palavras citadas na definição de engajamento dos pacientes e familiares	176
Tabela 52 – Perfil das instituições selecionadas – abordagem qualitativa	183
Tabela 53 – Perfil das instituições selecionadas quanto às atividades de gerenciamento da qualidade – abordagem qualitativa	184
Tabela 54 – Perfil das instituições selecionadas quanto aos mecanismos de engajamento – abordagem qualitativa	185
Tabela 55 – Perfil dos respondentes – abordagem qualitativa	186
Tabela 56 – Relação entre as categorias e os conceitos do nível básico identificados na análise das entrevistas	198

Tabela 57 – Fatores intervenientes para encontrar um paciente parceiro.....	205
Tabela 58 – Integração dos resultados das abordagens qualitativa e quantitativa	238
Tabela 59 – Comparativo dos mecanismos utilizados para engajamento dos pacientes e familiares com a literatura.....	248

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	<i>American College of Surgeons</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DALYs	Anos de vida ajustados por incapacidade, do inglês <i>disability-adjusted life years</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HFMEA	<i>Health Failure Modes and Effects Analysis</i>
IAP2	<i>International Association for Public Participation</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
NPS	<i>Net Promoter Score</i>
OCAI	Instrumento de avaliação da cultura organizacional, do inglês <i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não Governamental
PDSA	Planejar, Executar, Estudar e Agir (sigla do inglês <i>Plan, Do, Study and Act</i>)
P/F	Paciente/família
PNGS	Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
USP	Universidade de São Paulo
5S	Programa dos 5 sentidos (Seiri – utilização; Seiton – organização; Seiso – limpeza; Seiketsu – padronização; Shitsuke – disciplina)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Objetivos	22
1.1.1 <i>Objetivo geral</i>	22
1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	22
1.2 Justificativa do estudo	22
1.3 Estrutura do projeto de pesquisa	27
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	29
2.1 Terminologia	29
2.1.1 <i>Família, membros da família, representantes ou acompanhantes</i>	29
2.1.2 <i>Engajamento</i>	30
2.1.3 <i>Comunidade</i>	30
2.2 Qualidade.....	30
2.2.1 <i>Qualidade no setor de saúde</i>	33
2.3 Engajamento do paciente e família na gestão da qualidade	37
2.3.1 <i>Níveis de engajamento</i>	43
2.3.2 <i>Mecanismos de engajamento</i>	49
2.3.3 <i>Relações de poder no engajamento</i>	70
2.3.4 <i>Fatores intervenientes</i>	74
2.3.5 <i>Influência das certificações de qualidade no engajamento dos P/F</i>	82
2.4 Referencial teórico.....	83
3 METODOLOGIA DE PESQUISA	86
3.1 Desenho da pesquisa	88
3.2 Abordagem quantitativa.....	89
3.2.1 <i>População e amostra</i>	91
3.2.2 <i>Coleta de dados</i>	91
3.2.3 <i>Análise dos resultados – questões fechadas do questionário</i>	96
3.2.4 <i>Análise dos resultados – questão aberta do questionário</i>	99
3.3 Abordagem qualitativa	100
3.3.1 <i>Teoria fundamentada nos dados</i>	101
3.3.2 <i>Amostragem teórica</i>	101

3.3.3 Coleta dos dados.....	104
3.3.4 Análise e interpretação dos resultados.....	109
3.3.5 Componentes para avaliação da qualidade, credibilidade e aplicabilidade da teoria.....	114
3.4 Integração dos resultados	115
4 ASPECTOS ÉTICOS	118
5 RESULTADOS	120
5.1 Abordagem quantitativa – pesquisa de avaliação (questões fechadas).....	120
5.1.1 Caracterização das instituições.....	120
5.1.2 Caracterização dos participantes.....	128
5.1.3 Termos sinônimos de engajamento dos pacientes e familiares.....	129
5.1.4 Mecanismos de engajamento	130
5.1.5 Barreiras – Financeiras.....	136
5.1.6 Barreiras - Estruturais	145
5.1.7 Barreiras – Pessoais e culturais.....	157
5.1.8 Síntese dos resultados da etapa quantitativa	168
5.2 Abordagem quantitativa – pesquisa de avaliação (questão aberta)	172
5.3 Abordagem qualitativa – achados das entrevistas	182
5.3.1 Visão geral do perfil das instituições e dos participantes	183
5.3.2 Conceito e contribuições do engajamento dos pacientes e familiares	192
5.3.3 Categorias e suas propriedades e dimensões	197
5.3.4 Síntese dos achados – resumo conceitual e diagrama.....	234
5.4 Integração dos resultados	237
6 DISCUSSÃO	242
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	253
7.1 Implicações para a prática	254
7.2 Limitações da pesquisa	255
7.3 Sugestões para estudos futuros	256
REFERÊNCIAS.....	258
APÊNDICES	268
APÊNDICE A – Modelo do questionário para pesquisa de avaliação	268

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com profissionais dos hospitais.....	275
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	276
APÊNDICE D – Estatística descritiva dos escores dos fatores intervenientes	279

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do século XXI [...] – oferecendo cuidados baseados em evidências, centrados no paciente e orientados para os sistemas – também implica em novos papéis e responsabilidades para os pacientes e seus familiares, que precisam obrigatoriamente se tornar mais conscientes, mais participativos e mais exigentes, em um sistema de atendimento que deve atender às suas necessidades. (IOM, 2001, p. 21, tradução nossa)

Para Michael Porter, a meta mais importante para os prestadores de serviço de saúde deve ser “atingir um alto valor para os pacientes”, em que valor é definido como os resultados de saúde alcançados por gasto realizado. Este objetivo é o que importa para os pacientes e une os interesses de todas as partes – pacientes, financiadores, fornecedores e prestadores de serviço (PORTER, 2010). Segundo Scott e Jha (2014), a qualidade é tão importante quanto o acesso aos serviços, para melhorar a saúde global.

Estima-se que, anualmente, ocorram 421 milhões de internações no mundo e aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos. Esses eventos adversos resultam em perda de 23 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs, do inglês, *disability-adjusted life years*), o que representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo (JHA et al., 2013a).

A crescente importância global da segurança do paciente e da melhoria da qualidade dos serviços de saúde tem despertado o interesse de muitos pesquisadores para o tema ‘engajamento do paciente e seus familiares’, caracterizado por sua complexidade e pela dificuldade em demonstrar os resultados obtidos (MOCKFORD et al., 2012; CASTRO et al., 2016; BOMBARD et al., 2018; LIANG et al., 2018).

Na década de 1960, os movimentos pelos direitos humanos enfatizaram os direitos e as habilidades dos indivíduos e das comunidades, sendo considerados como um marco na introdução do tema de engajamento no mundo (CASTRO et al., 2016). Segundo Cahill (1998), no Reino Unido, o conceito de participação do paciente passou ser discutido na década de 1980, quando o governo recomendou que os pontos de vista e os desejos dos consumidores fossem levados em conta ao planejar e prestar cuidados de saúde.

Em 1998, nos Estados Unidos, foi criado o *Committee on the Quality of Health Care in America*, com o objetivo de identificar estratégias para alcançar uma melhoria substancial na qualidade dos cuidados de saúde prestados nos países. O resultado foi publicado em dois

importantes relatórios. O primeiro foi o *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, lançado em 1999, com foco nas questões de segurança do paciente (IOM *et al.* 2000). O segundo relatório, intitulado *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, concentrou-se em discutir como o sistema de prestação de cuidados de saúde pode ser projetado para inovar e melhorar o atendimento (IOM, 2001).

O relatório *Crossing the Quality Chasm* não recomenda abordagens organizacionais específicas, mas provê um direcionamento estratégico – o redesenho se refere a uma nova perspectiva sobre os objetivos do sistema de saúde (IOM, 2001). Esse relatório tornou-se um marco para o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema engajamento do paciente, sendo citado por muitas pesquisas publicadas, pois recomenda que “contratantes públicos e privados, organizações de saúde, médicos e pacientes devem trabalhar juntos para redesenhar os processos de cuidados de saúde” (recomendação 4, do total de 13).

Nos Estados Unidos, em 2007, foi criado o *Lucian Leape Institute*, pela *National Patient Safety Foundation*, em uma fusão com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o objetivo de fornecer orientação estratégica para alcançar cuidados de saúde seguros. Cinco conceitos foram definidos como fundamentais para que as instituições se tornassem seguras, eficazes e altamente confiáveis (LEAPE *et al.*, 2009):

1. Transparência como um valor praticado em todas as atividades;
2. Integração do cuidado por meio de equipes multidisciplinares e plataformas integradas de atendimento;
3. Envolvimento do paciente, tornando-os parceiros;
4. Restauração da alegria e significado no trabalho para os profissionais de saúde;
5. Reforma da educação médica, para atuação no novo ambiente.

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs medidas para melhorar a saúde de forma sustentável e recomendou ampliar a envolvimento dos pacientes por meio da participação da comunidade durante os processos de desenvolvimento de políticas, da implementação e avaliação por consultas/ audiências públicas, pela disseminação de informações usando meios de comunicação de massa, de ferramentas baseadas na web e da facilitação do envolvimento igualitário e significativo de representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs) em todos os níveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2010).

Donald Berwick, médico, professor da *Harvard Medical School* e da *Harvard School of Public Health*, e presidente emérito do IHI, descreve três eras na evolução da qualidade na área de saúde. A Era 1, na década de 1980, denominada era do “heroísmo profissional”, foi marcada pela dominância do profissional de saúde e pela confiança dos pacientes neste profissional. A Era 2, iniciada nos anos de 1990, corresponde a era de prestação de contas, pagamento por desempenho e mensuração. Esta era foi caracterizada pelo aparecimento dos relatórios de segurança do paciente, o qual expôs altos índices de erros, pelas pesquisas com pacientes, que evidenciaram baixa satisfação, e por um sistema oneroso. Atualmente, há uma transição da Era 2 para a 3, a qual enfatiza a importância da ciência da melhoria, e da voz ativa dos pacientes e comunidade, além da redução da complexidade dos incentivos. A Era 3 requer pelo menos nove mudanças, dentre as quais podem-se citar as recomendações para usar a ciência de melhoria, ainda não usada pela maior parte do setor de saúde, e ouvir as vozes das pessoas servidas – “‘coprodução’, ‘coplanejamento’ e ‘cuidado centrado no paciente’ são as novas palavras de ordem”, segundo Berwick (2016).

De acordo com Batalden (2018), se a melhoria da qualidade for vista somente através de uma lente dominante do produto, os gestores se concentrarão em processos, ações e produtos, o que pode negligenciar relacionamentos, resultados menos fáceis de medir e, mais importante, preferências individuais do paciente. Repensar a saúde como um serviço coproduzido acrescenta profundidade à compreensão de como se projetarem e criarem melhores serviços; melhorá-los; e, em última instância, aumentar sua contribuição para melhorar a saúde.

No centro da participação do paciente, reside uma redefinição de sua função, que se torna fundamental. Historicamente, em muitas culturas, a relação entre o paciente e o profissional de saúde seguia um modelo paternalista, em que o paciente era um espectador passivo. Segundo Longtin et al. (2010), vários fatores contribuíram para essa mudança. O primeiro fator tem sua base em considerações humanistas que afirmam que todo ser humano é dotado de vontade e com direito à autodeterminação; ao participar do processo de tomada de decisão, o paciente exerce seus direitos mais fundamentais. O consumerismo também contribuiu para a modificação do papel do paciente no processo de tratamento. Como qualquer consumidor, o paciente pode exigir serviços de qualidade. Avaliando continuamente o serviço e, às vezes, apresentando reclamações, o paciente-consumidor pode melhorar o sistema de saúde (LONGTIN et al., 2010).

O consumerismo é identificado como um dos principais movimentos que originaram o engajamento do paciente nos serviços de saúde, assim como os problemas de qualidade e os altos custos do serviço (CAHILL, 1998; MARTIN et al., 1998; COULTER, 1999; HIBBARD et al., 2004; THOMPSON, 2007; STONE, 2008; BERWICK, 2009; LONGTIN et al., 2010; GIBSON; BRITTEN; LYNCH, 2012; ARMSTRONG et al., 2013; RENEDO; MARSTON, 2015; KAVCIC; PAHOR; DOMAJNKO, 2015; OCLOO; MATTHEWS, 2016).

O envolvimento do paciente é caracterizado por práticas de participação dos pacientes na gestão das instituições de saúde, baseadas no reconhecimento de sua experiência e da potencial colaboração, para melhorar a qualidade dos serviços. O conhecimento proveniente da experiência, vivenciada apenas pelo paciente, é único e precioso, sendo adquirido a partir da observação pessoal próxima e direta, ou do contato, e expresso pelo pensamento, sentimento ou expressão verbal sobre sua experiência em um serviço, processo ou produto (BATE; ROBERT, 2006). Os pacientes vivem em sua condição e sua experiência é única (STANISZEWSKA et al., 2014). Os pacientes e seus cuidadores têm percepções baseadas em suas experiências de cuidado por meio do sistema de saúde, a partir de uma perspectiva que só eles podem ter como usuários do sistema. Esse raciocínio estabelece os pacientes como “especialistas por experiência” (BAKER et al., 2016a).

A experiência da vulnerabilidade é um elemento importante da formação da perspectiva do paciente. O conceito de experiência do paciente está fortemente relacionado ao conceito de perspectiva do mesmo (ROWLAND et al., 2017).

O envolvimento do paciente/família pode catalisar a melhoria da qualidade por meio de "histórias influentes", "perspectivas diferentes" ou "conhecimento experiencial" (JOHNSON et al., 2016).

A questão norteadora desta pesquisa foi: “Qual a percepção dos profissionais acerca do engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade dos serviços, no contexto hospitalar?”.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a percepção dos profissionais acerca do engajamento dos pacientes e familiares (P/F) na gestão da qualidade dos serviços, no contexto hospitalar.

1.1.2 Objetivos específicos

- Definir engajamento dos P/F na gestão da qualidade.
- Identificar a origem da decisão organizacional de engajar os P/F na gestão da qualidade e sua relação com os programas de acreditação.
- Identificar os mecanismos utilizados para engajar os P/F nas atividades da gestão da qualidade.
- Identificar os resultados obtidos pelo engajamento dos P/F na gestão da qualidade.
- Verificar os fatores intervenientes, do contexto interno e externo das instituições, que influenciam no engajamento dos P/F na gestão da qualidade.

1.2 Justificativa do estudo

Conforme demonstrado no início deste capítulo, há um reconhecimento da importância do engajamento do paciente para a melhoria da qualidade e da segurança dos serviços do setor de saúde, mas um número muito baixo de instituições tem implementado os mecanismos para engajá-los (GROENE et al., 2014, 2015; GROENE; SUNOL, 2015).

Apenas cerca de dois terços das melhorias realizadas no cuidado de saúde resultam em mudanças sustentáveis que atingem o objetivo planejado (PROQUALIS - INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2014). Por este motivo, os líderes precisam pensar cuidadosamente sobre o modo como introduzem mudanças positivas e as tornam sustentáveis. Existem evidências de que projetos desenvolvidos, desenhados e implementados com a participação dos profissionais de saúde e dos pacientes têm

probabilidade mais alta de resultar em mudanças sustentáveis do que aqueles baseados em um modelo de “comando e controle”, ou seja, implementados “de cima para baixo” (PROQUALIS - INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2014).

O engajamento do paciente é declarado como uma força poderosa e potencialmente benéfica (LAURANCE et al., 2014). Entretanto, existem limitações neste campo de pesquisa, que justificam este estudo. De forma sucinta, são descritas, a seguir, seis lacunas teóricas que fundamentam a realização desta pesquisa. O detalhamento das lacunas é apresentado no capítulo de revisão de literatura.

A primeira lacuna está relacionada à inconsistência e ao dissenso, na produção acadêmica, sobre o conceito da variável de estudo ‘engajamento do paciente’. Na Tabela 1 são apresentadas as conclusões de revisões de literatura relacionadas ao tema (tabela não exaustiva), publicadas ao longo dos últimos 20 anos. São publicações de periódicos reconhecidos, que apontam para a mesma lacuna conceitual. Segundo Castro et al. (2016), a ausência de clareza teórica e conceitual tem comprometido a compreensão e a comunicação entre pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas, além de ter gerado problemas na mensuração e na comparação entre os resultados de estudos realizados em diferentes instituições. O termo ‘engajamento do paciente’ tem sido utilizado algumas vezes como sinônimo de envolvimento, parceria, colaboração, participação, cuidado centrado, coprodução, entre outros encontrados, conforme será apresentado na revisão da literatura.

A questão apontada por Longtin et al. (2010) sobre a inexistência de uma única definição e a utilização de vários termos usados de forma intercambiáveis é demonstrada na revisão da literatura, na apresentação dos conceitos empregados em publicações sobre o tema.

A segunda lacuna é a incerteza sobre a melhor forma de trabalhar com os pacientes e os familiares, para melhoria da qualidade (HAN et al., 2013; JOHNSON et al., 2016; LIANG et al., 2018). Esta incerteza foi considerada como um dos maiores desafios para a parceria com os pacientes por Johnson et al. (2016). Na literatura, poucos estudos têm avaliado o engajamento para melhoria do serviço hospitalar, identificando as melhores atividades, funções e intervenções comportamentais para pacientes e profissionais de saúde (LIANG et al., 2018). Ainda faltam experiências sobre a prática de envolver o paciente, mais exemplos dos benefícios e mais incentivos e apoio para envolvê-los (HAN et al., 2013).

Tabela 1 – Evidências de dissenso e inconsistência sobre o conceito de engajamento do paciente

Referência	Conclusão
Cahill (1998)	O conceito de participação do paciente é extremamente complexo e de natureza multifatorial. Na literatura, o conceito foi definido e operacionalizado de diversas maneiras. É necessário formular uma definição padronizada
Longtin et al. (2010)	O conceito de participação do paciente permanece pouco definido, apesar da abundante literatura. Não existe uma única definição, e vários termos, como colaboração, envolvimento, parceria, empoderamento ou cuidado centrado no paciente, são usados de forma intercambiável
Mockford et al. (2012)	Os estudos raramente fornecem uma definição explícita de envolvimento ou qualquer outro termo similar usado. Foram realizadas amplas indicações do que é entendido por envolvimento do paciente, mas falta consistência na definição
Barello, Graffigna e Vegni (2012)	Engajamento do paciente aparece (na literatura) como um conceito fragmentado, faltando uma definição única. Apesar da crescente popularidade, o termo continua conceitualmente pouco desenvolvido. Há necessidade de um entendimento comum do que significa na prática e como pode ser operacionalizado e medido
Barello et al. (2014)	A conceituação do envolvimento do paciente ainda é vaga e mudou ao longo do tempo, oferecendo uma visão fragmentada e parcial desse fenômeno. Estes resultados apontam a urgência de uma compreensão mais profunda do que o envolvimento do paciente significa
Palumbo (2016)	Existe uma necessidade urgente de conceituar de forma mais ampla a coprodução dos serviços de saúde, a qual não deveria considerar somente a liberdade de escolha e a autodeterminação do paciente. Alternativamente, deveria reconhecer o paciente como um membro efetivo da equipe de saúde, que também é capaz de criar valor
Kohler et al. (2017)	Apesar de sua importância, continua existindo uma falta de clareza sobre o que é engajamento do paciente, como acontece, como ele é medido e como ele melhora os resultados de saúde para os pacientes e familiares

Fonte: elaborada pela autora.

A terceira lacuna está relacionada à origem da decisão de engajamento (qual a motivação) e se há relação com as decisões de certificação e acreditação das instituições. As pesquisas demonstram que a relação entre o envolvimento do paciente e o *status* da acreditação é fraca ou inexistente, ou seja, sugere que o envolvimento deveria ser tratado pelas instituições por políticas e estratégias específicas (GROENE et al., 2015; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017).

Outra questão observada é que o tema ainda é pouco explorado pelos pesquisadores no Brasil, o que configura a quarta lacuna teórica. Cahill (1998) ressalta que é preciso ter cautela ao fazer generalizações sobre a participação do paciente no cuidado, pois diversas características regionais podem impactar nos resultados das pesquisas. Entre as questões estruturais, podem ser citados os aspectos culturais, o desenvolvimento social e o sistema de saúde (público *versus* privado). Conseqüentemente, a comparação de estudos realizados em diferentes áreas da saúde pode ser problemática. Segundo Berwick, Feeley e Loehner (2015),

um sistema de cuidados adequadamente redesenhado requer adaptações detalhadas locais, sociais e técnicas para alavancar diferenças contextuais. Inovações que funcionam bem em um cenário geralmente não funcionam em outro sem modificações substanciais.

A quinta lacuna está relacionada à discussão das mudanças nas relações de poder, necessárias para o efetivo engajamento dos pacientes e familiares (P/F) na melhoria da qualidade. Segundo Locock et al. (2017), as pesquisas sobre a participação dos pacientes têm sido conceitual e teoricamente limitadas, por não abordarem as formas de poder e capital que ocorrem nas relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, no processo de engajamento.

A ampliação do nível de participação dos pacientes requer uma distribuição do poder. A participação sem compartilhamento do poder é um processo inútil e frustrante para o grupo sem poder, permite que os detentores do poder afirmem que todos os lados foram considerados, mas torna possível que apenas alguns desses lados sejam beneficiados, mantendo o *status quo* (ARNSTEIN, 1969).

O envolvimento bem-sucedido do paciente, esperado em níveis mais altos de participação, resulta em mudança de cultura dentro da organização, em uma colaboração significativa e em aprendizado mútuo, além de constituir um poder compartilhado ou neutralizado (BOMBARD et al., 2018).

Segundo Arnstein (1969), apenas a partir do nível de parceria, o poder é, de fato, redistribuído por negociação entre cidadãos e detentores do poder. Neste nível, há o compartilhamento de responsabilidades de planejamento e tomada de decisões, por meio de estruturas como conselhos e comitês.

A sexta lacuna está relacionada à observação realizada durante o desenvolvimento da revisão de literatura. O tema combina diversas questões, sendo elas conceitos, níveis de engajamento, mecanismos utilizados, mudanças nas relações de poder, aspectos facilitadores e barreiras para implementação, e a relação com outros programas de qualidade. Entretanto, as pesquisas, em geral, têm abordado, no máximo, duas destas questões – como, por exemplo, facilitadores e barreiras para um determinado mecanismo de engajamento, ou níveis de engajamento e mecanismos utilizados por nível.

Barello et al. (2014) identificaram que o conceito de engajamento tem sido discutido em diferentes domínios disciplinares, com perspectivas diversas e enfoque em aspectos específicos do fenômeno, sem uma visão ampla do processo e dos aspectos que podem

dificultar ou facilitar o engajamento do paciente. Os autores propõem que sejam consideradas as funções e características de todos os elementos essenciais do processo, como os engajadores (ou seja, profissionais de saúde, organizações, comunidades), as pessoas a engajar (os pacientes, seus cuidadores e familiares) e os mecanismos (dispositivos, intervenções, ferramentas, entre outros).

A proposição de um modelo que aborde de forma integrada e abrangente todas as questões relacionadas à variável de estudo ‘engajamento do paciente’ na gestão da qualidade representa uma inovação, o que pode ser também considerado como uma contribuição no desenvolvimento deste campo de pesquisa.

Como contribuição para a prática gerencial, um modelo teórico, construído a partir das experiências de outras instituições no engajamento de P/F, é um importante modo de compartilhar as práticas para aplicar em outras instituições do setor e pode, portanto, contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços.

Em resumo, a presente pesquisa é orientada, por um lado, pelo contexto de reconhecimento da necessidade premente de engajar os pacientes no sistema de gestão da qualidade, como estratégia importante para melhoria do serviço no setor de saúde, e, por outro, da dificuldade em definir o que é o engajamento do paciente, entender as práticas institucionais, identificar os fatores que influenciam no processo e determinar o que realmente importa para envolver efetivamente os P/F e obter uma contribuição na melhoria da qualidade.

Os resultados serão discutidos sob a ótica da busca pela excelência, uma vez que o tema tem sido amplamente difundido no setor de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos serviços prestados. O desenvolvimento deste projeto por um pesquisador da área de Engenharia de Produção busca contribuir com conhecimentos da área de administração e do setor industrial, ao adaptar as atividades e a terminologia para as especificidades do setor de saúde.

O desenho do escopo da pesquisa está direcionado para o nível de engajamento denominado ‘planejamento organizacional e governança’, descrito no *framework* desenvolvido por Carman et al. (2013)¹. O projeto se concentra no termo ‘engajamento do paciente’ para denotar o envolvimento dos pacientes, ou de seus representantes, em

¹ O referido modelo está descrito na seção 2.3.1 – Níveis de engajamento.

atividades relacionadas ao planejamento, à concepção ou à avaliação da gestão da qualidade em hospitais. Esta pesquisa não estuda o envolvimento do paciente e familiares no autocuidado, ou seja, o nível de engajamento denominado por Carman et al. (2013) como “cuidado direto”, e nem o envolvimento nas políticas públicas – nível “elaboração de políticas”.

Adicionalmente, não será estudada a participação dos pacientes em projetos de pesquisa, embora seja considerado um tema importante. Harrison e Frampton (2016) propuseram que a participação dos pacientes e de familiares em pesquisas fosse considerada a décima mudança necessária para a transição da Era 2 para 3, apresentadas por Berwick (2016).

Por fim, não está no escopo desta pesquisa entender ou avaliar a experiência do paciente no processo de engajamento, embora o tema seja identificado como lacuna da literatura (BOMBARD et al., 2018).

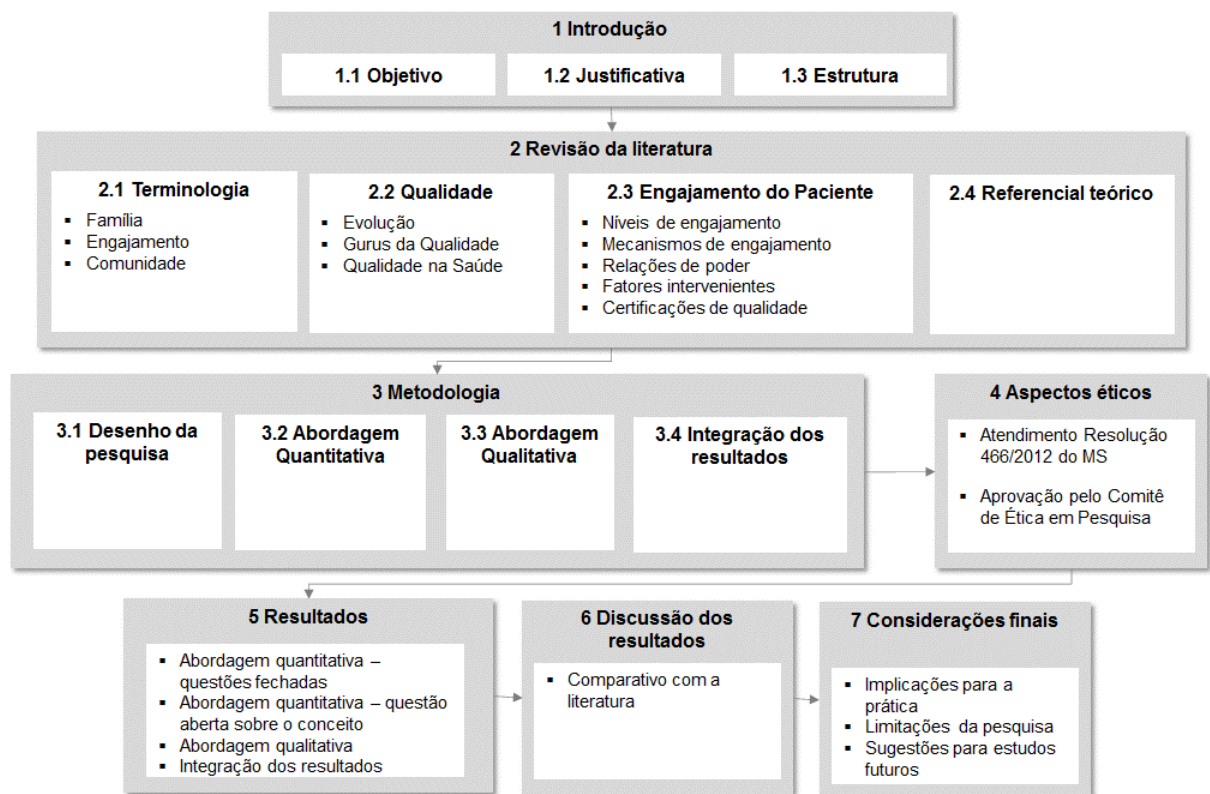
1.3 Estrutura do projeto de pesquisa

A Figura 1 apresenta a estrutura utilizada para apresentação da pesquisa, organizada em sete capítulos. O primeiro capítulo, ‘Introdução’, apresenta a justificativa, o delineamento da questão de pesquisa e dos objetivos, e a estrutura da pesquisa. O capítulo 2, ‘Revisão da literatura’, evidencia a discussão acadêmica acerca dos dois conceitos fundamentais para esta pesquisa, engajamento do paciente e qualidade. Neste ponto, ressalta-se que na etapa qualitativa, sendo um dos objetivos desta pesquisa desenvolver uma teoria a partir dos dados, que seguiu a recomendação de Corbin e Strauss (2015), não foram utilizados os modelos encontrados na literatura para além do delineamento do tema investigado, descrição da problemática de estudo, formulação das questões iniciais e aprimoramento da sensibilidade dos pesquisadores aos conceitos e possíveis conexões entre eles. As questões derivadas da revisão auxiliaram na construção do instrumento de pesquisa e na apresentação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, provendo uma lista dos conceitos a serem investigados (CORBIN; STRAUSS, 2015). O capítulo 3, ‘Metodologia’, apresenta os procedimentos metodológicos. O método de pesquisa utiliza abordagem mista concomitante. Por fim, são

apresentados os capítulos 4, 'Aspectos éticos', sobre essas questões observadas no planejamento e realização do projeto, capítulo 5, 'Resultados', capítulo 6, 'Discussão' e 7, 'Considerações finais'. Na sequência, são ainda apresentadas as referências bibliográficas citadas nesta pesquisa e os apêndices, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e modelos utilizados para coleta de dados das duas abordagens, quantitativa e qualitativa.

Os resultados da abordagem quantitativa foram separados em duas seções, resultados das questões fechadas e da questão aberta sobre o conceito de engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade. Esta divisão deu-se por terem sido utilizados métodos diferentes para análise dos resultados.

Figura 1 – Estrutura do projeto de pesquisa



Fonte: elaborado pela autora. MS: Ministério da Saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem como objetivo apresentar a revisão da literatura, pertinente e relevante, com relação ao tema de pesquisa selecionado. O capítulo está dividido em duas seções, em que são apresentados os conceitos fundamentais que norteiam esta pesquisa: qualidade e engajamento do paciente na gestão da qualidade.

Na seção referente ao engajamento do paciente, são apresentados os principais conceitos descritos nas publicações sobre o tema, os modelos de níveis de engajamento, os mecanismos utilizados, o impacto do engajamento nas relações de poder entre pacientes e profissionais, e os aspectos facilitadores e barreiras do processo de engajamento. Os aspectos facilitadores e as barreiras são apresentados em dois momentos: na seção de mecanismos, com o objetivo de apresentar os aspectos exclusivos, e na seção específica, com o objetivo de apresentar os aspectos relacionados ao tema em geral ou a mais de um mecanismo. Por fim, é apresentada brevemente a relação do tema estudado com as certificações de qualidade e acreditação das organizações de saúde.

2.1 Terminologia

Ao longo desta pesquisa, frequentemente são utilizadas as palavras ‘família’ ou ‘membros da família’ ou ‘representantes’ ou ‘acompanhantes’, ‘engajamento’ e ‘comunidade’. A seguir, são apresentados os seus conceitos.

2.1.1 *Família, membros da família, representantes ou acompanhantes*

A opção de utilizar a palavra ‘família’ é para reconhecer que todos – pai, mãe, irmãos, avós, tios e ‘parentes fictícios’, que podem ser amigos ou vizinhos – podem participar de maneira significativa. Em especial, quando os pacientes não estão fisicamente ou cognitivamente capazes de participar de seus próprios cuidados, os familiares desempenham papel importante e tornam-se os tomadores de decisão (HERRIN et al., 2016). Um exemplo são os pacientes pediátricos. Edgman-Levitan, Brady e Howitt (2013) definem família como o

círculo inteiro de pessoas que o paciente opta por envolver em sua saúde, e não apenas aqueles indivíduos conectados ao paciente por biologia ou legislação. Por isto, os artigos em geral tratam sobre o envolvimento do paciente e familiares, sendo a família representada por aquelas pessoas que o paciente opta por assim chamar, aqueles em quem ele confia e com quem tem uma boa relação (BALIK et al., 2011), inclusive amigos (FRAMPTON; WAHL; CAPPIELLO, 2010).

2.1.2 Engajamento

Na seção de revisão de literatura, os termos ‘engajamento’, ‘envolvimento’, ‘parceria’, ‘cuidado centrado no paciente’ e ‘coprodução’ são utilizados de forma intercambiável, considerando a terminologia empregada pelos pesquisadores nos trabalhos de origem. Porém, posteriormente, deve ser utilizado, preferencialmente, o termo ‘engajamento’, observando o modelo proposto por Carman et al. (2013).

2.1.3 Comunidade

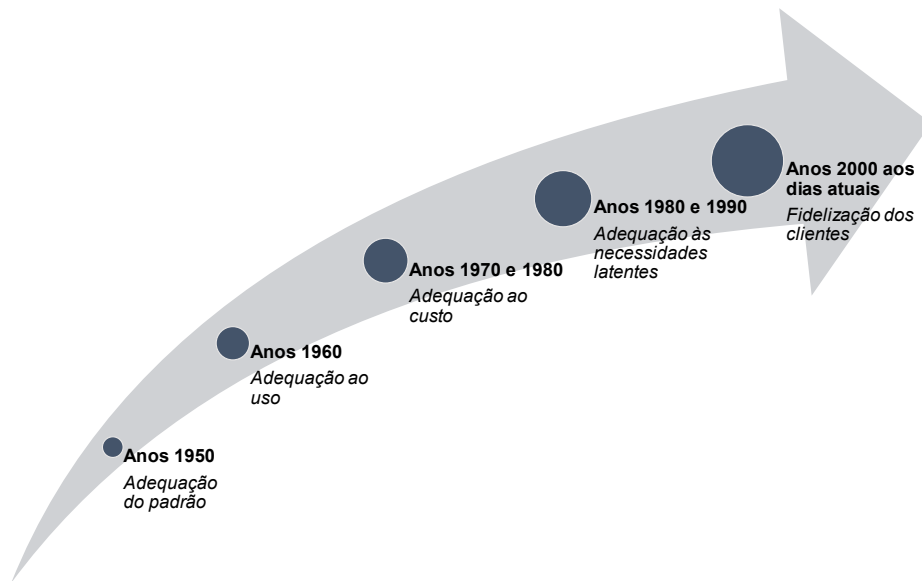
A palavra ‘comunidade’ compreende: pacientes da instituição, atualmente em tratamento ou não, e seus familiares; moradores do bairro ou lugares próximos aos hospitais, que podem ou não ser pacientes da instituição; organizações formadas por pacientes e familiares, que mantém alguma relação com o hospital; e sindicatos, associações, órgãos reguladores, financiadores, fornecedores ou outras instituições, que mantêm alguma relação com o hospital.

2.2 Qualidade

O conceito da qualidade surgiu dentro do contexto industrial, mas sua evolução e difusão, em âmbito global, ocorreu após a Segunda Guerra Mundial (BERSSANETI; BOUER, 2013).

Existem diversas definições para qualidade, sem consenso sobre a sua conceituação, devido à sua abrangência e complexidade. Desta forma, utilizam-se as definições dos principais gurus da qualidade, que mesmo com a proposição de novos conceitos não deixam de ser válidos, sobrepondo-se (BERSSANETI; BOUER, 2013). A Figura 2 apresenta a evolução do conceito de qualidade.

Figura 2 – Evolução do conceito de qualidade



Fonte: adaptado de Berssaneti e Bouer (2013).

Grandes nomes marcaram a área da qualidade, com destaque para Walter Andrew Shewhart, responsável pela introdução dos gráficos de controle; William Edwards Deming, considerado o grande teórico da qualidade, que introduziu os princípios de gestão da qualidade, o ciclo de melhoria Planejar, Executar, Estudar e Agir (PDSA, sigla do inglês *Plan, Do, Study and Act*) e promoveu a mudança do controle do produto para o controle do processo; Philip Crosby, com o conceito da conformidade dos requisitos; e Joseph Moses Juran, criador do conceito de adequação ao uso (BERSSANETI; BOUER, 2013).

Segundo Deming, “qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente” (DEMING, 1982). Deming propôs 14 princípios de qualidade que destacavam a participação de todos, a constância de propósito para melhorar sempre e a necessidade do aprendizado constante.

Para Juran, a palavra qualidade tem múltiplos significados, porém dois dominam o uso da palavra: (1) qualidade consiste nas características do produto (definido como a saída de um processo, que pode ser um produto físico, um serviço ou um *software*), que atendem às necessidades dos clientes (os quais podem ser internos ou externos à organização) e, assim, proporcionam satisfação com o produto; e (2) qualidade consiste em livre de defeitos (JURAN; GRZYNA, 1988). O conceito proposto por Juran é também conhecido como “adequação ao uso”, e a gestão da qualidade compreende três processos gerenciais básicos, denominados “trilogia de Juran” (JURAN; GRZYNA, 1988; JURAN, 2002):

1. **Planejamento da qualidade:** compreende as etapas de estabelecer as metas de qualidade, identificar os clientes, determinar necessidades dos clientes, desenvolver características dos produtos que atendam às necessidades dos clientes, desenvolver processos capazes de produzir as características dos produtos, estabelecer os controles dos processos e transferir os planos resultantes para as forças operacionais;
2. **Controle da qualidade:** abrange as ações de avaliar o desempenho da qualidade, comparar o desempenho real com as metas de qualidade, agir sobre a diferença;
3. **Melhoramento da qualidade:** engloba provar a necessidade, estabelecer a infraestrutura, identificar os projetos de melhoria, estabelecer as equipes de projetos, prover as equipes com recursos, treinamento e motivação, para diagnosticar as causas e estimular a implantação das soluções, além de estabelecer controles para manter as melhorias.

Juran acreditava que a melhoria da qualidade implicava, obrigatoriamente, em mudança consistente no nível de qualidade do serviço prestado, e não somente na solução de problemas, com ações corretivas que “apagam o fogo” (JURAN; GRZYNA, 1988).

Crosby traz o conceito de defeito zero. Quantifica a qualidade em termos financeiros, o que leva os gerentes a entender que atingir a qualidade é mais barato do que não a atingir. Para Crosby são quatro os princípios da qualidade (MALIK; SCHIESARI, 1998): a definição de qualidade é a conformidade com os padrões; o sistema de qualidade é a prevenção; o padrão de desempenho é o defeito zero; e a mensuração da qualidade é o preço da não conformidade.

2.2.1 Qualidade no setor de saúde

Para compreender a evolução e a incorporação dos conceitos de qualidade no setor de saúde Tronchin, Freitas e Melleiro (2016) elaboraram uma linha do tempo apresentando as principais iniciativas. O histórico inicia em 1854, com a atuação de Florence Nightingale, uma das precursoras do primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde. É seguida pela formação do *American College of Surgeons* (ACS), em 1917, que estabeleceu padrões mínimos de assistência, sob a coordenação de Ernest Coldman. Em 1918, foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No mundo, destacam-se individualmente as contribuições para a evolução do conceito de qualidade realizadas por Avedis Donabedian, com início nas décadas de 1960/1970, e Donald Berwick, na década de 1990 (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016).

Donabedian (1980) definiu “qualidade da assistência” como um atributo que o cuidado pode ter em maior ou menor grau, ao sugerir que o objeto primário de estudo é um conjunto de atividades que ocorre entre os profissionais de saúde e os pacientes, denominado “processo de cuidado”. A qualidade é a medida em que os serviços prestados alcançam o equilíbrio mais favorável entre os benefícios e riscos de danos à saúde, definição considerada o núcleo essencial da qualidade. Segundo Donabedian, os três principais elementos para avaliação da qualidade são:

1. Estrutura: características relativamente estáveis dos provedores de cuidado, das ferramentas e dos recursos à disposição, e das configurações físicas e organizacionais – o conceito de estrutura inclui recursos humanos, físicos e financeiros;
2. Processo: atividades que constituem o cuidado;
3. Resultado: as consequências para a saúde, ou seja, uma mudança no estado de saúde atual e futuro de um paciente.

Existe uma relação funcional entre os três elementos. Isso significa que as características estruturais dos cenários em que o cuidado é realizado têm uma propensão a influenciar no processo de cuidado, e, da mesma forma, as mudanças no processo de cuidado devem influenciar o efeito do cuidado sobre o estado de saúde (DONABEDIAN, 1980). As

melhores medidas de processo são aquelas para as quais existem evidências de pesquisa de que melhores processos levam a melhores resultados (IOM, 2001).

A qualidade é uma “propriedade de” ou um “julgamento sobre” uma determinada unidade de cuidado. Esse cuidado é divisível em pelo menos duas partes, a técnica e a interpessoal. A qualidade do cuidado técnico consiste na aplicação da ciência médica e da tecnologia de uma maneira que maximize seus benefícios à saúde, sem aumentar os riscos correspondentes. O gerenciamento do relacionamento interpessoal deve atender valores e normas socialmente definidos, que governam a interação dos indivíduos, e da situação geral e particular. Essas normas são reforçadas, em parte, pelos ditames éticos das profissões de saúde, e pelas expectativas e aspirações dos pacientes individuais (DONABEDIAN, 1980).

Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito da qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade” (MALIK; SCHIESARI, 1998):

1. Eficácia: capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e sendo mantidas constantes as demais circunstâncias;
2. Efetividade: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Grau em que o cuidado alcança o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis;
3. Eficiência: é a medida de custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
4. Otimização: é relação entre o processo de adicionar benefícios aos efeitos do cuidado de saúde e a variação de custos;
5. Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias;
6. Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral; e
7. Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população.

O *Institute of Medicine* (IOM) e a OMS definem qualidade como o nível em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de

resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (IOM, 2001; RUNCIMAN et al., 2009).

O IOM identificou seis dimensões para a qualidade do cuidado de saúde: seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo (IOM, 2001). O cuidado centrado no paciente é definido, neste relatório, como o cuidado que se concentra na experiência do paciente e nos sistemas de saúde, para atender as necessidades individuais dos pacientes. O cuidado centrado abrange as qualidades de compaixão, empatia e capacidade de resposta às necessidades, além dos valores e das preferências expressas de cada paciente.

Para atender as seis dimensões do IOM, Berwick, Nolan e Whittington (2008) sugeriram a busca simultânea de três objetivos (conhecidos como *triple aim*): melhorar a experiência do cuidado, melhorar a saúde da população e reduzir os custos *per capita* dos cuidados de saúde. Estas três metas são interdependentes, e deve haver um equilíbrio entre elas. O *triple aim*, embora originalmente concebido dentro dos Estados Unidos, foi adotado como um conjunto de princípios para a reforma do sistema de saúde dentro de muitas organizações ao redor do mundo (SIKKA; MORATH; LEAPE, 2015).

A partir da premissa de que a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde eficaz é uma força de trabalho engajada e produtiva (SIKKA; MORATH; LEAPE, 2015), e da observação dos altos índices de profissionais da área de saúde com a síndrome de *burnout*² e insatisfeitos (MILTENBURGER; BORGSTROM, 2014), surgiu a proposta de modificar o *triple aim* e incluir um quarto objetivo (criando o *quadruple aim*), voltado especificamente para a força de trabalho: melhorar a experiência de prestação dos cuidados. Segundo Sikka, Morath e Leape (2015, p. 2, tradução nossa), “enquanto os três primeiros objetivos [descritos no *triple aim*] fornecem uma justificativa para a existência de um sistema de saúde, o quarto objetivo torna-se um elemento fundamental para os outros objetivos a serem realizados”.

Em 2015, Berwick, Feeley e Loehner (2015) ampliaram o conceito do *triple aim*. Uma meta apropriada para atender as necessidades sociais de hoje é mais ampla; para melhorar

² Segundo o Ministério da Saúde, “a Síndrome de Burnout é um estado físico, emocional e mental de exaustão extrema, resultado do acúmulo excessivo em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes e/ou estressantes, que demandam muita competitividade ou responsabilidade, especialmente nas áreas de educação e saúde”. Fonte: Síndrome de Burnout: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em <http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Data do último acesso: 22/05/2019.

continuamente e significativamente em relação ao *triple aim* é preciso estabelecer uma parceria com os pacientes, profissionais de saúde e comunidades. Para esta parceria, foram sugeridos novos princípios, tais como:

- Projetar e manter sistemas que esperem e adotem mudanças, na busca contínua por melhorias;
- Mudar o equilíbrio de poder, de modo que a saúde e o bem-estar possam ser coproduzidos em parceria com pacientes, famílias e comunidades;
- Cultivar e mobilizar o orgulho e a alegria da força dos profissionais de saúde;
- Tornar mais fácil, reduzir continuamente o desperdício e todos os requisitos e atividades sem valor agregado para pacientes, familiares e médicos;
- Mover conhecimento, não pessoas, ao explorar todas as capacidades úteis da era digital moderna e substituir continuamente as melhores alternativas para visitas e estadias institucionais, conhecer pessoas onde elas estão, literalmente;
- Cooperar e colaborar, acima de tudo, eliminar os silos e destruir os limites institucionais e profissionais de autoproteção, que impedem o fluxo e a capacidade de resposta; e
- Assumir a abundância, ao usar todos os recursos que podem ajudar, especialmente aqueles trazidos por pacientes, famílias e comunidades.

A *Health Foundation*³ enxerga a qualidade como o nível de excelência no cuidado de saúde. Seu modelo de mudança (do inglês, *change model*) considera como fundamental seis áreas: liderança para a mudança; disseminação das inovações; metodologia de melhoria; execução rigorosa; medição transparente; fatores sistêmicos; e engajamento para a mobilização (PROQUALIS - INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2014).

No setor de saúde, qualidade e segurança do paciente são atributos indissociáveis na avaliação dos serviços (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016).

A OMS define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (RUNCIMAN et al., 2009).

³ A *Health Foundation* é uma instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar a qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido.

2.3 Engajamento do paciente e família na gestão da qualidade

O engajamento do paciente e da família é um importante elemento de transformação do sistema de saúde.
(HERRIN et al., 2016, p. 1, tradução nossa)

O envolvimento do paciente pode ser caracterizado pela transição de três modelos, sendo o primeiro denominado ‘abordagem paternalista’, representado pelo trabalho dos profissionais de saúde, orientado por um plano de intervenção, com pouca participação do P/F. O segundo, “abordagem centrada” no paciente, coloca o paciente no centro do trabalho e da preocupação dos trabalhadores. Todavia, na contemporaneidade, vem se destacando a “abordagem do paciente como parceiro”, considerado como membro da equipe de cuidados de saúde e, assim como todos os outros membros da equipe, ele deve ter sua experiência reconhecida (KARAZIVAN et al., 2015).

Nos estudos sobre o tema engajamento do paciente, observa-se a utilização de diferentes termos, com variadas definições ou, algumas vezes, utilizações como se fossem sinônimos, como envolvimento, cuidado centrado, ativação, parceria, colaboração, empoderamento e coprodução. Segundo Herrin et al. (2016), o termo ‘engajamento do paciente’ abrange diversos conceitos relacionados, todos construindo a ideia de envolver os pacientes como parceiros em seus cuidados. Na Tabela 2 são apresentados alguns dos termos e conceitos encontrados na literatura acadêmica sobre o tema.

No modelo proposto por Castro et al. (2016), os conceitos multidimensionais de ‘empoderamento’, ‘participação’ e ‘cuidado centrado’ deveriam ser vistos como inter-relacionados, ao invés de independentes. A relação entre os três conceitos é dada como a ‘participação do paciente’, que é uma estratégia para atingir uma ‘abordagem centrada no paciente’, a qual é um pré-requisito para facilitar o ‘empoderamento do paciente’. A conexão entre os conceitos é dada pelo equilíbrio das relações de poder entre os profissionais e os pacientes, a interação, o relacionamento, a comunicação e o respeito à voz dos pacientes.

Tabela 2 – Definição de ‘engajamento do paciente’ e expressões similares empregadas na literatura

Expressão (citação em inglês)	Referência	Definição
Ativação do paciente (<i>patient activation</i>)	Hibbard et al. (2004)	Aqueles que são ativados acreditam que têm funções importantes a desempenhar no autocuidado, colaborando com os profissionais e mantendo sua saúde. Eles sabem como gerenciar sua condição, manter o funcionamento e prevenir uma piora em seu estado de saúde. Eles têm habilidades e repertório comportamental para gerenciar sua condição, colaborar com seus provedores de saúde, manter seu funcionamento saudável, e ter acesso a cuidados adequados e de alta qualidade
	Hibbard e Mahoney (2010)	A ativação do paciente refere-se ao grau em que o indivíduo compreende que deve desempenhar um papel ativo no gerenciamento de sua própria saúde e dos cuidados com a saúde, e na medida em que se sente capaz de desempenhar esse papel. Especificamente, refere-se a conhecimento, habilidade e confiança do indivíduo para gerenciar sua própria saúde e cuidados com a saúde
	Staniszewska et al. (2014)	Reflete a função dos pacientes como participantes ativos em seu cuidado, cocriadores e cogestores de sua saúde e do uso dos serviços; são responsáveis pelo autocuidado, participantes no cuidado à saúde, participantes do processo decisório, autogestores, gerentes de risco e gerentes dos estilos de vida
Coprodução do serviço de saúde (<i>health care co-production; co-produced healthcare service</i>)	Batalden et al. (2015)	Pacientes e profissionais interagem como participantes dentro de um sistema de saúde em sociedade
	Palumbo (2016)	Estabelecimento de uma parceria de cocriação entre os pacientes e os profissionais de saúde, que combinam suas informações, habilidades e conhecimentos para coprojetar e coprestar serviços de saúde apropriados, com o propósito de alcançar melhores resultados. A coprodução deve ser entendida como o relacionamento colaborativo entre os profissionais de saúde e os pacientes
	Thörne et al. (2017)	Participação ativa dos P/F na prática, integrado a rotina diária do cuidado, com seu conhecimento e experiência para promover melhorias. Coprodução é uma parceria com os pacientes que passam a ter uma ‘participação em dobro’, como pacientes propriamente ditos fornecendo informações sobre o seu cuidado/estado de saúde, e como membros ativos de uma equipe de solução de problemas
	Batalden (2018)	Trabalho interdependente de usuários e profissionais que estão criando, projetando, produzindo, entregando, monitorando e avaliando as relações e ações que contribuem para a saúde dos indivíduos e da comunidade. Em seu núcleo, estão as interações entre os pacientes e os profissionais em diferentes papéis e níveis de trabalho compartilhado
Cuidado centrado no paciente (<i>patient-centered care</i>)	IOM (2001)	O cuidado centrado no paciente concentra-se na experiência do paciente e nos sistemas de saúde para atender as necessidades individuais dos pacientes. O cuidado centrado abrange as qualidades de compaixão, empatia e capacidade de resposta às necessidades, valores e preferências expressas de cada paciente

Continua

Expressão (citação em inglês)	Referência	Definição
Cuidado centrado no paciente (<i>patient-centered care</i>)	Berwick (2009)	A 'centralização no paciente' é uma dimensão da qualidade dos cuidados de saúde em si. A definição está baseada em três máximas úteis: (1) "as necessidades do paciente vêm em primeiro lugar"; (2) "nada sobre mim sem mim"; e (3) "todo paciente é o único paciente". A partir destas considerações, o cuidado centrado no paciente é definido como "a experiência (na medida em que o paciente informado o deseja) de transparência, individualização, reconhecimento, respeito, dignidade e escolha em todos os assuntos, sem exceção, relacionados a pessoa, circunstâncias e relacionamentos na área da saúde"
	Luxford et al. (2011)	Focar o atendimento nas necessidades e preferências do paciente
	Castro et al. (2016)	O cuidado centrado no paciente é uma abordagem e atitude biopsicossocial que visa prestar um cuidado que seja respeitoso, individualizado e fortalecedor. Implica na participação individual do paciente e é construída sobre uma relação de confiança mútua, sensibilidade, empatia e conhecimento compartilhado
	Planetree Int.	O cuidado centrado na pessoa é mais que hospitalidade. É mais do que amenidades e um ambiente convidativo. Ele cria impressões positivas e experiências satisfatórias, mas, além disso, melhora a vida. Cria locais de trabalho que energizam e inspiram alegria no trabalho. Melhora os resultados de saúde e une as comunidades em torno da saúde e bem-estar
	About Us - Picker principles of person centred care	Entender e respeitar os valores, preferências e necessidades expressas das pessoas é a base do cuidado centrado na pessoa
Empoderamento do paciente (<i>patient empowerment</i>)	Castro et al. (2016)	O empoderamento coletivo do paciente é um processo que dá aos grupos o poder de expressar suas necessidades e agir para atender a essas necessidades e melhorar sua qualidade de vida. O 'empoderamento do paciente' é um conceito muito mais amplo do que a 'participação do paciente' e o 'cuidado centrado no paciente'
Engajamento do paciente (<i>patient engagement</i>)	Carman et al. (2013)	Engajamento do paciente é definido como pacientes, famílias, seus representantes e profissionais de saúde que trabalham em parceria ativa em vários níveis do sistema de saúde – cuidados diretos, desenho organizacional e governança e formulação de políticas –, para melhorar a saúde e a assistência à saúde
	Laurance et al. (2014)	O engajamento do paciente é um movimento global, operando em níveis que vão do pessoal ao político e em instâncias do hospital até o domicílio, proporcionando benefícios de melhores cuidados à redução de custos
	Barello et al. (2014)	Engajamento do paciente pode ser definido como experiência processual em múltiplos níveis, que resulta da orientação conjunta cognitiva (pensar), emocional (sentir) e conativa (ato) dos indivíduos em relação ao seu gerenciamento de saúde

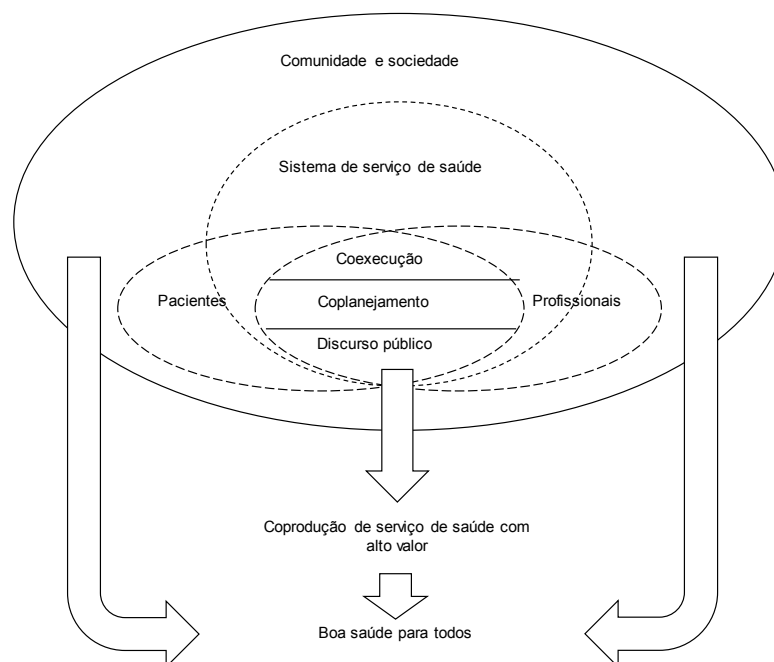
Expressão (citação em inglês)	Referência	Definição
Engajamento do paciente (<i>patient engagement</i>)	Herrin et al. (2016)	Engajamento dos pacientes e familiares é definido como: (1) um conjunto de crenças e comportamentos dos pacientes, familiares e profissionais de saúde; (2) características do desenho e procedimentos organizacionais; e (3) um conjunto de políticas organizacionais, destinadas a garantir a inclusão dos pacientes e de seus familiares como membros ativos da equipe de saúde, bem como estimular parcerias colaborativas com provedores, pacientes e suas famílias
	Rowland et al. (2017)	Os programas de engajamento do paciente referem-se a iniciativas organizacionais em que os P/F são convidados a informar como os serviços de saúde específicos da organização são prestados e como podem ser melhorados
Envolvimento do paciente (<i>patient involvement</i>)	Crawford et al., (2002)*	É definido como a participação ativa dos pacientes, seus representantes e do público mais amplo (como potenciais pacientes) no planejamento, na monitoração e no desenvolvimento dos serviços de saúde
	Groene et al., (2010)	Envolvimento do paciente é entendido como a medida em que os pacientes participam de decisões relacionadas à sua condição (por consentimento informado, plano de terapia ou autogestão) e contribuem para a aprendizagem organizacional por meio de seus conhecimentos adquiridos durante a doença e internação
	Mockford et al., (2012)	É um termo multifacetado, e inclui engajamento e comunicação com a comunidade local, focada em resultados e melhoria dos serviços locais de Atenção Primária, com base na construção de fortes relacionamentos entre usuários e aqueles em funções de tomada de decisão, envolvimento direto e sustentável em todos os níveis, abertura e aceitação, e apoio
	Ocloo e Matthews (2016)	Envolvimento é uma atividade que é feita 'com' ou 'pelos' pacientes ou membros da comunidade em vez de 'para', 'sobre' ou 'por' eles
Participação do paciente (<i>patient participation</i>)	Castro et al., (2016)	A participação coletiva dos pacientes é a contribuição dos pacientes ou de suas organizações representativas na formação de serviços de saúde e assistência social por meio do envolvimento ativo em uma série de atividades no nível individual, organizacional e político que combinam o conhecimento experiencial e profissional. A participação do paciente está mais associada à perspectiva do paciente, pois a experiência do paciente é o fator-chave

Fonte: Elaborado pela autora.

* Revisão sistemática identificada como uma das referências mais citadas pelos estudos apresentados nesta pesquisa. É uma publicação do periódico *British Medical Journal* (Fator de Impacto 2016 de 23,562). O artigo tem 406 citações na base *ISI Web of Science* (data da consulta: 8 de fevereiro de 2019). P/F: paciente/família.

O termo 'coprodução' tem sido utilizado mais recentemente na área de saúde. Sua base é a mudança da abordagem da lógica da manufatura para a do serviço. A coprodução considera que o cuidado à saúde é concebido como um serviço e, desta forma, diferentemente da manufatura de produtos, é sempre coproduzido pelos profissionais e usuários do serviço (BATALDEN et al., 2016; PALUMBO, 2016). A Figura 3 apresenta o modelo conceitual de coprodução dos serviços de saúde desenvolvido por Batalden et al. (2015).

Figura 3 - Modelo conceitual de coprodução dos serviços de saúde



Fonte: adaptado de Batalden et al. (2015).

Em 2018, Batalden fez uma reflexão sobre seu modelo de coprodução e concluiu que, para gerar melhorias sustentáveis em um sistema coproduzido, seria necessário envolver alguns elementos ausentes na taxonomia inicial:

- Saúde: a ênfase anterior em melhores resultados torna-se mais específica – melhor saúde;
- Rede ou sistema: reconhece o benefício de integrar o desempenho do sistema com o aprendizado em uma rede que reflete o aprendizado ativo e a interminável mudança para melhoria. Inclui o desenvolvimento e o uso de conhecimento para oferecer respostas padronizadas a necessidades comuns, respostas personalizadas a necessidades específicas e respostas flexíveis a necessidades emergentes. A

aprendizagem contínua é importante, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes;

- Participação do paciente: os serviços de saúde cogerados sempre incluem a participação do paciente de alguma forma;
- Desenvolvimento profissional: profissionais de saúde usam diversos quadros analíticos, como prática informada pela ciência, experiências dos indivíduos, e conhecimento que integra os bons princípios do *design* e a prática diária. Esses profissionais também trazem seus conhecimentos, habilidades e hábitos para o trabalho;
- Avaliação e mensuração: medir o processo e os resultados de um serviço coproduzido direciona a atenção para a forma como os objetivos do paciente foram lançados, como foram abordados e se foram alcançados. Também deve avaliar a eficácia das intervenções e práticas dos profissionais.

O envolvimento significativo requer reflexão sobre as razões e os objetivos para o envolvimento do paciente e a preparação e apoio necessários para uma mudança bem-sucedida (BAKER et al., 2016a).

Segundo Mockford et al. (2012), definir o impacto do envolvimento, que é um conceito multifacetado, pode ser complexo e depende do contexto, das políticas, das pessoas, dos recursos, de seu propósito e da cultura das organizações e dos indivíduos. O impacto, que engloba efeitos e resultados, pode ser de curto ou longo prazo, e tem o potencial de afetar indivíduos, funcionários e organizações.

Mockford et al. (2012) identificaram, em revisão sistemática da literatura, que o envolvimento dos pacientes e da comunidade pode ter impacto no “planejamento e desenvolvimento dos serviços”, “no desenvolvimento e disseminação da informação” e “nas atitudes, valores e crenças dos usuários e prestadores do serviço”. No planejamento e desenvolvimento, os impactos foram agrupados em sete categorias: (1) planejamento de novas construções e seus ambientes; (2) localização e acesso aos serviços; (3) prestação de serviços adicionais; (4) reorganização de serviços existentes; (5) mudanças nas organizações de alta confiança; (6) melhoria do diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes; e (7) melhoria do diálogo entre os pacientes. Quanto ao desenvolvimento e à disseminação da informação, o envolvimento dos pacientes foi citado na produção de informação (como, por

exemplo, boletins de notícias, livretos, folhetos, entre outros), nas campanhas de sensibilização da comunidade quanto às doenças crônicas (como, por exemplo, diabetes) e no desenvolvimento de treinamentos para os usuários dos serviços e profissionais.

O engajamento de pacientes, familiares e cuidadores pode ser uma estratégia para promover o cuidado centrado no paciente (LUXFORD; SAFRAN; DELBANCO, 2011).

Em contrapartida, Groene et al. (2014) não encontraram evidência suficiente de uma associação entre o envolvimento dos P/F na gestão da qualidade e a implementação de estratégias e procedimentos para o atendimento centrado no paciente (medido na pesquisa por meio de quatro questões: pesquisas formais com pacientes, políticas escritas sobre os direitos do paciente, informações ao paciente contendo literatura sobre o cuidado e guias com informação para o cuidado pós-alta).

Palumbo (2016) descreve a criação de parcerias colaborativas entre os usuários e os prestadores de serviço para coplanejar e coimplementar modelos inovadores de serviço, como uma abordagem renovada de prestação de serviço.

2.3.1 Níveis de engajamento

Devido à complexidade em definir 'engajamento do paciente' e à existência de diferentes concepções, alguns pesquisadores desenvolveram *frameworks* ao propor níveis de engajamento, que se iniciam em formas mais passivas e vão até níveis de envolvimento total. O nível de engajamento pode influenciar nos resultados da melhoria do serviço: produtos discretos (como, por exemplo, desenvolvimento de ferramentas e documentos) em grande parte derivam de um nível mais baixo de engajamento (consultivo), enquanto processos de cuidado ou resultados estruturais (como melhoria na governança, cuidado ou serviços) derivam principalmente de um nível mais alto (coplanejamento) (BOMBARD et al., 2018).

Segundo Ocloo e Matthews (2016), os diferentes níveis de participação são apropriados em circunstâncias diversas. Por isso, deve-se avaliar qual nível é importante, de acordo com o propósito do envolvimento e como isso influenciará na tomada de decisão. O'Hara e Lawton (2016) sugerem a necessidade de uma gama de oportunidades igualmente

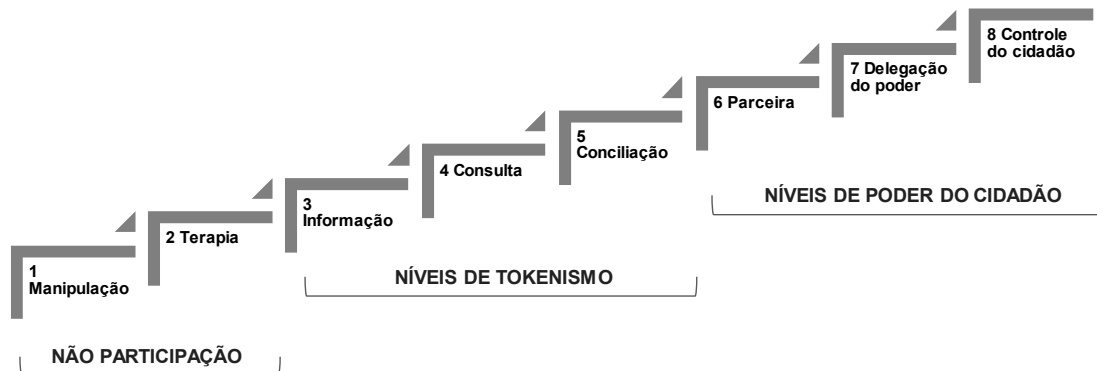
valiosas para os pacientes se envolverem em níveis variados e de funções que podem contribuir para o engajamento de perfis de pacientes distintos.

Os modelos de níveis de engajamento dos pacientes, aplicados ao setor de saúde, têm sua origem em modelos gerais de participação da comunidade nos serviços do setor público. Por este motivo, são apresentados primeiramente dois modelos gerais (ARNSTEIN, 1969; ROWE; FREWER, 2005), utilizados como referência para o desenvolvimento de modelos do setor de saúde, seguidos dos modelos específicos ajustados para o setor (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR PUBLIC PARTICIPATION, 2018; BATE; ROBERT, 2006; CARMAN et al., 2013).

Na proposição dos níveis de engajamento, o trabalho desenvolvido por (ARNSTEIN, 1969)⁴ é considerado seminal. Este modelo apresenta oito níveis de participação e não participação, em que cada nível correspondente à extensão do poder dos cidadãos na decisão final (Figura 4). Os dois níveis iniciais descrevem níveis de não participação, pois seu objetivo real não é permitir que as pessoas participem do planejamento ou da condução de programas. Os níveis 3 e 4 progridem para níveis de *tokenismo*, que permitem que os participantes ouçam e tenham voz: informação e consulta – mas, sob estas condições, eles não têm o poder de assegurar que seus pontos de vista serão ouvidos pelos decisores, ou seja, não há garantia de mudar o *status quo*. Informação é o primeiro nível importante para legitimar a participação da comunidade. O nível 5, conciliação, permite que os participantes aconselhem, mas retêm para os detentores do poder o direito de decidir. No nível 6, os cidadãos podem estabelecer uma parceria, que permite negociar e se envolver em trocas com detentores de poder. Por fim, nos níveis mais altos, poder delegado (nível 7) e controle do cidadão (nível 8), os cidadãos compõem a maioria no grupo de decisores ou obtêm o poder administrativo total.

⁴ Este artigo foi citado por 3.598 artigos na base ISI Web of Knowledge (data da consulta: 24/11/2018). O número de citações aumenta de forma acentuada a partir de 2010 – 2.714 citações no período de 2010 a 2018 (75,40% do total), atingindo um pico em 2017. Na base Google scholar, o artigo foi citado por 17.283 publicações (data da consulta: 24/11/2018).

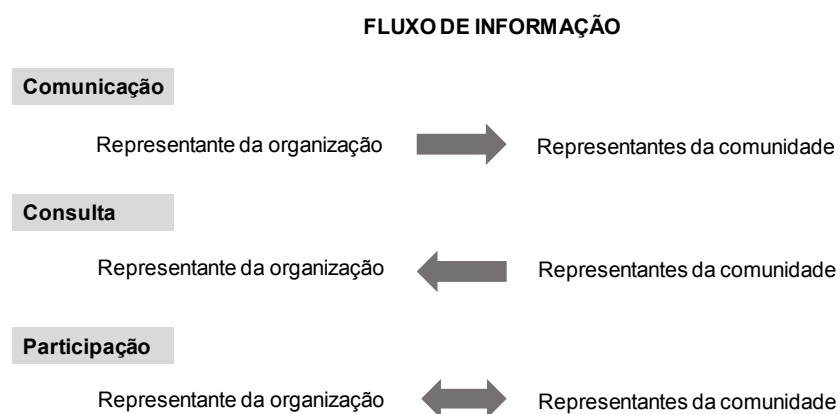
Figura 4 - Níveis de participação do cidadão. Escada de oito níveis



Fonte: adaptado de Arnstein (1969).

Rowe e Frewer (2005) propuseram definir engajamento a partir da combinação de três conceitos, baseados no fluxo de informação entre participantes e patrocinadores (Figura 5): comunicação, consulta e participação. A comunicação envolve a transmissão de informações dos patrocinadores para os participantes, o fluxo de informações é unidirecional, sem envolvimento do público (no sentido de que o *feedback* não é exigido ou solicitado). Na consulta, as informações são transmitidas pelos participantes aos patrocinadores, seguindo um processo iniciado por este último, sem um diálogo entre as partes. Por último, participação constitui a prática de envolver membros do público nas atividades de definição de agenda, tomada de decisões e formulação das políticas da organização. Na participação, existe um diálogo entre as partes. Neste modelo, os conceitos de comunicação e de consulta também são denominados como níveis de não participação.

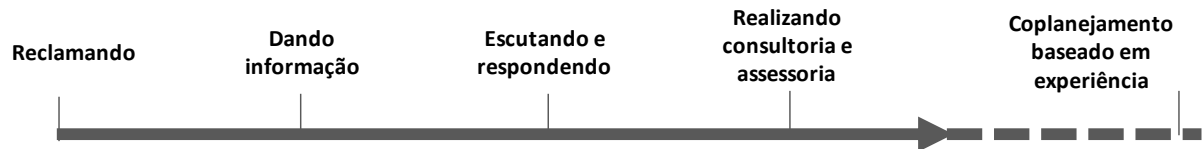
Figura 5 - Tipos de engajamento, a partir do fluxo de informação



Fonte: adaptado de Rowe e Frewer (2005).

No setor de saúde, Bate e Robert (2006) propuseram um contínuo de influência da participação do paciente (Figura 6), que inicia com a mentalidade tradicional, com enfoque na preferência e na escolha (ouvir, compreender e responder) e apoio, que evolui para consulta e reclamações, em que a influência é o foco, e não a experiência. O último nível é o de coplanejamento dos serviços, em que há participação e envolvimento total. Neste nível, os objetivos da experiência dos pacientes e usuários são colocados no centro do processo de planejamento e com a mesma importância dos objetivos clínicos e de processo. O desafio nessas iniciativas é entender a experiência do cuidado em um nível profundo e mudar a concepção de desenho de um processo para desenho de uma experiência, identificando os momentos da verdade. Para os autores, a experiência vivenciada durante a prestação do serviço é designada como "o quanto as pessoas entendem isso, como se sentem ao usá-lo, como este atende ao seu propósito e como se encaixa no contexto em que o mesmo está sendo usado" (Bate; Robert, 2018, p. 308, tradução nossa).

Figura 6 - Contínuo de influência do paciente



Fonte: adaptado de Bate e Robert (2006).

Bate e Robert (2006) afirmam que os pacientes participam principalmente por sua experiência, não necessariamente por qualquer conhecimento prévio que possam ter, embora tal conhecimento especializado possa ser útil.

Outro modelo amplamente empregado nas pesquisas sobre o engajamento dos pacientes é o *framework* proposto por Carman et al. (2013), apresentado na Figura 7. Este modelo tem sido amplamente utilizado como referência em pesquisas sobre o tema⁵. O *framework* multidimensional inclui três aspectos críticos do engajamento do paciente: as formas de engajamento, que variam de consulta à parceria e liderança compartilhada; os

⁵ Este artigo foi citado por 289 artigos na base *ISI Web of Knowledge* (data da consulta: 24 de novembro de 2018). Na base *Google Scholar*, o artigo foi citado por 583 publicações (data da consulta: 24 de novembro de 2018).

níveis, que podem ser: cuidado direto, planejamento organizacional e governança, e elaboração de políticas; e os fatores que influenciam no engajamento.

Figura 7 - *Framework* multidimensional para envolvimento do paciente/família na saúde e nos cuidados de saúde



Fatores que influenciam o engajamento:

- **Paciente** (crenças sobre o papel do paciente, literacia em saúde, educação)
- **Organização** (políticas e práticas, cultura)
- **Sociedade** (normas sociais, regulamentos, políticas)

Fonte: adaptado de Carman et al. (2013) e Carman e Workman (2017).

Na Tabela 3, pode ser observado o modelo estabelecido pela *International Association for Public Participation* (IAP2). O modelo, denominado '*Public Participation Spectrum*' ou '*IAP2 Spectrum*', baseia-se em cinco níveis de participação e também tem sido aplicado em estudos sobre o tema (BAKER et al., 2016a; SNOW; TWEEDIE; PEDERSON, 2018).

Tabela 3 - Modelo de participação da comunidade, de acordo com a *International Association for Public Participation*

Dimensão	Informar	Consultar	Envolver	Colaborar	Empoderar
Objetivo da participação da comunidade	Fornecer à comunidade informações equilibradas e objetivas para ajudá-la a entender os problemas, as alternativas e/ou as soluções	Obter <i>feedback</i> da comunidade sobre análises, alternativas e/ou decisão	Trabalhar diretamente com a comunidade durante todo o processo, para garantir que suas preocupações e aspirações sejam consistentemente compreendidas e consideradas	Estabelecer parcerias com a comunidade em cada aspecto da decisão, incluindo o desenvolvimento de alternativas e a identificação da solução preferida	Colocar a decisão final nas mãos da comunidade
Compromisso com a comunidade	Manter informado	Manter informado, ouvir e reconhecer as preocupações e aspirações, e fornecer <i>feedback</i> sobre como a contribuição influenciou na decisão	Trabalhar com todos para garantir que suas preocupações e aspirações sejam refletidas diretamente nas alternativas desenvolvidas e fornecer <i>feedback</i> sobre como sua contribuição influenciou na decisão	Buscar conselhos e inovações na formulação de soluções e incorporar nas decisões, na medida do possível	Implementar o que for decidido

Fonte: International Association for Public Participation (IAP2) (2018).

2.3.2 Mecanismos de engajamento

Para um engajamento efetivo [...] nós propomos a mudança do paradigma clínico de determinar 'qual é o problema?' para descobrir 'o que importa para você?'. (EDGMAN-LEVITAN; BRADY; HOWITT, 2013, p.5, tradução nossa)

Processos, métodos, técnicas e ferramentas utilizadas para permitir o envolvimento dos pacientes e familiares podem ser coletivamente denominados 'mecanismos'. A existência de uma variedade de mecanismos pode gerar incerteza quanto à melhor forma de realizar o envolvimento. Porém, mecanismos diferentes podem ser necessários, uma vez que o envolvimento pode assumir muitas formas, em diferentes situações (contextos), com diferentes tipos de participantes, requisitos e objetivos (ROWE; FREWER, 2005). Não existe uma única estratégia ou método que possa ser considerado para refletir as melhores práticas de engajamento do P/F (GROENE; SUNOL, 2015).

A definição multifacetada de envolvimento do paciente sugere a hipótese segundo a qual este conceito pode ter algumas dimensões imutáveis e subjacentes, que são disciplinares e não relacionadas, e constituem operacionalizações que são, em vez disso, ideográficas e baseadas no contexto (BARELLO; GRAFFIGNA; VEGNI, 2012).

Ocloo e Matthews (2016) sugerem o uso de padrões como o 4Pi, do inglês, *Principles, Purpose, Presence, Process and Impact*, para suportar o desenvolvimento dos mecanismos de envolvimento.

O engajamento pode integrar os valores, as experiências e as perspectivas dos pacientes ao planejamento e à governança das instituições de saúde, como hospitais, clínicas, entre outros. Os pacientes podem participar do planejamento, da entrega e da avaliação do atendimento. Também podem ajudar a projetar instalações; servir nos conselhos consultivos de pacientes e familiares dos hospitais; participar do desenho e da execução de projetos de melhoria da qualidade; e ajudar na contratação, no treinamento e no desenvolvimento de pessoal (CARMAN et al., 2013)

Ainda no nível do planejamento e da governança organizacional, Kohler et al. (2017) propuseram a inclusão dos P/F como consultores no processo decisório, para definir e planejar a estratégia, de modo a envolver os P/F nas iniciativas de melhoria de qualidade dos serviços, estabelecer programas e desenvolver políticas, direcionando a melhoria de acordo com a

perspectiva e a experiência do paciente. Esta iniciativa de melhoria foi estabelecida para criar as ferramentas necessárias, os recursos e a infraestrutura, para apoiar o desenvolvimento de uma estratégia para "colaborar e empoderar" nos pontos de tomada de decisão. Os recursos desenvolvidos por essa iniciativa ajudam a guiar os próximos passos de implementação. Os objetivos de longo prazo desta iniciativa são apoiar a prestação de cuidados centrados no paciente e a melhoria dos resultados de saúde.

Herrin et al (2016), em sua pesquisa com 1.457 hospitais dos Estados Unidos, identificaram uma grande variação na adoção das práticas para engajamento dos P/F entre as instituições. Entre as principais práticas destaca-se que 38% das instituições tinham conselho consultivo de pacientes e familiares.

A Tabela 4 apresenta as atividades de engajamento de pacientes realizadas nos hospitais, identificadas por Liang et al. (2018) e caracterizadas pelas formas de engajamento propostas por Carman et al. (2013) e Carman e Workman (2017)– consulta, envolvimento e parceria e liderança compartilhada. A Tabela 5 apresenta o resultado de cinco pesquisas sobre mecanismos empregados para engajar os P/F na gestão da qualidade. Destacam-se os mecanismos de participação em projetos e/ou comitês e pesquisas com P/F.

Tabela 4 - Tipos de atividades de engajamento dos pacientes para melhoria dos serviços hospitalares

Consulta	Envolvimento	Parceria e liderança compartilhada
Fornecer <i>feedback</i> , solicitado por questionário ou entrevista, sobre como melhorar os serviços	Membro de comitês de qualidade Membro de comitês de gestão do hospital	Membros de painel consultivo de cidadãos que priorizavam os principais serviços para informar a reestruturação hospitalar;
Fornecer <i>feedback</i> voluntário por meios de comunicação de massa ou caixas de sugestões	Membro de painéis, conselhos ou redes consultivas Membro das equipes de projeto Provedor de educação para outros pacientes	recomendações foram amplamente adotadas pelo conselho do hospital

Fonte: adaptado de Liang et al. (2018).

Tabela 5 – Mecanismos utilizados para engajamento dos pacientes e familiares

Dados da pesquisa	Groene et al. (2009)	Makai et al. (2009)*	Han et al. (2013)	Groene et al. (2014) [†]	Saut e Berssaneti, 2016)*
Local	Bélgica, República Tcheca, França, Irlanda, Holanda, Polônia, Espanha e Reino Unido	Hungria	Estados Unidos	República Tcheca, França, Alemanha, Polônia, Portugal, Espanha e Turquia	Brasil
Amostra	351 hospitais	102 hospitais	112 instituições de saúde	72 hospitais	141 instituições de saúde
Mecanismos avaliados					
Avaliação das metas e/ou objetivos de qualidade	35%	13%	-	-	57%
Desenvolvimento dos critérios de qualidade	21%	5%	-	11,7%	64%
Participação em comitês e projetos de melhoria	Comitês de qualidade corresponderam a 30% Projetos corresponderam a 40%	4%	Geral correspondeu a 32% Comitês consultivos corresponderam a 21% Projetos corresponderam a 23%	Comitês de qualidade corresponderam a 15% Projetos corresponderam a 20%	51%
Desenvolvimento das diretrizes de qualidade	-	3%	-	-	60%
Desenho e organização dos processos de cuidado	19%	-	37%	7%	-
Discussão dos resultados dos projetos de melhoria	-	-	-	16%	-
Pesquisas de opinião com P/F	-	-	78%	-	99%
Processo formal de comunicação individual	-	-	52%	-	97%

P/F: Paciente e família

Notas: * considera o total de respostas 'sim' e 'parcialmente implementado'. [†] Estes resultados também são apresentados e discutidos em Groene e Sunol (2015).

Devido ao número elevado e crescente de mecanismos de engajamento e à sua nomenclatura incerta e contraditória, Rowe e Frewer (2005) propuseram tipologia para classificar os mecanismos de acordo com seus atributos (Tabela 6).

Tabela 6 - Atributos dos mecanismos de engajamento

Variáveis dos mecanismos	Níveis da variável	Aspecto da eficácia potencialmente influenciado	Tipo de engajamento		
			Comunicação	Consulta	Participação
Método de seleção dos participantes	Controlado Não controlado	Maximizar participantes relevantes	x	x	x
Facilitação para obter a informação*	Sim Não	Maximizar informações importantes dos participantes		x	x
Forma de resposta	Aberta Fechada	Maximizar informações importantes dos participantes		x	x
Entrada da informação	Informação padrão Informação flexível	Maximizar informações importantes dos <i>sponsors</i>	x		
Forma de transferência da informação	Presencial Não presencial	Maximizar transferência e processamento de informações relevantes	x	x	x
Agregação das informações [†]	Combinação estruturada Combinação não estruturada	Agregação da informação do participante		x	x

Fonte: Rowe e Frewer (2005).

Notas:

* Facilitador presente que desempenha papel na gestão do processo de estimulação e obtenção de contribuições de todos (neste sentido, o facilitador também pode desempenhar papel na maximização dos números de participantes, assegurando que todos eles estejam ativos).

[†] Consolidar a informação ou as opiniões de vários participantes de forma que a resposta final represente com precisão todas as informações relevantes desses participantes.

2.3.2.1 Membro do conselho consultivo de pacientes e familiares

Conselhos consultivos de P/F são um método particularmente poderoso de envolvimento do paciente e da família que pode ser usado para efetuar uma mudança significativa na prática. [...] Na era do cuidado baseado em valor, é essencial que [...] envolvam ativamente os pacientes para melhorar a eficiência, reduzir os gastos e maximizar a satisfação dos pacientes.

(KUNH et al., 2016, p. 969, tradução nossa)

Os conselhos consultivos são grupos de pacientes, familiares e cuidadores que se reúnem regularmente para ajudar a identificar prioridades de aprimoramento da prática e apoiar projetos de melhoria em colaboração com membros e líderes das instituições de saúde (SHARMA et al., 2016). A participação dos pacientes e dos familiares no conselho consultivo (do inglês *advisory council*) pode contribuir na melhoria da qualidade, para a organização como um todo ou em questões específicas (KUHN et al., 2016), gerar mudanças nas práticas atuais, auxiliar no planejamento para mudanças futuras e criar um foco centrado no paciente (ANGSTMAN; BENDER; BRUCE, 2017). A participação também pode ter impacto direto para melhorar a experiência dos pacientes e familiares nas instituições de saúde (HERRIN et al., 2016) ou de ser uma maneira eficaz de incorporar a perspectiva da comunidade na tomada de decisões (CHAN; BENECKI, 2013).

O estabelecimento dos conselhos consultivos com a participação de P/F é um pré-requisito para obtenção da certificação da *Planetree International* (WARREN, 2012). A *Planetree International* é uma organização sem fins lucrativos que certifica instituições de saúde, reconhece a implementação de boas práticas do cuidado centrado no paciente (GUASTELLO; FRAMPTON, 2014).

Johnson et al. (2016) identificaram como exemplos de atividades específicas em comitês permanentes de pacientes o desenvolvimento de estratégias, entrevistas com funcionários, contribuições em projetos de melhoria e de fluxo de trabalho, e apoio na definição de prioridades.

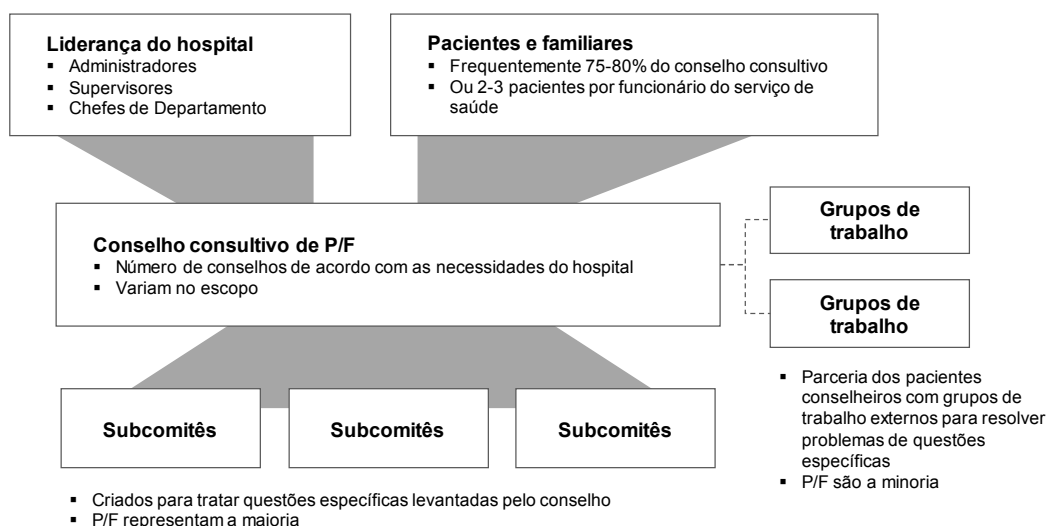
Em pesquisa realizada por Herrin et al. (2016), nos Estados Unidos, 38% dos participantes afirmaram ter um comitê consultivo de pacientes e familiares com atuação no hospital como um todo ou em algumas unidades. Porém, apenas 21% tinham realizado pelo menos uma reunião nos últimos 12 meses.

Loud, Jain e Thomas (2013) apresentaram como um grupo consultivo de pacientes deu suporte à equipe de projetos de melhoria no desenvolvimento de um material sobre autocuidado em condições de longo prazo. O grupo se reunia de duas a três vezes por ano. De maneira geral, mostrava como o engajamento significativo do paciente pode ser eficaz na definição do *design* e do fornecimento de um programa multicêntrico de melhoria da qualidade. Os membros do grupo consultivo sentiram que a participação no programa aumentara sua confiança e que eles tinham desenvolvido suas habilidades de ensino e aprendizado. A liderança do paciente em iniciativas de qualidade pode adicionar profundidade,

credibilidade e experiência real para a criação de intervenções práticas para aqueles com condições de longo prazo.

Pacientes e familiares são convidados a participar de conselhos consultivos para compartilhar suas perspectivas e ideias sobre os processos atuais na prestação de cuidados. Um hospital pode ter diversos conselhos, que são projetados para auxiliar nos esforços de melhoria de qualidade em um processo, especialidade ou projeto específico. Além do conselho, podem ser estruturados subcomitês e/ ou grupos de trabalho (Figura 8). Os subcomitês são grupos específicos de projetos de curto prazo, formados a partir do conselho consultivo, composto em sua maioria por pacientes e familiares. Por exemplo, um subcomitê dentro de um departamento de emergência pode ser formado para auxiliar na racionalização do processo de registro de novos pacientes. Por outro lado, grupos de trabalho são formados externamente ao conselho para lidar com um problema específico, sendo compostos principalmente por provedores de cuidados de saúde, e recrutam um orientador de pacientes, para fornecer perspectiva e orientação (KUHN et al., 2016).

Figura 8 - Estrutura e composição dos conselhos consultivos de paciente/família



Fonte: adaptado de Kuhn et al. (2016). P/F: paciente/família.

As características comuns dos conselhos com funcionamento de alta qualidade⁶ incluem cuidadosa atenção ao recrutamento dos participantes, estratégias para orientar pessoas com

⁶ Na pesquisa conduzida por Sharma et al., (2016), foram considerados como conselhos consultivos de P/F de alto funcionamento os que tinham sido implementados há pelo menos 6 meses, reuniam-se regularmente e tinham ajudado a produzir melhorias concretas nos serviços.

diferentes perfis para um objetivo comum, e definição da responsabilidade por projetos de melhoria (SHARMA et al., 2016).

Segundo Gibson, Lewando-Hundt e Blaxter (2011), os pacientes e familiares podem exercer diferentes funções nas reuniões, dependendo de como elas são concebidas, e o envolvimento é organizado. A função pode ser descrita como fonte de informação, consultor ou representante de outros pacientes e familiares. Estas funções não são mutuamente excludentes, mas o grau de paridade participativa é mais fraco, quando a participação é usada somente como fonte de informação, e mais forte, quando representa grupos externos de pacientes e familiares.

Chan e Benecki (2013) apresentam as responsabilidades e as funções dos diferentes *stakeholders*⁷ (Tabela 7), aplicando-as ao painel consultivo de um hospital público. O objetivo do painel consultivo era preparar um plano que propunha possíveis mudanças nos serviços do hospital, dadas as restrições orçamentárias. O modelo define a forma de participação dos diferentes níveis organizacionais no processo.

Embora os comitês melhorem os serviços de saúde, há aspectos para aperfeiçoamento, que inclui o recrutamento de pacientes mais diversos, a orientação aos membros, a superação da reticência de alguns pacientes para levantar determinadas questões e o aumento da transparência, ao compartilhar o progresso com os membros do conselho e pacientes (PEIKES et al., 2016).

A Tabela 8 apresenta aspectos facilitadores e barreiras para a participação dos pacientes em comitês consultivos.

⁷ *Stakeholders* é uma palavra de origem inglesa, muito utilizada na literatura sobre qualidade. Pode ser traduzida como “partes interessadas”. Segundo Berssaneti e Bouer (2013), os *stakeholders* mais ativos são funcionários, fornecedores, acionistas e os clientes finais. Outros exemplos de *stakeholders* são o governo e a comunidade.

Tabela 7 - Responsabilidades e funções dos *stakeholders* em um painel consultivo do setor público

<p>Ministério da Saúde e cuidados de longa duração, mandato provincial Estabelecer a direção estratégica global e as prioridades para o sistema de saúde Desenvolver a legislação, os regulamentos, as normas, políticas e diretrizes para apoiar as direções estratégicas</p>
<p>Mandato regional da rede local de integração de saúde Trabalhar com os provedores locais de saúde e membros da comunidade para determinar as prioridades dos serviços de saúde</p>
<p>Diretoria do hospital e liderança sênior Iniciar o processo de envolvimento da comunidade e dar suporte para seu sucesso Desenvolver um modelo para guiar o processo de decisão do painel consultivo Iniciar e implementar um plano de comunicação abrangente relacionado com o painel consultivo Monitorar o processo do painel e garantir que permaneça dentro do cronograma Receber, analisar e aplicar as recomendações do painel consultivo no processo de planejamento estratégico</p>
<p>Painel consultivo da comunidade Afirmar ou recomendar um quadro alternativo de tomada de decisão para a priorização de serviços Aplicar a estrutura para determinar quais serviços são essenciais e não essenciais Aplicar a estrutura para desenvolver modelos/cenários de planos de contingência Considerar como novos serviços hospitalares podem ser introduzidos Fornecer conselhos sobre possíveis estratégias de integração de serviços com outros provedores de serviços de saúde Apresentar um relatório formal ao conselho de administração, descrevendo as recomendações finais</p>
<p>Facilitadores Dar suporte na concepção dos termos de referência para o painel consultivo Coordenar a seleção dos participantes Auxiliar no desenvolvimento e na implementação de um plano de comunicação de envolvimento da comunidade Auxiliar no desenvolvimento do currículo e no programa de aprendizagem Facilitar as reuniões e os <i>workshops</i> do painel consultivo e consolidar as recomendações dos cidadãos Preparar uma versão inicial e o relatório final, para aprovação pelos membros do painel consultivo e submissão ao conselho</p>
<p>Grupo de pesquisadores Estabelecer uma metodologia de avaliação para medir o sucesso do processo e dos resultados do painel consultivo Pesquisar e apresentar modelos de quadros de decisão para as decisões de alocação de recursos Ajudar no desenvolvimento, na implementação e na elaboração de relatórios sobre uma metodologia, para avaliar o componente educacional e a eficácia das reuniões do painel consultivo Participar como observador em reuniões e <i>workshops</i> do painel consultivo</p>

Fonte: adaptado de Chan e Benecki (2013).

Nota: estão descritas no quadro as funções relacionadas diretamente ao painel consultivo, as demais funções e responsabilidades foram suprimidas.

Tabela 8 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes em comitês consultivos

Aspectos facilitadores	Barreiras
Pauta da reunião com temas para discussão sobre planos futuros e com foco no paciente (por exemplo: comunicações a serem enviadas aos pacientes ou logística da sala de espera) (ANGSTMAN; BENDER; BRUCE, 2017)	Pauta da reunião apenas com assuntos para conhecimento/informação (ANGSTMAN; BENDER; BRUCE, 2017)
Ter um planejamento e uma facilitação qualificada é instrumental para reuniões e projetos bem-sucedidos e produtivos (CHAN; BENECKI, 2013; SHARMA et al., 2016)	Reuniões de conselho são frequentemente agendadas durante o dia, dificultando a participação de familiares que têm um compromisso de cuidado do paciente ou compromisso de trabalho (GIBSON; LEWANDO-HUNDT; BLAXTER, 2011)
Ter um facilitador que ocupa uma posição de responsabilidade dentro da instituição para compartilhar ou implementar recomendações do grupo (ANGSTMAN; BENDER; BRUCE, 2017)	Não conhecer previamente a agenda da reunião dificulta a participação dos pacientes (GIBSON; LEWANDO-HUNDT; BLAXTER, 2011)
Informar aos membros do grupo como sua contribuição, resultante das discussões, foi usada pela instituição (CHAN; BENECKI, 2013; ANGSTMAN; BENDER; BRUCE, 2017)	Dificuldade de pessoas (particularmente as com baixo poder socioeconômico) participarem sem um reembolso das despesas (GIBSON; LEWANDO-HUNDT; BLAXTER, 2011)
Remunerar os membros do grupo com um honorário equivalente aos profissionais de saúde que participam em projetos (LOUD; JAIN; THOMAS, 2013)	Profissionais de saúde céticos sobre os pacientes e familiares poderem contribuir em decisões estratégicas (GIBSON; LEWANDO-HUNDT; BLAXTER, 2011)
Alterar o local das reuniões para perto dos membros do grupo com problemas temporários de mobilidade, permitindo a sua participação (LOUD; JAIN; THOMAS, 2013)	O planejamento do envolvimento é realizado de maneira <i>top-down</i> , e raramente os pacientes sabem como, quando e onde deveriam ser envolvidos (GIBSON; LEWANDO-HUNDT; BLAXTER, 2011)
Definir claramente (padrões de processos) as responsabilidades sobre a implementação dos projetos para os membros do conselho (SHARMA et al., 2016)	Existe tendência de o processo de envolvimento excluir grupos marginalizados e, portanto, os participantes não representam a população servida pela instituição (GIBSON; LEWANDO-HUNDT; BLAXTER, 2011)
Conscientizar os funcionários das organizações sobre a importância do conselho e de seus projetos pode promover uma cultura de apoio e de adesão para atividades de envolvimento do paciente (SHARMA et al., 2016)	
Adotar estratégias de recrutamento com o objetivo identificar os pacientes com boa habilidade de comunicação e que representam a demografia dos pacientes atendidos (SHARMA et al., 2016)	
A presença de pacientes nos conselhos é limitada, e podem surgir dúvidas sobre o quanto as recomendações feitas são representativas da comunidade. Assim, a combinação de outros meios de envolvimento para obter a opinião da comunidade de forma mais ampla pode auxiliar – como, por exemplo, o uso de mídia social ou um fórum de comentários baseado na web (CHAN; BENECKI, 2013)	

Fonte: Elaborado pela autora.

2.3.2.2 Membro dos comitês de projetos de melhoria ou das equipes de projetos

Pela participação [...], os pacientes entraram em um novo ambiente do cuidado à saúde – a esfera da melhoria da qualidade. [...] Os pacientes participantes tiveram que entender o que significava para eles participar na melhoria da qualidade e como deviam se posicionar nesta nova esfera.
(RENEDO et al., 2015, p.23, tradução nossa)

Os pacientes podem contribuir na melhoria da qualidade como participantes dos comitês de gestão de projetos de melhoria, ou como membros das equipes de projeto, ou, ainda, como integrantes nas discussões dos resultados dos projetos (GROENE et al., 2014, 2015).

Nos projetos de melhoria, Armstrong et al. (2013) observaram que os pacientes podem desempenhar diferentes funções. Podem atuar como intermediários/mediadores entre a comunidade de pacientes em geral e os profissionais de saúde e, em outras situações, agir de modo persuasivo para convencer os profissionais sobre a existência dos problemas e a necessidade de mudança. O envolvimento do paciente na melhoria da qualidade precisa de um gerenciamento cuidadoso para realizar todo seu potencial.

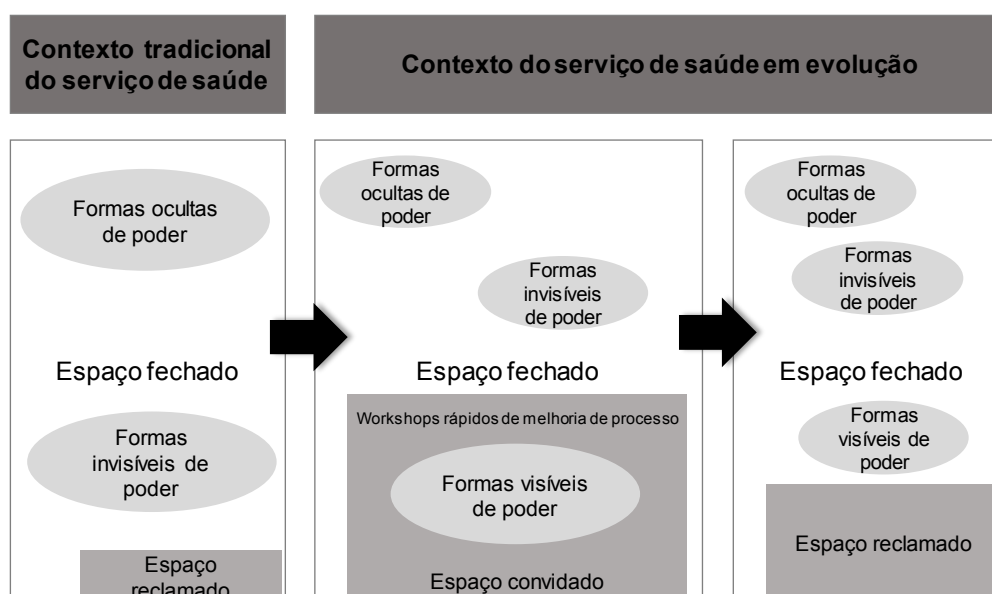
O paciente pode contribuir também na avaliação do resultado de um projeto de melhoria. Russ et al. (2014) demonstraram que é possível obter retorno do paciente sobre a entrega de ferramentas de segurança, como lista de verificação, e que esse *feedback* pode auxiliar na identificação de modificações apropriadas nas ferramentas.

Martin e Finn (2011) estudaram a parceria com pacientes para desenvolvimento e gestão de projetos, e compararam times de projetos fragmentados com times integrados (equipes formadas por pessoas com diferentes formações, com relações interdependentes, que estabelecem uma comunicação eficaz). Devido à origem dos pacientes fora da área de saúde e à organização social, espacial e temporal de sua inclusão, os usuários do serviço enfrentam dificuldades extras, para firmar relações de confiança, que formam a base para a colaboração.

Goodridge, Isinger e Rotter (2018) avaliaram a participação de pacientes e familiares como conselheiros em eventos de melhoria da qualidade com foco na solução de um problema de determinado serviço, na identificação da causa-raiz e a proposição de ações corretivas. Os autores observaram que a assessoria em iniciativas específicas moldou e promoveu novas formas e espaços de poder, o que representou uma evolução em um caminho muito longo para o engajamento total dos consumidores na área da saúde. Durante a prestação de serviço, os

pacientes vivenciaram a experiência na qual os profissionais de saúde exerciam o “poder sobre” (do inglês *power over*), o que reflete sua posição como ator sem poder ou *status* na hierarquia rígida do sistema. Como conselheiros nos eventos de melhoria, os P/F tiveram a oportunidade de compartilhar o “poder com” (do inglês *power with*), “poder para” (do inglês *power to*) e, principalmente, o “poder dentro de” (do inglês *power within*). O convite para participar criou uma forma “visível de poder” e encorajou os pacientes a contribuírem. A Figura 9 apresenta a evolução do poder do paciente a partir da participação nos *workshops* de melhoria rápida de processo.⁸

Figura 9 - Evolução do poder do paciente. Expressão e forma



Fonte: adaptado de Goodridge, Isinger e Rotter (2018).

A Tabela 9 apresenta aspectos facilitadores e barreiras para a participação dos pacientes como membros dos comitês de projetos de melhoria ou das equipes de projetos. Martin e Finn (2011) observaram que quando as barreiras não são tratadas, o processo de engajamento é frustrante e, como resultado, os pacientes ficam calados na maior parte das reuniões.

⁸ O modelo de evolução do poder do paciente proposto por Goodridge, Isinger e Rotter (2018) foi baseado na abordagem teórica desenvolvida por Gaventa. Segundo Gaventa, o conceito de poder é dado a partir de quatro expressões: “poder sobre”, “poder com”, “poder para” e “poder dentro de”; as formas de poder incluem o poder invisível, oculto e visível. GAVENTA, J. Finding Spaces for change: a power analysis. *Institute of Development Studies Bulletin*, v. 37, p. 23-33, 2006.

Tabela 9 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes em comitês de projetos de melhoria ou equipes de projetos

Aspectos facilitadores	Barreiras
O senso de obrigação de contribuir para a melhoria do sistema público de saúde, na posição do “poder dentro de” (GOODRIDGE; ISINGER; ROTTER, 2018)	A intensidade dos processos nos <i>workshops</i> para melhoria rápida pode ser particularmente difícil/exaustiva para os pacientes com problemas de saúde (GOODRIDGE; ISINGER; ROTTER, 2018)
Sentimento de gratidão dos pacientes que tiveram boas experiências nos serviços (GOODRIDGE; ISINGER; ROTTER, 2018)	Desmotivação dos pacientes e familiares que participaram no planejamento e no desenvolvimento dos projetos de melhoria pela falta ou pouca informação sobre a evolução das mudanças (GOODRIDGE; ISINGER; ROTTER, 2018)
Equipes menores e reuniões frequentes reduzem o impacto da hierarquia organizacional do trabalho em equipe e facilitam a integração (MARTIN; FINN, 2011)	Preocupação sobre a participação, devido ao grande compromisso de tempo (GOODRIDGE; ISINGER; ROTTER, 2018)
Processo formal de recrutamento e seleção dos pacientes (MARTIN; FINN, 2011)	Indefinição sobre o objetivo e a forma de envolvimento (MARTIN; FINN, 2011)
Cultura organizacional com ênfase para a colaboração multidisciplinar, sem hierarquia entre os profissionais de saúde e pacientes (RENEDO et al., 2015)	Falta de clareza nas especificações das funções dos pacientes, e funções da equipe direcionadas pela hierarquia organizacional (MARTIN; FINN, 2011)
Capacidade da equipe organizacional de modelar comportamentos desejados de reconhecimento e respeito (RENEDO et al., 2015)	Falta de um processo de seleção dos pacientes (MARTIN; FINN, 2011)
Compromisso com a ação rápida, garantindo que as ações sejam implementadas com agilidade (RENEDO et al., 2015)	Ausência de oportunidades informais de contato entre P/F e profissionais para promover as relações de confiança e reciprocidade, necessárias para uma parceria e um trabalho em equipe (MARTIN; FINN, 2011)
Processo constante e interativo de coleta e análise de dados para avaliar as mudanças realizadas, facilitado pelos métodos de melhoria (como, por exemplo, o PDSA) e o compromisso de agir, com base nas lições aprendidas (RENEDO et al., 2015)	
Envolvimento dos pacientes desde o início do projeto (ARMSTRONG et al., 2013)	
Canais efetivos de comunicação (formais e informais) entre os membros da equipe de projeto (ARMSTRONG et al., 2013)	
Estrutura da equipe de projeto sem hierarquia, com todos se sentindo importantes, com ênfase no aprendizado e na atenção para escutar os participantes. (ARMSTRONG et al., 2013)	
Definição formal e clara das funções e responsabilidades dos pacientes no projeto (ARMSTRONG et al., 2013)	

Fonte: elaborada pela autora.

PDSA: Planejar, Executar, Estudar e Agir; P/F: paciente/família.

2.3.2.3 Planejamento e realização de treinamentos

O relatório *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* inicia o capítulo sobre a capacitação da força de trabalho ao enfatizar que as pessoas são o recurso mais importante do sistema de saúde, caracterizado por sua natureza de pessoas ao cuidar de

outras pessoas em momentos de necessidade e estresse. Os pacientes estão doentes, as famílias estão preocupadas e o resultado pode ser incerto (IOM, 2001, p. 207).

Os pacientes podem participar do treinamento e das atividades de educação dos profissionais de saúde (KARAZIVAN et al., 2015; HERRIN et al., 2016; LANGER et al., 2016; SWARTWOUT et al., 2016). A educação e a prática interprofissionais surgem como métodos importantes para preparar as equipes de saúde para fornecer cuidados ótimos (SWARTWOUT et al., 2016).

Herrin et al. (2016) observaram, em sua pesquisa com hospitais dos Estados Unidos, que aproximadamente 27% das instituições proveram treinamentos em parceria com P/F para médicos e 57% para enfermeiros. A contribuição dos P/F foi tanto como educador quanto como participante no desenvolvimento do conteúdo.

A parceria entre pacientes e profissionais de saúde para aprendizado pode empoderar os pacientes sobre o tema segurança, sensibilizar os profissionais, gerar *insights* sobre a perspectiva dos pacientes e melhorar a colaboração sobre questões de segurança entre os envolvidos (LANGER et al., 2016).

O treinamento dos profissionais de saúde em segurança do paciente é reconhecido como um componente importante de sua formação, porém há uma tendência desses programas em estudar o tema com a ‘lente do profissional de saúde’, com foco na análise de causa raiz e na cultura de segurança do paciente, e uma ênfase relativamente limitada na análise do impacto dos eventos para o paciente e seus familiares, com pouca ou nenhuma participação deles no planejamento ou na realização do treinamento (JHA et al., 2013b).

O envolvimento dos pacientes que sofreram algum evento adverso em treinamentos de segurança permite apresentar o impacto dos erros para os pacientes, por meio do relato de sua experiência, e suas narrativas geram uma resposta emocional nos profissionais (JHA et al., 2013b).

Langer et al. (2016) estudaram a viabilidade e a aceitabilidade dos “pacientes como educadores em segurança do paciente” em um modelo de colaboração entre P/F e médicos, avaliando os benefícios e os riscos de uma intervenção sobre erros médicos. Os médicos reportaram preocupação sobre a dinâmica de poder limitar a interação efetiva com os pacientes, e sobre os pacientes conhecerem a falibilidade dos médicos e suas vulnerabilidades. Como principais benefícios percebidos pelos médicos, foram reportados novos *insights* pelo entendimento da perspectiva dos pacientes, melhor entendimento de estratégias efetivas de

comunicação durante conversas sobre eventos adversos – importância da confiança e honestidade – e o valor da experiência de aprendizado real pelas emoções autênticas. Em contrapartida, para os pacientes, os benefícios foram o entendimento da responsabilidade dos médicos, a compreensão da experiência destes profissionais em situações de erro e a valorização da honestidade dos médicos.

A capacitação da alta gerência pode melhorar sua estrutura de conhecimento, e, segundo Shepherd; McMullen; Ocasio (2017), a probabilidade de perceber mudanças organizacionais é maior quando as estruturas de conhecimento são mais complexas.

Treinamento e desenvolvimento tanto para a administração quanto para a governança devem reconhecer o importante papel que os P/F desempenham na colaboração com os profissionais de saúde, para possibilitar as mudanças necessárias para o sistema de saúde do século 21 (IOM, 2001).

A Tabela 10 apresenta aspectos facilitadores e barreiras para a participação dos pacientes no treinamento e educação dos profissionais de saúde.

Tabela 10 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes no treinamento e educação dos profissionais de saúde

Aspectos facilitadores	Barreiras
Preparar/capacitar os pacientes para realizar a intervenção no treinamento/desenvolver narrativa, com foco nos aspectos mais importantes que devem ser transmitidos (JHA et al., 2013b)	Compromisso de tempo considerável exigido dos pacientes (JHA et al., 2013b)
Realizar a intervenção de treinamento em pequenos grupos permite maior interação com os pacientes e aumenta o impacto da história do paciente (JHA et al., 2013b)	Tema sensível para os pacientes que vivenciaram evento adverso, dificultando o recrutamento dos mesmos (JHA et al., 2013b)
	Profissionais mais jovens, em estágio inicial da carreira, podem não estar preparados emocionalmente. Eles podem ainda ser bastante frágeis em termos de sua identidade profissional, tornando-se mais defensivos quando confrontados com críticas e gerando maus resultados para os pacientes. Pode ser difícil para eles identificar a relevância da perspectiva do paciente no que é amplamente percebido como domínio médico (JHA et al., 2013b)
	Dificuldade dos médicos em lidar com as emoções que surgem dos relatos das experiências dos pacientes que vivenciaram erros médicos (LANGER et al., 2016)
	Poder da hierarquia dos médicos e sua postura defensiva, criando barreira para mudança e oportunidade de aprendizado (LANGER et al., 2016)

Fonte: elaborada pela autora.

2.3.2.4 Participação por meio de mecanismos de *feedback*

A pesquisa de satisfação é de fundamental importância como medida da qualidade do atendimento, pois fornece informações sobre o sucesso do prestador de serviço em atender os valores e as expectativas do paciente, que são assuntos sobre os quais ele é a autoridade máxima. A medição da satisfação do paciente é uma ferramenta importante para pesquisa, gestão e planejamento dos serviços (DONABEDIAN, 1980).

Segundo Vrangbaek (2015), a “voz do paciente” é um importante mecanismo de envolvimento. Os sistemas de reclamação, as pesquisas de satisfação e as pesquisas de experiência dos pacientes são tipos de mecanismos de “voz individual” entre o paciente e os provedores dos serviços de saúde.

Nas pesquisas, os pacientes podem ser considerados tanto como ‘descritores’ quanto como ‘avaliadores’ de seus cuidados, capazes de expressar avaliações negativas e positivas. A descrição refere-se à capacidade do paciente de recontar um evento, e a avaliação refere-se à sua capacidade de avaliar a eficácia, a adequação ou a aceitabilidade desse evento (STANISZEWSKA; HENDERSON, 2004).

O *feedback* pode ser obtido de diferentes formas, que pode ser qualitativo, como em *workshops* com pacientes ou pela análise das reclamações; ou quantitativo, por pesquisas de opinião locais/nacionais ou, ainda, pesquisas de experiência dos pacientes (O’HARA; LAWTON, 2016; LEE; BAEZA; FULOP, 2017).

Lachman et al. (2015) desenvolveram, utilizando o ciclo PDSA e com a participação dos P/F, um processo para que estes relatassem os erros diariamente, em tempo real, logo após a sua ocorrência. A avaliação imediata pelos profissionais de saúde gerou oportunidade para esclarecimento, transparência e pedido de desculpas. Foi observado um elevado número de relatos de quase acidentes e incidentes críticos identificados pelas famílias, demonstrando subestimação de eventos potencialmente prejudiciais. Para a equipe de profissionais de saúde, a ferramenta era um componente do processo para identificar o “dano que importa para mim”, na perspectiva do paciente, que efetivamente permite sua mitigação.

Outra forma de *feedback* vista como inovação foi a submissão de um questionário aos pacientes sobre seu prontuário, que passou a ficar disponível para sua avaliação e consideração sobre mudanças necessárias ou erros que aconteceram (BELL et al., 2017).

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos com 998 pacientes, estes relataram muitos eventos que não estavam documentados no prontuário médico, sendo alguns sérios e evitáveis (23% tiveram pelo menos um evento adverso detectado na entrevista, e 11% tiveram pelo menos um evento adverso identificado pela revisão do prontuário). Os autores sugeriram que os hospitais deveriam considerar o monitoramento da segurança do paciente, com a adição de perguntas sobre eventos adversos nas entrevistas pós-alta (WEISSMAN et al., 2008).

Também considerada como inovação, com consequências imprevisíveis e poderosas na conexão/interação entre as instituições de saúde e os P/F, Rozenblum e Bates (2013) discutiram o efeito da internet e das mídias sociais como uma potencial fonte de informação. A proposta é incorporar estas informações ao processo de melhoria da qualidade, complementar às pesquisas formais realizadas sobre a experiência dos pacientes. Entretanto, Rozenblum e Bates (2013) observam que a informação proveniente da internet deve ser avaliada com cautela, pois pode não ser representativa da comunidade atendida pela instituição.

O uso de informações relatadas pelos pacientes para medir o atendimento centrado no paciente é fundamental para identificar e priorizar áreas em que são necessárias as melhorias e, conseqüentemente, facilitar os avanços na prestação de cuidados centrados no paciente. Os pacientes podem fornecer informações confiáveis e válidas sobre a prestação dos serviços, como, por exemplo, se o atendimento respeita seus valores, preferências e necessidades (TZELEPSIS et al., 2015).

Luxford, Safran e Delbanco (2011) identificaram que, ao fornecer ao pessoal de linha de frente do gerenciamento e da governança relatórios regulares de dados de experiência do atendimento ao paciente com alta especificidade, facilitava-se a identificação de áreas com necessidade de melhora no atendimento centrado no paciente. Foram empregados diferentes mecanismos, como pesquisas, grupos focais, *feedback* em tempo real e bancos de dados de reclamações. Os administradores entrevistados observaram que as mudanças na prestação de cuidados, com base no *feedback* dos pacientes, eram surpreendentemente simples e baratas. Os entrevistados relataram que as classificações de *feedback* dos pacientes foram incorporadas às outras métricas nas avaliações de desempenho dos funcionários em todos os níveis e, em alguns locais, também estavam ligadas a incentivos de remuneração. Quadros de pontuação e painéis de gestão normalmente incluíam métricas de experiência de atendimento ao paciente para revisão como um indicador-chave de desempenho. Os dados de *feedback* qualitativos e quantitativos foram importantes para a melhoria em toda a organização.

Para alguns programas de acreditação, as pesquisas com pacientes são obrigatórias, e parte deles exige que os resultados sejam avaliados e, se necessário, usados para atividades de melhoria da qualidade. Um programa de acreditação que utiliza pesquisa com pacientes estruturada com métodos validados pode ser considerado com padrão internacional mais alto. Porém, embora os programas de acreditação solicitem a realização da pesquisa, não há resultados de pesquisa suficientes sobre como e em que medida os dados de experiência do paciente devem ser incluídos na decisão de acreditação e de sua utilização para melhoria (AURAS; GERAEDTS, 2010).

As pesquisas de experiência do paciente podem auxiliar na detecção de possíveis lacunas de qualidade ao longo da jornada completa dos pacientes como usuário dos serviços de cuidados, pela avaliação nos diferentes setores (NOEST et al., 2014).

Segundo Gill et al. (2015), uma avaliação mais detalhada e abrangente da experiência do paciente inclui várias ferramentas em diferentes momentos. O mecanismo de *feedback* deve estar integrado ao sistema de melhoria da qualidade, para permitir respostas construtivas. O melhor método para coletar *feedback* do paciente depende do próprio paciente, das características do serviço de saúde e de como os dados são usados. No estudo de Gill et al. (2015), os pacientes preferiram dar *feedback* durante sua permanência (51%), ao invés de após a alta (15%), e falando com alguém (45%), do que preenchendo um questionário (31%). Alguns pacientes (14%) estavam preocupados com a represália do pessoal se eles dessem *feedback* negativo.

As reclamações dos pacientes são uma fonte importante de informação sobre problemas específicos no sistema de saúde (VRANGBAEK, 2015). As reclamações podem ser usadas de forma mais efetiva nos cuidados de saúde e devem ser consideradas evidências importantes ao trabalhar com a melhoria da qualidade, como ferramenta reflexiva em educação e supervisão dos profissionais de saúde (JANGLAND; GUNNINGBERG; CARLSSON, 2009).

No entanto, as pesquisas de satisfação tradicionais geralmente são difíceis de traduzir em melhor prestação de serviços. De fato, pesquisa sobre envolvimento do paciente apontou para a importância de aumentar as pesquisas tradicionais e os processos de reclamação, caminhando para o envolvimento mais completo dos pacientes na revisão e a melhoria da qualidade da prestação de serviços nas instituições e na comunidade. Este reconhecimento foi acompanhado de crescimento no desenvolvimento de instrumentos, para medir e melhorar a

qualidade dos cuidados que os pacientes recebem. Nas duas últimas décadas, as avaliações da qualidade do atendimento na perspectiva do paciente passaram da satisfação para as experiências do paciente (BOMBARD et al., 2018).

Lee, Baeza e Fulop (2017) avaliaram 'se' e 'como' a diretoria dos hospitais estudados utiliza o *feedback* qualitativo e quantitativo dos pacientes para formular estratégias, definir metas de qualidade e garantir ou melhorar a qualidade dos cuidados. Eles identificaram a utilização das informações para desenvolver estratégias, definir metas e planejar iniciativas específicas de melhoria da qualidade, porém não observaram seu emprego para monitorar suas estratégias ou garantir a qualidade dos serviços. Concluíram que há limitações na utilização do *feedback* e oportunidade para revisar a prática atual.

Apesar da expansão da forma de obter *feedback*, as dificuldades das organizações em usar esses dados como base para melhorar os serviços têm se tornado cada vez mais evidentes. O *feedback* do paciente representa apenas uma pequena parte de um número cada vez maior de dados que são coletados nos serviços de saúde, mas sem dedicar tempo e recursos para interpretar e agir nos processos que podem ser melhorados. A equipe de serviços de saúde precisa de tempo, capacidade e recursos adequados para coletar, interpretar e atuar sobre os dados que apoiem a melhoria da qualidade (O'HARA; LAWTON, 2016).

Han et al. (2013) também observaram que, embora as pesquisas de opinião sejam um dos mecanismos mais utilizados pelas instituições de saúde, elas podem ter sido conduzidas como parte de um programa de demonstração de resultado ou para cumprir um requisito, pois, geralmente, as instituições não estavam comprometidas em fazer mudanças com base no *feedback* do paciente e da família.

Staniszewska e Henderson (2004) observaram que a avaliação do paciente parece ser muito mais complexa do que é comumente reconhecida, particularmente em relação à expressão de experiências negativas. Em muitos aspectos, pode-se dizer que pesquisas de satisfação são mais representativas da expressão de gratidão e lealdade dos pacientes do que da avaliação da qualidade do atendimento. Em seu estudo, os pesquisadores concluíram que os pacientes relutam em oferecer críticas diretamente negativas, necessitando de condições particulares para expressar suas avaliações negativas. Abordagens padronizadas para medir avaliações negativas, como questionários, precisam tornar-se mais sensíveis às complexidades da avaliação negativa. Isso aumentaria o grau de participação dos pacientes na influência da

qualidade do atendimento, forneceria uma orientação inestimável sobre os aspectos do cuidado que precisam mudar.

A Tabela 11 apresenta aspectos facilitadores e barreiras para a participação dos pacientes por meio de mecanismos de *feedback*.

Tabela 11 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes por mecanismos de *feedback*

Aspectos facilitadores	Barreiras
Pressão externa, como, por exemplo, de órgãos regulatórios, para melhorar os processos, reforça o uso de <i>feedbacks</i> para desenvolver estratégias e iniciativas de melhoria de qualidade (LEE; BAEZA; FULOP, 2017)	A discussão dos resultados das pesquisas e outros tipos de <i>feedback</i> dos pacientes por si só não leva à ação de melhoria ou à garantia da qualidade dos serviços (LEE; BAEZA; FULOP, 2017)
Os pacientes são capazes de expressar avaliações negativas mais diretas quando podem incluir justificativa para sua avaliação (STANISZEWSKA; HENDERSON, 2004)	Dificuldade dos pacientes para relatar experiências negativas (STANISZEWSKA; HENDERSON, 2004)
Envolver os pacientes na elaboração do instrumento de avaliação da experiência (NOEST et al., 2014)	A maior parte dos pacientes se sente desconfortável em dar <i>feedback</i> diretamente (presencial) aos profissionais que estão fazendo seu tratamento (GILL et al., 2015; LACHMAN et al., 2015)
Dependendo do tipo de <i>feedback</i> , os pacientes podem preferir não se identificar – alguns pacientes podem preferir o anonimato ao dar comentários negativos, para evitar constrangimentos ou represálias (GILL et al., 2015)	<i>Feedback</i> anônimo limita a capacidade das instituições de investigar os eventos relatados e pode gerar uma interpretação incorreta do ‘risco’ (LACHMAN et al., 2015)
Realizar ações de <i>marketing</i> para divulgar as ferramentas de <i>feedback</i> , aumentando o percentual de participação devido aos pacientes que não respondem por desconhecer a existência da ferramenta (BELL et al., 2017)	Dificuldade em fazer com que os pacientes usem as ferramentas de <i>feedback</i> (BELL et al., 2017)
Uso de uma ferramenta simples e com imagens facilita sua utilização por todas as famílias e pacientes, além de minimizar as barreiras de idioma (LACHMAN et al., 2015)	Questionários que demandam muito tempo para responder e que dependem da compreensão do idioma, excluindo, por exemplo, alguns pacientes multiétnicos (LACHMAN et al., 2015)

Fonte: elaborada pela autora.

2.3.2.5 Elaboração de políticas e definição prioridades e/ou projetos de melhoria do setor público de saúde

No setor público, os pacientes podem influenciar na elaboração das políticas e na definição e execução de projetos de melhoria, pela participação em fóruns democráticos ou em

organizações voluntárias. O envolvimento do paciente pode mudar as prioridades que direcionam a melhoria da assistência à saúde no nível da comunidade (BOIVIN et al., 2014b).

Os fóruns são denominados “mecanismos de voz” na Dinamarca e constituem forma de envolvimento nas decisões públicas do setor de saúde (VRANGBAEK, 2015).

As organizações voluntárias de pacientes, usuários de serviços de saúde e acompanhantes estão presentes em diversos países. Estas organizações têm muitos elementos em comum, frequentemente são formadas a partir de uma necessidade local ou nacional e em resposta a uma condição de saúde específica. Os objetivos mais comuns são prover informação e dar suporte a seus membros, prover informação para a comunidade, e conscientizar e influenciar profissionais e formuladores de políticas (WILSON, 1999).

Boivin et al. (2014b) avaliaram o processo de definição de prioridades no processo de decisão, a partir de uma lista de 37 indicadores de qualidade. Os pacientes priorizaram aspectos mais gerais de qualidade, como, por exemplo, acesso à Atenção Primária, suporte no autocuidado, participação nas decisões clínicas e parceria com as organizações da comunidade. Por outro lado, as prioridades estabelecidas pelos profissionais de saúde enfatizaram mais a qualidade técnica do gerenciamento de doenças individuais.

Segundo Boivin et al. (2014a), os formuladores de políticas poderiam desenvolver e implementar intervenções de envolvimento público mais eficazes ao prestar atenção e fomentar a legitimidade, a credibilidade e o poder dos representantes da comunidade para influenciar na melhoria dos cuidados de saúde e nas decisões políticas.

A Tabela 12 apresenta aspectos facilitadores e barreiras para a participação dos pacientes na elaboração de políticas e na definição de prioridades e projetos de melhoria do setor público.

Boivin et al. (2014b) observaram que a participação dos pacientes na definição das prioridades no processo de decisão, no nível da comunidade, aumentou os custos do processo em 17% (despesas relacionadas com compensação pelo tempo dos pacientes, alimentação, transporte, processo de recrutamento dos pacientes e contratação de um profissional para atuar como facilitador nas reuniões) e o tempo para obter um consenso em 10%.

Tabela 12 - Aspectos facilitadores e barreiras para participação dos pacientes na elaboração de políticas e na definição de prioridades e projetos de melhoria do setor público

Aspectos facilitadores	Barreiras
No nível coletivo, a experiência prévia em um incidente de segurança do paciente pode resultar em seu envolvimento em questões para os pacientes em geral (DAVIS et al., 2007)	Aumento dos custos do processo de definição das prioridades no nível de uma comunidade local (BOIVIN et al., 2014b)
Deliberação em grupos menores facilita a participação dos pacientes (BOIVIN et al., 2014a)	Aumento do tempo para obter um consenso sobre as prioridades no nível de uma comunidade local (BOIVIN et al., 2014b)
Combinação de dois mecanismos: ampla consulta pública e participação pública de pequenos grupos na deliberação (BOIVIN et al., 2014a)	
Estruturação da reunião e acesso a dados de sua comunidade (BOIVIN et al., 2014a)	
Recrutar membros que sejam legítimos frente à comunidade e aos profissionais. Pessoas com experiências pessoais de diferentes condições de saúde e de vários grupos sociodemográficos (BOIVIN et al., 2014a)	
Contratar um moderador para as reuniões (BOIVIN et al., 2014a)	

Fonte: elaborada pela autora.

2.3.2.6 Outras atividades

- Participação na análise de causa-raiz: em pesquisa realizada com 1.457 hospitais dos Estados Unidos, aproximadamente metade das instituições afirmou entrevistar rotineiramente os pacientes e familiares para auxiliar na análise da causa-raiz (HERRIN et al., 2016). A análise de causa raiz pode ser um mecanismo importante para caracterizar e obter um histórico de eventos adversos que ocorrem com pouca frequência e que não são detectados por outras formas de coleta de dados (HIBBERT et al., 2020).
- Cocriação baseada na experiência: é uma abordagem destinada a melhorar a experiência dos pacientes ao entrar em contato com os serviços, que utiliza parcerias entre pacientes e profissionais de saúde no planejamento dos serviços. É feita uma coleta de dados por meio de entrevistas aprofundadas, observações e discussões em

grupo; os dados são, então, analisados para identificar os pontos sensíveis — aspectos do serviço significativos, do ponto de vista emocional. Os profissionais de saúde assistem um filme editado com as opiniões dos pacientes a respeito das experiências vividas e, posteriormente, reúnem-se com os pacientes em pequenos grupos para desenvolver melhorias nos serviços (PROQUALIS - INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2014).

- Participação em grupos de mapeamento de conceitos, que reúne técnicas qualitativas (brainstorming e classificação de ideias ou temas) e quantitativas (escalonamento multidimensional e análise de *cluster*). É um método em que os participantes definem o espaço conceitual por suas respostas a um questionamento e definem a relação entre as ideias classificando-as em agrupamentos de *clusters* de acordo com a semelhança percebida. Este processo produz uma representação visual, na forma de um mapa de conceitos (LANOUE et al., 2016).

2.3.3 Relações de poder no engajamento

A cultura e o poder fazem parte da estrutura informal das organizações e não estão explicitados ou podem ser visualizados de maneira concreta. Esses elementos perpassam toda a dinâmica organizacional, que concretiza nas relações interpessoais (KURCGANT; MASSAROLLO, 2016).

Segundo Cameron e Quinn (2006), as instituições que têm um alinhamento entre a cultura organizacional dominante, o estilo de suas lideranças, a gestão dos recursos humanos e a gestão da qualidade, têm desempenho superior quando comparadas àquelas sem este alinhamento.

Kurcgant e Massarollo (2016) discutem sobre o universo simbólico próprio das organizações de saúde — área física, equipamentos, vestimentas, linguagem utilizada pelo grupo que assiste, e sigilo que reveste o uso das tecnologias, das intervenções e dos registros. Esta simbologia, própria do ambiente, conforma-se em uma relação de poder do grupo que assiste sobre o grupo assistido, intensificada pelo poder de controle exercido pelo primeiro grupo e pela fragilidade em que se encontra o segundo, respectivamente.

Os sistemas simbólicos são concebidos como o de poder. As relações de poder dependem, na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes envolvidos nas relações e que podem permitir acumular poder. O que faz o poder simbólico é a crença na legitimidade das palavras e daqueles que as pronunciam. O poder simbólico é um poder que aquele que lhe está sujeito dá àquele que o exerce. Segundo Bourdieu (2011), os instrumentos de poder podem ser como “estruturas estruturantes” (instrumentos de conhecimento e de construção do mundo objetivo), “estruturas estruturadas” (meios de comunicação – língua ou culturas *versus* discurso ou conduta) e “instrumentos de dominação” (divisão do trabalho/classes sociais, divisão do trabalho ideológico/manual vs. intelectual, função de dominação).

Segundo Locock et al. (2017), as pesquisas sobre a participação dos pacientes têm sido conceitual e teoricamente limitadas, por não abordarem as formas de poder e capital que ocorrem nas relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, no processo de engajamento.

A ampliação do nível de participação dos pacientes requer distribuição do poder, pois a participação sem compartilhamento do poder é um processo inútil e frustrante para o grupo sem poder (ARNSTEIN, 1969). Segundo Arnstein (1969), apenas a partir do nível de parceria, o poder é, de fato, redistribuído por meio da negociação entre cidadãos e detentores do poder. Neste nível, há o compartilhamento de responsabilidades de planejamento e tomada de decisões, por meio de estruturas como conselhos e comitês.

O envolvimento bem-sucedido do paciente, esperado em níveis mais altos de participação, resulta em mudança de cultura dentro da organização, colaboração significativa e aprendizado mútuo, e poder compartilhado ou neutralizado (BOMBARD et al., 2018). Melhorar a cultura organizacional é essencial para a participação efetiva do paciente – as melhorias devem ter como objetivo assegurar o acesso equitativo do paciente a posições de influência, criar as melhores relações colaborativas possíveis entre pacientes e profissionais de saúde e garantir que todos os pacientes possam se envolver de maneira significativa, para melhorar os cuidados de saúde (RENEDO et al., 2015).

Os pacientes que participam de projetos de melhoria usam elementos da cultura organizacional como recursos para ajudá-los a colaborar com os profissionais de saúde e precisam refletir criticamente sobre seu habitual comportamento, que era apenas de paciente. Este processo de reflexão marca o início do processo de transição de receptores passivos dos

cuidados de saúde para se tornarem participantes ativos da melhoria dos serviços. O sentimento de pertencer à equipe de melhoria é uma fonte de poder simbólico para os pacientes (RENEDO et al., 2015).

Ocloo e Matthews (2016) concluíram que os modelos atuais de participação dos pacientes são muito restritos, e poucas organizações mencionam o empoderamento ou a igualdade e a diversidade em suas estratégias de envolvimento. Esses aspectos do envolvimento devem receber maior atenção, bem como a adoção de modelos e estruturas que permitam que o poder e a tomada de decisões sejam compartilhados de forma mais igualitária com os pacientes e o público na concepção, no planejamento e na coprodução da atenção à saúde. Nas práticas atuais de envolvimento, o desequilíbrio do poder se manifesta em diferentes formas, começando por quem envolver, o que limita a identificação de oportunidades de mudança nos serviços.

Na análise das relações entre os agentes no processo de trabalho é que se dá o desvelamento dos elementos simbólicos, que ocultam e instrumentalizam as relações de poder nas instituições de saúde (KURCGANT, 1992).

Baseados na afirmação de que o poder que os pacientes têm de se envolver e contribuir depende de seu capital econômico, cultural, social e simbólico, Locock et al. (2017) exploraram como os pacientes podem usar, particularmente, o capital simbólico para desenvolver um relacionamento mais igualitário com os profissionais da área de saúde. O capital simbólico pode ser demonstrado de várias maneiras: experiência com a doença (o paciente pode transmitir algum sentido da realidade e das emoções da experiência vivida), conhecimento técnico da doença (particularmente no caso de pacientes com uma mesma condição por longo prazo que podem buscar um conhecimento técnico sobre o tratamento ou conhecer a natureza da condição mais profundamente) ou o paciente como um “estranho desafiador” (caso em que uma pessoa pode se voluntariar mesmo sem ter um histórico de doença).

Gibson, Lewando-Hundt e Blaxter (2011) observaram que, embora existam muitas abordagens de envolvimento do paciente sendo adotadas em reuniões, a participação se mantém mais parecida com um “público fraco” (ou seja, as pessoas discutem o assunto, mas têm pouca chance de influenciar decisões reais) do que com um “público forte” (quando as

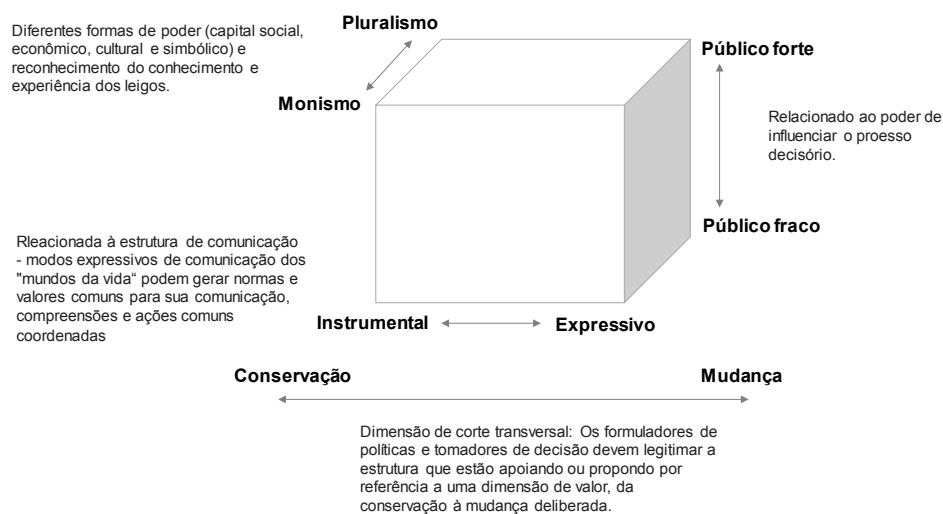
pessoas podem exercer influência real ou até mesmo tomar decisões)⁹. O poder não é igualmente distribuído, e a “paridade participativa” é difícil de alcançar. Os autores apresentam que algumas tensões podem acontecer entre os profissionais e os representantes dos pacientes, como, por exemplo, os pacientes são mais prováveis de expressar seu compromisso para participar em termos pessoais, em contrapartida os profissionais expressam seu interesse de fazer parte do trabalho. Outra área de tensão é a tendência de alguns pacientes discutir questões pessoais nas reuniões, sendo que os profissionais da área de saúde ficam inquietos com estas situações. A terceira área de tensão é o comprometimento emocional que os pacientes sentem, que interfere em seu grau de participação, e os profissionais são mais propensos a expressarem pouco ou nenhum compromisso emocional para envolver os pacientes.

Gibson, Britten e Lynch (2012) propuseram uma estrutura com quatro dimensões para analisar a natureza do envolvimento dos pacientes, construindo espaços de conhecimento (Figura 10), os quais podem facilitar e apoiar o surgimento de redes sociais de atores experientes, capazes de se envolverem com profissionais em igualdade de condições e influenciar na prestação de serviços. Nos espaços de conhecimento, tanto o conhecimento especializado quanto as formas de conhecimento leigo podem interagir entre si em igualdade de condições. As dimensões são interdependentes, e os pontos podem mover-se ao longo do tempo, em um contínuo. Esta estrutura pode ser utilizada, por exemplo, no estabelecimento de novos processos de envolvimento, para ajudar a identificar as possíveis barreiras e facilitadores. O envolvimento efetivo sempre terá como objetivo alcançar o melhor equilíbrio dinâmico entre pontos diferentes, às vezes contraditórios, ao longo das dimensões.

Segundo Han et al. (2013), as práticas que valorizam o envolvimento do paciente superaram as barreiras à participação contínua do paciente. É necessária uma mudança cultural sobre como as práticas consideram os pacientes como parceiros na melhoria da qualidade e da governança.

⁹ O conceito de “público fraco” e “público forte” foi baseado na definição de paridade participativa desenvolvido por Nancy Fraser, conforme descrito no artigo. Público é definido como um grupo de indivíduos que se reúnem para discutir problemas publicamente.

Figura 10 - Visão das quatro dimensões do espaço de conhecimento



Fonte: Gibson, Britten e Lynch (2012).

2.3.4 Fatores intervenientes

Para avançar [no engajamento do paciente], as organizações de assistência à saúde e os formuladores de políticas precisarão adotar novas normas e fazer mudanças substanciais em sua cultura, processos e estrutura. (CARMAN et al., 2013, p. 228, tradução nossa)

Identificar aspectos facilitadores e barreiras é uma etapa importante na seleção e na adaptação de intervenções comportamentais para pacientes e profissionais de saúde que poderiam ser implementadas para promover e apoiar o engajamento do paciente, particularmente em um contexto de escassez de estudos, ao avaliar este tipo de intervenção (LIANG et al., 2018). A literatura atual se concentra alternativamente em aspectos diferentes e singulares do fenômeno de engajamento do paciente, enquanto falta a visão geral dos elementos que podem dificultar ou facilitar o processo (BARELLO et al., 2014).

Davis et al. (2007) propuseram um *framework* com cinco categorias de fatores que podem afetar a participação e o engajamento dos pacientes, a saber, relacionadas ao paciente (por exemplo, características demográficas), à doença (por exemplo, gravidade), ao profissional de saúde (por exemplo, conhecimento e crenças dos profissionais), ao sistema de saúde (por

exemplo, Atenção Primária ou Secundária), e à tarefa (por exemplo, se o comportamento exigido de segurança do paciente desafia as habilidades clínicas dos profissionais).

Na seção ‘Mecanismos de engajamento’, foram apresentados os aspectos facilitadores e as barreiras específicos de cada mecanismo. A seguir, a Tabela 13 apresenta uma visão das principais barreiras identificadas na literatura para o engajamento do paciente, em geral, na gestão da qualidade. As barreiras foram organizadas em três categorias, adaptadas a partir do modelo conceitual do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, de acesso aos serviços de saúde (MILLMAN, 1993), sendo:

- Estruturais: estão relacionadas ao tipo, à localização e à configuração organizacional dos prestadores de cuidados de saúde;
- Financeiras: relacionadas aos recursos, tanto das instituições, quanto dos P/F;
- Pessoais e culturais: relacionadas à literacia, nível de instrução, grupo social, etnia, crenças, entre outros.

A Tabela 14 apresenta uma visão dos aspectos facilitadores identificados na literatura para o engajamento do paciente, em geral, na gestão da qualidade.

Segundo Edgman-Levitan, Brady e Howitt (2013), a base para o sucesso do engajamento do paciente é a literacia, definida como a capacidade de obter, interpretar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessárias para tomada de decisões apropriadas.

No setor público, as ações de envolvimento do P/F devem considerar o possível impacto das racionalidades neoliberais no centro das políticas e serviços, que podem desencorajar os pacientes a reivindicarem seus direitos a cuidados de saúde de qualidade. As racionalidades neoliberais podem gerar o entendimento do “senso comum” de que não existem “direitos [de qualidade à saúde] sem responsabilidades”. É preciso ajudar os pacientes a desenvolver uma “consciência crítica”, promovendo seu empoderamento (RENEDO; MARSTON, 2015).

As instituições deveriam encorajar e adotar parcerias, ao estabelecer ambientes confortáveis e habituais aos pacientes, para empoderá-los, e fazer com que eles queiram ser envolvidos no planejamento, no desenho e na entrega dos serviços (PALUMBO, 2016).

Davis et al. (2007) concluíram que dado o número de fatores que influenciam na participação do paciente, as intervenções que são direcionadas a grupos de pacientes específicos e que empregam abordagem multimodal provavelmente têm maior probabilidade de envolver os pacientes com sucesso.

Tabela 13 – Barreiras para engajamento dos pacientes – Geral

Barreiras	Referências
Estruturais	
Estratégia	
Existência de prioridades organizacionais concorrentes	Herrin et al. (2016)
Tokenismo: solicitar o envolvimento, mas não o levar a sério ou permitir que ele seja eficaz. As decisões continuam sendo tomadas apenas pelos profissionais da organização, sem influência do paciente, embora seja envolvido no processo	Ocloo e Matthews (2016)
Pressão da alta administração para atingir objetivos específicos, que divergem dos objetivos do paciente	Liang et al. (2018)
Processo	
Informações inadequadas sobre o envolvimento: falta de informações apropriadas e acessíveis sobre como se envolver ou sobre as oportunidades de envolvimento. Falta de orientação sobre a função dos pacientes	Ocloo e Matthews (2016); Liang et al. (2018)
Disfunção e hierarquias entre os profissionais de saúde	Bombard et al. (2018); Liang et al. (2018)
Desacordo entre pacientes e profissionais de saúde sobre o papel dos pacientes	Liang et al. (2018)
Discussões excessivamente complexas	Bombard et al. (2018)
Atividades de engajamento realizadas por grupos consultivos, com a participação de ‘não tomadores’ de decisão	Bombard et al. (2018)
Falta de resposta ou planos para abordar as questões levantadas	Bombard et al. (2018)
Falta de acompanhamento (<i>follow-up</i>) com os pacientes após sua participação	Bombard et al. (2018)
Falta de clareza sobre: funções, objetivos e responsabilidades	Bombard et al. (2018)
Comitês e reuniões envolvendo número desproporcional de pacientes em comparação com provedores	Bombard et al. (2018)
Problemas na seleção dos P/F:	Bombard et al. (2018)
– O recrutamento liderado pelo provedor ou pelo paciente pode introduzir vieses	
– Inclusão de participantes autos selecionados: pacientes confiantes ou aqueles que têm menos sintomas ou deveres de cuidado familiar	
Comitês e reuniões com a presença de profissionais que anteriormente cuidaram dos pacientes	Bombard et al. (2018)
Falta de tempo para definir e implementar programas consultivos	Herrin et al. (2016)
A coprodução desafia a padronização, pois a visão do paciente pode trazer uma variação ao processo	Batalden et al., (2015)
Reuniões com P/F não são frequentes	Liang et al. (2018)
Falta de oportunidades informais de interação fora de reuniões para construir confiança	Liang et al. (2018)
Incerteza sobre como trabalhar com P/F na melhoria da qualidade	Johnson et al. (2016)
Falta de esforço da organização para tratar os <i>gaps</i> cognitivos entre os profissionais e os pacientes	Palumbo (2016)

Continua

Barreiras	Referências
Pessoais e culturais	
Organização e profissionais de saúde	
Resistência cultural	Batalden et al., (2015); Palumbo, (2016)
Falta de conhecimento entre os profissionais de saúde sobre como se envolver com um grupo empoderado de pacientes questionadores	Liang et al. (2018)
Crenças dos profissionais de saúde sobre a relevância e a representatividade das experiências individuais dos pacientes	Liang et al. (2018)
Crenças dos profissionais de saúde sobre a capacidade do paciente para contribuir dada a falta de critérios para inclusão ou um processo de habilitação	Liang et al. (2018)
Crenças dos profissionais de saúde de que o <i>feedback</i> do paciente é uma reclamação e que os mesmos são hostis e ingratos	Liang et al. (2018)
Crença de que não é possível nem desejável compartilhar o poder e a responsabilidade entre os pacientes e profissionais em todas as situações	Batalden et al., (2015)
O modelo de engajamento pode aparentar uma redução no valor da <i>expertise</i> do profissional	Batalden et al., (2015)
Diferença de ponto de vista entre os profissionais e os pacientes para tratar questões relacionadas à saúde	Palumbo (2016)
Profissionais estigmatizaram as pessoas por sua identidade ou porque elas se envolveram ou porque tiveram uma experiência ruim de cuidado e desencorajaram seu envolvimento com base em sua identidade	Ocloo e Matthews (2016)
Profissionais diminuem a confiança e a autoestima, fazendo com os P/F sentirem que não têm muito a contribuir	Ocloo e Matthews (2016)
Desvalorizar ou não ouvir o que os P/F dizem	Ocloo e Matthews (2016)
Discriminação com base em gênero, etnia, cultura, crença, sexualidade, idade, deficiência e classe	Ocloo e Matthews (2016)
Pacientes e familiares	
Nem todos os pacientes desejam ou são capazes (tempo ou condição de saúde) de participar ativamente	Batalden et al., (2015); Palumbo (2016)
Pacientes se sentem desconfortáveis em falar por outros pacientes	Johnson et al. (2016)
Treinamento e participação exigem tempo do paciente	Johnson et al. (2016)
Incerteza sobre sua função	Johnson et al. (2016)
Pacientes com doenças terminais podem ver o envolvimento de maneira diferente – participar de decisões sobre seus cuidados de saúde pode ser muito importante para eles, mas outras formas de engajamento ativo podem parecer pesadas e irrelevantes	Davis et al., (2007)
Dificuldade na comunicação com participantes com deficiência física (surdos, cegos e mudos)	Ocloo e Matthews (2016)

Barreiras	Referências
Dificuldade na comunicação com pessoas com outra nacionalidade, devido ao idioma	Ocloo e Matthews (2016)
Pacientes considerados como 'vozes indesejadas': alguns pontos de vista/ experiências são mais bem-vindos do que outros (particularmente aqueles que concordam ou são menos desafiadores do sistema ou serviços). As pessoas também podem ser excluídas porque são vistas como muito caras/ difíceis de incluir, como as que sofrem de demência	Ocloo e Matthews (2016)
Pacientes altamente qualificados optam por um envolvimento maior do que seus pares com menor grau de instrução	Davis et al. (2007)
Mulheres preferem um papel mais ativo do que os homens	Davis et al. (2007)
Pacientes mais novos tendem a querer participar mais do que pacientes mais velhos	Davis et al. (2007)
Local onde as pessoas vivem: sem teto, serviços assistenciais, prisão, viajantes, ciganos	Ocloo e Matthews (2016)
Financeiras	
Falta de recursos financeiros para a realização das atividades de envolvimento	Herrin et al. (2016)
Processo de envolvimento oneroso e demorado	Bombard et al. (2018)
Percepção, por parte da organização, de que o tempo e os custos da parceria não são viáveis, dadas as prioridades concorrentes	Johnson et al. (2016)
Não pagar os participantes por seu envolvimento (que é um princípio amplamente aceito) pode rapidamente dissuadir as pessoas com recursos limitados ou altos custos, devido à natureza de sua situação ou pelo impedimento de estarem envolvidos	Ocloo e Matthews (2016)

Fonte: elaborada pela autora. P/F: paciente/família.

Tabela 14 – Aspectos facilitadores para engajamento dos pacientes – Geral

Aspectos facilitadores	Referências
Estruturais	
Estratégia	
Identificação de um propósito compartilhado e diretrizes claramente definidas para participação	Johnson et al. (2016)
Estruturas e processos formais (por exemplo, diretrizes claras) desenvolvidos e institucionalizados para fornecer oportunidades contínuas e sistemáticas para os pacientes participarem do processo de tomada de decisão	Castro et al., (2016)
Ter capacidade de resposta ao paciente e valorizar seus pontos fortes e <i>expertise</i>	Castro et al., (2016)
Conduzir as atividades com os pacientes antes que as decisões sejam tomadas	Bombard et al. (2018)
Liderança	
Garantir um compromisso institucional e o patrocínio para o engajamento	Kohler et al. (2017); Bombard et al., (2018)
Envolver a liderança institucional	Kohler et al. (2017); Bombard et al., (2018)
Processo	
Na seleção dos participantes, enfatizar aos pacientes que existe comprometimento/ patrocínio organizacional do engajamento dos pacientes	Bombard et al., (2018)
Envolvimento de profissionais de apoio com potencial para transitar entre os diferentes processos da instituição e efetuar as mudanças	Liang et al., (2018)
Envolvimento precoce dos pacientes nos projetos, para que estejam familiarizados com os objetivos e possam oferecer contribuições significativas para estruturar os objetivos e as atividades do projeto	Kohler et al. (2017; Liang et al.,(2018)
Sensibilização e transparência do processo de engajamento	Kohler et al. (2017)
Abordar regras de confidencialidade e regras básicas com os conselheiros pode promover uma discussão aberta e produtiva, e estabelecer uma comunicação confiável	Johnson et al. (2016)
Estabelecer mecanismos para agir sobre as questões levantadas e continuar o envolvimento	Bombard et al. (2018)
Dar visibilidade dos resultados obtidos/ progresso entre as reuniões	Bombard et al. (2018)
Educação e apoio para pacientes e profissionais de saúde	Castro et al. (2016)
Formalizar as funções do paciente definindo/ nomeando e reconhecendo sua posição	Liang et al. (2018)
Consultar os pacientes sobre os sentimentos para solicitar relatos detalhados de suas experiências	Liang et al. (2018)
Treinamento em conjunto de pacientes e profissionais de saúde	Liang et al. (2018)

Continua

Continuação

Aspectos facilitadores	Referências
Deve haver gerenciamento facilitador e um ambiente de apoio ao cuidado	Castro et al. (2016)
Utilizar um facilitador externo com pessoas treinadas	Bombard et al. (2018)
Na seleção dos participantes, adotar técnicas de seleção; quando possível, ter pacientes conduzindo as entrevistas; e identificar e recrutar, por meio de provedores, participantes existentes e redes	Bombard et al. (2018)
Criar um contexto receptivo pelo uso de um diálogo democrático para construir consenso	Bombard et al. (2018)
Manter flexibilidade nas metas, no <i>design</i> e nos resultados, em resposta à entrada dos pacientes	Bombard et al. (2018)
Disponibilizar tempo para desenvolver relacionamentos fortes e confiáveis	Ocloo e Matthews, (2016); Bombard et al., (2018)
Permitir que pacientes ou cuidadores definam a agenda	Bombard et al. (2018)
Incluir proporções mais altas de pacientes ou provedores para melhorar as vozes dos pacientes	Bombard et al. (2018)
Oferecer flexibilidade nos níveis e abordagens de envolvimento	Bombard et al. (2018)
Utilizar diferentes formas de envolvimento, usando abordagens inovadoras que vão além dos métodos tradicionais: reuniões, pesquisas, habilidades escritas e verbais. Diferentes métodos incluem: entretenimento organizado por participantes leigos, oferecendo oportunidades seguras para explorar ideias. Atividades de apoio, locais informais e incentivo ao trabalho em rede	Ocloo e Matthews, (2016)
Construir mecanismos de recompensa, como <i>feedback</i> e avaliação	Bombard et al. (2018)
Definir oportunidades de interação com frequências regulares	Bombard et al. (2018)
Realizar reuniões mensais ou mais frequentes, se necessário	Liang et al., (2018)
Questionar os pacientes, após as reuniões, para coletar <i>feedback</i> sobre como foi a reunião e como a interação poderia ser melhorada	Liang et al., (2018)
Interação formal complementada com interação informal por <i>e-mail</i> e telefone, ou outra interação para construir relacionamentos	Liang et al., (2018)
Garantir aos participantes que tenham acesso às informações nas organizações e estruturas de tomada de decisão, para formar uma opinião real	Ocloo e Matthews, (2016)
Pessoais e culturais	
Geral	
Envolvimento de pacientes e funcionários com vontade de trabalhar em conjunto	Liang et al., (2018)
A informação que é trocada tem de ser significativa, compreensível e adaptada individualmente	Castro et al. (2016)
Realizar sessões de treinamento antes dos compromissos, para esclarecer papéis, objetivos, desenvolver habilidades, aumentar a sensibilidade para questões culturais ou comunitárias e reduzir os desequilíbrios de poder	Bombard et al. (2018)

Aspectos facilitadores	Referências
Melhorar a comunicação com todos os pacientes: <ul style="list-style-type: none"> - Averiguar primeiramente o que o paciente sabe e, só depois, determinar o nível de discussão - Falar devagar, evitando jargões, repetindo pontos para melhorar a compreensão - Encorajar e esperar que todos os pacientes façam perguntas - Verificar a compreensão e o retorno - Pedir aos pacientes que repitam as informações críticas (deixando claro que isso é sobre a capacidade dos profissionais de saúde de se comunicarem claramente) - Comunicar-se de outras formas além de fala/ material impresso, por exemplo, multimídia, serviços/ materiais de tradução 	Ocloo e Matthews, (2016)
Organização e profissionais de saúde	
Esforço explícito para envolver os pacientes em reuniões e ampliar o valor e o respeito por suas contribuições	Liang et al., (2018)
Os profissionais de saúde precisam desenvolver atitude positiva em relação à participação do paciente	Castro et al. (2016)
Pacientes e familiares	
Seleção de pacientes com base em suas características e habilidades pessoais	Liang et al., (2018)
Criar um ambiente em que os participantes possam se comunicar no idioma de sua preferência	Bombard et al. (2018)
Criar um contexto receptivo para aumentar a participação e o conforto, como, por exemplo, envolver os pacientes em casa, em suas instalações ou em ambientes externos onde os serviços são oferecidos	Bombard et al. (2018)
Financeiros	
Recursos suficientes disponíveis para garantir a participação bem-sucedida do paciente, referente tanto ao tempo quanto aos recursos financeiros	Castro et al. (2016)
Oferecer incentivos (monetários e outros), remuneração, reembolso de despesas aos pacientes e familiares	Bombard et al. (2018)

Fonte: elaborada pela autora. P/F: paciente/família.

2.3.5 Influência das certificações de qualidade no engajamento dos P/F

Na busca pela melhoria da qualidade dos serviços, muitas instituições têm procurado novos modelos de gestão e a certificação da qualidade dos seus processos. Neste contexto, os programas de acreditação têm surgido como possibilidade de mudança (MANZO; BRITTO; ALVES, 2013).

Na Austrália, Hinchcliff et al. (2016) observaram que os programas de acreditação promovem o engajamento dos pacientes por meio de quatro mecanismos. Os dois primeiros estão relacionados ao atendimento dos requisitos para a acreditação, sendo eles a realização de pesquisas de satisfação e/ou experiência dos pacientes e envolvimento nos processos de governança organizacional, principalmente pela participação em comitês de gestão. Os outros dois mecanismos são indiretos, pois os pacientes participaram na elaboração/revisão dos padrões de acreditação ou nas auditorias para acreditação.

Entretanto, algumas pesquisas demonstram que a relação entre o envolvimento do paciente e o *status* da acreditação é fraca ou inexistente, sugerem que o envolvimento deveria ser tratado pelas instituições por políticas e estratégias específicas (GROENE et al., 2015; SAUT; BERSANETI; MORENO, 2017).

Complementar à acreditação, observa-se, no setor da saúde, a certificação de qualidade realizada pela *Planetree International*. Fundada em 1978, a *Planetree International*, uma organização sem fins lucrativos, tem certificado diversas instituições de saúde ao redor do mundo, que reconhece a implementação de boas práticas do cuidado centrado no paciente. Atualmente, 77 hospitais são designados como centrados nos pacientes pelo programa *Planetree* (“Planetree Designated Sites,” 2018). No Brasil, apenas dois hospitais foram reconhecidos, sendo o primeiro o Hospital Israelita Albert Einstein, no ano de 2011, seguido do Hospital Mãe de Deus, em 2017. O Hospital Israelita Albert Einstein, reconhecido por sua qualidade, é o responsável por disseminar, treinar e certificar as instituições de saúde interessadas em seguir este modelo (ALBERT EINSTEIN SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2018).

A certificação *Planetree*, recentemente revisada, tem cinco direcionadores (“Person-Centered Care Certification Program redesign”, 2018): (1) criar estruturas organizacionais que promovam o engajamento; (2) conectar valores, estratégias e ações; (3) implementar práticas

e promover parcerias; (4) saber o que importa; e (5) utilizar evidências para orientar as melhorias. Sua implantação requer uma mudança significativa da cultura organizacional (GUASTELLO; FRAMPTON, 2014). Devido a sua contribuição, a *Joint Commission* incluiu o programa entre seus Prêmios Especiais de Qualidade (FRAMPTON, 2009).

O modelo da *Planetree* contempla ações de envolvimento de paciente em seu cuidado direto, como, por exemplo, o acesso às informações de seu prontuário (FRAMPTON; HOROWITZ; STUMPO, 2009) – fora do escopo desta pesquisa –, e ações para envolvimento na melhoria da qualidade dos serviços no nível organizacional, como a criação dos comitês consultivos, com a participação de pacientes e familiares (WARREN, 2012).

Devido à relação direta da certificação *Planetree* com o tema desta pesquisa, uma revisão de literatura sobre o programa foi realizada, a qual está publicada em Saut, Berssaneti e Berger (2018). A conclusão do trabalho foi que, embora o número de instituições designadas no programa tenha crescido expressivamente nos últimos 5 anos, não se observou evolução semelhante nas pesquisas publicadas sobre o tema. Diversos estudos destacaram o impacto positivo do modelo *Planetree* na satisfação dos pacientes, o que representa uma avaliação da qualidade do serviço (STONE, 2008).

2.4 Referencial teórico

Os artigos que debatem o tema ‘engajamento do paciente’ descrevem teorias, ideologias, movimentos e conceitos fundamentais para o tema ou a apresentação do seu histórico/origem. A Tabela 15 apresenta estes conceitos e as principais referências que os citaram. Complementar à tabela, ressalta-se o conceito de qualidade definido por Donabedian (DONABEDIAN, 1976; 1980; 1988; DONABEDIAN; WHEELER; WYSZEWIANSKI, 1982), o que representa a principal referência para este construto, nos trabalhos pesquisados.

Tabela 15 – Teorias, movimentos e conceitos utilizados para embasamento das pesquisas sobre engajamento do paciente/família

Aplicação/ conceito	Referências que citaram	Fundamentação teórica
Descrever histórico sobre o engajamento dos pacientes na gestão da qualidade (adicional ao movimento da qualidade na saúde)		
Movimento do consumerismo	Cahill (1998); Martin et al. (1998); Coulter (1999); Hibbard et al. (2004); Thompson (2007); Stone (2008); Berwick (2009); Longtin et al. (2010); Gibson, Britten e Lynch (2012); Armstrong et al. (2013); Renedo e Marston (2015); Kavcic, Pahor e Domajnko (2015); Ocloo e Matthews (2016)	“O consumerismo é um movimento social que busca aumentar os direitos e o poder dos consumidores em relação aos vendedores” (KOTLER, 1971, p. 49, tradução nossa) Segundo Berwick (2009), em uma visão radical, o consumidor está sempre certo
Teoria das Relações Humanas	Longtin et al. (2010)	Todo ser humano é dotado de vontade e tem direito à autodeterminação; ao participar do processo de tomada de decisão, o paciente exerce seus direitos mais fundamentais
Definir perspectiva do paciente ou voz do paciente		
Teoria do ponto de vista	Rowland et al. (2017)	A experiência humana é relativizada de acordo com o ponto de vista do qual ela é vivenciada. Uma premissa fundamental da teoria do ponto de vista é a de que todas as visões estão situadas em algum lugar; não há uma visão inteiramente objetiva
Conceito da objetividade forte	Rowland et al. (2017)	A diversidade das situações sociais é levada em consideração. A situação social permite e estabelece limites sobre o que se pode saber
Teoria feminista	Rowland et al. (2017)	A teoria feminista é utilizada para entender as alegações de conhecimento únicas de indivíduos marginalizados e comparar desafios similares com o engajamento do paciente – o envolvimento do paciente pode ter alguns dos dilemas, lutas internas e tentativas de resolução
Relações entre P/F e profissionais das instituições de saúde		
Poder simbólico	Gibson, Britten e Lynch, (2012); Locock et al. (2017)	As formas de capital (econômico, social, cultural e simbólico) são importantes para compreensão das relações de poder entre P/F e profissionais

Continua

Aplicação/ conceito	Referências que citaram	Fundamentação teórica
Paridade participatória	Gibson, Lewando-Hundt e Blaxter, (2011); Gibson, Britten e Lynch (2012); Locock et al. (2017)	<p>Para obter uma paridade participatória, é preciso eliminar ou reduzir o impacto da desigualdade social na participação pública. O poder não é igualmente distribuído e a “paridade participativa” é difícil de alcançar</p> <p>A esfera pública é sempre constituída por conflitos e nem todos os públicos têm igual capacidade de influenciar. Existem dois públicos distintos: os "fortes" e os "fracos". Um público forte pode ser definido como aquele para quem não apenas as discussões ocorrem, mas que também tem a capacidade de influenciar na tomada de decisões</p>
Racional para envolvimento do paciente		
Ideologias democrática, tecnocrática ou emancipatória	Gibson, Britten e Lynch (2012); Locock et al. (2017); Rowland et al., (2017)	<p>Processo baseado em princípios democráticos: o engajamento é concebido como uma articulação da voz do cidadão no planejamento, entrega e avaliação dos serviços de saúde. A voz do paciente é conceituada como uma forma de representação</p> <p>Processo baseado em princípios tecnocráticos: está baseado na premissa de que os participantes forneçam acesso ao conhecimento especializado. Os argumentos tecnocráticos desafiam os princípios de representatividade</p> <p>Processo baseado em princípios emancipatórios: forma de movimento político que busca redistribuir as relações de poder. Esse raciocínio emancipatório sugere que o engajamento do P/F pode ser um tipo particular de movimento social</p>
Coprodução	Batalden et al., (2015); Vrangbaek (2015); O’Hara e Lawton (2016); Ocloo e Matthews (2016); Palumbo (2016); Locock et al. (2017); Thörne et al. (2017); Batalden (2018)	A coprodução de serviços está baseada na "lógica de serviço", a qual substitui a "visão simplista de que os produtores satisfazem necessidades e desejos dos clientes" por uma "visão mais complexa de que juntos formam um sistema de criação de valor" (BATALDEN et al., 2016)
Níveis de participação	International Association for Public Participation (2018) e Arnstein (1969); Rowe e Frewer (2005); Bate e Robert, (2006); Carman et al. (2013)	Os níveis de participação correspondem à extensão do poder dos cidadãos na decisão final

Fonte: elaborada pela autora. P/F: paciente/família.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

Atualmente, muitos fenômenos e problemas enfrentados pelas ciências tornaram-se tão complexos que uma única abordagem, qualitativa ou quantitativa, é considerada insuficiente para trabalhar com essa complexidade. Entretanto, uma abordagem mista pode permitir estudar um fenômeno, a partir de uma perspectiva mais ampla e profunda (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Os desenhos mistos conseguem captar mais perspectivas de um mesmo problema: frequência, dimensão e extensão na abordagem quantitativa, bem como complexidade e profundidade na abordagem qualitativa. Os métodos de coleta de dados têm suas limitações. O uso de um desenho misto pode compensar ou minimizar os pontos fracos de cada método (CRESWELL, 2009).

Dada a complexidade e a amplitude do tema aqui tratado, considerou-se que, para alcançar os objetivos esperados, a adoção de uma abordagem qualitativa ou quantitativa não seria suficiente. As principais justificativas para o uso do método misto estão apresentadas na Tabela 16. Os conceitos teóricos de cada justificativa foram extraídos do trabalho de Sampieri, Collado e Lucio (2013), que descreveram um total de 17 razões para o desenho de uma pesquisa com método misto.

Harrison, Reilly e Creswell (2020) propuseram um *framework* para avaliação do rigor de pesquisas com métodos mistos. Segundo os autores, o rigor está relacionado principalmente às ações do pesquisador (ou seja, as etapas do processo científico) e aos mecanismos do relatório de pesquisa que descrevem essas etapas ao leitor, ao fornecer uma melhor compreensão do que exatamente os pesquisadores fizeram durante o estudo. Assim, o rigor não substitui a qualidade do estudo, mas permite sua avaliação e, dessa forma, facilita sua revisão por terceiros. Os elementos que caracterizam uma pesquisa de método misto como rigor alto são:

- Objetivos e propósitos: inclui uma justificativa para o uso do método, uma questão de pesquisa de métodos mistos e uma discussão sobre o valor do método.
- Coleta dos dados: inclui procedimentos específicos para coleta de dados tanto qualitativos quanto quantitativos, como amostragem, tipos de dados a serem coletados e instrumentos utilizados na coleta de dados.

- Análise dos resultados: inclui o relatório de procedimentos de análise para os dados qualitativos e quantitativos.
- Integração: inclui a ligação/combinção entre os resultados das abordagens.
- Desenho do tipo de método misto: inclui uma descrição do desenho (por exemplo, sequencial ou concomitante) e utiliza um diagrama para mostrá-lo.
- Elementos da escrita: inclui referências a métodos mistos da literatura. Identifica o estudo como métodos mistos no título, resumo e/ou artigo.

Esses elementos foram considerados no desenho da pesquisa e, neste capítulo, são apresentados uma visão geral do desenho da pesquisa, as metodologias adotadas para as abordagens quantitativa e qualitativa e o método para a integração dos resultados.

Tabela 16 – Principais razões para desenho da pesquisa com método misto

Justificativas	Observações considerando este estudo
1. Amostragem <i>Facilitar a amostragem de casos de um método com o apoio do outro</i>	Os dados de caracterização das instituições coletados na pesquisa de avaliação foram utilizados para selecionar os hospitais para a abordagem qualitativa.
2. Extensão <i>Analisar os processos de maneira mais holística</i>	Relação direta com a sexta lacuna teórica apresentada (item 1.1 – Justificativa do estudo), a qual refere-se à falta de uma abordagem integrada e ampla sobre o tema. Os estudos têm discutido o tema com enfoques específicos, sem uma visão ampla do processo e dos fatores intervenientes para o engajamento dos P/F na gestão da qualidade (BARELLO et al., 2014).
3. Multiplicidade <i>Responder diferentes perguntas de pesquisa</i>	A pesquisa tem objetivos específicos de processos, tais como ‘quais os mecanismos utilizados para engajamento dos P/F’, que remetem a uma abordagem quantitativa, e objetivos voltados à compreensão de alguns fatores, como, por exemplo, quais os resultados obtidos, que necessitam de uma abordagem qualitativa.
4. Explicação <i>Entender os resultados de um método a partir dos resultados do outro</i>	A integração permitirá identificar resultados convergentes e complementares, ampliando o conhecimento sobre o tema.
5. Utilidade <i>Maior potencial de uso e aplicação de um estudo</i>	Dada a complexidade do tema e a dificuldade de sua implementação, um modelo que apresenta, de forma integrada e abrangente, os diferentes aspectos pode auxiliar os leitores a terem uma compreensão maior tanto sobre a teoria quanto a prática. Portanto, espera-se que os resultados contribuam para o conhecimento teórico e para melhoria da prática gerencial nos hospitais.
6. Clareza <i>Identificar relações “ocultas”, que não seriam detectadas com o uso de um só método</i>	A pesquisa trata de temas complexos, como, por exemplo, questões de poder e cultura nas organizações de saúde. Segundo Kurcgant (1992), investigações na área de poder e cultura correm o risco de permanecer nos níveis superficiais dos comportamentos manifestos e das opiniões verbalizadas. Nesse caso, a pesquisa de avaliação pode auxiliar na identificação da cultura organizacional e de sua relação com os fatores intervenientes. Os fatores apresentados no questionário podem estimular uma reflexão e a manifestação de sua opinião sobre os mesmos

Fonte: adaptado de Sampieri, Collado e Lucio (2013). P/F: pacientes e familiares.

3.1 Desenho da pesquisa

Segundo Santos et al. (2017), o planejamento de uma pesquisa de métodos mistos deve considerar alguns aspectos, destacando-se, entre eles: distribuição de tempo, atribuição de peso e combinação. A distribuição do tempo refere-se à forma como serão coletados os dados das duas abordagens, quantitativa e qualitativa, que pode ser sequencial ou concomitante (simultânea). Na atribuição de peso, o pesquisador define se alguma das abordagens é prioritária e será mais enfatizada ou se ambas terão a mesma prioridade. Quanto à combinação dos dados, eles podem ser integrados (as informações das duas abordagens se apoiam mutuamente), separados ou combinados (quando há uma relação entre a análise de dados da primeira fase e a coleta da segunda).

A partir dos conceitos apresentados, o desenho misto desta pesquisa prevê a coleta e a análise dos dados das duas abordagens concomitantemente, com ênfase qualitativa; seus resultados serão integrados. A Tabela 17 apresenta uma síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa para as abordagens qualitativa e quantitativa.

Tabela 17 – Síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa

Desenho do estudo	Pesquisa de métodos mistos	
	Quantitativo	Qualitativo
	<i>Pesquisa avaliação</i>	<i>Teoria fundamentada nos dados</i>
Objetivo específico	O que é engajamento do P/F? Quais são os mecanismos utilizados para engajar os P/F na gestão da qualidade? Quais os fatores intervenientes?	Qual a origem, como e por que acontece o engajamento dos P/F na gestão da qualidade?
Participantes	90 hospitais	7 hospitais
Coleta de dados	Questionário aplicado pela <i>web</i> , com uso do <i>software</i> SurveyMonkey®	Entrevistas semiestruturadas
Análise dos dados	Estatística descritiva Análise multivariada (análise fatorial e análise de agrupamentos) Teste do qui-quadrado de Pearson Análise de variância de um fator <i>Software</i> Minitab® 19	Codificação <i>Software</i> NVivo 12

Fonte: elaborada pela autora. P/F: pacientes e familiares.

O estudo foi realizado com um método misto concomitante (quantitativo e qualitativo), conforme representado na Figura 11. Embora a coleta de dados das duas abordagens tenha sido simultânea, a pesquisa iniciou pela abordagem quantitativa, a qual

contribuiu para a seleção das instituições para a etapa qualitativa. A partir dos dados iniciais da pesquisa quantitativa e da sinalização dos participantes quanto à sua disponibilidade em participar da segunda etapa, foram selecionados os hospitais, empregando o método da amostragem teórica. Na etapa quantitativa, foi realizada uma pesquisa de avaliação, enquanto a qualitativa foi baseada no referencial metodológico da teoria fundamentada nos dados (TFD).

3.2 Abordagem quantitativa

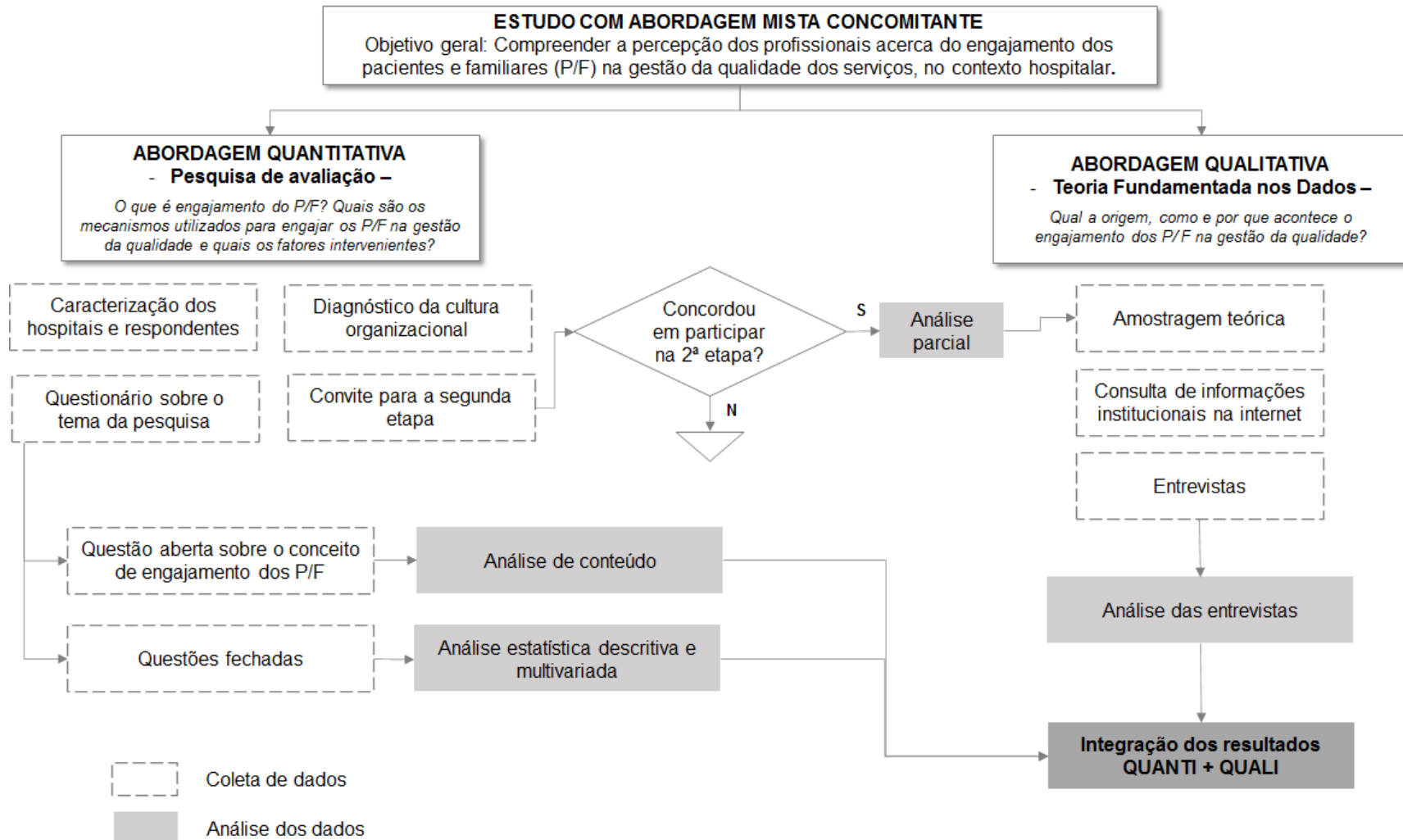
Neste estudo, a etapa quantitativa consistiu em uma pesquisa exploratória. Na pesquisa exploratória, as variáveis de interesse não são bem conhecidas e precisam ser melhor entendidas, assim como a natureza do relacionamento entre elas (MIGUEL, 2012).

O método utilizado foi a pesquisa de avaliação, também denominado levantamento tipo *survey*. A pesquisa de avaliação permite obter um panorama sobre o fenômeno estudado, conforme as variáveis definidas. Em geral, esse método usa um instrumento de coleta de dados único (usualmente, um questionário), aplicado a uma amostra, e os resultados são analisados com técnicas estatísticas (MIGUEL, 2012).

Na pesquisa com enfoque quantitativo, a literatura tem papel fundamental, pois orienta a pesquisa e seu desenho (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). O questionário aplicado foi construído a partir da revisão da literatura.

Essa seção está estruturada em quatro partes, sendo elas: (1) população e amostra, (2) coleta de dados, (3) análise dos resultados das questões fechadas e (4) análise dos resultados da questão aberta. O questionário continha apenas uma pergunta aberta referente ao conceito de engajamento. Essa questão teve um método específico para análise dos resultados e, por esse motivo, tanto o método quanto os resultados foram apresentados separadamente das demais questões do questionário.

Figura 11 – Visão geral do desenho da pesquisa mista concomitante



Fonte: elaborada pela autora. P/F: pacientes e familiares; S: sim; N: não.

3.2.1 População e amostra

Para atingir os objetivos desta pesquisa, foi considerado que a população é o conjunto de hospitais gerais, especializados ou dia, localizados no território nacional, e o sistema-alvo é o de gestão da qualidade. As unidades amostrais foram os hospitais, e as unidades de informação foram os representantes de cada hospital, convidados a responder o instrumento de pesquisa de forma voluntária.

O plano de amostragem pode ser classificado como não probabilístico e por conveniência (MIGUEL, 2012). Os questionários foram, sempre que possível, encaminhados para o responsável pela área de qualidade da instituição ou administrativa. Foi considerada apenas uma resposta por instituição.

Nas instituições, o critério de inclusão dos profissionais considerou sua participação no planejamento ou no gerenciamento do sistema de gestão da qualidade da instituição participante. Como critério de inclusão, foi considerado, além da função do profissional, um tempo mínimo de seis meses no cargo. Os profissionais puderam envolver ou indicar outras pessoas da área para participar do estudo, auxiliando-o no preenchimento em conjunto do questionário.

3.2.2 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Plataforma Brasil, foi enviada uma carta convite, por *e-mail*, para os hospitais. Em alguns casos, foi realizado um contato inicial por telefone. O projeto de pesquisa também foi divulgado por meio de mensagem eletrônica encaminhada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O questionário foi testado com três pessoas (dois profissionais da área de Qualidade em Saúde e uma mestrandia que desenvolve pesquisa sobre o tema) antes de sua aplicação para verificar se as questões estavam claras, se havia algum problema no sistema e qual era o tempo médio necessário para respondê-lo. Todas as questões apontadas no teste piloto eram relacionadas à formatação do sistema e foram solucionadas.

Os questionários foram aplicados via *web* com o suporte do *software* SurveyMonkey®. O questionário de pesquisa era composto por quatro blocos (Apêndice A), além de uma carta

convite e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, o qual será apresentado no capítulo Aspectos Éticos):

1. Caracterização do perfil da instituição.
2. Diagnóstico da cultura organizacional.
3. Caracterização do respondente.
4. Questões específicas sobre o tema da pesquisa.

No primeiro bloco, para caracterização do perfil das instituições, foram levantadas informações gerais sobre localização, porte, controle administrativo, número de funcionários, creditações, entre outras.

No segundo bloco, também com o objetivo similar de identificação do perfil das instituições, foi aplicado um instrumento para diagnóstico da cultura organizacional, desenvolvido por Cameron e Quinn (2006), o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI). O OCAI é baseado no modelo dos valores contrastantes, um instrumento validado, em sua versão original em inglês, e que tem sido utilizado em vários estudos internacionais e nacionais, em diferentes áreas (CAMERON; QUINN, 2006). A Tabela 18 apresenta uma visão geral das características dos quatro tipos de cultura organizacional estabelecidos no modelo OCAI.

Após a caracterização das instituições quanto ao perfil geral e à cultura organizacional, no terceiro bloco do questionário constavam questões para levantar o perfil dos participantes.

O quarto e último bloco continha as questões específicas sobre o tema do estudo, com uma questão no formato aberto e todas as demais fechadas. A questão aberta era voltada à definição do engajamento dos P/F na gestão da qualidade e as questões fechadas referiam-se, principalmente, aos mecanismos de engajamento e aos fatores intervenientes (barreiras). A definição de uma questão aberta sobre o conceito de engajamento foi baseada em sua vantagem de coletar uma maior quantidade de dados e, geralmente, mais ricos (MIGUEL, 2012). As questões foram baseadas na revisão da literatura. A Tabela 19 apresenta a descrição das variáveis da base de dados.

Tabela 18 – Tipos de cultura organizacional, baseados no modelo dos valores contrastantes

Característica	Tipo de cultura organizacional			
	Cultura de hierarquia	Cultura do mercado	Cultura do clã	Cultura da adhocracia
Orientação	Controle	Competição	Colaboração	Criatividade
Direcionador de valor	Eficiência, pontualidade consistência e uniformidade	Participação de mercado (<i>market share</i>), cumprimento de metas e lucratividade	Comprometimento, comunicação e desenvolvimento	Produtos inovadores, transformação e agilidade
Estratégias de qualidade	Detecção de erro Medição Controle de processo Solução sistemática de problemas Ferramentas da qualidade (espinha de peixe, Pareto, gráfico de afinidade e variância)	Medição das preferências dos clientes Melhoria da produtividade Criação de parceiras externas Aumento da competitividade Envolvimento de clientes e fornecedores	Empoderamento Formação de equipes Envolvimento dos funcionários Desenvolvimento de recursos humanos Comunicação aberta	Surpresa e prazer Criação de novos padrões Antecipando necessidades Melhoria contínua Soluções criativas
Características	Um lugar muito formal e estruturado para trabalhar. Procedimentos orientam o que as pessoas fazem. Manter uma organização simples é o mais crítico. Regras e políticas formais mantêm a organização unida. A preocupação de longo prazo é com a estabilidade, o desempenho com eficiência e as operações. O sucesso é definido em termos de entrega confiável, planejamento estável e baixo custo. A administração dos funcionários está preocupada com o emprego seguro e a previsibilidade	Uma organização orientada para resultados. A principal preocupação é fazer o trabalho. As pessoas são competitivas e orientadas para o objetivo. A base que mantém a organização é a ênfase na vitória. Reputação e sucesso são preocupações comuns. O foco de longo prazo são as ações competitivas e no alcance e na mensuração de metas. O sucesso é definido em termos de participação de mercado e penetração. Preços competitivos e liderança de mercado são importantes	Um lugar muito amigável para trabalhar. É como uma extensão da família. A organização é mantida unida pela lealdade ou tradição. O compromisso é alto. A organização enfatiza o benefício a longo prazo do desenvolvimento de recursos humanos e atribui grande importância à coesão e ao moral. O sucesso é definido em termos de sensibilidade aos clientes e preocupação com as pessoas. A organização valoriza o trabalho em equipe, a participação e o consenso	Um local dinâmico, empreendedor e criativo para trabalhar. As pessoas correm riscos. A base que une a organização é o compromisso com a experimentação e a inovação. A ênfase está em estar na ponta. A ênfase de longo prazo da organização é no crescimento e na aquisição de novos recursos. Sucesso significa ganhar produtos e serviços exclusivos e novos. Ser líder de mercado é importante. A organização incentiva a iniciativa individual e a liberdade

Fonte: adaptada de Cameron e Quinn (2006).

Tabela 19 – Descrição das variáveis da base de dados

Descrição da variável	Tipo de variável
Variáveis de caracterização do perfil dos hospitais	
-- Controle administrativo	Não métrica
-- Capacidade/porte	Não métrica
-- Tipo de estabelecimento	Não métrica
-- Localização (cidade/estado)	Não métrica
-- Status da acreditação e certificações de qualidade	Não métrica
-- Exerce função de educação (ensino e/ou pesquisa)	Não métrica
-- Número de funcionários	Não métrica
-- Possui área de qualidade corporativa	Não métrica
-- Possui área de experiência do paciente	Não métrica
-- Participação no Prêmio Nacional de Gestão em Saúde	Não métrica
-- Atividades de gestão da qualidade implementadas	Não métrica
-- Cultura organizacional (avaliação por dimensão e geral)	Métrica
Variáveis de caracterização do perfil dos respondentes	
-- Função	Não métrica
-- Grau de escolaridade	Não métrica
-- Sexo	Não métrica
-- Idade	Métrica
-- Tempo de experiência profissional	Métrica
Mecanismos de engajamento	
M_01 Pesquisa de satisfação (contínua)	Não métrica
M_02 Pesquisa de satisfação (anual, por amostragem)	Não métrica
M_03 Pesquisa de experiência do P/F (contínua)	Não métrica
M_04 Pesquisa de experiência do P/F (anual, por amostragem)	Não métrica
M_05 Pesquisa <i>ad hoc</i> (pontuais e com objetivos específicos)	Não métrica
M_06 Processo formal de comunicação em relação a dúvidas, sugestões, reclamações e elogios	Não métrica
M_07 Caixa de sugestões	Não métrica
M_08 Entrevista de análise da causa raiz de problema	Não métrica
M_09 Paineis ou grupos focais	Não métrica
M_10 Membro da equipe de projetos de melhoria	Não métrica
M_11 Membro da equipe de projetos de pesquisa	Não métrica
M_12 Membro da equipe de análise de causa raiz	Não métrica
M_13 Membro do comitê de qualidade ou gestão	Não métrica
M_14 Membro de um conselho consultivo	Não métrica
M_15 Membro do conselho de administração	Não métrica
M_16 Compartilha a liderança dos comitês de melhoria da segurança e qualidade	Não métrica
M_17 Elaboração de padrões de processo, tarefas ou protocolos	Não métrica
M_18 Elaboração de cartilhas ou outros materiais para comunicação com pacientes	Não métrica
M_19 Avaliação das metas e/ou objetivos da qualidade	Não métrica
M_20 Desenvolvimento dos critérios de qualidade	Não métrica
M_21 Desenvolvimento do conteúdo para outros P/F	Não métrica
M_22 Educador no treinamento de outros P/F	Não métrica
M_23 Desenvolvimento do conteúdo para profissionais	Não métrica
M_24 Educador no treinamento dos profissionais	Não métrica
Barreiras - Financeiras	
F_01 Falta de pessoas para implementar e manter as atividades com participação do P/F	Não métrica
F_02 Falta de tempo para implementar e manter as atividades com participação do paciente	Não métrica
F_03 Falta de recurso financeiro para realizar as atividades com participação do paciente	Não métrica
F_04 Falta de recurso financeiro para implementar as melhorias propostas nas atividades com a participação do paciente	Não métrica
F_05 Falta de uma política de incentivos, de remuneração ou de reembolso de despesas aos pacientes para viabilizar sua participação nas atividades	Não métrica
F_06 Priorização de outras estratégias concorrentes em detrimento da estratégia de engajamento do paciente, devido à restrição de recursos financeiros	Não métrica
F_07 Falta de recurso financeiro para treinamento dos profissionais da instituição quanto às práticas e/ ou importância do engajamento do paciente	Não métrica

Continua

Conclusão

Descrição da variável	Tipo de variável
F_08 Falta de recurso financeiro para treinamento dos pacientes quanto às práticas de engajamento para gestão da qualidade dos serviços da instituição	Não métrica
Barreiras - Estruturais	
E_01 Falta de um propósito compartilhado com os pacientes para sua participação na gestão da qualidade	Não métrica
E_02 Falta de definição de diretrizes claras para participação dos pacientes na gestão da qualidade	Não métrica
E_03 Falta de evidências na literatura que demonstrem a contribuição do engajamento dos P/F	Não métrica
E_04 Incerteza sobre qual o mecanismo mais adequado para trabalhar com os pacientes na melhoria da qualidade	Não métrica
E_05 Falta de definição de funções, objetivos e responsabilidades dos pacientes nas atividades	Não métrica
E_06 Decisões relacionadas à qualidade foram tomadas antes do envolvimento do paciente, sendo as atividades realizadas com seu envolvimento apenas para cumprir uma formalidade.	Não métrica
E_07 A participação do P/F pode, em alguns casos, dificultar a padronização, pois sua visão pode gerar a necessidade de variação maior nos processos	Não métrica
E_08 A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre custos dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre diferentes instituições	Não métrica
E_09 A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre a qualidade dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre diferentes instituições	Não métrica
E_10 Eventos ou reuniões com a participação dos pacientes são pouco frequentes, dificultando a continuidade das iniciativas	Não métrica
E_11 Dificuldade em selecionar P/F que possam refletir/representar a ideia da comunidade atendida (P/F expressam opiniões ou necessidades muito pessoais)	Não métrica
E_12 Profissionais responsáveis pelas atividades de participação do paciente apresentam dificuldade para influenciar/envolver diferentes processos da instituição e efetuar as melhorias propostas a partir do engajamento do paciente	Não métrica
E_13 Agenda de trabalho, reuniões e encontros é definida somente por profissionais da instituição, sem participação dos pacientes	Não métrica
E_14 Comitês, equipes de projeto ou grupos incluem proporções mais altas de profissionais das instituições do que de pacientes, reduzindo o poder de influência/decisão dos pacientes	Não métrica
E_15 Utilização de poucas formas/mecanismos de engajamento, dificultando a participação de diferentes perfis de pacientes	Não métrica
Barreiras – Pessoais e culturais	
P_01 Diferenças culturais entre pacientes e profissionais de saúde	Não métrica
P_02 Resistência cultural dos profissionais de saúde em envolver os pacientes na gestão da qualidade	Não métrica
P_03 Falta de comprometimento da alta administração com as atividades de engajamento dos pacientes	Não métrica
P_04 Falta de apoio dos médicos para engajamento dos pacientes	Não métrica
P_05 Falta de apoio dos administradores para engajamento dos pacientes	Não métrica
P_06 Falta de vontade e/ou capacidade (tempo ou condição de saúde) dos pacientes para participar das atividades	Não métrica
P_07 Percepção de que o tempo e os custos para engajamento não são viáveis, diante das prioridades organizacionais concorrentes	Não métrica
P_08 Falta de valorização dos pontos fortes e <i>expertise</i> do paciente	Não métrica
P_09 Desmotivação do paciente em continuar participando por falta de visibilidade dos resultados obtidos/melhorias realizadas a partir das propostas elaboradas com a sua participação	Não métrica
P_10 Falta de treinamento dos pacientes para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos e desenvolvendo habilidades	Não métrica
P_11 Falta de treinamento dos profissionais da instituição para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos e desenvolvendo habilidades	Não métrica
P_12 Falta de um contexto receptivo para construir consenso entre profissionais e pacientes	Não métrica

Fonte: questionário da pesquisa (Apêndice A). P/F: pacientes e familiares.

3.2.3 Análise dos resultados – questões fechadas do questionário

Os dados de todas as respostas foram extraídos do *software* de questionários SurveyMonkey® e salvos em um arquivo do *software* Microsoft Excel®. Primeiramente, foram desconsiderados os coletores com respostas incompletas, preenchidos em duplicidade e/ou que não continham a identificação correta do hospital ou do respondente.

Após a identificação dos coletores com respostas válidas, foi organizada uma base contendo as variáveis da pesquisa (Tabela 19) com seus respectivos resultados. A análise dos resultados iniciou pelo cálculo das estatísticas descritivas, com o suporte do *software* estatístico Minitab® 19. Devido ao tamanho pequeno da amostra em alguns estratos insuficiente para a aplicação de certas técnicas estatísticas, algumas variáveis foram transformadas em uma codificação dicotômica, como, por exemplo, não acreditado *versus* acreditado (sem fazer distinção pelo tipo de acreditação).

As questões voltadas para o diagnóstico da cultura organizacional foram analisadas seguindo a metodologia estabelecida por Cameron e Quinn (2006). O instrumento continha seis blocos de questões/dimensões da cultura, em que os participantes dividiram cem pontos entre as alternativas A, B, C e D. Para análise dos resultados, foi calculada a média das respostas obtidas para cada uma das quatro alternativas, as quais estão relacionadas aos tipos de cultura organizacional, a saber: clã, adhocracia, mercado e hierarquia. A cultura dominante foi atribuída ao tipo de cultura que possuía a maior média.

Na análise dos mecanismos de engajamento, após a análise descritiva, os hospitais foram classificados em um dos quatro níveis de engajamento, considerando o modelo proposto por Carman et al. (2013): sem participação, consulta, envolvimento, e parceria e liderança compartilhada. Por meio da análise de variância (Anova), foi avaliado se havia alguma diferença no número médio de mecanismos implementados de acordo com o perfil do hospital. A hipótese nula do teste (H_0) ocorreu quando o número médio de mecanismos foi igual em todos os estratos e a hipótese H_1 , quando pelo menos algum número médio de mecanismos foi diferente dos demais. Quando o *valor-p* era menor ou igual ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), rejeitou-se H_0 (COSTA NETO, 2002).

As barreiras foram analisadas separadamente por dimensão – financeira, estrutural e pessoais e culturais. Foram aplicadas duas técnicas de análise multivariada: análise fatorial e análise de agrupamentos. A análise multivariada se refere a todas as técnicas estatísticas que

permitem analisar simultaneamente mais do que duas variáveis aleatórias e inter-relacionadas. A análise fatorial possibilita conhecer as inter-relações (correlações) entre as variáveis e determinar se a informação pode ser condensada ou resumida a um conjunto menor de fatores, e a análise de agrupamentos tem o objetivo de agrupar respondentes com perfis similares em um dado conjunto de características (HAIR et al., 2006).

Devido ao elevado número de barreiras provenientes da revisão da literatura e avaliadas na pesquisa de campo, a análise fatorial, em uma perspectiva exploratória, permitiu entender a estrutura inerente no conjunto de barreiras. O método de extração aplicado foi o de análise de componentes principais (ou seja, considerando a variância total) e o método de rotação foi ortogonal Varimax. O método de análise de componentes principais é o mais adequado quando o objetivo é identificar o número mínimo de fatores necessários para explicar a porção máxima da variância total representada no conjunto original de variáveis (HAIR et al., 2006).

Foram examinadas diversas soluções fatoriais com diferentes números de fatores antes de optar pela versão final. Para definir o número de fatores a serem extraídos, foram adotados os seguintes critérios (HAIR et al., 2006):

- Número de autovalores maiores do que 1,0.
- Número de fatores para atender uma variância explicada de, no mínimo, 60% – referência considerada como adequada para pesquisas na área de ciências sociais.
- Gráfico de dispersão entre os autovalores e número de fatores (fatores antes do ponto de inflexão).

Na alocação das variáveis (barreiras) nos fatores foi utilizada como critério uma carga fatorial após rotação maior do que 0,50, bem como sua comunalidade. As variáveis que não atendiam a um desses dois critérios foram excluídas, e o modelo foi reespecificado sem elas. Os modelos foram avaliados sempre com o objetivo de obter uma estrutura fatorial com apoio tanto empírico quanto conceitual. O modelo foi concluído com a interpretação e a nomeação dos novos fatores, baseado nas variáveis originais com cargas mais significantes em cada um dos fatores. A revisão da literatura foi utilizada para ajudar a compreender as relações entre os fatores e dar significado para o que elas realmente representam (HAIR et al., 2006).

A partir da especificação do modelo válido para cada dimensão de barreiras, foram extraídos os escores padronizados (ou seja, com média zero e desvio-padrão 1). Esses escores

foram utilizados para verificar se havia algum padrão nas respostas, de acordo com o perfil dos hospitais. Para essa análise, foram construídos gráficos de *box-plot*, sendo que os fatores com cargas negativas cuja escala estava invertida (quanto mais negativo, indicava uma barreira significativa) foram invertidos. Os critérios de avaliação adotados na avaliação dos *box-plot* foram:

- O primeiro quartil dos escores maior do que zero indica uma barreira significativa, ou seja, pelo menos 75% dos respondentes atribuíram notas altas para o fator.
- O terceiro quartil dos escores menor do que zero indica uma barreira pouco significativa, ou seja, pelo menos 75% dos respondentes atribuíram notas baixas para o fator.

A partir dos escores fatoriais, foi realizada uma análise de agrupamentos. O objetivo foi classificar a amostra em um número menor de grupos homogêneos, mutuamente excludentes, com base nas similaridades entre as respostas dos hospitais. A análise de agrupamentos agrega objetos (ou seja, neste estudo refere-se aos respondentes) e está baseada na distância (proximidade), enquanto a análise fatorial agrega variáveis com base em padrões de variação (correlação) (HAIR et al., 2006).

Os agrupamentos devem exibir elevada homogeneidade interna (dentro do agrupamento) e elevada heterogeneidade externa (entre os agrupamentos). Na definição do número de agrupamentos, buscou-se um equilíbrio entre essas duas características, pois menos agrupamentos poderia resultar em uma homogeneidade interna maior, porém reduzir a heterogeneidade externa, e o contrário também é verdadeiro (HAIR et al., 2006).

Foram realizadas diversas simulações no Minitab® (análise multivariada → agrupamento de K-médias), ao especificar a partição pelo número de agrupamentos, que variou de três a seis. Os resultados dos diferentes cenários foram discutidos por meio da avaliação do tamanho dos grupos (n), da construção do *box-plot* e da Anova, para verificar o quanto eles eram discriminados pelos fatores. Na Anova, a hipótese nula (H_0) foi rejeitada quando *valor-p* era menor ou igual a 0,05 (α), sendo as hipóteses testadas (SWEENEY; WILLIAMS; ANDERSON, 2013): H_0 : não existe diferença entre os fatores; e H_1 : há pelo menos um fator diferente.

Para verificar se havia alguma associação entre os agrupamentos e o perfil das instituições, foram realizados testes do qui-quadrado de Pearson, em que o critério para rejeitar H_0 foi se o *valor-p* era menor ou igual a 0,05 (α) e as hipóteses testadas (SWEENEY; WILLIAMS; ANDERSON, 2013): H_0 : não há associação entre as variáveis; e H_1 : existe associação entre as variáveis.

As observações atípicas observadas em algumas análises foram avaliadas, e devido à dificuldade de fazer um julgamento quanto à sua representatividade, optou-se por sempre manter todas as observações e não fazer uma eliminação que poderia distorcer a estrutura real dos dados (HAIR et al., 2006).

3.2.4 Análise dos resultados – questão aberta do questionário

O questionário continha uma questão aberta direcionada para compreender a definição de engajamento dos P/F: “Como você definiria a expressão ‘engajamento do paciente e família na gestão da qualidade?’” Para interpretação das respostas, foi aplicada a metodologia de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que pode ser empregado para explorar as respostas a perguntas abertas de questionários (BARDIN, 2007).

A análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos e indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens. Essa metodologia tem três grandes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação) (BARDIN, 2007).

Neste trabalho, foram adotadas técnicas do tipo temática e inferencial. A análise iniciou pela leitura de todas as respostas com o objetivo de formular hipóteses iniciais. Na sequência, a base de dados foi importada para o *software* de análise de dados NVivo 12 (versão 12.6.0.959 – edição Plus), para explorar a frequência das palavras mais citadas e construir a nuvem de palavras e o mapa da árvore. O *software* de análise de textos Tropes (versão 8.4.4) foi utilizado para elaborar o indicador de relação entre palavras. Nos resultados extraídos dos *softwares*, foram consideradas as palavras plenas (substantivos, adjetivos e verbos) e desconsideradas as de ligação (artigos, preposições, advérbios, conjunções etc.).

A partir das informações extraídas dos dois *softwares*, NVivo e Tropes, e com o suporte das funcionalidades deles para consulta, foi realizada a análise dos trechos que citavam as

palavras e suas relações, e identificados os principais temas e conceitos, os quais foram a base para a proposição de uma definição geral sobre o engajamento dos pacientes na gestão da qualidade.

3.3 Abordagem qualitativa

Estudos qualitativos são, geralmente, exploratórios por natureza. O objetivo é gerar hipóteses, e não testar hipóteses. Subjacente ao uso de métodos qualitativos está a premissa de que todos os conceitos pertencem a um dado fenômeno que não é conhecido, ou não está totalmente desenvolvido, ou está pouco compreendido, ou que necessita de mais exploração para aumentar seu entendimento (CORBIN; STRAUSS, 2015). ‘Compreender’ e ‘experiência’ são termos estruturantes da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2012). O termo ‘experiência’, utilizado historicamente por Heidegger, diz respeito ao que o ser humano aprende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza (MINAYO, 2012).

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) permite criar entendimentos novos e teoricamente expressos. Essa teoria é estabelecida a partir dos dados e de uma investigação realizada sistematicamente (CORBIN; STRAUSS, 2015). O foco da TFD é compreender as experiências e as interações de pessoas inseridas em determinado contexto social (SANTOS et al., 2016). Trata-se de um referencial metodológico relevante para a pesquisa sobre o envolvimento do paciente, cuja prática baseia-se nas interações entre pacientes, familiares e profissionais das instituições de saúde.

Existem três vertentes da TFD: clássica (também chamada glauzeriana), straussiana (denominada também relativista ou subjetivista) e construtivista (SANTOS et al., 2016). Este estudo foi guiado pelo referencial da TFD da vertente straussiana, a qual busca a compreensão dos fenômenos sociais, a partir dos significados das relações e das interações entre as pessoas.

Considerando o tipo de estudo a ser realizado, foi utilizada, como referência, umas das principais obras que marcam o desenvolvimento da TFD, em geral e na perspectiva metodológica straussiana, em sua última edição publicada (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Esta seção sobre a metodologia aplicada na etapa qualitativa da pesquisa está estruturada em seis partes, sendo elas: conceitos teóricos sobre a metodologia TFD, critérios de inclusão dos hospitais nessa etapa do estudo, amostragem teórica e perfil das instituições

selecionadas, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados e, para concluir, descrição dos componentes utilizados para avaliação da qualidade, credibilidade e aplicabilidade da teoria desenvolvida na pesquisa.

3.3.1 Teoria fundamentada nos dados

A metodologia da teoria fundamentada (do inglês, *grounded theory*) foi desenvolvida originalmente por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, na década de 1960, nos Estados Unidos (SANTOS et al., 2016). Strauss tinha em sua formação forte influência da pesquisa qualitativa e de textos interacionistas e pragmáticos. Por outro lado, Glaser tinha influência de métodos quantitativos e da realização de pesquisa empírica. Em comum, os dois pesquisadores tinham em sua formação a influência para produção de pesquisas que pudessem ser usadas por públicos profissionais e leigos (CORBIN; STRAUSS, 2015). O método desenvolvido constitui um processo contínuo e sistemático de coleta e análise para geração e verificação dos resultados, originando um modelo descritivo (SANTOS et al., 2016).

Posteriormente, Corbin e Strauss, baseados na essência do método desenvolvido pela teoria fundamentada, propuseram algumas alterações a partir da experiência de Strauss em aulas e discussões sobre a metodologia (CORBIN; STRAUSS, 2015). No conceito desenvolvido por Corbin e Strauss (2015), a teoria fundamentada é aquela derivada dos dados, sistematicamente analisados por meio de processo contínuo e cíclico de coleta e análise deles. Nesse método, coleta de dados, análise e eventual teoria mantêm uma relação próxima entre si.

A emergência é a base da técnica de Corbin e Strauss (2015) para construção da teoria. Um pesquisador não pode iniciar uma investigação com uma lista de conceitos preconcebidos, uma estrutura teórica orientadora ou um projeto bem elaborado. Os conceitos devem emergir dos dados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

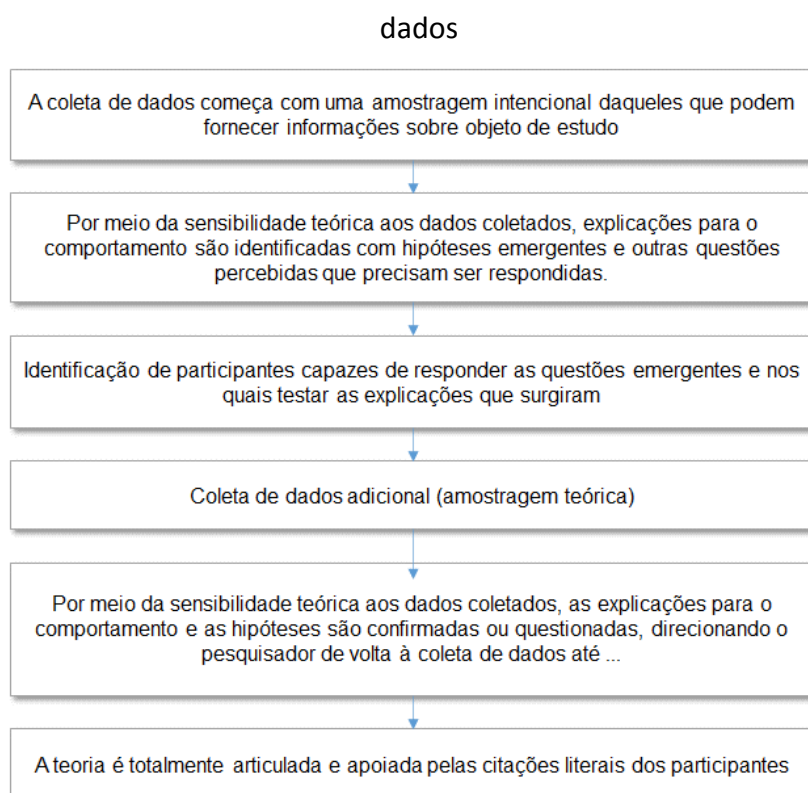
3.3.2 Amostragem teórica

A amostragem teórica é um método de coleta de dados baseado nos conceitos derivados dos dados, que maximiza as oportunidades de desenvolver conceitos em termos de

suas propriedades e dimensões, descobre variações e identifica as conexões entre os conceitos. A diferença entre esse método de amostragem e os convencionais é que a coleta de dados é aberta e flexível (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Na amostragem teórica, a definição da amostra é realizada a partir dos conceitos, e não das pessoas ou locais. O processo de coleta de dados, análise e levantamento de novas questões acontece de forma cíclica, até atingir a saturação (Figura 12). Durante o trabalho de campo, a amostragem se torna cada vez mais específica, porque terá o objetivo de preencher lacunas na construção dos conceitos e adicionar variação (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 12 – Etapas do processo de amostragem teórica, segundo a teoria fundamentada nos



Fonte: adaptada de Harris (2014).

Baseado no processo da amostragem teórica apresentado na Figura 12, a seleção inicial dos hospitais para a pesquisa foi intencional e teve como objetivo buscar uma variação no nível de envolvimento dos pacientes e familiares entre as instituições a serem estudadas para permitir uma análise abrangente e de situações distintas. Os resultados da etapa quantitativa foram utilizados como referência para a seleção. Destaca-se que foram

considerados apenas os hospitais que, ao responder o questionário na internet, informaram seu interesse em participar dessa etapa da pesquisa.

Na busca pela observação das variações entre as instituições, foram planejados, inicialmente, quatro grupos de acordo com o nível de engajamento do P/F na gestão da qualidade: sem participação, consulta, envolvimento e parceria e liderança compartilhada. Entretanto, entre os participantes, havia apenas uma instituição no nível 'sem participação' e outra no nível 'parceria e liderança compartilhada', e estas não concordaram em participar da entrevista. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas com hospitais dos níveis 'consulta' e 'envolvimento' e com uma instituição considerada em transição para o nível 'parceria e liderança compartilhada', por estar em implementação do mecanismo considerado requisito para o nível.

A cultura organizacional também foi considerada um fator para observação de diferentes situações. Os tipos de cultura organizacional que prevaleceram nas instituições estudadas foram clã e hierarquia, a partir do modelo desenvolvido por Cameron e Quinn (2006). Dentre as possíveis instituições para a realização da entrevista, não foram encontradas instituições com cultura dominante dos tipos adhocracia e mercado e, por isso, buscar uma variação contendo os quatro tipos de cultura inviabilizaria a realização do projeto. Embora seja uma limitação do estudo, seu impacto não foi considerado significativo, uma vez que esses tipos de cultura são pouco frequentes nas instituições de saúde (CRUZ; FERREIRA, 2012).

No total, foram realizadas sete entrevistas, no período de outubro a dezembro de 2019. Para manter a confidencialidade dos participantes, as instituições foram denominadas pelos códigos H1, H2 e assim sucessivamente até H7, de acordo com a ordem cronológica da realização das entrevistas. Também, não foram citadas as cidades e estados nas quais elas estão localizadas, o tipo de acreditação e as datas importantes. A Tabela 20 apresenta uma síntese do processo de seleção da amostra, iniciando em uma amostra intencional a partir dos objetivos da pesquisa e dando sequência com base nas questões emergentes geradas para aprofundar a análise e o conhecimento sobre o tema. Para permitir a amostragem teórica, as entrevistas foram analisadas logo após sua realização e foi utilizada a técnica da comparação constante. A técnica da comparação constante tem como objetivo buscar similaridades e diferenças para identificação dos conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015). Os dados similares foram agrupados em conceitos.

A amostra foi considerada suficiente quando a maior parte das categorias demonstrou especificidade, foi densa em termos de suas propriedades, mostrou variação na dimensão e estava bem integrada (CORBIN; STRAUSS, 2015).

3.3.3 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista e levantamento de informações na página institucional na internet. Corbin e Strauss (2015) apresentam três tipos de entrevistas: não estruturadas, semiestruturadas e estruturadas. As entrevistas não estruturadas são definidas como entrevistas conduzidas sem roteiro preestabelecido. Para entrevista semiestruturada, alguns tópicos são escolhidos antes de sua execução, a partir da literatura ou da experiência prática. Para entrevista estruturada, é utilizado um guia, e todas as entrevistas são realizadas da mesma forma, ou seja, não há flexibilidade para fazer ajustes durante a fase de coleta de dados a partir dos resultados das entrevistas anteriores.

Para os propósitos da TFD, as entrevistas não estruturadas são consideradas como importante fonte de dados. Porém, a realização desse tipo de entrevista não é fácil e requer prática. Por outro lado, as entrevistas semiestruturadas deixam os entrevistadores mais seguros e permitem que eles mantenham uma consistência nos conceitos que devem ser abordados em cada entrevista (CORBIN; STRAUSS, 2015). Por esses motivos, optou-se, nesta pesquisa, pela realização de entrevistas semiestruturadas.

Nas entrevistas semiestruturadas, após as perguntas planejadas, os entrevistados ficam livres para relatar algo que julguem relevante para a discussão. Os pesquisadores podem fazer questões adicionais para esclarecer dúvidas ou aprofundar determinado tópico. O risco desse tipo de entrevista é não abordar um tema importante, porque os pesquisadores não perguntam e, então, os participantes acham que não interessa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Tabela 20 – Amostragem teórica: critérios de seleção, achados, questões direcionadoras e emergentes na abordagem qualitativa

Hospital	Critério seleção	Questões direcionadoras adicionais ao roteiro-guia	Achados	Questões emergentes para próxima entrevista
H1	Amostra intencional considerando, principalmente, o nível atual de engajamento-transição entre ‘envolvimento’ e ‘parceria e liderança compartilhada’. Esse nível de engajamento é pouco frequente e permite discutir o tema em profundidade em uma única instituição	Qual a relação entre as áreas de qualidade e experiência do paciente? Qual a interface da área de experiência do paciente com a pesquisa? Entender por que foi atribuída a nota cinco para a barreira “incerteza sobre qual o mecanismo mais adequado” sendo que a instituição implementou muitos mecanismos? No centro da estratégia (informação da página institucional na internet) aparece o “cuidado centrado no paciente”, expressão considerada sinônimo de engajamento no questionário. Explorar na questão sobre o conceito de engajamento	21 conceitos	Foi acrescentada ao início do roteiro uma questão para conhecer o histórico da instituição, a possibilidade de influência da cultura dos fundadores no sistema de gestão da qualidade, e o perfil e a relação com a comunidade atendida Aprofundar a discussão sobre o motivo da implementação de diferentes mecanismos
H2	Amostra intencional devido ao perfil distinto do H1, permitindo a observação do tema de estudo em outro contexto, com destaque para as diferenças quanto ao controle administrativo (privado <i>versus</i> filantrópico), o tempo de implementação do programa de qualidade e o nível atual de engajamento dos pacientes	Notas mais altas foram atribuídas aos fatores intervenientes pessoais/ culturais e financeiros, quando comparados aos fatores estruturais Cultura organizacional dominante do tipo hierarquia, sendo que a nota total deste tipo foi muito superior à atribuída às demais classificações (clã, adhocaracia e mercado)	9 conceitos aprofundam as descobertas do H1 9 conceitos novos emergiram na análise da entrevista. Dois conceitos parecem ter relação com o perfil: – Desmotivação por falta de recurso financeiro para executar as ações de melhoria – Conceito de engajamento e forma não estão claros em todas as instituições	Conhecer o processo em uma unidade da rede, localizada no interior do estado, para explorar duas questões: 1. Processo de decisão na unidade, baseado no trecho: “[...] acredito que esta situação seja mais agravante ainda nos hospitais do interior. Nós temos três hospitais que são realmente do interior e se nós aqui na capital, sendo um centro de referência temos esta interferência, quem dirá lá no interior.” 2. Nos pequenos municípios, muda a relação com a comunidade. Entender se isso interfere no engajamento dos P/F no hospital Explorar o uso dos termos ‘cliente’ e/ou ‘consumidor’ para se referir aos pacientes

Continua

Continuação

Hospital	Critério seleção	Questões direcionadoras adicionais ao roteiro-guia	Achados	Questões emergentes para próxima entrevista
H3	Instituição selecionada para responder questões emergentes do estudo no H2 Foram também critérios de seleção: - H1 e H2 estavam localizados em capitais e o H3 está em um pequeno município (< 10 mil habitantes) - Cultura dominante diferente do H1 e H2 – clã <i>versus</i> hierarquia - Porte menor do que o H1 e H2	Qual a origem da cultura organizacional dominante clã, pois a matriz (hospital H2) foi classificada como hierarquia?	9 conceitos aprofundam as descobertas do H1 e H2. Cinco conceitos novos emergiram na análise da entrevista. Dois conceitos parecem ter relação com o perfil e localização: - Cultura da região impacta na forma de trabalho e relacionamento entre os profissionais dentro da instituição – colaboração; e - Experiência do P/F tem uma importância pessoal para os profissionais.	Qual a influência do tamanho da cidade e da relação com a comunidade no engajamento dos P/F? Qual a influência do tempo de permanência do paciente ou da intensidade do contato para o engajamento dos pacientes atendidos em serviços pontuais?
H4	Instituição do setor privado selecionada para explorar se há diferença nas barreiras financeiras discutidas na entrevista do H2	Na avaliação das barreiras, os fatores financeiros não foram avaliados como significativos, por isso, deve-se explorar a questão levantada na entrevista no H2 de que a falta de recursos gera desmotivação	9 conceitos aprofundam as descobertas anteriores 2 conceitos novos emergiram na análise da entrevista	Qual a relação entre a utilização de diferentes mecanismos com os objetivos da sua implementação e a maturidade da instituição?
H5	Instituição selecionada para responder a última questão emergente do estudo do H1 e do H2 Destaca-se também no perfil do hospital o nível de engajamento ('envolvimento')	Verificar o motivo da implementação de diferentes mecanismos, considerando o nível atual 'envolvimento' Explorar o uso dos termos 'cliente' e/ou 'consumidor' para se referir aos pacientes – o que muda? Aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos de engajamento consolidados na instituição, como o conselho consultivo e mecanismos pouco frequentes nas instituições pesquisadas (projetos de melhoria em parceria e treinamento de outros pacientes)	Um conceito novo 12 conceitos aprofundam as descobertas anteriores	Qual o significado de maturidade do sistema de gestão? Aprofundar a discussão sobre o que o que é o paciente cliente

Hospital	Critério seleção	Questões direcionadoras adicionais ao roteiro-guia	Achados	Questões emergentes para próxima entrevista
H6	Instituição selecionada para responder as questões emergentes da entrevista com o H5 Além disso, destaca-se o perfil do hospital que é do setor público e um hospital universitário	Na entrevista, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre os conceitos do 'paciente cliente' ou 'paciente consumidor' e de maturidade do sistema de gestão, e se existe alguma diferença relacionada ao fato de ser um hospital universitário. Outro ponto para discussão na entrevista foi a barreira descrita pela entrevistada no questionário: – “A instituição possui um público muito diversificado, o que pode ser tanto uma barreira como um benefício para o engajamento. O maior fator interveniente é que o engajamento do paciente no Brasil e, principalmente, nas instituições hospitalares públicas é de desconhecimento geral. Para sua implementação, é necessário iniciar uma mudança de cultura hospitalar o que demanda tempo, recursos e infraestrutura”	9 conceitos aprofundam as descobertas anteriores	Não foram identificadas novas questões emergentes
H7	Amostra intencional por ser um hospital especializado – Maternidade Observação: A entrevista foi planejada para o início da coleta de dados, porém não foi possível por uma incompatibilidade de agendas.	Aprofundar o conceito de 'o tempo de permanência e/ou a intensidade do contato interfere na experiência do paciente' (questão emergente do H3)	9 conceitos aprofundam as descobertas anteriores	Não foram identificadas novas questões emergentes

As entrevistas foram realizadas com os responsáveis pela área de qualidade ou gestores com conhecimento do sistema de gestão da qualidade da instituição. No Apêndice B está o roteiro-guia para a realização das entrevistas, construído à luz dos objetivos desta pesquisa. Para elaboração do roteiro, foram também utilizados como referências os trabalhos de Snow, Tweddie e Pederson (2018) e da *Joint Commission Resources* (2014).

Antes de cada entrevista, foi realizada uma etapa de preparação, na qual foram analisadas as respostas do questionário respondido pela internet, o resultado do diagnóstico da cultura organizacional e a classificação do nível de engajamento dos pacientes. Na etapa de preparação, foram consultadas as informações sobre o hospital disponíveis na página institucional na internet. Segundo Corbin e Strauss (2015), dados complementares podem ser denominados 'literatura não técnica' e utilizados como complementar às entrevistas. Podem ainda auxiliar a conhecer a instituição, sua estrutura e os processos. A seguir, estão as informações consultadas, quando disponíveis, as quais foram registradas na descrição do perfil das instituições (subseção 3.3.2 – Amostragem teórica):

- Missão, visão e valores da instituição.
- Política e programas de qualidade.
- Informações relacionadas ao programa de qualidade ou participação do paciente em projetos ou iniciativas da instituição.

Importante ressaltar que, seguindo a perspectiva apresentada por Corbin e Strauss (2015), na etapa de coleta de dados, os conceitos direcionaram o processo de pesquisa, ou seja, o processo de coleta de dados, análise e elaboração de novas questões foi cíclico e contínuo, por meio da adoção da técnica da comparação constante. O modelo do roteiro para realização das entrevistas norteou a pesquisa, sendo considerado um guia, pois, na pesquisa de campo, apareceram novos questionamentos para aprofundar a compreensão, os quais geraram questões adicionais para as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas presencialmente (três do total de sete) ou remotamente com o uso de programas de vídeo (*Skype* ou *WhatsApp*). O áudio de todas as entrevistas foi gravado, com autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, transcrito na íntegra pela pesquisadora. A transcrição das entrevistas foi enviada por *e-mail* e

validada pelos participantes. A coleta de dados foi realizada até a saturação dos dados, ou seja, quando nenhum novo conceito foi identificado (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os registros das entrevistas foram organizados com o suporte do *software* de análise de dados qualitativos NVivo 12 Plus for Windows, versão 12.6.0.959. O *software* também foi utilizado para registrar as anotações da etapa de análise e destacar no texto os trechos, organizando-os por conceitos. Segundo Minayo (2008), o uso de recursos tecnológicos no processo de análise dos dados da TFD pode ajudar a organizar as informações e armazená-las de forma a facilitar o acesso, além de auxiliar no processo de comparação dos dados.

Ao longo do processo de coleta e análise dos dados, periodicamente, uma autorreflexão sobre sentimentos, as impressões e as respostas obtidas foram registradas em um documento denominado 'jornal da pesquisa'. A autorreflexão ajudou a manter distância e estar consciente de como preconceitos e premissas podiam influenciar nas interpretações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

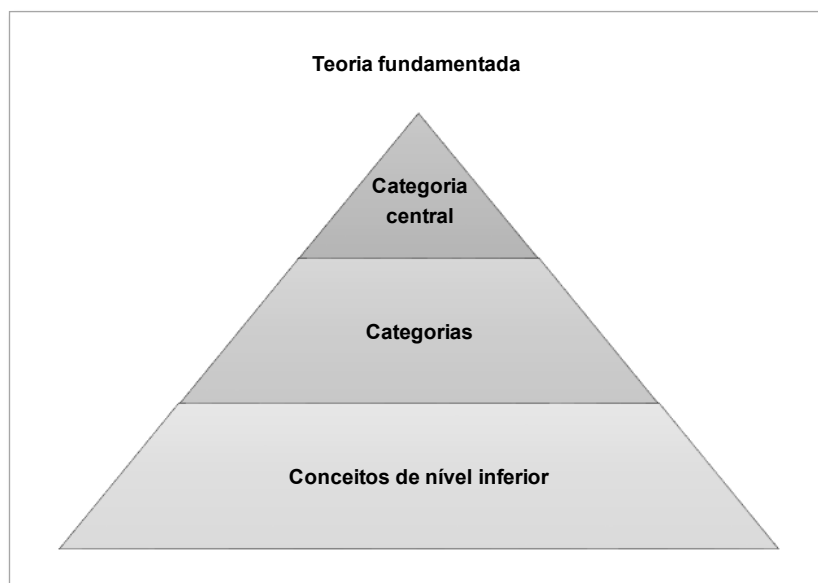
3.3.4 Análise e interpretação dos resultados

Análise é o ato de interpretar os dados para dar significado. A análise envolve separar os dados, desenvolver conceitos em termos de suas propriedades e dimensões, e, então, integrar esses conceitos em torno de uma categoria central (CORBIN; STRAUSS, 2015), sendo:

- Conceitos: palavras usadas para representar o significado da interpretação.
- Propriedades: características ou qualidades dos conceitos que definem, dando especificidade, e diferenciam um conceito do outro.
- Dimensão: faixa sobre a qual uma propriedade pode variar.

A Figura 13 apresenta uma analogia da construção da teoria fundamentada a partir de uma pirâmide. Os conceitos variam de acordo com o nível de abstração, de conceitos do nível básico até a formação das categorias.

Figura 13 – Níveis de abstração dos conceitos na construção da teoria fundamentada

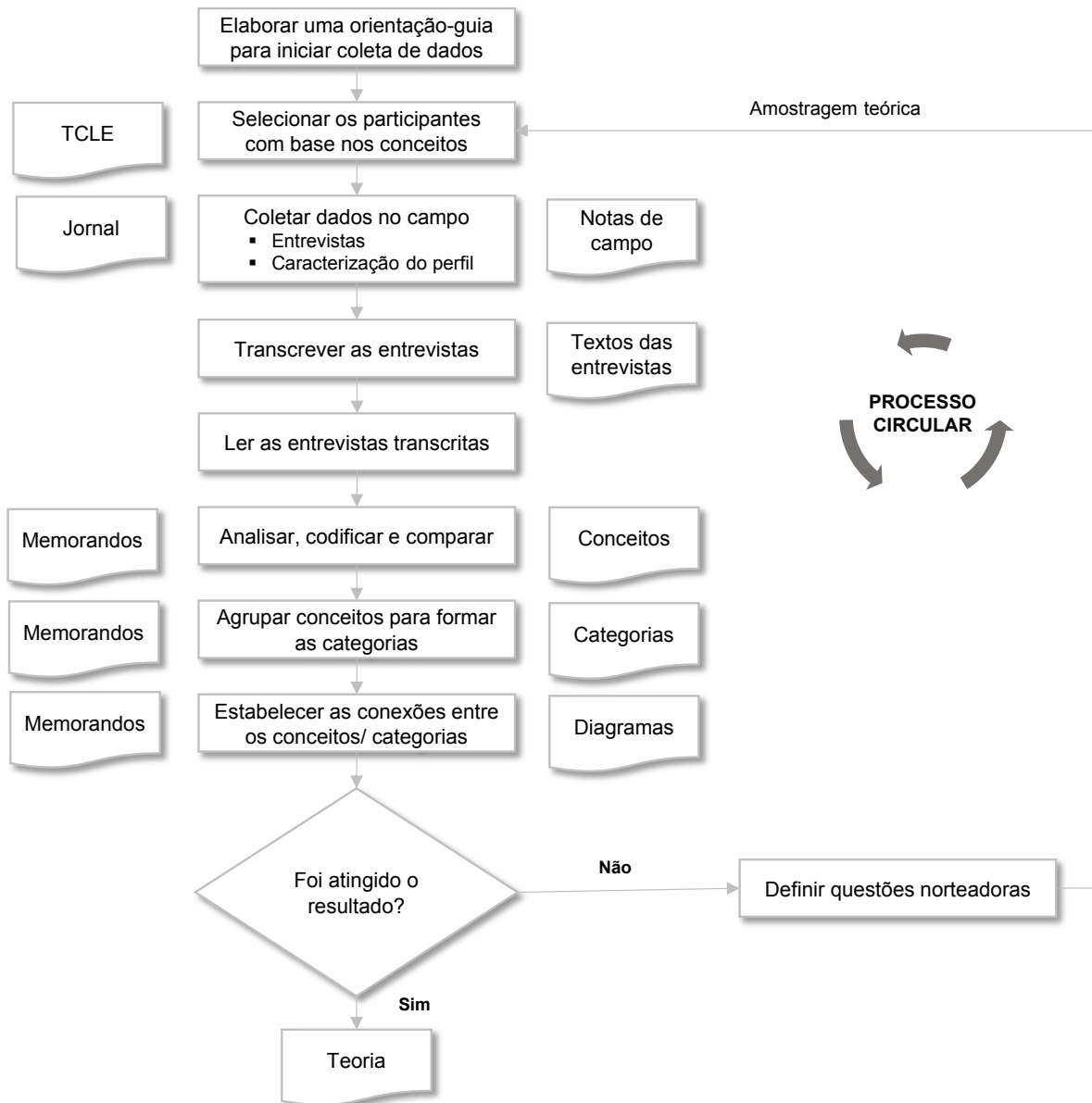


Fonte: adaptada de Corbin e Strauss (2015).

A etapa de análise começou logo após a coleta de dados (entrevista) no primeiro hospital. Segundo Corbin e Strauss (2015), análises indutivas auxiliam a identificar conceitos emergentes. Esses conceitos geram novas questões e, por conseguinte, levam a uma nova coleta de dados, para aprofundar o conhecimento sobre o tema. O processo é circular, até encontrar o ponto de saturação, ou seja, quando todas as categorias estão plenamente desenvolvidas, mostram a variação e estão integradas. A Figura 14 apresenta uma visão geral das etapas da pesquisa, seguindo o referencial teórico da TFD.

Antes de iniciar a codificação, foi realizada a leitura completa da entrevista. A codificação foi realizada por trechos, usando abordagem indutiva. Na análise dos dados, foram realizadas perguntas como: O que está sendo dito ou feito? Quem está participando? Por quê? (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 14 – Etapas da pesquisa, seguindo o referencial metodológico da teoria fundamentada nos dados



Fonte: elaborada pela autora.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Legenda: □ etapas da metodologia; ◇ pontos de decisão; □ resultados parciais e finais.

Todas as análises, desde os dados originais até a formação dos conceitos e categorias, foram registradas em memorandos, os quais foram muito importantes na fase final de integração para construção da teoria. Os memorandos são registros escritos do diálogo que ocorre na mente do pesquisador durante a análise dos dados, e sua importância se dá pelo fato de que, ao escrever um conceito, este não mantém a memória do raciocínio desenvolvido

e da relação com outros conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015). Na Figura 15, são apresentados dois memorandos como exemplos do processo realizado.

Figura 15 – Exemplo de memorandos e do processo de comparação

<p>MEMORANDO 1.11</p> <p>Conceito: existem níveis e formas diferentes de fazer o engajamento do P/F de acordo com o objetivo e o contexto - é preciso experimentar.</p> <p>Dados originais (trecho da entrevista): O comitê é um nível de envolvimento, é um nível institucional de envolvimento. É um nível que envolve pessoas que estão se disponibilizando a vir também, porque tu estás convidando pessoas para participarem do comitê. Então, é um nível que é um jeito de fazer o envolvimento. [...] A gente queria envolver o paciente na análise de eventos dentro do hospital. Então, ok, nós vamos começar por algum evento, vamos começar pelos eventos de queda, foi o que nós optamos. Então, já que nós tínhamos que começar por alguma coisa, vamos começar pelos eventos de queda porque é um evento que tem bastante relação com o comportamento do paciente. Vamos entender o que é importante para ele, porque que as ações de educação não estão sendo suficientes ou algumas outras coisas que a gente pode fazer. Então, para esse evento a gente vai testar isto, está testando isto para ver se esta é uma boa forma de trabalho de envolvimento dele e que eu não sei se é a mesma quando eu for falar de um evento de medicação. Porque uma coisa é o quanto ele consegue aderir as orientações que a gente faz em relação ao risco de queda, outra coisa é um evento de medicação que talvez ele não tenha tanta influência naquele momento que tenha acontecido. Então acho que são estratégias diferentes para eventos diferentes e para questões de qualidade diferentes. Talvez por isso que quando a gente pensa de que forma a gente vai trabalhar, a gente não tem uma fórmula correta ainda. [...] Acho que a gente ainda está buscando a melhor forma de fazer. O que a gente tem feito é se aventurar, se aparecer uma oportunidade vamos testar, se alguém está falando que está com vontade de fazer deste jeito, vamos fazer, porque a gente realmente não tem a forma correta ainda.</p> <p>Comentários: quando perguntada sobre como é o planejamento para definir a melhor forma de envolver o paciente, considerando o fator interveniente significativo apontado pela entrevistada de “incerteza sobre o mecanismo mais adequado para trabalhar com os pacientes na melhoria da qualidade”, ela falou sobre dois mecanismos, o comitê de P/F e a análise de eventos adversos, deixando claro que estes são aplicados com objetivos diferentes. De acordo com a necessidade, os mecanismos precisam ser testados para encontrar a melhor forma de envolver o paciente para atingir aquela necessidade específica. Não existe uma única forma ou modelo indicado para o envolvimento do paciente. É preciso entender qual o objetivo e o contexto e estar aberto para testar as diferentes possibilidades.</p>
<p>MEMORANDO 5.6</p> <p>Conceito: existem níveis e formas diferentes de fazer o engajamento do P/F de acordo com o objetivo e o contexto - é preciso experimentar (conceito dos memorandos 1.11 e 3.3).</p> <p>Dados originais (trecho da entrevista): Então, a gente recentemente fez uma questão dessa com relação à queda. E aí vou comentar sobre essa porque acho que foi a mais exitosa do ponto de vista de segurança. Muitas instituições e a gente também usa em pacientes, por exemplo, transplantados ou de diálise que precisa levar o conhecimento de um paciente para outro que está iniciando. Isso é uma coisa que funciona. Eu não sei, na maioria dos serviços a gente tem isso. Então, eu quis dizer que também engloba esse tipo de treinamento. O paciente que está começando, ele, certamente, ser acolhido por um outro paciente que já passou ou está passando por isso. [...] Eu acho sim que (utilizar diferentes mecanismos) tem a ver com maturidade, porque uma instituição que tem só pesquisa de satisfação do paciente não significa que ela esteja pronta para ter um conselho. Agora, na medida em que a instituição já tem vários mecanismos de inclusão do paciente aí acho que usa isso como ferramentas diferentes para coisas diferentes. Eu posso fazer uso. Mas, se a instituição não tem nada, ela só tem pesquisa de satisfação, pode ser, não estou dizendo que necessariamente, mas pode ser que ela não tenha maturidade suficiente ainda internamente para conseguir colocar o paciente para dar opinião lá para dentro, porque muitas vezes o que acontece é que a instituição não consegue dar retorno a isso. Então, o paciente vai, fala, fala, fala e ela não consegue, ela não tem mecanismo interno nenhum para fazer rodar a sugestão do paciente e fazer alguma mudança e trazer algum retorno para o paciente. Então, é preferível não escutar, é preferível nem dar abertura para ele falar porque senão você não tem o que trazer de volta e isso tem a ver com maturidade. Isso tem a ver com maturidade da gestão da instituição. [...] Então, por isso ter diferentes abordagens, diferentes canais de entrada, mas aí depois que você já está maduro. É assim que eu penso.</p> <p>Comentário: o conceito inicial refere-se ao fato de que não existe uma única forma ou modelo indicado para o envolvimento do paciente. É preciso entender qual o objetivo e o contexto e estar aberto para testar as diferentes possibilidades. Nesta entrevista, foi questionado se a utilização de diferentes mecanismos estava relacionada a objetivos diferentes ou se era uma evolução, se significava uma maturidade da instituição. A entrevistada acredita que cada mecanismo contribui para atingir um objetivo diferente, porém que a utilização de mecanismos que aproximam mais o paciente precisam de um nível de maturidade maior de gestão por parte da instituição. A maturidade está relacionada à capacidade de captar a opinião dos P/F, tratar internamente para realizar a mudança e dar um retorno para o paciente. Diante do número de mecanismos diferentes que podem ser utilizados de acordo com os objetivos, algumas palavras destacam-se, sendo elas: aventurar, testar e experimentar.</p>

Fonte: Elaborado pela autora. P/F: pacientes e familiares.

Para a análise das entrevistas, foi considerada como um guia a lista de questões sugeridas por Corbin e Strauss (2015), sempre que aplicável:

- Questões iniciais: o que, quem, quando, onde, como e quais as consequências.
- Questões sensíveis, para avaliação do sentido dos dados. Exemplos: O que está acontecendo, quais são as questões, problemas e preocupações? Quem são os atores envolvidos? Como eles definem a situação? Ou qual é o significado para eles? O que os vários atores estão fazendo? As definições e significados são os mesmos para todos os envolvidos?
- Questões teóricas, para avaliar o processo e a variação, e fazer conexões entre os conceitos – qual a relação entre os conceitos? O que aconteceria se? Quais são as maiores questões estruturais?
- Questões práticas: direcionam a amostragem teórica e suportam o desenvolvimento da estrutura da teoria – quais conceitos estão bem desenvolvidos e quais não estão? Onde, como e quando será a próxima coleta de dados para a teoria em evolução? Que tipos de autorizações são necessárias? Quanto tempo isso levará? O desenvolvimento da teoria é lógico e, se negativo, o que está quebrando a lógica? Foi atingido o ponto de saturação?
- Questões direcionadoras, que são novas questões para conduzir as entrevistas, observações, coleta de documentos e sua análise.

Outra técnica importante empregada foi a comparação constante, ou seja, análise da relação entre os dados de uma mesma fonte ou fontes diferentes de coleta de dados, com o objetivo de determinar se eles são conceitualmente iguais ou diferentes (CORBIN; STRAUSS, 2015). Os dados que pareciam ser conceitualmente similares foram agrupados com o rótulo de um conceito. A comparação permitiu consolidar os dados em conceitos, em termos de suas propriedades e dimensões, e diferenciar um conceito do outro. Quando uma ideia ou conceito se repetiu nas entrevistas ou observações seguintes, considerou-se que os conceitos originais eram válidos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Na etapa seguinte, foi avaliada a inter-relação entre os conceitos e categorias. A partir da análise da conexão, foram feitos um resumo conceitual e um diagrama. Os diagramas são representações gráficas dos dados, que permitem sua organização, o registro dos conceitos e

suas relações, além da integração das ideias. Conforme Corbin e Strauss (2015), o diagrama é uma forma sistemática e organizada de apresentar os resultados da pesquisa, reduzindo os dados à sua essência.

O objetivo final da etapa da análise foi a integração dos dados, consolidados em categorias, para construção da teoria. As categorias centrais são conceitos abstratos e amplos o suficiente para representar todos os participantes do estudo e apresentam alto poder explanatório (CORBIN; STRAUSS, 2015). Por fim, a teoria pode ser definida como:

Um conjunto bem desenvolvido de categorias (temas, conceitos) que foram sistematicamente desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões e inter-relacionados através da declaração da sua relação para formar um modelo teórico que explica um fenômeno. (CORBIN; STRAUSS, 2015; p. 61)

3.3.5 Componentes para avaliação da qualidade, credibilidade e aplicabilidade da teoria

Corbin e Strauss (2015) sugerem que não sejam utilizados os termos 'validade' e 'confiabilidade' para discutir a qualidade da pesquisa qualitativa, dando preferência ao termo 'credibilidade', que indica que os resultados da pesquisa são confiáveis e críveis que eles reflitam a experiência dos participantes, pesquisadores e leitores com o fenômeno.

Corbin e Strauss (2015) desenvolveram critérios específicos para avaliar a qualidade da pesquisa realizada, seguindo a metodologia apresentada em seu livro, a qual será considerada nesta pesquisa. A base para avaliação é a definição da pesquisa qualitativa como uma pesquisa que reflete as experiências de vida dos leitores e participantes. São condições que melhoram a habilidade de produzir uma pesquisa com qualidade:

- Consistência metodológica: utilizar todos os procedimentos relevantes da forma como foram concebidos. Na TFD, os procedimentos relevantes são a comparação constante, a delimitação e o desenvolvimento dos conceitos, além da amostragem teórica e da saturação.
- Clareza de propósito de construção de teoria: a TFD não é uma metodologia para descrição de fenômenos.
- Autoconsciência: o pesquisador deve estar ciente de suas bases e premissas.
- Treinamento sobre como conduzir pesquisa qualitativa.

- Sensibilidade aos participantes e dados: o pesquisador precisa ser capaz de se colocar no lugar dos participantes e responder aos dados em um bom nível. É preciso capturar o ponto de vista dos participantes.
- Vontade de trabalhar arduamente: a pesquisa requer tempo e reflexão.
- Capacidade de se conectar com o eu criativo: estar aberto a novas ideias, e usar estratégias flexíveis e criativas, com o objetivo de captar a essência e o significado do que os participantes estão dizendo.
- Consciência metodológica: uma expressão que está relacionada ao fato de que o pesquisador deve ter ciência das implicações das decisões tomadas durante o processo de pesquisa.
- Muita vontade de fazer a pesquisa.

A pesquisa, a partir da TFD, deve apresentar alguns aspectos sobre o método e a teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015), conforme apresentado na Tabela 21. Esses componentes estão subdivididos em dois grupos de pontos de verificação, sendo o primeiro para avaliar a consistência metodológica, e o segundo para avaliação da qualidade e da aplicabilidade da TFD. Os componentes foram utilizados, como referência, para planejamento e execução da pesquisa, bem como para apresentação dos resultados.

3.4 Integração dos resultados

A etapa de integração dos resultados caracteriza a fase final de análise dos estudos com método misto, por meio da qual os resultados das etapas quantitativas e qualitativas são comparados e interpretados (SANTOS et al., 2017). Nessa etapa, foram analisadas as convergências, as diferenças e as combinações entre os resultados. Por se tratar de um método misto concomitante, a pergunta que guiou a integração dos resultados foi “até que ponto os resultados quantitativos e qualitativos concordam?” (HARRISON; REILLY; CRESWELL, 2020).

Considerando que as etapas qualitativas e quantitativas responderam questões diferentes, os dois resultados foram comparados e mesclados, proporcionando uma visão mais ampla do fenômeno do que se fosse utilizado apenas um dos métodos. O objetivo final foi obter uma visão mais profunda e abrangente do tema estudado (SANTOS et al., 2017).

Tabela 21 – Componentes para avaliação da teoria

Objetivo da avaliação	Pontos de verificação
Consistência metodológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual foi a população-alvo da amostra? Como a amostra original foi selecionada? 2. Como a amostragem prosseguiu? Quais tipos de dados foram coletados? Foram utilizadas múltiplas fontes de dados e múltiplos grupos comparativos? 3. A coleta de dados se alternou com a análise? 4. Considerações éticas foram levadas em consideração tanto na coleta de dados quanto na análise? 5. Os conceitos que impulsionaram a coleta de dados surgiram por meio de análise (com base em amostragem teórica) ou foram conceitos derivados da literatura e estabelecidos antes da coleta de dados (amostragem teórica não verdadeira)? 6. Foi usada amostragem teórica e houve uma descrição de como ela foi realizada? 7. O pesquisador demonstrou sensibilidade aos participantes e aos dados? 8. Existem evidências ou exemplos de memorandos? 9. Em que ponto a coleta de dados terminou ou terminou uma discussão sobre a saturação? 10. Existe uma descrição de como o código prossegue com exemplos de amostragem teórica, conceitos, categorias e declarações de relacionamento? Quais foram alguns dos eventos, incidentes ou ações (indicadores) que apontaram para algumas dessas categorias principais? 11. Existem uma categoria central e uma descrição de como essa categoria principal foi construída? 12. Houve mudanças no planejamento à medida que a pesquisa foi baseada em descobertas? 13. O pesquisador encontrou algum problema ao fazer a pesquisa? Existe alguma menção a um caso negativo, bem como esses dados foram manipulados? 14. As decisões metodológicas são claras para que os leitores possam julgar sua adequação para coletar dados (amostra teórica) e fazer análises? 15. Houve <i>feedback</i> de outros profissionais e dos participantes sobre os resultados? E foram feitas mudanças na teoria baseadas nesse <i>feedback</i>? 16. O pesquisador mantinha um diário ou caderno de pesquisa?

Continua

Objetivo da avaliação	Pontos de verificação
Qualidade e aplicabilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual é a categoria central e como as principais categorias se relacionam com ela? Existe um diagrama representando esses relacionamentos? 2. A categoria central é suficientemente ampla para poder ser usada para estudar outras populações e situações semelhantes, além dessa configuração? 3. Cada uma das categorias é desenvolvida em termos de suas propriedades e dimensões, de modo que elas mostrem profundidade, amplitude e variação? 4. Existem dados descritivos fornecidos em cada categoria que trazem a teoria para a vida, de modo que ela forneça entendimentos e possa ser usada em uma variedade de situações? 5. O contexto foi identificado e integrado à teoria? As condições e as consequências não devem ser listadas apenas como informações básicas em uma seção separada, mas inseridas na análise real, com explicações de como elas impactam e fluem da ação-interação dos dados. O contexto de descrição permite que os usuários em potencial de uma teoria comparem-na às situações quais eles podem querer aplicá-la 6. O processo foi incorporado à teoria na forma de mudanças na ação-interação em relação a mudanças nas condições? A ação-interação combina com situações diferentes, demonstrando como a teoria pode variar sob diferentes condições e, assim, ser aplicada a diferentes situações? 7. Como a saturação é explicada e quando e como foi determinado que as categorias estavam saturadas? 8. Os achados se alinham ou se ajustam com a experiência dos profissionais para os quais a pesquisa é direcionada e dos participantes do estudo? Os participantes podem se ver na história, mesmo que nem todos os detalhes se apliquem a eles? Isso é percebido como verdadeiro para eles? Os profissionais e os participantes reagem emocionalmente e profissionalmente às descobertas? 9. Existem lacunas, ou elos perdidos, na teoria, deixando o leitor confuso e com a sensação de que algo está faltando? 10. São considerados os casos extremos ou negativos? 11. A variação está embutida na teoria? 12. As descobertas são apresentadas de maneira criativa e inovadora? A pesquisa diz algo novo ou reúne ideias antigas de novas maneiras? 13. As descobertas fornecem informações sobre situações e conhecimento que pode ser aplicado para desenvolver políticas, mudar práticas e melhorar a base de conhecimento de uma profissão? 14. Os resultados teóricos parecem significativos e em que medida? É inteiramente possível completar um estudo gerador de teoria, ou qualquer investigação de pesquisa, mas não produzir resultados significativos? 15. As descobertas têm o potencial de tornar-se parte das discussões e ideias entre os grupos sociais e profissionais relevantes? 16. As limitações do estudo estão claramente definidas? 17. Existem sugestões para prática, política, ensino e aplicação da pesquisa?

4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto está fundamentado e segue, em todas as etapas, a resolução 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e, quando necessário, ao CEP das instituições coparticipantes.

No que se refere aos participantes do estudo, o recrutamento buscou garantir a participação voluntária e sem prejuízo no caso de não participação. O TCLE garantiu o direito dos sujeitos ao acesso às informações do projeto, subsidiando a decisão de participação no estudo. O modelo do TCLE encontra-se no Apêndice C.

Na primeira etapa de coleta de dados (quantitativa), o conteúdo do TCLE foi apresentado após a tela da carta de apresentação, e foram solicitados os dados para envio do TCLE pelos Correios. Assim que os participantes concluíram o preenchimento do questionário pela internet, foi encaminhado a eles, pelos Correios, um envelope contendo:

- Duas vias do TCLE, previamente assinadas pelo pesquisador.
- Uma carta solicitando a assinatura do TCLE e a devolução de uma via assinada ao pesquisador.
- Um envelope preenchido e pré-pago.

Embora o tema engajamento do paciente venha sendo aplicado, em alguns casos, em instituições que tratam de populações vulneráveis, pessoas com doenças mentais e crianças, a pesquisa foi direcionada aos profissionais das instituições de saúde.

A revisão da literatura embasou a formulação das questões para observação e entrevistas iniciais. As questões derivadas da revisão auxiliaram na submissão do projeto ao CEP, provendo uma lista dos conceitos a serem investigados. Porém, seguindo o referencial metodológico da TFD, foi formalizado que novas questões, derivadas do processo contínuo e cíclico de coleta e análise de dados, poderiam ser formuladas para aprofundar o conhecimento sobre o tema nas entrevistas futuras (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Ressalta-se que nenhum documento da organização foi consultado ou copiado, integral ou parcialmente.

Com relação à confidencialidade, a apresentação dos resultados da primeira etapa (quantitativa) foi guiada pelos pressupostos a seguir:

- Somente foram mostrados grupamentos que continham acima de cinco participantes.
- Nenhum dado individual foi disponibilizado, em nenhum meio de divulgação.

O relatório final do projeto de pesquisa garante o anonimato dos participantes e organizações e exclui todas as informações de identificação dos arquivos de transcrição e eventuais notas de campo. Os nomes das pessoas e das organizações foram substituídos por pseudônimos. As situações em que existia a possibilidade de identificar os participantes foram tratadas com atenção, como, por exemplo, não foram citadas as cidades onde estão localizados os setes hospitais selecionados para a etapa qualitativa.

5 RESULTADOS

5.1 Abordagem quantitativa – pesquisa de avaliação (questões fechadas)

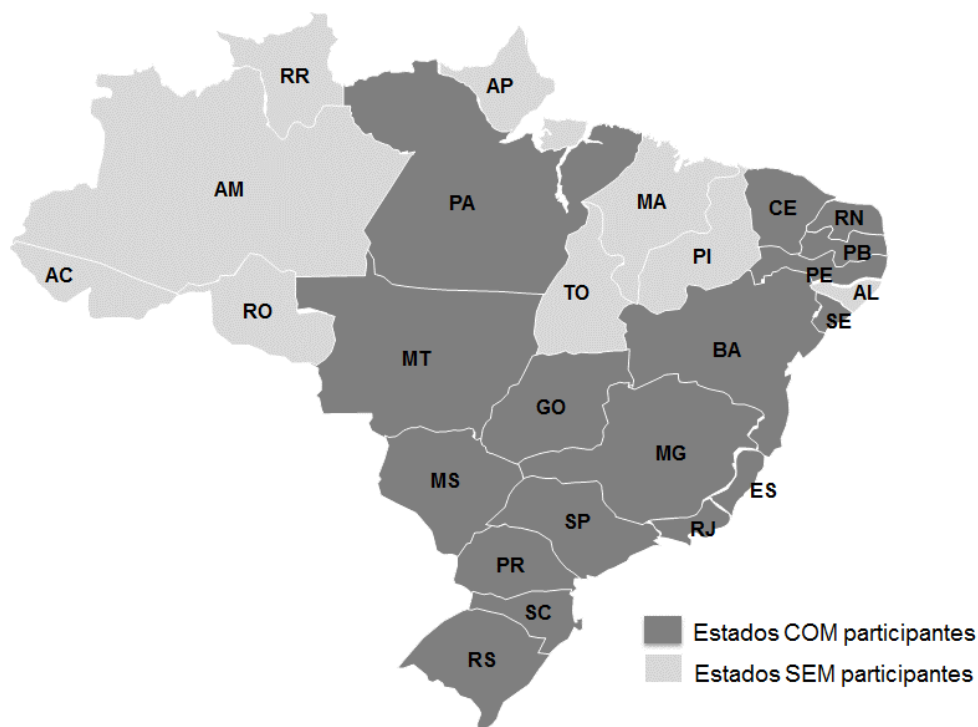
Nesta seção, são apresentados os resultados das questões fechadas da pesquisa de avaliação, realizada pela internet, no período de agosto de 2019 a maio de 2020. A seção está estruturada em oito subseções. As duas primeiras apresentam a caracterização da amostra, que contém as informações sobre o perfil das instituições participantes e dos respondentes da pesquisa, respectivamente. A seguir, são apresentados os resultados das variáveis da pesquisa, que inicia com os termos sinônimos de engajamento (subseção 5.1.3), os mecanismos utilizados (subseção 5.1.4) e as barreiras para engajamento dos P/F. Devido à estrutura de dependência entre as variáveis coletadas, uma análise fatorial exploratória foi efetuada para cada dimensão, ou seja, uma análise fatorial para barreiras financeiras (subseção 5.1.5), uma outra para estruturais (subseção 5.1.6) e, por fim, uma outra para pessoais e culturais (subseção 5.1.7). Para concluir, na subseção 5.1.8, é apresentada uma síntese dos resultados da etapa quantitativa da pesquisa.

A amostra foi composta por 90 hospitais, localizados no Brasil. Foram recebidos 117 questionários preenchidos. Entretanto, desse total, 27 respostas foram descartadas, sendo 17 por não concluírem o questionário, oito por iniciarem a resposta em duplicidade (preencheu o questionário completo em outra resposta/coletor) e dois por não preencherem corretamente as perguntas de identificação da instituição e do respondente. A taxa de resposta foi de 7,02%, num total de 1.282 convites enviados.

5.1.1 Caracterização das instituições

Embora o questionário tenha sido encaminhado para instituições de todos os estados brasileiros, participaram da pesquisa instituições de 17 deles (Figura 16).

Figura 16 – Distribuição dos participantes da pesquisa por estado brasileiro



Fonte: elaborada pela autora.

Do total de 90 respostas válidas, a maior parte das instituições estava localizada nas Regiões Sudeste e Sul do país, conforme pode ser observado na Tabela 22. Na Região Sudeste, destacaram-se os estados de São Paulo e Minas Gerais, com 39 e oito participantes, respectivamente. Na Região Sul, destacou-se o estado do Rio Grande do Sul, com 15 participantes.

Com relação à distribuição por cidades, considerando as respostas válidas, a pesquisa foi aplicada em 53 municípios, sendo que 45,56% (41 de 90) respostas foram provenientes de instituições localizadas em capitais brasileiras. Individualmente, a cidade com o maior número de respostas foi São Paulo, com 19 respostas, seguida de Porto Alegre, com sete respostas, e Curitiba e Juiz de Fora, com três respostas cada.

Tabela 22 – Número de participantes por região e estado brasileiro

Localização	Frequência absoluta			Frequência relativa (%)
	Capital	Outras cidades	Total	
Região Sul	10	13	23	25,56
Rio Grande do Sul	7	8	15	16,67
Santa Catarina	-	5	5	5,56
Paraná	3	-	3	3,33
Região Sudeste	22	28	50	55,56
São Paulo	19	20	39	43,33
Minas Gerais	1	7	8	8,89
Rio de Janeiro	2	-	2	2,22
Espírito Santo	-	1	1	1,11
Região Centro-Oeste	3	3	6	6,67
Mato Grosso do Sul	2	2	4	4,44
Mato Grosso	1	-	1	1,11
Goiás	-	1	1	1,11
Região Nordeste	6	4	10	11,11
Paraíba	1	2	3	3,33
Ceará	2	-	2	2,22
Sergipe	1	1	2	2,22
Bahia	-	1	1	1,11
Pernambuco	1	-	1	1,11
Rio Grande no Norte	1	-	1	1,11
Região Norte	-	1	1	1,11
Pará	-	1	1	1,11
TOTAL	41	49	90	100,00

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: constam na tabela somente os estados que tiveram pelo menos um respondente.

A Tabela 23 apresenta o perfil das instituições participantes. Quanto ao controle administrativo, a maior parte foi dos setores público (37,78%) e privado (35,56%). Na classificação por tipo de estabelecimento, 65 (72,22%) eram hospitais gerais. Os hospitais da amostra foram, em sua maioria, de médio (41,11%) e grande porte (37,78%). A maior parte das instituições participantes exercia função de educação (78,89%).

Com relação à função educativa, 58,89% (53 de 90) desenvolviam atividades de pesquisa e educação, 16,67% (15 de 90) de educação e 3,33% (3 de 90) de pesquisa.

Tabela 23 – Perfil das instituições quanto ao controle administrativo, tipo de estabelecimento, função educativa e capacidade das instalações (N = 90)

Perfil das instituições participantes	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Controle administrativo		
Público	34	37,78%
Privado	32	35,56%
Filantrópico	18	20,00%
Público/privado	3	3,33%
Beneficente	1	1,11%
Privado sem fins lucrativos	1	1,11%
Privado e filantrópico	1	1,11%
Tipo de estabelecimento		
Hospital geral	65	72,22%
Hospital especializado	23	25,56%
Hospital dia	2	2,22%
Exerce função educativa		
Sim	71	78,89%
Não	19	21,11%
Capacidade das instalações		
Pequeno porte: até 49 leitos	9	10,00%
Médio porte: de 50 a 149 leitos	37	41,11%
Grande porte: de 150 a 500 leitos	34	37,78%
Especial ou extra: acima de 500 leitos	7	7,78%
Não se aplica *	3	3,33%

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: * dois hospitais especializados e um hospital dia responderam à questão sobre a capacidade como não se aplica.

A Tabela 24 apresenta um comparativo entre o perfil da amostra e o da população, ou seja, total de hospitais localizados no Brasil. O resultado de um teste de aderência (também denominado ‘teste da qualidade de ajuste’) mostrou que houve evidência de que a distribuição de probabilidade da amostra foi igual à da população, quanto ao tipo de controle administrativo ($valor-p = 0,814$) e de estabelecimento ($valor-p = 0,476$). Em contrapartida, não houve evidência de que a distribuição de frequências da amostra e da população fossem iguais para as demais características avaliadas – distribuição por região ($valor-p < 0,001$) e função educativa ($valor-p < 0,001$).

Tabela 24 – Teste de aderência para avaliação do perfil da amostra *versus* o perfil da população

Perfil	Frequência		Teste de aderência pelo χ^2 (Valor-p) [†]
	População (Total elegível)*	Amostra	
Número de hospitais	6.743 (100,00%)	90 (100,00%)	
Distribuição por região			< 0,001
Norte e Centro-Oeste	1.335 (19,80%)	7 (7,78%)	
Nordeste	1.995 (29,59%)	10 (11,11%)	
Sudeste	2.346 (34,79%)	50 (55,56%)	
Sul	1.067 (15,82%)	23 (25,56%)	
Controle administrativo			0,814
Público	2.467 (36,59%)	34 (37,78%)	
Outros	4.276 (63,41%)	56 (62,22%)	
Tipo de estabelecimento			0,476
Hospital geral	5.088 (75,46%)	65 (72,22%)	
Outros	1.655 (24,54%)	25 (27,78%)	
Exerce função educativa			<0,001
Sim	632 (9,37%)	68 (75,56%)	
Não	6.111 (90,63%)	22 (24,44%)	

Fonte: elaborada pela autora.

Notas: * Dado do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. Consultado em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def> no dia 20 de fevereiro de 2020.

[†] Estatística do teste de aderência pelo qui-quadrado: H₀: amostra tem a mesma proporção da população por categoria; H₁: amostra não têm a mesma proporção da população por categoria; se *valor-p* ≤ 0,05, rejeita-se H₀.

Para classificação do porte dos hospitais da amostra a partir do número de empregados, adotou-se o critério utilizado pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae)¹⁰. Aproximadamente 95% dos hospitais (85 de 90) eram considerados de grande porte (acima de cem empregados) e os demais de porte médio (de 50 a 99 empregados). Não existiram, nesta pesquisa, instituições classificadas como microempresas (até nove empregados) ou de pequeno porte (de dez a 49 empregados).

¹⁰ Consultado em <http://www.sebrae-sc.com.br/leis/default.asp?vcdtexto=4154> no dia 15 de fevereiro de 2020.

Quanto à existência de uma estrutura corporativa dedicada à gestão da qualidade, a maior parte das instituições informou que possuía uma área de qualidade (83,33%, ou 75 do total de 90). Complementarmente, 21 hospitais (23,33%) informaram que possuíam uma área corporativa de experiência do paciente.

Do total de 90 hospitais, 50 (55,56%) possuíam pelo menos uma acreditação, sendo: 41 instituições eram acreditadas pela ONA, nove pela *Joint Commission International* (JCI) e seis possuíam outras acreditações internacionais. Com relação às certificações, um hospital possuía a certificação Planetree, seis eram certificados pela ISO 9001 e quatro pela ISO 14.001. Dezoito instituições mencionaram possuir outras certificações de qualidade.

Referente à participação no Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS), oito instituições (8,88%) informaram que já participaram. Destaca-se que quatro foram premiadas pelo menos uma vez (Tabela 25).

Tabela 25 – Participação no Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (N = 90)

Participação no PNGS	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Sim e foi premiada pelo menos uma vez	4	4,44%
Sim, mas não chegou a ser premiada	4	4,44%
Nunca participou	82	91,12%

Fonte: elaborada pela autora. PNGS: Prêmio Nacional de Gestão em Saúde.

Nas instituições participantes, o número médio de atividades de gestão da qualidade implementadas e operacionalizadas foi de 4,56 do total de oito atividades avaliadas (Tabela 26). As três atividades de gestão da qualidade realizadas pela maior parte dos hospitais eram definição de missão, visão e valores (87,78%), planejamento estratégico (83,33%) e desdobramento e gerenciamento de metas (77,78%). Sete instituições responderam que realizaram todas as atividades de gestão da qualidade, correspondente a 7,78% do total.

Complementar às atividades descritas na questão sobre a gestão da qualidade, os respondentes citaram que realizavam gestão de riscos/Análise de Modo Falha e Efeito na Saúde (HFMEA, do inglês *Healthcare Failure Modes, Effects Analysis*), com quatro respondentes, programa/selo de qualidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com três respondentes, ciência e metodologias de melhoria do IHI (três

respondentes) e segurança do paciente (três respondentes). Além disso, algumas atividades foram citadas apenas uma vez: *compliance*, Ishikawa, Kanban, acompanhamento dos projetos relacionados à acreditação ONA e diversas ferramentas da gestão da qualidade.

Tabela 26 – Análise descritiva das atividades de gestão da qualidade (N = 90)

Atividades	Status de implementação – N (%)			
	Sim	Parcial	Não	NA
Definição da missão, da visão e dos valores	79 (87,78)	7 (7,78)	3 (3,33)	1 (1,11)
Planejamento estratégico	75 (83,33)	9 (10,00)	6 (6,67)	0 (0,00)
Desdobramento e gerenciamento das metas	70 (77,78)	16 (17,78)	2 (2,22)	2 (2,22)
Padronização dos processos	61 (67,78)	27 (30,00)	2 (2,22)	0 (0,00)
Definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos	62 (68,89)	25 (27,78)	3 (3,33)	0 (0,00)
Projetos de melhoria <i>Six Sigma</i>	16 (17,78)	8 (8,89)	62 (68,89)	4 (4,44)
Aplicação da metodologia <i>Lean Service</i> ou <i>Lean Healthcare</i>	17 (18,89)	20 (22,22)	49 (54,44)	4 (4,44)
Programa 5S	30 (33,33)	13 (14,44)	44 (48,89)	3 (3,33)
Média de atividades por instituição				
Respostas “sim”	4,56 (do total de 8) (Desvio padrão: 1,97)			
Respostas “sim” e “parcial”	5,94 (do total de 8) (Desvio padrão: 1,27)			

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: NA = não se aplica/não sabe.

Nota: as frequências relativas acima de 70% estão destacadas em cinza.

A Tabela 27 apresenta os resultados do diagnóstico da cultura organizacional, sendo que, quanto maior a pontuação, mais forte ou mais dominante foi aquele tipo de cultura na instituição. As culturas que tendiam a ser mais enfatizadas nos hospitais avaliados foram clã (42,22%) e hierarquia (32,22%).

Tabela 27 – Diagnóstico da cultura organizacional pelo modelo *Organizational Culture Assessment Instrument*

Cultura dominante do hospital	Frequência	Pontuação atribuída por dimensão			
		Média (desvio padrão)			
		A	B	C	D
A - Clã	38 (42,22%)	42,11 (9,13)	18,63 (6,03)	16,2 (4,77)	23,07 (6,64)
B - Adhocracia	4 (4,44%)	17,5 (6,12)	35,42 (7,77)	21,04 (8,59)	26,04 (8,64)
C - Mercado	11 (12,22%)	16,3 (6,20)	19,03 (6,14)	39,45 (7,18)	25,21 (5,63)
D - Hierarquia	29 (32,22%)	22,78 (8,62)	15,05 (6,23)	20,06 (6,63)	42,11 (13,29)
AB - Clã e adhocracia	2 (2,22%)	28,33 (3,54)	28,33 (3,54)	21,67 (3,54)	21,67 (3,54)
AD - Clã e hierarquia	2 (2,22%)	31,67 (4,71)	17,5 (3,54)	19,17 (5,89)	31,67 (4,71)
Sem dominante	4 (4,44%)	23,96 (2,67)	25,63 (0,80)	24,79 (1,72)	25,63 (0,80)
Total	90 (100,00%)	30,29 (13,26)	18,77 (7,42)	21,07 (9,23)	29,87 (12,44)

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: as médias em destaque representam os valores mais altos para cada grupo de hospitais de acordo com a sua cultura dominante no momento da avaliação.

A Tabela 28 apresenta a avaliação da congruência da cultura dominante nos hospitais avaliados. Os resultados sugerem que a cultura dominante foi congruente na maior parte das instituições avaliadas, ou seja, as dimensões avaliadas tendem a enfatizar o mesmo conjunto de valores culturais.

Tabela 28 – Avaliação da congruência da cultura organizacional dominante

Cultura dominante	Número de dimensões alinhadas com a cultura dominante →	N (%)					
		1	2	3	4	5	6
Clã (N = 38)	-		2 (5,26%)	3 (7,89%)	10 (26,32%)	13 (34,21%)	10 (26,32%)
Adhocracia (N = 4)	-		1 (25,00%)	1 (25,00%)	2 (50,00%)	-	-
Mercado (N = 11)	-		-	2 (18,18%)	3 (27,27%)	4 (36,36%)	2 (18,18%)
Hierarquia (N = 29)	-		2 (6,90%)	3 (10,34%)	6 (20,69%)	11 (37,93%)	7 (24,14%)

Fonte: elaborada pela autora.

Notas: foi considerado o número de respostas em que a nota mais alta, dentre as quatro opções de cada questão, foi dada para a cultura dominante. Constam na tabela as instituições que possuíam uma única cultura dominante.

5.1.2 Caracterização dos participantes

A amostra foi composta, principalmente, por profissionais que ocupavam posições de liderança ou gerenciais nos hospitais (87,78% dos respondentes) (Tabela 29). A maior parte dos participantes eram do sexo feminino (74,44%), e a idade média foi de 41,9 anos. Quanto à formação, 98,89% eram graduados, sendo que 92,22% possuíam pós-graduação.

Tabela 29 – Perfil dos respondentes, segundo sexo, idade, escolaridade e cargo (N = 90)

Perfil dos respondentes	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Sexo		
Feminino	67	74,44%
Masculino	23	25,56%
Idade, anos		
20-29	5	5,56%
30-39	28	31,11%
40-49	41	45,56%
50-59	14	15,56%
60 ou mais	2	2,22%
Idade média: 41,9 anos		
Escolaridade		
Doutorado	10	11,11%
Mestrado	23	25,56%
Pós-graduação, especialização e/ou MBA	50	55,56%
Ensino superior completo	6	6,67%
Ensino superior incompleto	1	1,11%
Cargo ou função		
Diretor	13	14,44%
Chefe de unidade ou divisão	4	4,44%
Gerente, chefe de departamento ou setor	34	37,78%
Supervisor ou coordenador	28	31,11%
Enfermeiro	4	4,44%
Outros *	7	7,78%

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: * uma ouvidora, um consultor da qualidade, três analistas, um assistente técnico da qualidade e uma assessora de operações assistenciais/coordenadora.

O tempo médio dos respondentes no cargo atual foi de 5,72 anos e tempo médio na instituição foi de 10,37 anos (Tabela 30). Com relação à experiência profissional, 75% dos respondentes possuíam pelo menos 12 anos.

Tabela 30 – Perfil dos respondentes, segundo tempo de experiência profissional (N = 90)

Tempo de experiência profissional	Tempo aproximado em anos						
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil
No cargo/função atual *	0	30	5,72	5,27	4,00	2,00	9,00
Na instituição atual	1	38	10,37	8,56	9,00	3,00	15,00
Total de experiência profissional	2	40	17,57	8,21	17,00	12,00	21,00

Fonte: elaborada pela autora.

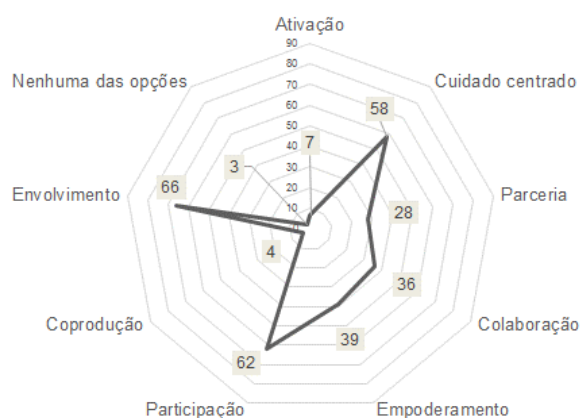
Nota: * o tempo mínimo de experiência no cargo necessário para participar da pesquisa era de 6 meses. Somente um respondente informou ter menos de 1 ano na função, porém atendia ao critério de 6 meses.

5.1.3 Termos sinônimos de engajamento dos pacientes e familiares

No questionário, constavam duas perguntas direcionadas para compreender a definição de engajamento, sendo uma aberta, para definir a expressão ‘engajamento do paciente e família na gestão da qualidade’ e outra de alternativas, para levantar quais termos eram utilizados como sinônimos de engajamento do paciente, na instituição. Os resultados da questão aberta estão na seção 5.2.

Três palavras ou expressões foram selecionadas por mais de metade dos respondentes como sinônimos de engajamento (Figura 17), sendo elas, em ordem decrescente: envolvimento (73,33%, ou 66 de um total de 90), participação (68,89%, ou 62 de um total de 90) e cuidado centrado (64,44%, ou 58 de um total de 90). Em média, os respondentes escolheram 3,33 palavras (desvio-padrão de 1,77), sendo que quatro respondentes não selecionaram nenhum dos termos e três selecionaram todas as opções. No campo ‘outros’, ao final da questão, foram citados como sinônimos (cada expressão foi citada por apenas um respondente): ‘contribuir’ e ‘o que importa para você’.

Figura 17 – Gráfico dos sinônimos da expressão ‘engajamento dos pacientes’ de acordo com o número de respondentes (N = 90)



Fonte: elaborada pela autora.

Nota: os respondentes podiam escolher mais de uma opção, por essa razão a soma do número total de respostas foi maior do que o tamanho da amostra (90).

5.1.4 Mecanismos de engajamento

A Tabela 31 apresenta a análise descritiva do *status* de implementação dos mecanismos de engajamento dos P/F na gestão da qualidade. Do total de 24 mecanismos avaliados, três foram implementados por mais 80% das instituições, sendo, em ordem decrescente: processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios (87,78%), pesquisa de satisfação com P/F realizadas continuamente (85,56%) e caixa de sugestões (83,33%). Destaca-se que, ao considerar o fluxo de informação, os três mecanismos tinham uma comunicação unidirecional (paciente → hospital). O mecanismo processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios, pode gerar uma comunicação/resposta do hospital, porém, via de regra, não ocorre um diálogo ou uma discussão sobre o tema, sendo por esta razão considerado como um mecanismo de consulta.

Tabela 31 – Análise descritiva do *status* de implementação dos mecanismos de engajamento (N = 90)

Mecanismos de engajamento dos P/F	Não implementado	Em fase de estruturação	Implementado em uma ou algumas unidades	Implementado em todo o hospital			Subtotal
				< 12 meses	12 - 24 meses	> 24 meses	
M_01. Pesquisa de satisfação (contínua)	2 (2,22%)	2 (2,22%)	9 (10,00%)	5 (5,56%)	11 (12,22%)	61 (67,78%)	77 (85,56%)
M_02. Pesquisa de satisfação (anual, por amostragem)	35 (38,89%)	4 (4,44%)	3 (3,33%)	3 (3,33%)	10 (11,11%)	35 (38,89%)	48 (53,33%)
M_03. Pesquisa de experiência do P/F (contínua)	30 (33,33%)	15 (16,67%)	9 (10,00%)	7 (7,78%)	8 (8,89%)	21 (23,33%)	36 (40,00%)
M_04. Pesquisa de experiência do P/F (anual, por amostragem)	55 (61,11%)	12 (13,33%)	3 (3,33%)	4 (4,44%)	4 (4,44%)	12 (13,33%)	20 (22,22%)
M_05. Pesquisa <i>ad hoc</i> (pontuais e com objetivos específicos)	61 (67,78%)	7 (7,78%)	7 (7,78%)	3 (3,33%)	2 (2,22%)	10 (11,11%)	15 (16,67%)
M_06. Processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios	5 (5,56%)	1 (1,11%)	5 (5,56%)	5 (5,56%)	11 (12,22%)	63 (70,00%)	79 (87,78%)
M_07. Caixa de sugestões	9 (10,00%)	2 (2,22%)	4 (4,44%)	4 (4,44%)	9 (10,00%)	62 (68,89%)	75 (83,33%)
M_08. Entrevista de análise da causa raiz de problema	35 (38,89%)	14 (15,56%)	10 (11,11%)	6 (6,67%)	5 (5,56%)	20 (22,22%)	31 (34,44%)
M_09. Painel ou grupos focais	48 (53,33%)	11 (12,22%)	13 (14,44%)	6 (6,67%)	2 (2,22%)	10 (11,11%)	18 (20,00%)
M_10. Membro da equipe de projetos de melhoria	72 (80,00%)	5 (5,56%)	6 (6,67%)	3 (3,33%)	2 (2,22%)	2 (2,22%)	7 (7,78%)
M_11. Membro da equipe de projetos de pesquisa	73 (81,11%)	3 (3,33%)	8 (8,89%)	1 (1,11%)	1 (1,11%)	4 (4,44%)	6 (6,67%)
M_12. Membro da equipe de análise de causa raiz	78 (86,67%)	4 (4,44%)	6 (6,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,22%)	2 (2,22%)
M_13. Membro do comitê de qualidade ou gestão	79 (87,78%)	4 (4,44%)	2 (2,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (5,56%)	5 (5,56%)
M_14. Membro de um conselho consultivo	70 (77,78%)	5 (5,56%)	1 (1,11%)	2 (2,22%)	0 (0,00%)	12 (13,33%)	14 (15,56%)
M_15. Membro do conselho de administração	83 (92,22%)	2 (2,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (5,56%)	5 (5,56%)
M_16. Compartilha a liderança dos comitês de melhoria da segurança e qualidade	85 (94,44%)	3 (3,33%)	1 (1,11%)	1 (1,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,11%)
M_17. Elaboração de padrões de processo, tarefas ou protocolos	84 (93,33%)	2 (2,22%)	4 (4,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
M_18. Elaboração de cartilhas ou outros materiais para comunicação com pacientes	80 (88,89%)	3 (3,33%)	5 (5,56%)	1 (1,11%)	1 (1,11%)	0 (0,00%)	2 (2,22%)
M_19. Avaliação das metas e/ou objetivos da qualidade	83 (92,22%)	3 (3,33%)	3 (3,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,11%)	1 (1,11%)
M_20. Desenvolvimento dos critérios de qualidade	85 (94,44%)	2 (2,22%)	2 (2,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,11%)	1 (1,11%)
M_21. Desenvolvimento do conteúdo para outros P/F	79 (87,78%)	5 (5,56%)	5 (5,56%)	0 (0,00%)	1 (1,11%)	0 (0,00%)	1 (1,11%)
M_22. Educador no treinamento de outros P/F	81 (90,00%)	4 (4,44%)	4 (4,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,11%)	1 (1,11%)
M_23. Desenvolvimento do conteúdo para profissionais	87 (96,67%)	3 (3,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
M_24. Educador no treinamento dos profissionais	87 (96,67%)	3 (3,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Fonte: elaborada pela autora. P/F: pacientes e familiares. As frequências relativas acima de 50% estão destacadas em cinza.

No campo 'outros', algumas instituições relataram que os pacientes também participavam do comitê de acompanhamento da contratualização (que continha metas quantitativas e qualitativas), das visitas multidisciplinares diárias para definição de plano de cuidado, da reunião de *disclosure*¹¹, da consulta para definir plano de parto e da visita à maternidade (com esclarecimento das opções existentes, direcionadas às gestantes, dando oportunidade para que elas se vinculassem a outra maternidade, caso ali não estivesse de acordo com suas expectativas).

Referente à participação de associações de P/F, 16 (17,78%) hospitais informaram que realizavam atividades em parceria, como, por exemplo:

1. Participação de profissionais da instituição em associação de pacientes e familiares. Convite para participarem de evento aberto para a comunidade.
2. Parceira com associação para auxiliar a equipe assistencial nas orientações e apoiar a transição de cuidado.
3. Apoio nas atividades da equipe da hematologia na internação dos pacientes e no ambulatório.
4. Realização de oficinas com a equipe multiprofissional, regularmente.
5. Realização de rodas de conversa com os integrantes das associações.
6. Reuniões regulares para discussões de temas de importância para os pacientes e para a instituição. Envolvimento na avaliação de materiais e ações para garantir o melhor cuidado e a segurança aos pacientes e à família.

Na Tabela 32, o número médio de mecanismos implementados de acordo com o perfil da instituição – controle administrativo, tipo de estabelecimento, função educativa, capacidade, localização, acreditação e atividades de gestão do nível estratégico e da rotina – permitiu observar que existe alguma diferença, entre o número médio de mecanismos implantados por hospital de acordo com as atividades de gestão realizadas (*valor-p* = 0,022). Quanto ao perfil da cultura organizacional dominante, não foram encontradas diferenças no número médio de mecanismos implementados (Tabela 33).

¹¹ Processo de fornecimento do acesso público a informações da instituição, com o objetivo de dar transparência a esses dados.

Tabela 32 – Avaliação do número de mecanismos implementados em todo o hospital, de acordo com o perfil da instituição

Perfil da instituição		Análise descritiva								Anova ($\alpha = 0,05$)
		N	Média	DP	Mín.	Q1	Mediana	Q3	Máx.	Valor-p
Controle administrativo	Público	34	4,71	2,29	0,00	3,00	4,00	6,25	10,00	0,454
	Privado	32	5,41	2,51	2,00	4,00	5,00	7,00	13,00	
	Filantropico	18	4,44	1,92	2,00	3,00	4,00	5,25	9,00	
	Outros	6	5,33	2,42	2,00	3,50	5,00	7,50	9,00	
Tipo de hospital	Geral	58	4,97	2,46	1,00	3,00	5,00	6,25	13,00	0,908
	Outro	32	4,91	2,04	0,00	4,00	4,50	6,00	9,00	
Exerce função educativa	Sim	71	4,89	2,34	0,00	3,00	5,00	6,00	13,00	0,653
	Não	19	5,16	2,24	2,00	4,00	5,00	7,00	10,00	
Capacidade das instalações	Extra	7	5,71	1,80	4,00	4,00	5,00	7,00	9,00	0,474
	Grande	34	4,94	2,73	1,00	3,00	4,00	6,00	13,00	
	Médio	37	4,60	1,95	0,00	3,00	5,00	6,00	8,00	
	Pequeno	12	5,58	2,31	2,00	4,00	5,00	7,00	10,00	
Localização (região)	CO/N	7	5,71	2,93	2,00	2,00	6,00	9,00	9,00	0,394
	NE	10	5,40	2,37	3,00	3,00	5,00	7,00	10,00	
	S	23	4,30	2,16	0,00	3,00	4,00	5,00	10,00	
	SE	50	5,04	2,28	1,00	4,00	5,00	6,00	13,00	
Acreditação	Sim	50	5,26	2,28	2,00	4,00	5,00	7,00	13,00	0,148
	Não	40	4,55	2,32	0,00	3,00	4,00	6,00	10,00	
Atividades de gerenciamento da rotina	Nível 0	22	3,73	2,23	0,00	2,00	3,50	5,00	9,00	0,022
	Nível 1	6	4,33	1,97	2,00	2,00	5,00	6,00	6,00	
	Nível 2	7	5,43	2,22	3,00	3,00	6,00	7,00	9,00	
	Nível 3	55	5,44	2,24	2,00	4,00	5,00	7,00	13,00	
Atividades de gerenciamento nível estratégico	Nível 0	3	4,00	3,61	1,00	1,00	3,00	8,00	8,00	0,563
	Nível 1	5	4,40	1,14	3,00	3,50	4,00	5,50	6,00	
	Nível 2	22	4,54	2,30	0,00	2,75	4,50	6,00	9,00	
	Nível 3	60	5,18	2,33	2,00	4,00	5,00	7,00	13,00	

Fonte: elaborada pela autora. Legenda: DP – desvio-padrão; Mín – mínimo; Q – quartil; Máx – máximo; CO – Centro-Oeste; NE – Nordeste; S – Sul; SE – Sudeste. Atividade de gestão da rotina: 0 – nenhuma atividade; 1 – padronização dos processos; 2 – definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos; 3 – todas as atividades. Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – definição da missão, da visão e dos valores e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – Todas as atividades.

Nota: análise de variância – H_0 : o número médio de mecanismos é igual em todos os estratos; H_1 : pelo menos algum número médio de mecanismos é diferente; se $valor-p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 (destaque em cinza).

Tabela 33 – Avaliação do número de mecanismos implementados em todo o hospital, de acordo com a cultura organizacional

Perfil da instituição		Análise descritiva								Anova ($\alpha = 0,05$)
		N	Média	DP	Mín.	Q1	Mediana	Q3	Máx.	Valor-p
Dimensão 1 – características dominantes	Clã	27	4,44	2,12	0,00	4,00	4,00	5,00	10,00	0,399
	Hierarquia	25	5,24	2,55	2,00	3,50	5,00	7,00	13,00	
	Outras	38	5,10	2,28	2,00	3,00	5,00	7,00	10,00	
Dimensão 2 – liderança organizacional	Clã	23	4,65	2,25	0,00	4,00	4,00	6,00	10,00	0,742
	Hierarquia	17	4,88	1,76	2,00	4,00	5,00	6,00	8,00	
	Outras	50	5,10	2,52	2,00	3,00	5,00	7,00	13,00	
Dimensão 3 – gestão da equipe	Clã	43	4,86	2,12	0,00	4,00	5,00	6,00	10,00	0,682
	Hierarquia	22	4,73	2,23	2,00	3,00	4,50	7,00	9,00	
	Outras	25	5,28	2,72	2,00	4,00	5,00	7,00	13,00	
Dimensão 4 – princípio organizacional	Clã	28	4,79	1,87	1,00	4,00	5,00	6,00	10,00	0,910
	Hierarquia	17	5,00	2,06	2,00	3,00	5,00	6,50	9,00	
	Outras	45	5,02	2,66	0,00	3,50	4,00	7,00	13,00	
Dimensão 5 – ênfase estratégica	Clã	20	4,85	2,74	0,00	3,00	5,00	7,00	10,00	0,962
	Hierarquia	28	5,04	2,10	2,00	4,00	5,00	6,00	10,00	
	Outras	42	4,93	2,28	2,00	4,00	4,50	6,00	13,00	
Dimensão 6 – critérios de sucesso	Clã	28	4,89	2,01	1,00	4,00	5,00	6,00	10,00	0,344
	Hierarquia	22	5,54	2,28	2,00	3,75	5,50	7,25	10,00	
	Outras	40	4,65	2,51	0,00	3,00	4,00	5,75	13,00	
Cultura dominante	Clã	38	4,74	1,98	0,00	4,00	5,00	6,00	10,00	0,605
	Hierarquia	29	4,89	2,30	2,00	3,00	4,00	6,50	10,00	
	Outras	23	5,35	2,82	2,00	4,00	5,00	7,00	13,00	

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: DP – desvio-padrão; Mín – mínimo; Q – quartil; Máx – máximo.

Nota: análise de variância – H_0 : o número médio de mecanismos é igual em todos os estratos; H_1 : pelo menos algum número médio de mecanismos é diferente; se $valor-p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 (destaque em cinza).

A informação sobre os mecanismos implementados em cada hospital permitiu sua classificação quanto ao nível de engajamento (Tabela 34). A maior parte das instituições avaliadas foi classificada no nível consulta, tanto para o *status* em que os mecanismos estavam implementados em pelo menos uma Unidade (64,44%), quanto nos casos em que estavam implementados em todo o hospital (73,33%).

Tabela 34 – Nível de engajamento dos pacientes, com base no modelo de Carman et al. (2013)

Nível	Mecanismos implementados	Nível de implementação			
		Mínimo uma Unidade		Todo o hospital	
		N	%	N	%
Sem participação	Nenhum mecanismo implementado	0	0,00%	1	1,11%
Consulta	M_01 – M_09	58	64,44%	66	73,33%
Envolvimento	M_10 – M15 e M_17 – M_24	30	33,33%	22	24,44%
Parceria e liderança compartilhada	M_16	2	2,22%	1	1,11%

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: as frequências relativas acima de 50% estão destacadas em cinza

A Tabela 35 apresenta as estatísticas descritivas do número de mecanismos implementados pelas instituições, em algumas unidades ou em todo o hospital, de acordo com o nível de engajamento. O resultado do teste de hipótese mostrou que há evidência de que o número médio de mecanismos implementados pelos hospitais classificados nos níveis 0 (sem participação) ou 1 (consulta) foram diferentes do que os observados pelos hospitais dos níveis 2 (envolvimento) ou 3 (parceria e liderança compartilhada). O número médio de mecanismos caracterizou que os hospitais tinham adotado uma estratégia multimodal de engajamento dos P/F, ou seja, utilizavam mais de um mecanismo para promover a participação do paciente na gestão da qualidade.

Tabela 35 – Avaliação do número de mecanismos implementados, de acordo com o nível de engajamento

Abrangência	Nível de engajamento	N	Média	DP	Mín.	Q1	Mediana	Q3	Máx.	Valor-p ($\alpha = 0,05$)
Implementado em uma ou algumas unidades	Nível 0 ou 1	67	5,19	2,11	1,00	4,00	5,00	7,00	10,00	<0,001
	Nível 2 ou 3	23	9,00	4,00	4,00	6,00	9,00	11,00	22,00	
Implementado em todo hospital	Nível 0 ou 1	67	4,21	1,73	0,00	3,00	4,00	5,00	9,00	<0,001
	Nível 2 ou 3	23	7,09	2,48	3,00	5,00	7,00	9,00	13,00	

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: DP – desvio-padrão; Mín – mínimo; Q – quartil; Máx – máximo. Nível 0 – sem participação; Nível 1 – consulta; Nível 2 – envolvimento; Nível 3 – parceria e liderança compartilhada.

Nota: teste *t* de Student – H_0 : o número médio de mecanismos entre os dois grupos é igual; H_1 : o número médio de mecanismos foi diferente; se $valor-p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 (destaque em cinza).

5.1.5 Barreiras – Financeiras

As barreiras financeiras estão relacionadas aos recursos, tanto das instituições, quanto dos pacientes e familiares, para viabilizar a realização das atividades, a participação de todos os envolvidos e/ou a implementação das iniciativas de melhoria. Os participantes avaliaram oito barreiras (Tabela 36), que indicaram quais fatores intervenientes representaram uma barreira para engajamento dos P/F na gestão da qualidade em suas instituições. A nota 1 significa que o fator interveniente não foi considerado uma barreira e a nota 5 que foi uma barreira significativa. Duas barreiras foram consideradas como significativas por mais de 40% dos respondentes: falta de pessoas para implementar e manter as atividades com participação do paciente (40,00%) e falta de uma política de incentivos, de remuneração ou de reembolso de despesas aos pacientes para viabilizar sua participação nas atividades (42,22%).

No campo ‘outras barreiras financeiras’, foram realizados quatro comentários:

Fator de profissionais capacitados para esse trabalho no mercado. (autor confidencial)

Famílias muito humildes, não podem faltar no trabalho, ou não têm dinheiro para transporte, ou não têm onde deixar filhos para permanecer no hospital e se engajar verdadeiramente. (autor confidencial)

Falta de valorização pelo gestor do contrato do hospital (Secretaria do Estado) de iniciativas para o engajamento dos pacientes; existência de formato padronizado de avaliação da satisfação do paciente em forma de pesquisa obrigatória no contrato de gestão. (autor confidencial)

Nossa instituição é 100% SUS¹². (autor confidencial).

¹² SUS: Sistema Único de Saúde.

Tabela 36 – Análise descritiva das barreiras – financeiras (N = 90)

Barreiras	Notas atribuídas às barreiras →	Frequência absoluta (relativa)					NA
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
F_01. Falta de peessoas para implementar e manter as atividades com participação do paciente		9 (10,00%)	7 (7,78%)	16 (17,78%)	17 (18,89%)	36 (40,00%)	5 (5,56%)
F_02. Falta de tempo para implementar e manter as atividades com participação do paciente		8 (8,89%)	9 (10,00%)	17 (18,89%)	17 (18,89%)	33 (36,67%)	6 (6,67%)
F_03. Falta de recurso financeiro para realizar as atividades com participação do paciente		18 (20,00%)	14 (15,56%)	16 (17,78%)	10 (11,11%)	25 (27,78%)	7 (7,78%)
F_04. Falta de recurso financeiro para implementar as melhorias propostas nas atividades com a participação do paciente		16 (17,78%)	12 (13,33%)	12 (13,33%)	12 (13,33%)	30 (33,33%)	8 (8,89%)
F_05. Falta de uma política de incentivos, de remuneração ou de reembolso de despesas aos pacientes para viabilizar sua participação nas atividades		11 (12,22%)	8 (8,89%)	12 (13,33%)	7 (7,78%)	38 (42,22%)	14 (15,56%)
F_06. Priorização de outras estratégias concorrentes em detrimento da estratégia de engajamento do paciente, devido à restrição de recursos financeiros		14 (15,56%)	8 (8,89%)	13 (14,44%)	11 (12,22%)	34 (37,78%)	10 (11,11%)
F_07. Falta de recurso financeiro para treinamento dos profissionais da instituição quanto às práticas e/ ou importância do engajamento do paciente		24 (26,67%)	12 (13,33%)	13 (14,44%)	9 (10,00%)	24 (26,67%)	8 (8,89%)
F_08. Falta de recurso financeiro para treinamento dos pacientes quanto às práticas de engajamento para gestão da qualidade dos serviços da instituição		16 (17,78%)	15 (16,67%)	12 (13,33%)	12 (13,33%)	25 (27,78%)	10 (11,11%)

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: 1 = não é uma barreira; 5 = barreira significativa; NA = não se aplica.

Nota: as frequências relativas acima de 40% estão destacadas na cor cinza.

Para entender a estrutura de relação entre as oito barreiras financeiras, uma análise fatorial exploratória foi efetuada. Os resultados da análise fatorial (Tabela 37) mostraram que as oito barreiras financeiras podiam ser descritas por duas variáveis latentes, ou seja, dois novos fatores. As referências utilizadas para determinar o número de fatores foram autovalores acima de 1 e o gráfico de autovalores (Figura 18). A variância total extraída foi de 76,8%, sendo que o fator financeiro 1 foi responsável por 38,9% e o fator financeiro 2 por 37,9% da variação. Cada um dos fatores continha quatro cargas fatoriais rotacionadas maiores do que 0,50, assim como todas as comunalidades.

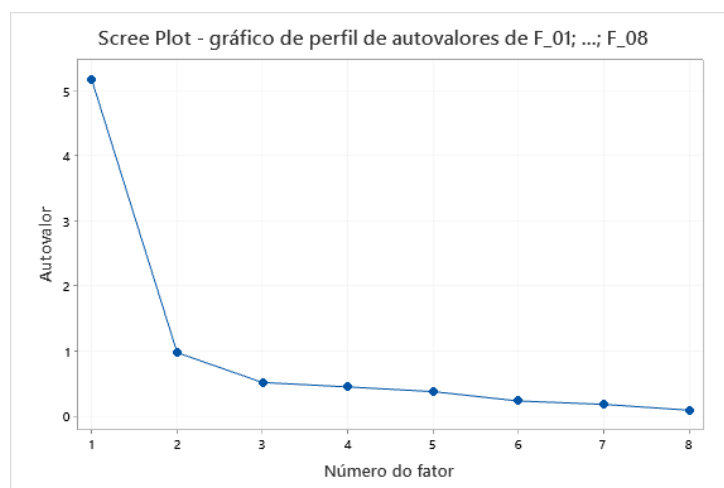
Tabela 37 – Análise fatorial das barreiras financeiras – carga fatorial após rotação varimax

Variável – barreira	Carga fatorial após rotação varimax		Comunalidade
	Fator financeiro 1	Fator financeiro 2	
F_01	0,256	0,883	0,845
F_02	0,242	0,849	0,779
F_03	0,480	0,704	0,726
F_04	0,415	0,783	0,785
F_05	0,677	0,374	0,598
F_06	0,752	0,392	0,719
F_07	0,866	0,257	0,816
F_08	0,900	0,256	0,876
Variância	3,110	3,034	6,143
% Var	0,389	0,379	0,768

Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Nota: as cargas fatoriais rotacionadas >0,50 estão destacadas na cor cinza.

Figura 18 – Gráfico de autovalor para análise fatorial das barreiras financeiras



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

A Tabela 38 apresenta os dois fatores identificados a partir da análise fatorial exploratória, os quais foram interpretados e nomeados com base nas barreiras com cargas fatoriais mais significantes. O fator financeiro 1 representou uma combinação de barreiras relacionadas às decisões de investimentos e políticas e ao treinamento de todos os envolvidos, para implementar uma estratégia de engajamento dos P/F, tendo sido interpretado como a dimensão referente ao planejamento e à capacitação. O fator financeiro 2 envolveu questões relacionadas à realização das atividades com a participação dos P/F e foi interpretado como a dimensão recursos para execução.

Tabela 38 – Nomeação dos novos fatores – financeiros

Novos fatores	Barreiras com cargas fatoriais significantes
Fator 1 – Planejamento e capacitação	F_05. Falta de uma política de incentivos, de remuneração ou de reembolso de despesas aos pacientes, para viabilizar sua participação nas atividades F_06. Priorização de outras estratégias concorrentes em detrimento da estratégia de engajamento do paciente, devido à restrição de recursos financeiros F_07. Falta de recurso financeiro para treinamento dos profissionais da instituição quanto às práticas e/ou importância do engajamento do paciente F_08. Falta de recurso financeiro para treinamento dos pacientes quanto às práticas de engajamento para gestão da qualidade dos serviços da instituição
Fator 2 – Recursos para execução	F_01. Falta de pessoas para implementar e manter as atividades com participação do paciente F_02. Falta de tempo para implementar e manter as atividades com participação do paciente F_03. Falta de recurso financeiro para realizar as atividades com participação do paciente F_04. Falta de recurso financeiro para implementar as melhorias propostas nas atividades com a participação do paciente

Fonte: elaborada pela autora.

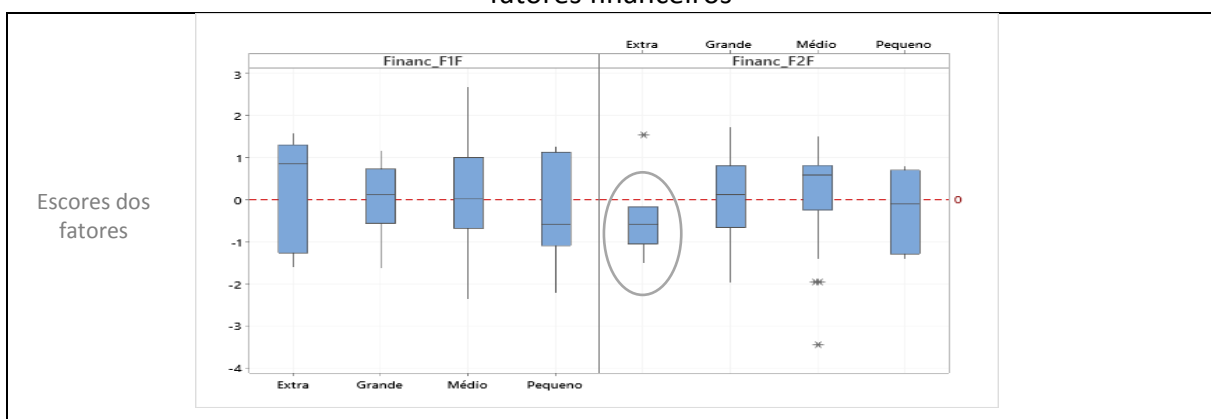
Os escores padronizados por hospital para cada novo fator foram obtidos, ou seja, escores com média zero e desvio-padrão 1 (HAIR et al., 2006). A análise descritiva dos escores pelo perfil dos hospitais permitiu observar que, em algumas características, não foram encontradas barreiras consideradas pouco ou muito significativas, sendo elas: cultura organizacional dominante, o *status* da acreditação, a localização/região, o controle administrativo, o nível de engajamento, a função de ensino e o tipo de estabelecimento (geral, especializado, outro). Entretanto, foram encontrados alguns grupos com barreiras muito ou pouco significativas na estratificação dos escores dos dois fatores financeiros, de acordo com cinco características do perfil das instituições: capacidade, atividades realizadas de

gerenciamento no nível estratégico, atividades de gerenciamento da rotina, *status* da implementação do mecanismo 6 e do mecanismo 19. O critério adotado para avaliação foi:

- O primeiro quartil dos escores maiores que zero indicou uma barreira significativa, ou seja, pelo menos 75% dos respondentes atribuíram notas altas para essa barreira.
- O terceiro quartil dos escores menores que zero indicou uma barreira pouco significativa, ou seja, pelo menos 75% dos respondentes atribuíram notas baixas para essa barreira.

A seguir, são detalhados os resultados dos escores das cinco características do perfil das instituições que permitiram identificar uma avaliação mais homogênea das barreiras para o engajamento dos P/F e os dados da análise descritiva estão apresentados no Apêndice D. A primeira característica está relacionada à capacidade. Na avaliação dos escores dos dois fatores financeiros estratificados pela capacidade, os hospitais de porte extra ou especial (acima de 500 leitos) avaliaram o fator financeiro 2 como barreira pouco significativa (Figura 19). Desse modo, para essas instituições, os recursos financeiros para realização das atividades não foram uma barreira para o engajamento dos P/F.

Figura 19 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pela capacidade das instituições – fatores financeiros



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab® .

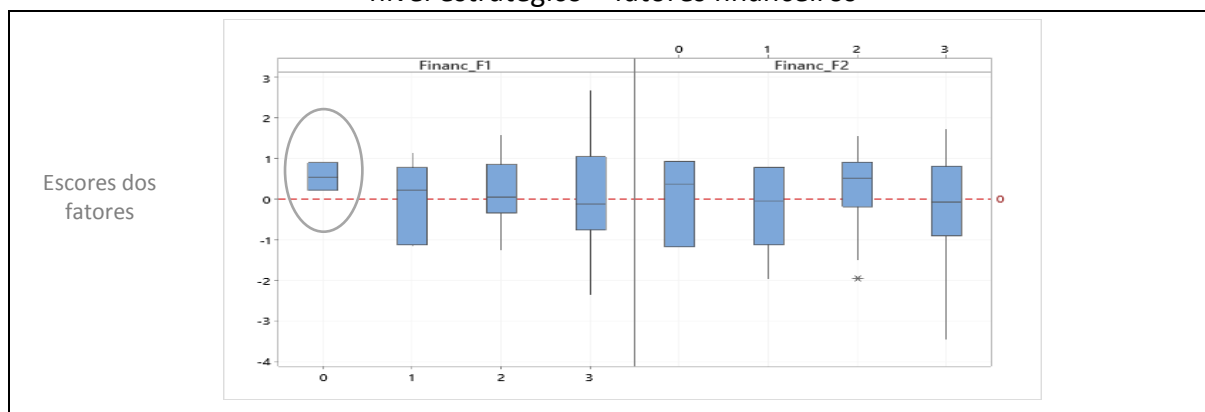
Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F - fator financeiro 2.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Quanto às atividades de gestão no nível estratégico, os hospitais que não realizaram as atividades avaliaram o fator financeiro 1 como uma barreira significativa (Figura 20). Esse resultado sugere que a não implementação dessas atividades pode dificultar o planejamento

dos recursos financeiros no nível organizacional, a definição de políticas de incentivo e a realização de treinamentos (tanto para a equipe, quanto para os pacientes e familiares).

Figura 20 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão no nível estratégico – fatores financeiros

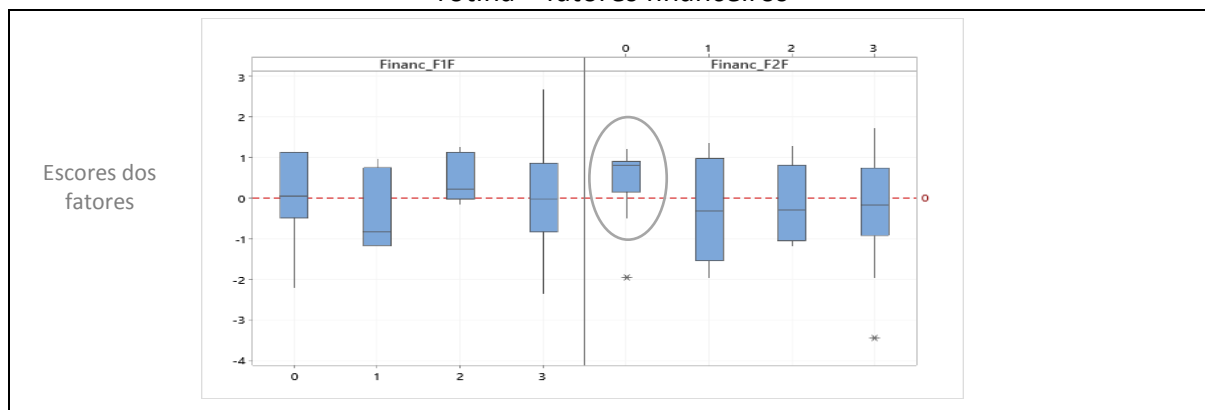


Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®. Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F - fator financeiro 2. Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – definição da missão, da visão e dos valores e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – todas as atividades: definição da missão, da visão e dos valores, planejamento estratégico e desdobramento e gerenciamento das metas.

Nota: o fator avaliado como uma barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Com relação às atividades de gestão da rotina, os hospitais que não realizavam as atividades avaliaram o fator financeiro 2 como uma barreira significativa (Figura 21). Desse modo, a falta de padrões de processos e de indicadores de gestão possivelmente dificultou a realização das atividades com a participação dos P/F.

Figura 21 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão da rotina – fatores financeiros

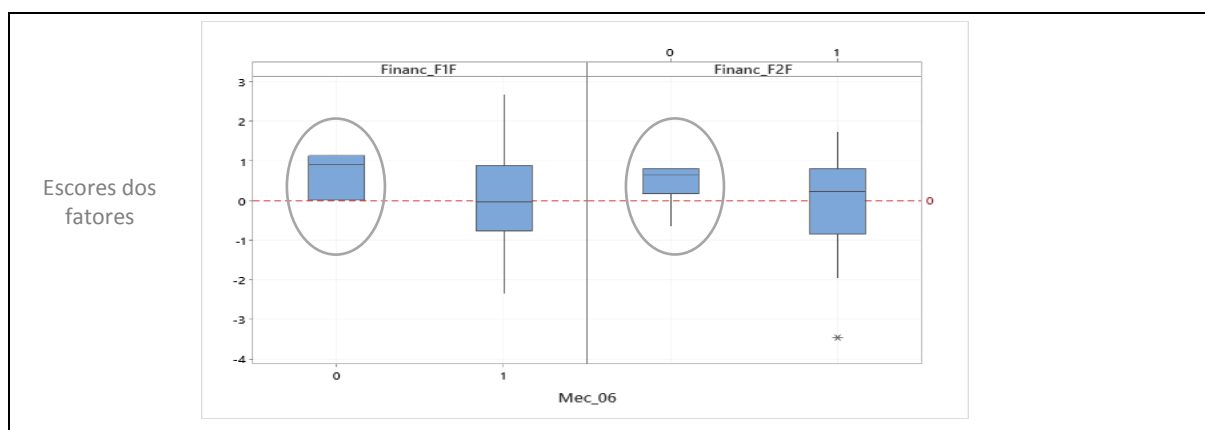


Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®. Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F - fator financeiro 2. Atividade de gestão da rotina: 0 – nenhuma atividade; 1 – padronização dos processos; 2 – definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos; 3 – todas as atividades.

Nota: o fator avaliado como uma barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Quanto ao mecanismo de engajamento processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios (mecanismo 6), os hospitais que não implementaram avaliaram os dois fatores como barreiras significativas (Figura 22).

Figura 22 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo de engajamento 6 – fatores financeiros



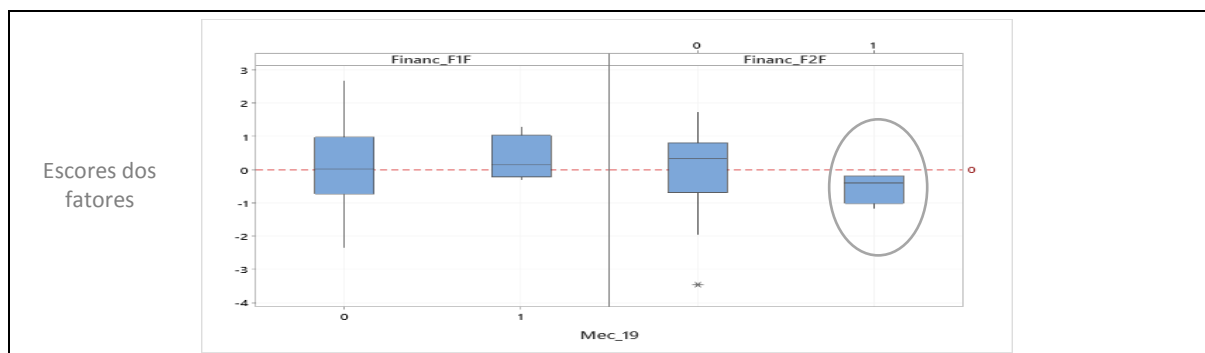
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2; Mec_06 – processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios; 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Quanto ao mecanismo de engajamento avaliação das metas e/ ou objetivos da qualidade (mecanismo 19), os hospitais que o implementaram não consideraram o fator financeiro 2 como uma barreira significativa (Figura 23).

Figura 23 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo de engajamento 19 – fatores financeiros



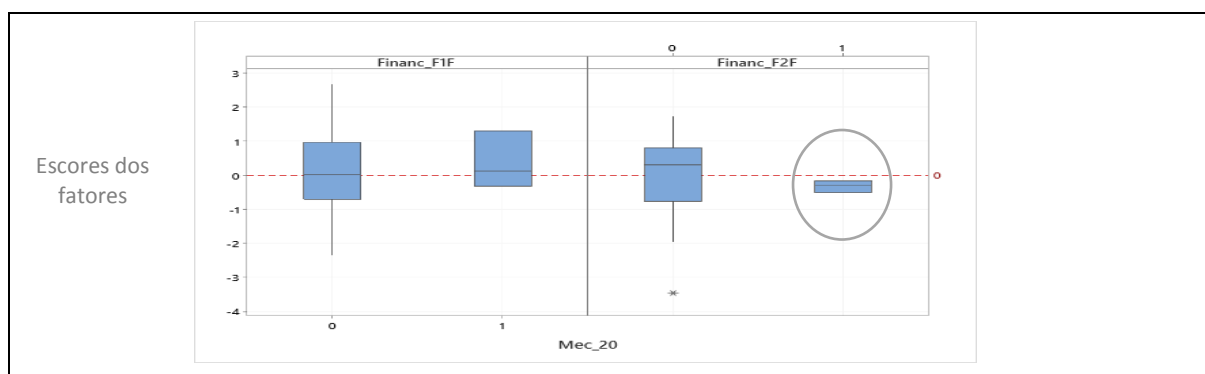
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F - fator financeiro 2; Mec_19 - avaliação das metas e/ ou objetivos da qualidade; 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Assim como na avaliação do mecanismo 19, os hospitais que implementaram o mecanismo de engajamento desenvolvimento dos critérios de qualidade (mecanismo 20) não consideraram o fator financeiro 2 não como uma barreira significativa (Figura 24).

Figura 24 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo de engajamento 20 – fatores financeiros



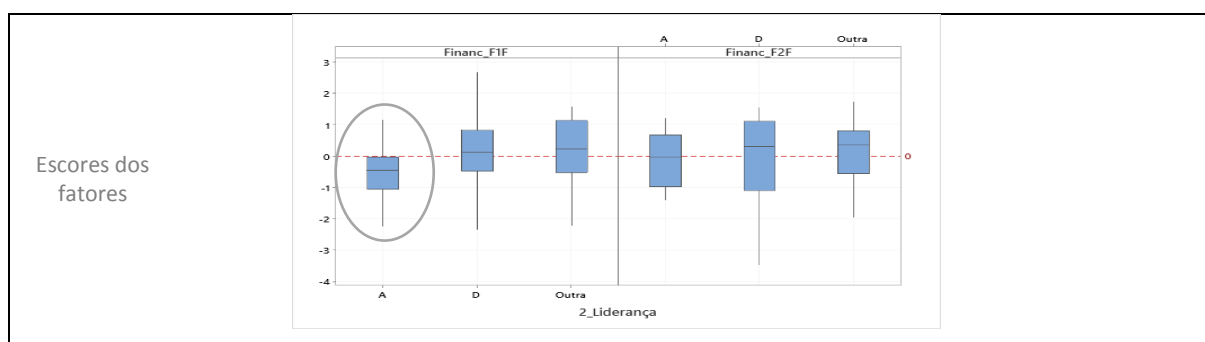
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2; Mec_20 – desenvolvimento dos critérios de qualidade; 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Embora a avaliação dos escores dos fatores estratificados pelo tipo de cultura organizacional dominante não tenham apresentado diferença, as instituições com dimensão liderança organizacional do tipo clã não consideraram o fator financeiro 1 como uma barreira significativa (Figura 25). Nessa dimensão, a liderança da organização com cultura dominante do tipo clã é geralmente exemplificada como orientador, facilitador e motivador.

Figura 25 – *Box-plot* dos escores dos fatores pela dimensão da cultura – liderança organizacional – fatores financeiros



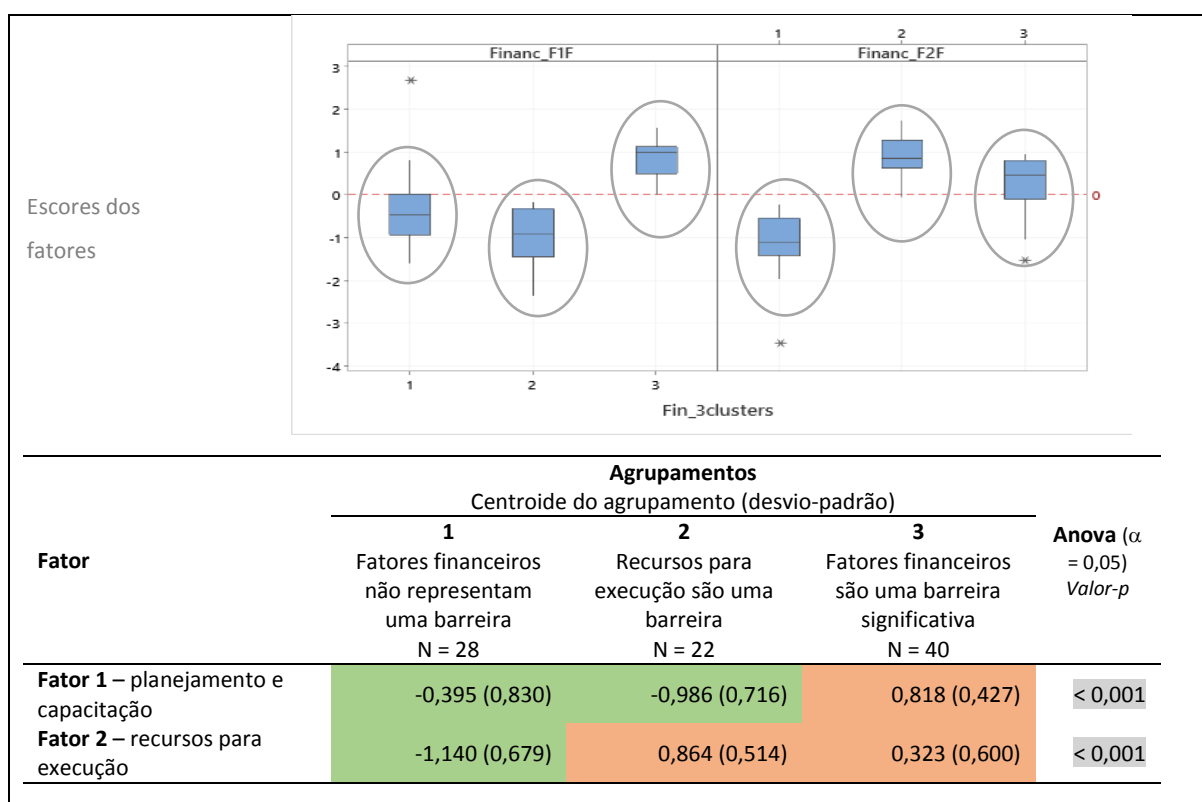
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: A – cultura dominante clã; D – cultura dominante hierarquia; Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

A partir dos escores da análise fatorial, foi realizada a análise de agrupamentos, para agregar as respostas em grupos homogêneos na avaliação das barreiras. A análise permitiu a identificação de três agrupamentos (Figura 26), os quais apresentaram diferença entre as médias para os dois fatores. No grupo 1, as instituições consideraram que os dois fatores não eram barreiras significativas para engajamento dos P/F. As instituições do grupo 2 apontaram o fator financeiro 2 como barreira significativa, referente à disponibilidade dos recursos financeiros para realização das atividades com a participação dos pacientes. Para concluir, as instituições do grupo 3 avaliaram os dois fatores financeiros como barreiras significativas.

Figura 26 – Agrupamento das avaliações dos fatores – financeiros



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2.

Notas:

- A cor verde refere-se aos fatores que não representam barreiras significativas (quartil 3 < 0) e a vermelha às barreiras significativas (quartil 1 > 0). Embora não tenha atendido o critério de quartil 1 maior do que zero, o fator 2 foi considerado barreira significativa para o agrupamento 3, pois 72,5% (29 de 40) dos escores foram maiores do que zero.

- Análise de variância – H_0 : a média dos escores fatoriais é igual em todos os grupos; H_1 : pelo menos alguma diferença; se $valor-p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 (destaque em cinza).

A Tabela 39 apresenta a análise do perfil dos três grupos, de acordo com as características dos hospitais. O teste do qui-quadrado mostrou evidência de associação entre os grupos e o *status* de padronização dos processos nos hospitais (*valor-p* = 0,044). Não foi encontrada evidência de associação com as demais variáveis utilizadas para caracterização do perfil dos hospitais, sugerindo que elas não permitem discriminar os grupos.

Tabela 39 – Teste de associação entre os agrupamentos dos fatores e as variáveis de caracterização do perfil dos hospitais – financeiros

Variável de caracterização		Qui-quadrado ($\alpha = 0,05$)	Valor-p
Público		0,153	0,926
Privado		3,537	0,171
Capacidade		0,419	0,811
Tipo de estabelecimento		0,200	0,905
Localização (região)		0,724	0,696
Status da acreditação		5,059	0,080
Nível de engajamento		4,189	0,123
Padronização dos processos		6,232	0,044
Indicadores		3,340	0,188
Cultura – clã		0,300	0,861
Cultura – hierarquia		0,738	0,692

Padronização dos processos		Agrupamentos			Total
		1	2	3	
Não implementado	Número	4	8	17	29
	% dentro do agrupamento	13,79	27,59	58,62	100,00
Implementado	Número	24	14	23	61
	% dentro do agrupamento	39,34	22,95	37,70	100,00
Total	Número	28	22	40	90
	% dentro do agrupamento	31,11	24,44	44,44	100,00

Fonte: elaborada pela autora.

Notas: (1) teste do qui-quadrado de Pearson – H_0 : não há associação entre as variáveis; H_1 : as variáveis estão associadas; se $valor-p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 (resultados destacados em cinza).

(2) O teste não foi aplicável, pois algumas células tinham contagens esperadas menores do que 5 para as características: controle administrativo; função de ensino; área de qualidade corporativa; missão, visão e valores; planejamento estratégico, e desdobramento e gerenciamento de metas.

5.1.6 Barreiras - Estruturais

No total, foram avaliadas 15 barreiras estruturais para o engajamento do paciente na gestão da qualidade. Essas barreiras estão relacionadas ao tipo de serviço da instituição, sua estrutura organizacional, processos, objetivos estratégicos, metas e estruturação/organização das atividades de engajamento. A Tabela 40 apresenta a análise descritiva da avaliação das

barreiras. Três barreiras destacaram-se por não serem consideradas fatores intervenientes para o engajamento dos P/F, sendo elas a falta de evidências na literatura que demonstrassem a contribuição do engajamento dos pacientes (48,89%), a necessidade de compartilhar informações sobre os custos (46,67%) e sobre a qualidade dos serviços (44,44%).

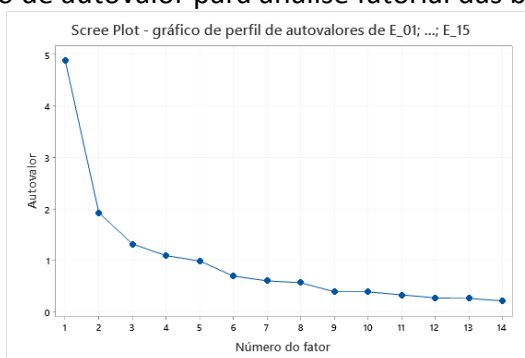
No campo outros, destinado a fazer observações sobre outras barreiras estruturais, foram realizados dois comentários:

A relação entre profissionais qualificados e paciente preparado para ser paciente não faz parte da cultura brasileira, temos que evoluir muito para entender um chamado de engajamento em cuidados de saúde, ainda se pensa que o "hospital tem que curar". As evoluções são lentas, mas acredito que se muito bem-feitas a prática é possível. (autor confidencial)

Interação entre os profissionais para que o envolvimento dos pacientes seja facilitado. (autor confidencial)

Os resultados da análise fatorial (Tabela 41) mostraram que as barreiras estruturais avaliadas podiam ser descritas em cinco variáveis latentes (fatores), as quais explicariam 73,1% da variância total. A referência utilizada na seleção do número de fatores foi o de autovalores acima de um (Figura 27). Na primeira rodada da análise fatorial, a comunalidade da barreira 10 (eventos ou reuniões com a participação dos pacientes são pouco frequentes, dificultando a continuidade das iniciativas) foi igual a 0,384, o que indicava que uma porção substancial da variância dessa variável não era explicada pelas novas variáveis latentes. Por esse motivo, a barreira E_10 foi excluída, e o modelo fatorial foi reespecificado. Na segunda rodada da análise fatorial, todas as cargas fatoriais rotacionadas (em módulo) e as comunalidades foram maiores do que 0,50.

Figura 27 – Gráfico de autovalor para análise fatorial das barreiras estruturais



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Tabela 40 – Análise descritiva das barreiras – estruturais (N = 90)

Barreiras	Notas atribuídas às barreiras →	Frequência absoluta (frequência relativa)					NA
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
E_01. Falta de um propósito compartilhado com os pacientes para sua participação na gestão da qualidade		19 (21,11%)	12 (13,33%)	20 (22,22%)	10 (11,11%)	20 (22,22%)	9 (10,00%)
E_02. Falta de definição de diretrizes claras para participação dos P/F na gestão da qualidade		12 (13,33%)	10 (11,11%)	19 (21,11%)	19 (21,11%)	24 (26,67%)	6 (6,67%)
E_03. Falta de evidências na literatura que demonstrem a contribuição do engajamento dos pacientes		44 (48,89%)	9 (10,00%)	9 (10,00%)	7 (7,78%)	4 (4,44%)	17 (18,89%)
E_04. Incerteza sobre qual o mecanismo mais adequado para trabalhar com os pacientes na melhoria da qualidade		12 (13,33%)	13 (14,44%)	19 (21,11%)	17 (18,89%)	25 (27,78%)	4 (4,44%)
E_05. Falta de definição das funções, objetivos e responsabilidades dos P/F nas atividades		16 (17,78%)	11 (12,22%)	12 (13,33%)	18 (20,00%)	29 (32,22%)	4 (4,44%)
E_06. Decisões relacionadas à qualidade foram tomadas antes do envolvimento do paciente , sendo as atividades realizadas com seu envolvimento apenas para cumprir uma formalidade.		27 (30,00%)	11 (12,22%)	10 (11,11%)	11 (12,22%)	15 (16,67%)	16 (17,78%)
E_07. A participação do P/F pode, em alguns casos, dificultar a padronização , pois sua visão pode gerar a necessidade de variação maior nos processos		35 (38,89%)	11 (12,22%)	7 (7,78%)	12 (13,33%)	19 (21,11%)	6 (6,67%)
E_08. A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre custos dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre diferentes instituições		42 (46,67%)	14 (15,56%)	11 (12,22%)	5 (5,56%)	11 (12,22%)	7 (7,78%)
E_09. A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre a qualidade dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre diferentes instituições		40 (44,44%)	19 (21,11%)	11 (12,22%)	7 (7,78%)	9 (10,00%)	4 (4,44%)
E_10. Eventos ou reuniões com a participação dos pacientes são pouco frequentes , dificultando a continuidade das iniciativas		17 (18,89%)	13 (14,44%)	14 (15,56%)	13 (14,44%)	21 (23,33%)	12 (13,33%)
E_11. Dificuldade em selecionar P/F que possam refletir/representar a ideia da comunidade atendida (P/F expressam opiniões ou necessidades muito pessoais)		13 (14,44%)	15 (16,67%)	18 (20,00%)	10 (11,11%)	31 (34,44%)	3 (3,33%)
E_12. Profissionais responsáveis pelas atividades de participação do paciente apresentam dificuldade para influenciar/envolver diferentes processos da instituição e efetuar as melhorias propostas a partir do engajamento do paciente		16 (17,78%)	15 (16,67%)	21 (23,33%)	17 (18,89%)	13 (14,44%)	8 (8,89%)
E_13. Agenda de trabalho, reuniões e encontros é definida somente por profissionais da instituição, sem participação dos pacientes		21 (23,33%)	10 (11,11%)	13 (14,44%)	13 (14,44%)	24 (26,67%)	9 (10,00%)
E_14. Comitês, equipes de projeto ou grupos incluem proporções mais altas de profissionais das instituições do que de pacientes, reduzindo o poder de influência/ decisão dos pacientes		20 (22,22%)	8 (8,89%)	12 (13,33%)	10 (11,11%)	28 (31,11%)	12 (13,33%)
E_15. Utilização de poucas formas/mecanismos de engajamento, dificultando a participação de diferentes perfis de pacientes		13 (14,44%)	12 (13,33%)	14 (15,56%)	16 (17,78%)	26 (28,89%)	9 (10,00%)

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: 1 = não é uma barreira; 5 = barreira significativa; NA = não se aplica; P/F – paciente e familiar.

Nota: as frequências relativas acima de 40% estão destacadas na cor cinza.

Tabela 41 – Análise fatorial das barreiras estruturais – carga fatorial após rotação varimax

Barreira	Carga fatorial após rotação varimax					Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	
E_01	0,131	-0,099	-0,072	-0,858	-0,037	0,770
E_02	0,116	-0,140	-0,279	-0,783	-0,142	0,744
E_03	0,076	-0,084	-0,012	-0,406	-0,677	0,635
E_04	0,008	0,017	-0,614	-0,501	-0,301	0,719
E_05	0,050	-0,114	-0,650	-0,402	-0,319	0,702
E_06	0,341	-0,243	-0,028	-0,078	-0,684	0,650
E_07	0,284	-0,646	-0,386	-0,010	-0,156	0,671
E_08	0,233	-0,849	0,046	-0,070	-0,124	0,797
E_09	0,044	-0,884	-0,110	-0,176	-0,063	0,830
E_11	0,169	-0,171	-0,842	-0,138	0,180	0,818
E_12	0,136	-0,040	-0,519	0,133	-0,577	0,640
E_13	0,887	-0,135	-0,037	-0,075	-0,031	0,813
E_14	0,838	-0,139	-0,106	-0,013	-0,224	0,784
E_15	0,739	-0,165	-0,133	-0,203	-0,146	0,654
Variância	2,376	2,123	2,055	2,053	1,621	10,228
% Var	0,170	0,152	0,147	0,147	0,116	0,731

Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Nota: as cargas fatoriais rotacionadas $> |0,50|$ estão destacadas na cor cinza

A Tabela 42 apresenta os cinco fatores identificados a partir da análise fatorial exploratória, os quais foram interpretados e nomeados com base nas barreiras com cargas fatoriais mais significantes.

A análise descritiva dos escores pelo perfil dos hospitais permitiu observar que, em algumas características, não foram encontradas barreiras consideradas pouco ou muito significativas, sendo elas: cultura organizacional dominante, capacidade, nível de engajamento, função de ensino e tipo de estabelecimento (geral, especializado, outro). Entretanto, foram encontrados alguns grupos com barreiras muito ou pouco significativas na estratificação dos escores dos fatores estruturais de acordo com nove variáveis de características do perfil das instituições: *status* da acreditação, localização (região), controle administrativo, atividades realizadas de gerenciamento no nível estratégico e da rotina e o *status* da implementação de quatro mecanismos de engajamento (mecanismos 1, 13, 19 e 20). O critério adotado foi o mesmo empregado para os fatores financeiros e os dados da análise descritiva estão apresentados no Apêndice D.

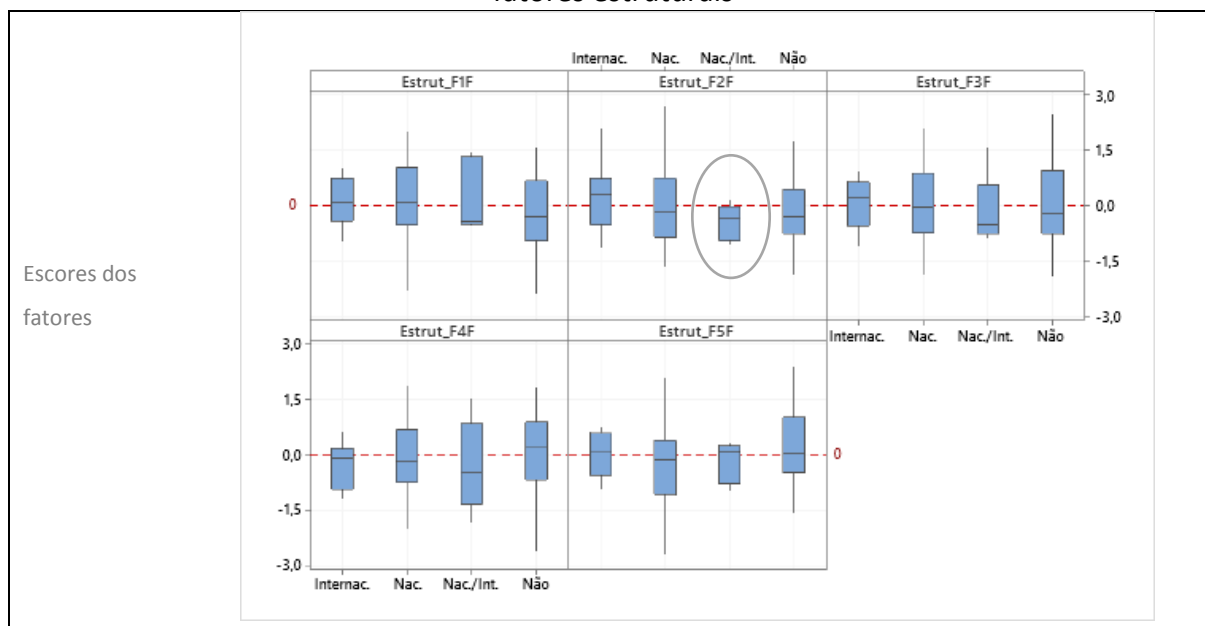
Tabela 42 – Nomeação dos novos fatores – estruturais

Novos fatores	Barreiras com cargas fatoriais significantes
Fator 1 – Estrutura dos mecanismos dificulta a participação dos P/F	E_13 - Agenda de trabalho, reuniões e encontros é definida somente por profissionais da instituição, sem participação dos pacientes E_14 - Comitês, equipes de projeto ou grupos incluem proporções mais altas de profissionais das instituições do que de pacientes, reduzindo o poder de influência/decisão dos pacientes E_15 - Utilização de poucas formas/mecanismos de engajamento, dificultando a participação de diferentes perfis de pacientes
Fator 2 – Risco de compartilhamento de informação com o P/F e de mudança de processos	E_07 - A participação do paciente pode, em alguns casos, dificultar a padronização dos serviços, pois sua visão pode gerar uma necessidade de ter uma variação maior nos processos E_08 - A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre custos dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre diferentes instituições E_09 - A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre a qualidade dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre diferentes instituições
Fator 3 – Dificuldade no planejamento dos mecanismos	E_04 - Incerteza sobre qual o mecanismo mais adequado para trabalhar com os pacientes na melhoria da qualidade E_05 - Falta de definição das funções, objetivos e responsabilidades dos pacientes nas atividades E_11 - Dificuldade em selecionar pacientes que possam refletir/representar a ideia da comunidade atendida (pacientes expressam opiniões ou necessidades muito pessoais)
Fator 4 – Falta de objetivos e diretrizes para engajamento dos P/F	E_01 - Falta de um propósito compartilhado com os pacientes para sua participação na gestão da qualidade E_02 - Falta de definição de diretrizes claras para participação dos pacientes na gestão da qualidade
Fator 5 – Dúvidas e dificuldade para mudar os processos a partir da contribuição dos P/F	E_03 - Falta de evidências na literatura que demonstrem a contribuição do engajamento dos pacientes E_06 - Decisões relacionadas à qualidade foram tomadas antes do envolvimento do paciente, sendo as atividades realizadas com o seu envolvimento apenas para cumprir uma formalidade E_12. - Profissionais responsáveis pelas atividades de participação do paciente apresentam dificuldade para influenciar/envolver diferentes processos da instituição e efetuar as melhorias propostas a partir do engajamento do paciente

Fonte: elaborado pela autora. P/F – paciente e familiar

A Figura 28 apresenta os escores dos novos fatores estruturais, de acordo com o *status* da acreditação. Os hospitais com acreditação nacional e internacional não consideraram o fator estrutural 2, risco de compartilhamento de informação com P/F e de mudança de processos, como barreira significativa.

Figura 28 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* da acreditação – fatores estruturais



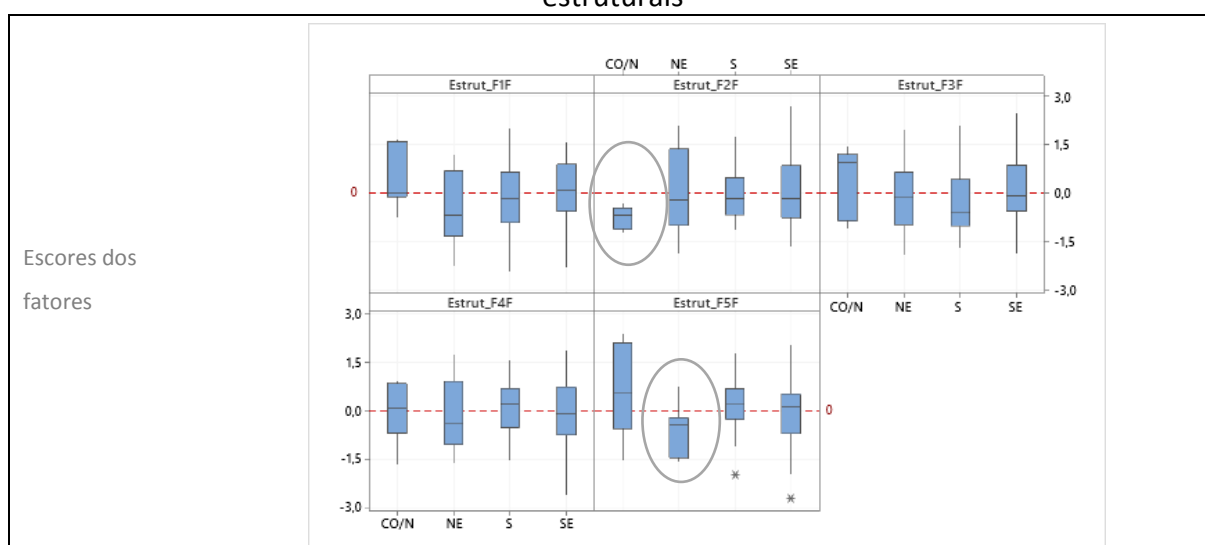
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator 1 estrutural; internac.: internacional; nac.: nacional; Estrut_F2F – fator 2 estrutural; Estrut_F3F – fator 3 estrutural; Estrut_F4F – fator 4 estrutural; Estrut_F5F – fator 5 estrutural.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Quanto à localização, os hospitais localizados nas Regiões Centro-Oeste e Norte não consideraram o fator 2 como barreira (Figura 29). Da mesma forma, na Região Nordeste, o fator 5 não foi avaliado como barreira.

Figura 29 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pela localização – fatores estruturais

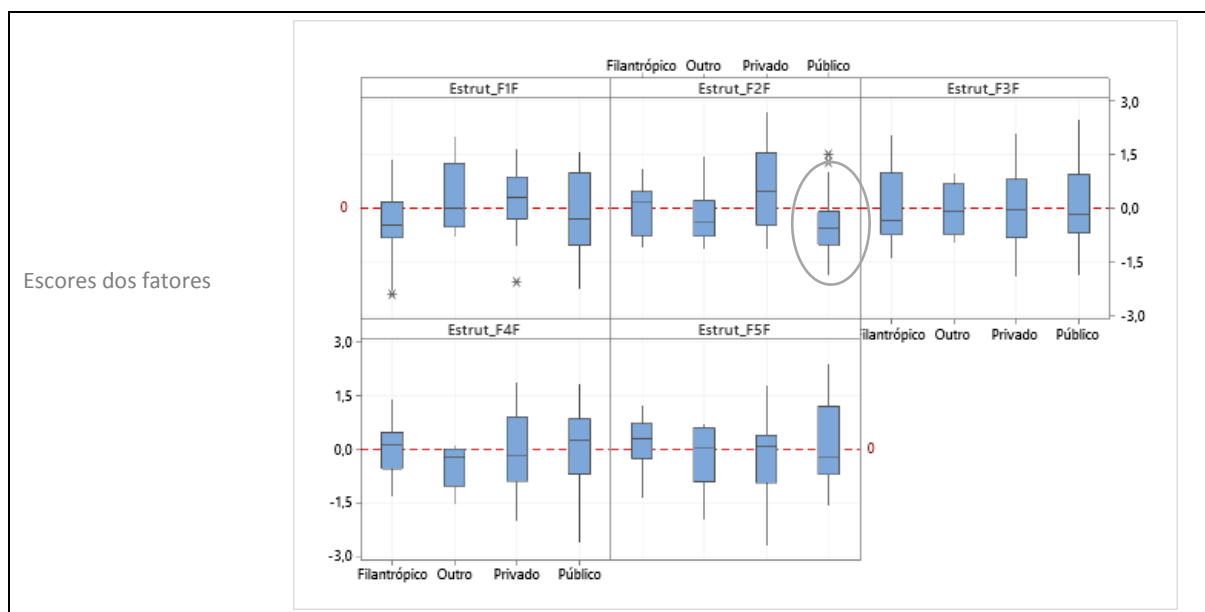


Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®. Legenda: CO – Centro-Oeste; NE – Nordeste; S – Sul; SE – Sudeste; N – Norte; Estrut_F1F – fator estrutura 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas estão em destaque (terceiro quartil < 0).

A estratificação dos escores fatoriais pelo tipo de controle administrativo mostrou que os hospitais públicos não consideraram o fator estrutural 2 como barreira (Figura 30).

Figura 30 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo tipo de controle administrativo – fatores estruturais



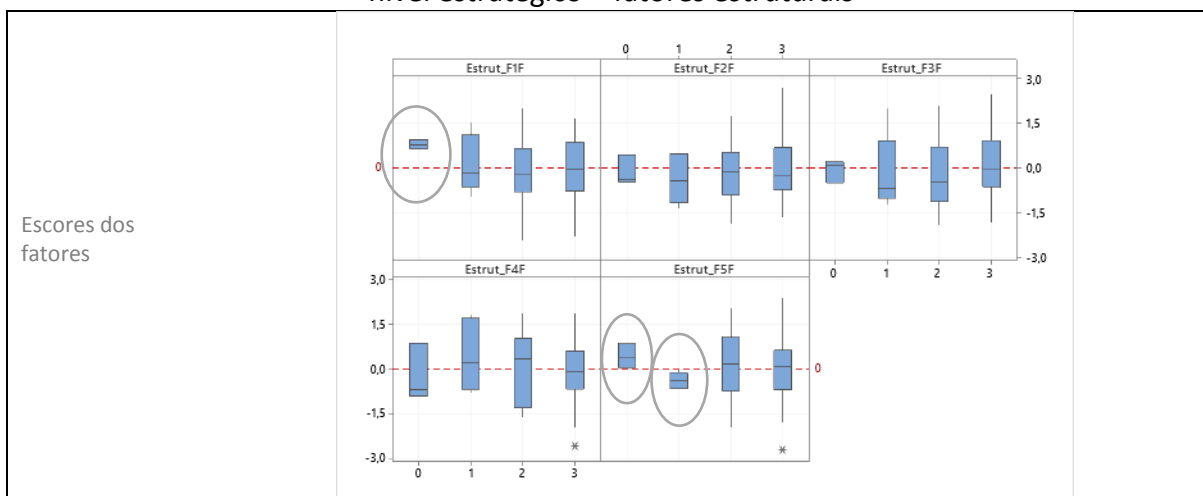
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutural 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Os fatores estruturais 1 e 5 foram avaliados como barreiras significativas pelos hospitais que não realizavam nenhuma das atividades de gestão do nível estratégico (Figura 31). Em contrapartida, os hospitais do nível 1, que definiram a missão, a visão e os valores, não consideraram o fator estrutural 5 como barreira significativa.

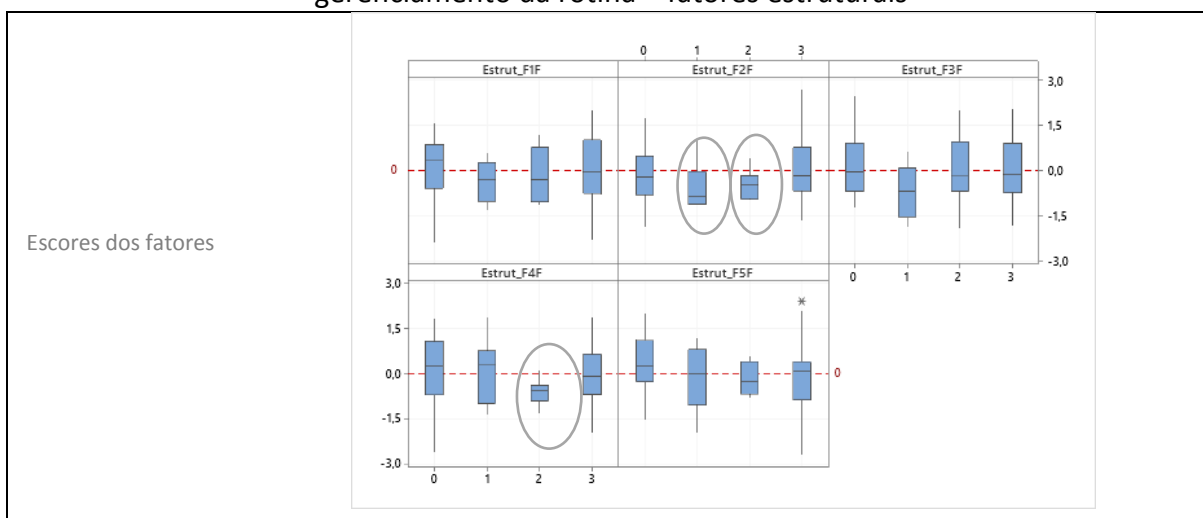
Figura 31 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão do nível estratégico – fatores estruturais



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®. Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutural 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5. Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – atividade nível 1 e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – todas as atividades. Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas (terceiro quartil < 0) e significativas (primeiro quartil > 0) estão em destaque.

Quanto às atividades de gerenciamento da rotina (Figura 32), os hospitais que realizam pelo menos uma das atividades – padronização dos processos (nível 1) ou implementação de indicadores (nível 2) – não avaliaram o fator estrutural 2 como barreira significativa. Da mesma forma, os hospitais que implementaram os indicadores não consideraram o fator 4 como barreira significativa.

Figura 32 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gerenciamento da rotina – fatores estruturais



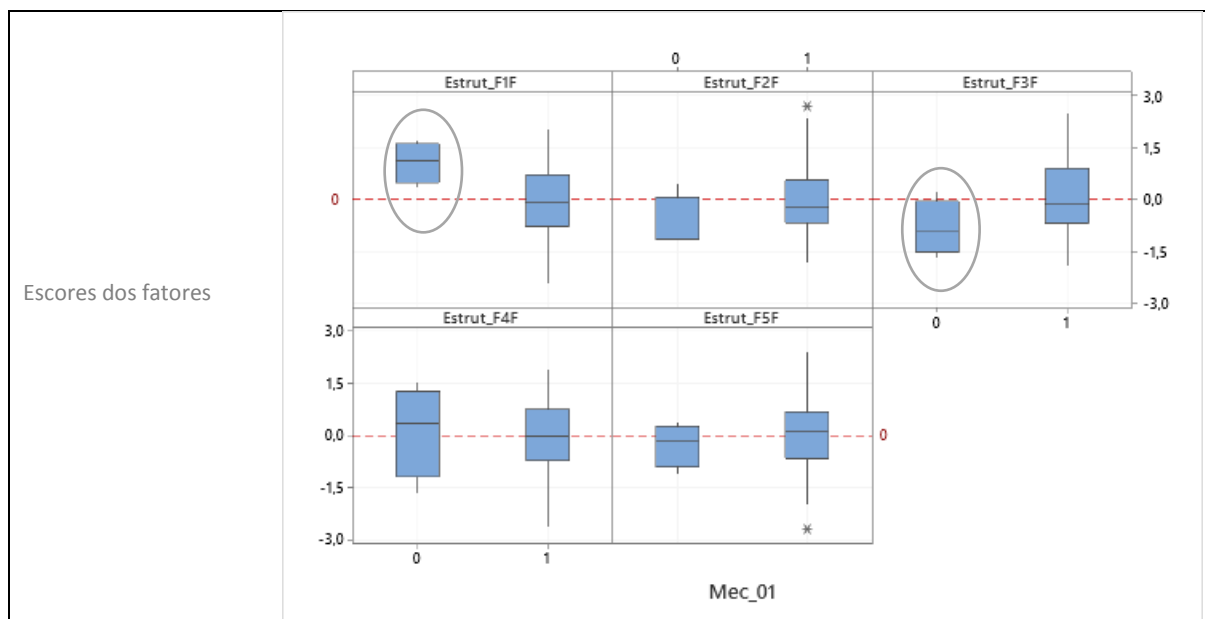
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5. Atividade de gestão da rotina: 0 – nenhuma atividade; 1 – padronização dos processos; 2 – definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos; 3 – todas as atividades.

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas estão em destaque (terceiro quartil < 0).

Os hospitais que não realizavam a pesquisa de satisfação continuamente avaliaram o fator estrutural 1 como barreira significativa, diferente do fator estrutural 3 que não representou barreira (Figura 33).

Figura 33 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 1 – fatores estruturais



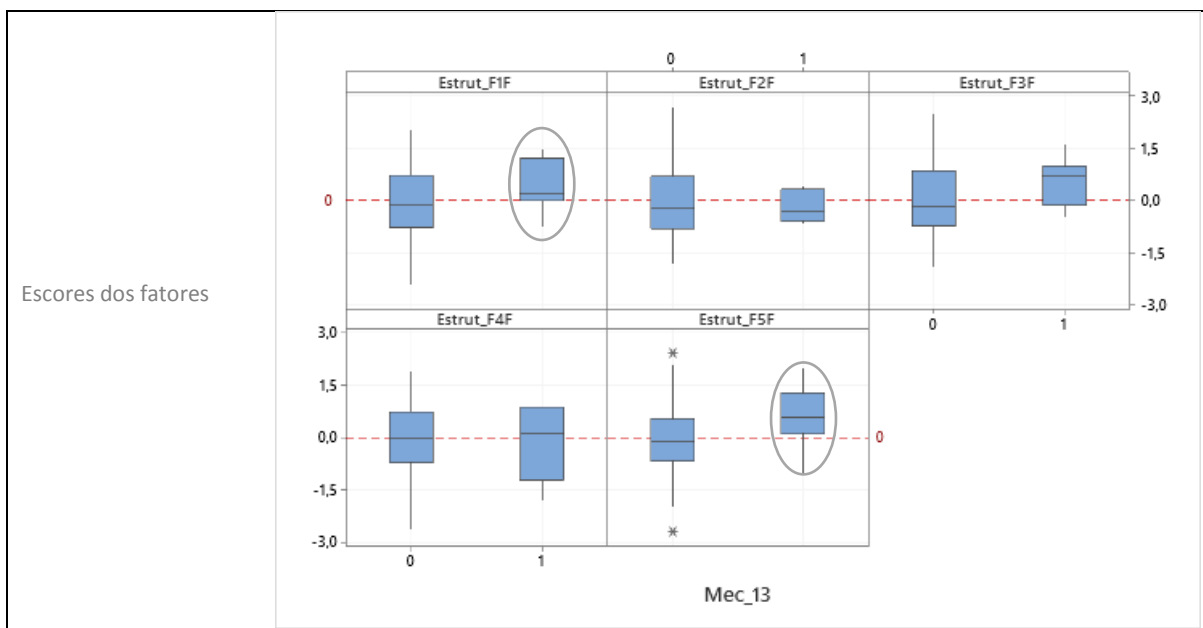
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutural 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5; 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas (terceiro quartil < 0) e significativas (primeiro quartil > 0) estão em destaque.

Nos hospitais que implementaram os mecanismos 13 (participação do P/F como membro do comitê de qualidade ou gestão), 19 (avaliação das metas e/ ou objetivos da qualidade) e 20 (desenvolvimento dos critérios de qualidade), os fatores estruturais 1 e 5 foram avaliados como barreiras significativas (conforme Figuras 34 a 36, respectivamente).

Figura 34 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 13 – fatores estruturais

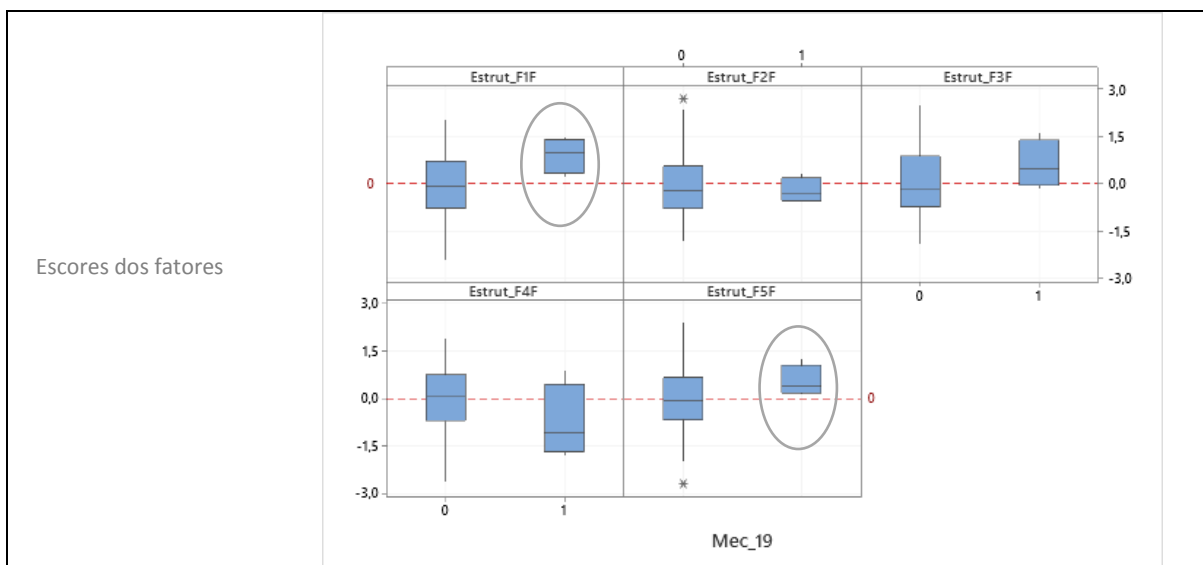


Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5; 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas (primeiro quartil > 0) estão em destaque. O fator 1 está em destaque para os hospitais que implementaram o mecanismo, pois 71,4% (5 de 7) consideraram como barreira significativa.

Figura 35 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 19 – fatores estruturais

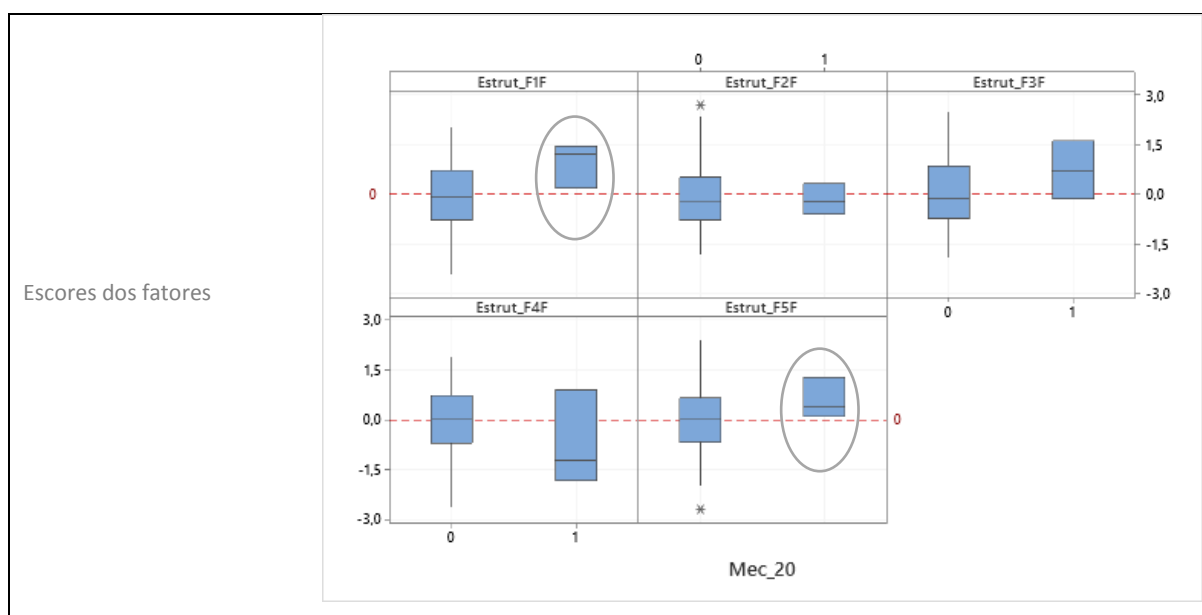


Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5; 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Figura 36 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 20 – fatores estruturais



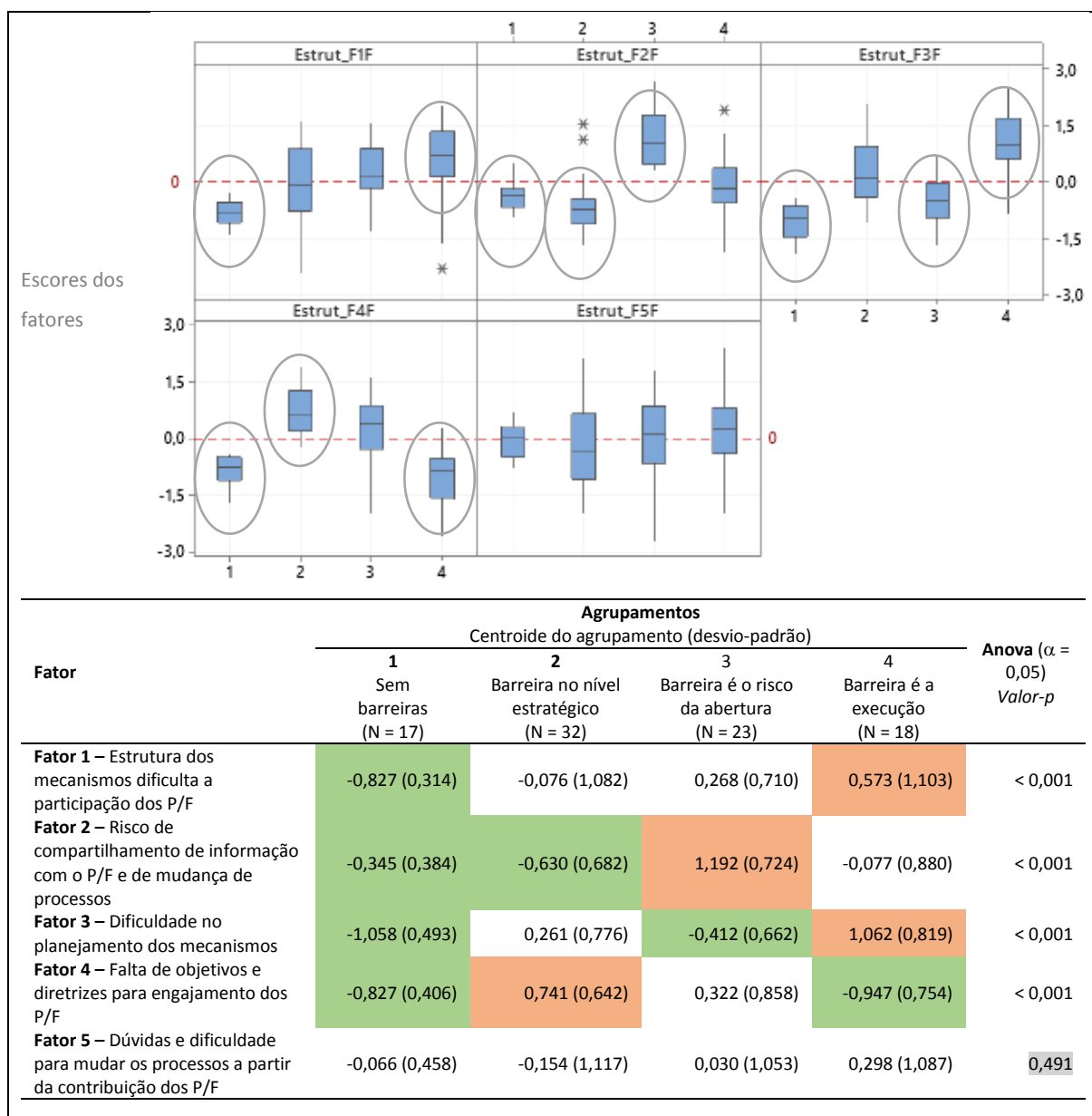
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutural 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5; 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Na análise de agrupamentos, foram identificados quatro agrupados que apresentaram respostas homogêneas na avaliação das barreiras estruturais (Figura 37). A análise dos escores médios dos fatores por agrupamento, por meio da Anova, mostrou que não houve evidência de igualdade das médias, para todos os fatores, com exceção do fator estrutural 5 (*valor-p* = 0,491). No grupo 1, as instituições não consideraram os fatores como barreiras significativas para engajamento dos P/F. As instituições do grupo 2 apontaram como barreira significativa o fator estrutural 4, referente à falta de objetivos e diretrizes para engajamento dos P/F, e do grupo 3 o fator estrutural 2, relacionado ao risco de compartilhamento de informação com o P/F e de mudança de processos. As instituições do grupo 4 classificaram os fatores estruturais 1 e 3 como barreiras significativas.

Figura 37 – Agrupamento das avaliações dos fatores – estruturais



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F - fator estrutural 2; Estrut_F3F - fator estrutural 3; Estrut_F4F - fator estrutural 4; Estrut_F5F - fator estrutural 5.

Notas: A cor verde refere-se aos fatores que não representam barreiras significativas (terceiro quartil < 0) e a vermelha às barreiras significativas (primeiro quartil > 0). Análise de variância – H_0 : A média dos escores fatoriais é igual em todos os grupos; H_1 : pelo menos alguma diferença; se *valor-p* $\leq \alpha$, rejeita-se H_0 (destaque em cinza).

A Tabela 43 apresenta a análise do perfil dos quatro agrupamentos, de acordo com as características dos hospitais. Não foi encontrada evidência de associação entre os agrupamentos e as variáveis levantadas para caracterização do perfil dos hospitais, o que demonstrou que essas características não permitem discriminar os agrupamentos.

Tabela 43 – Teste de associação entre os agrupamentos dos fatores e as variáveis de caracterização do perfil dos hospitais - estruturais

Variável de caracterização	Qui-quadrado	Valor-p
Público	4,418	0,220
Privado	7,129	0,068
Capacidade	1,219	0,749
Tipo de estabelecimento	3,000	0,392
Status da acreditação	1,510	0,680
Padronização dos processos	0,719	0,869
Indicadores	0,280	0,964
Cultura - Clã	0,464	0,927
Cultura – Hierarquia	0,892	0,827

Fonte: elaborado pela autora.

Notas: (1) teste do qui-quadrado de Pearson – H_0 : não há associação entre as variáveis; H_1 : as variáveis estão associadas; se $valor-p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 .

(2) O teste não foi aplicável, pois algumas células tinham contagens esperadas menores do que 5 para as características: controle administrativo; localização; função de ensino; área de qualidade corporativa; nível de engajamento; Missão, visão e valores; planejamento estratégico e desdobramento e gerenciamento de metas.

5.1.7 Barreiras – Pessoais e culturais

As barreiras pessoais e culturais estão relacionadas a alta administração, profissionais da instituição, pacientes e familiares, suas crenças, valores, nível de instrução, grupo social, etnia, idade, condição de saúde, capacidade de comunicação e formas de poder nas inter-relações. A Tabela 44 apresenta a análise descritiva da avaliação das 12 barreiras. Duas barreiras destacaram-se como mais significativas, sendo elas: resistência cultural dos profissionais de saúde em envolver os pacientes na gestão da qualidade (44,44%) e falta de apoio dos médicos para engajamento dos pacientes (41,11%).

Na Tabela 44, observa-se um alto índice de respostas não sabe/não se aplica (28,89%) para a barreira 9 – desmotivação do paciente em continuar participando por falta de visibilidade dos resultados obtidos/melhorias realizadas a partir das propostas elaboradas com a sua participação.

Tabela 44 – Análise descritiva das barreiras – pessoais e culturais (N = 90)

Barreiras	Notas atribuídas às barreiras →	Frequência absoluta (relativa)					NA
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
P_01. Diferenças culturais entre pacientes e profissionais de saúde		29 (32,22%)	10 (11,11%)	21 (23,33%)	9 (10,00%)	17 (18,89%)	4 (4,44%)
P_02. Resistência cultural dos profissionais de saúde em envolver os pacientes na gestão da qualidade		7 (7,78%)	9 (10,00%)	16 (17,78%)	15 (16,67%)	40 (44,44%)	3 (3,33%)
P_03. Falta de comprometimento da alta administração com as atividades de engajamento dos pacientes		30 (33,33%)	14 (15,56%)	15 (16,67%)	8 (8,89%)	20 (22,22%)	3 (3,33%)
P_04. Falta de apoio dos médicos para engajamento dos pacientes		8 (8,89%)	12 (13,33%)	12 (13,33%)	19 (21,11%)	37 (41,11%)	2 (2,22%)
P_05. Falta de apoio dos administradores para engajamento dos pacientes		26 (28,89%)	14 (15,56%)	18 (20%)	12 (13,33%)	17 (18,89%)	3 (3,33%)
P_06. Falta de vontade e/ou capacidade (tempo ou condição de saúde) dos pacientes para participar das atividades		23 (25,56%)	13 (14,44%)	16 (17,78%)	10 (11,11%)	17 (18,89%)	11 (12,22%)
P_07. Percepção de que o tempo e os custos para engajamento não são viáveis , frente as prioridades organizacionais concorrentes		24 (26,67%)	9 (10,00%)	22 (24,44%)	8 (8,89%)	18 (20,00%)	9 (10,00%)
P_08. Falta de valorização dos pontos fortes e expertise do paciente		23 (25,56%)	13 (14,44%)	16 (17,78%)	16 (17,78%)	17 (18,89%)	5 (5,56%)
P_09. Desmotivação do paciente em continuar participando por falta de visibilidade dos resultados obtidos/melhorias realizadas a partir das propostas elaboradas com a sua participação		17 (18,89%)	10 (11,11%)	12 (13,33%)	12 (13,33%)	13 (14,44%)	26 (28,89%)
P_10. Falta de treinamento dos pacientes para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos e desenvolvendo habilidades		15 (16,67%)	9 (10,00%)	16 (17,78%)	13 (14,44%)	24 (26,67%)	13 (14,44%)
P_11. Falta de treinamento dos profissionais da instituição para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos e desenvolvendo habilidades		18 (20,00%)	7 (7,78%)	21 (23,33%)	17 (18,89%)	24 (26,67%)	3 (3,33%)
P_12. Falta de um contexto receptivo para construir consenso entre profissionais e pacientes		15 (16,67%)	8 (8,89%)	16 (17,78%)	18 (20%)	28 (31,11%)	5 (5,56%)

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: 1 = não é uma barreira; 5 = barreira significativa; NA = não se aplica.

Nota: as frequências relativas acima de 40% estão destacadas na cor cinza

No campo 'outros', para fazer observações sobre outras barreiras pessoais e culturais, foi realizado um comentário:

Famílias com nível socioeconômico baixíssimo, não conseguem permanecer no hospital, ou participar com mais voz ativa. Dificuldade cultural ainda da equipe médica e de enfermagem aceitar a presença da família, por exemplo dentro do centro cirúrgico, na REPAI [sala de recuperação pós-anestésica], durante uma reanimação. (autor confidencial)

Os resultados da análise fatorial (Tabela 45) mostraram que as barreiras pessoais e culturais avaliadas podem ser agrupadas em três variáveis latentes (fatores), as quais explicam 68,1% da variância total. O critério utilizado na seleção do número de fatores foi o número de autovalores acima de um (Figura 38). Na primeira rodada, a barreira P_01 foi excluída do modelo, pois a comunalidade era menor que 0,50 (valor obtido de 0,359). O modelo foi reespecificado, e, na segunda rodada, todas as cargas fatoriais rotacionadas e as comunalidades foram superiores a 0,50.

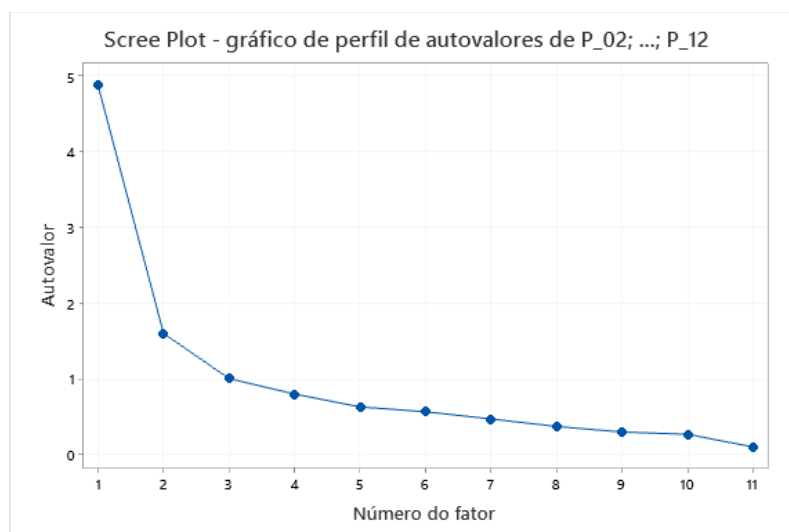
Tabela 45 – Análise fatorial das barreiras pessoais e culturais – carga fatorial após rotação varimax

Barreira	Carga fatorial após rotação varimax			Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
P_02	0,442	0,568	-0,202	0,558
P_03	0,850	0,242	0,105	0,793
P_04	0,525	0,588	0,091	0,630
P_05	0,853	0,314	0,085	0,833
P_06	0,074	0,042	0,753	0,574
P_07	0,715	0,046	0,440	0,707
P_08	0,455	0,276	0,572	0,610
P_09	0,220	0,141	0,750	0,632
P_10	-0,156	0,550	0,659	0,761
P_11	0,235	0,794	0,274	0,761
P_12	0,201	0,693	0,327	0,627
Variância	2,814	2,339	2,334	7,487
% Var	0,256	0,213	0,212	0,681

Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Nota: as cargas fatoriais rotacionadas >0,50 estão destacadas na cor cinza.

Figura 38 – Gráfico de autovalor para análise fatorial das barreiras pessoais e culturais



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

A Tabela 46 apresenta os três fatores identificados a partir da análise fatorial, os quais foram interpretados e nomeados com base na análise das barreiras avaliadas com cargas fatoriais rotacionadas mais significantes.

Tabela 46 – Nomeação dos novos fatores – pessoais e culturais

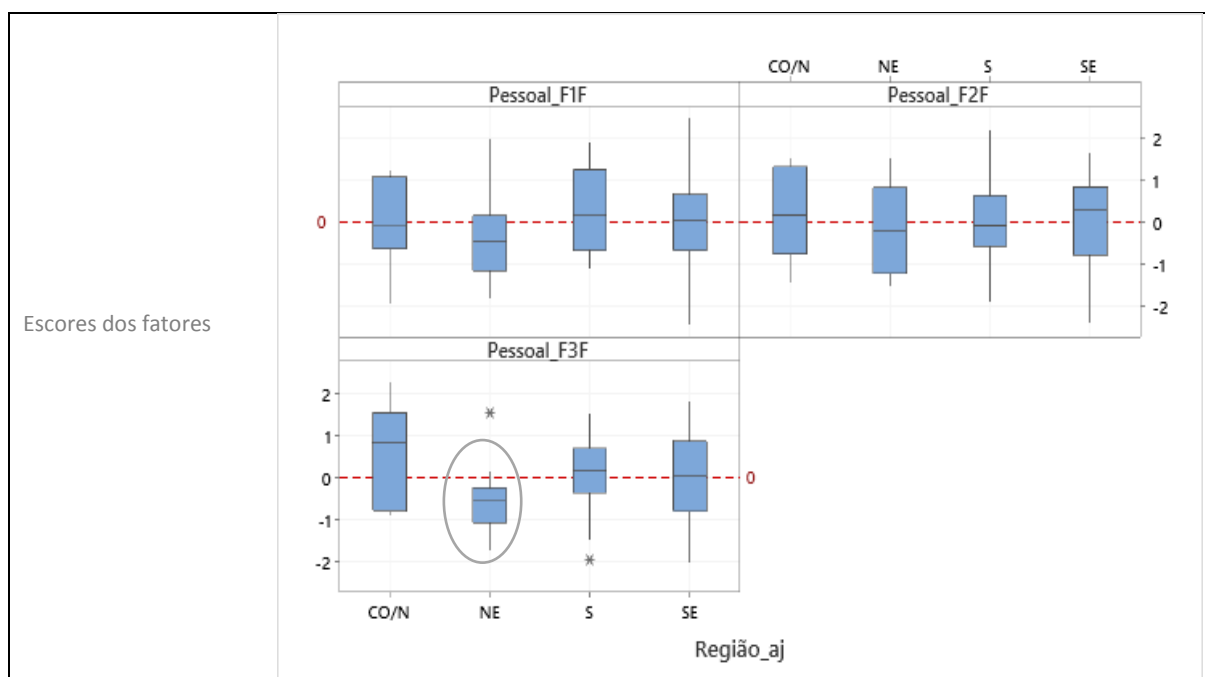
Novos fatores	Barreiras com cargas fatoriais significantes
Fator 1 – Apoio e comprometimento da administração	P_03 - Falta de comprometimento da alta administração com as atividades de engajamento dos pacientes P_05 - Falta de apoio dos administradores para engajamento dos pacientes P_07 - Percepção de que o tempo e os custos para engajamento não são viáveis, diante das prioridades organizacionais concorrentes
Fator 2 – Abertura da equipe	P_02 - Resistência cultural dos profissionais de saúde em envolver os pacientes na gestão da qualidade P_04 - Falta de apoio dos médicos para engajamento dos pacientes P_11 - Falta de treinamento dos profissionais da instituição para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos, e desenvolvendo habilidades P_12 - Falta de um contexto receptivo para construir consenso entre profissionais e pacientes
Fator 3 – Paciente parceiro	P_06 - Falta de vontade e/ou capacidade (tempo ou condição de saúde) dos pacientes para participar das atividades P_08 - Falta de valorização dos pontos fortes e <i>expertise</i> do paciente P_09 - Desmotivação do paciente em continuar participando por falta de visibilidade dos resultados obtidos/ melhorias realizadas a partir das propostas elaboradas com sua participação P_10 - Falta de treinamento dos pacientes para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos e desenvolvendo habilidades

Fonte: elaborada pela autora.

A análise descritiva dos escores fatoriais permitiu observar que, na estratificação que levou em conta oito características do perfil, não foram encontradas barreiras consideradas pouco ou muito significativas, sendo elas cultura, acreditação, controle administrativo, capacidade, nível de engajamento, função de ensino, tipo de estabelecimento e atividades de gerenciamento da rotina. Entretanto, foram encontrados alguns grupos com barreiras muito ou pouco significativas na estratificação dos escores dos fatores pessoais e culturais, de acordo com as seguintes características do perfil das instituições: localização (região), atividades do sistema de gestão no nível estratégico, *status* de implementação de seis mecanismos de engajamento (1, 6, 10, 16, 18 e 19) e três dimensões da cultura organizacional (liderança, princípios organizacionais e critérios de sucesso). Os dados da análise descritiva estão apresentados no Apêndice D

A Figura 39 apresenta os escores dos novos fatores estratificados por região. Na região Nordeste, o fator pessoal e cultural 3 não foi considerado como barreira.

Figura 39 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados por localização (região) – fatores pessoais e culturais



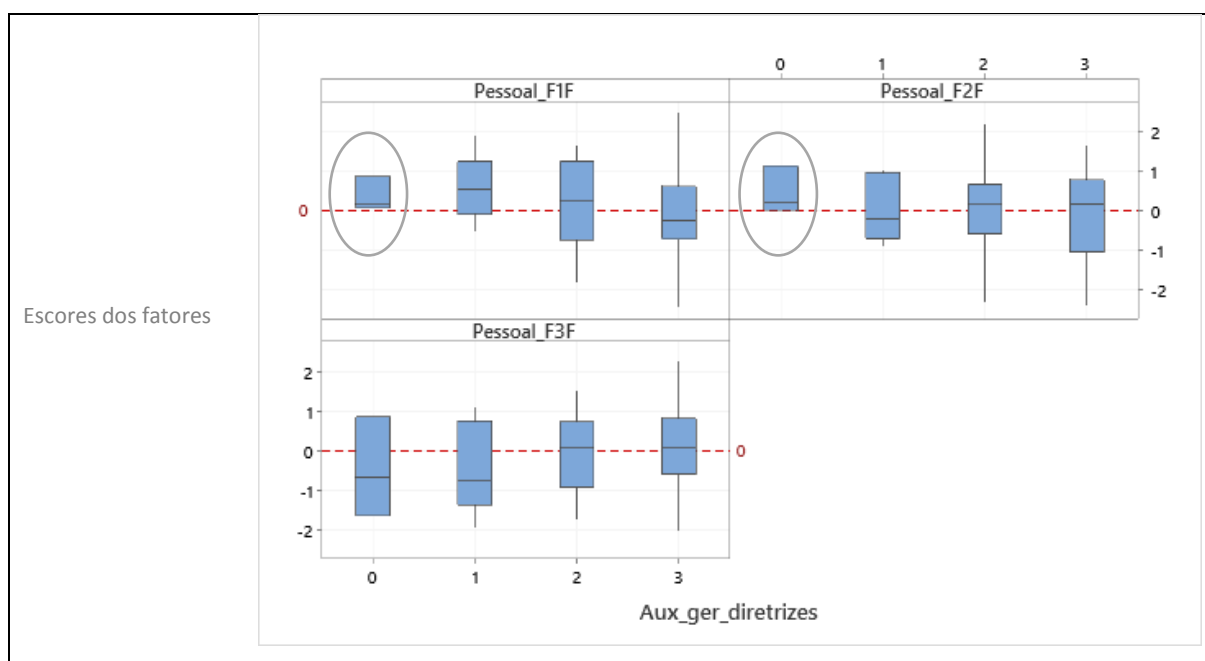
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: CO – Centro-Oeste; N – Norte; NE – Nordeste; S – Sul; SE – Sudeste.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Na Figura 40, pode ser observada a estratificação dos escores fatoriais, de acordo com o *status* de implementação das atividades de gestão do nível estratégico. Os fatores pessoais e culturais 1 e 2 foram considerados barreiras significativas pelas instituições que não realizavam as atividades avaliadas de gestão do nível estratégico.

Figura 40 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão do nível estratégico – fatores pessoais e culturais



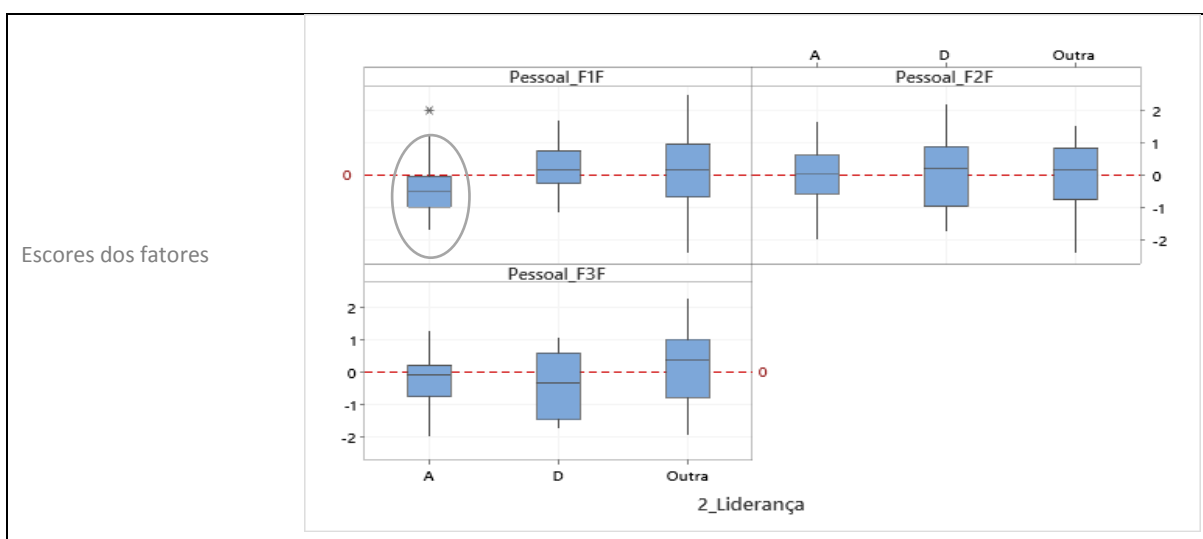
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – definição da missão, da visão e dos valores e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – todas as atividades: definição da missão, da visão e dos valores, planejamento estratégico e desdobramento e gerenciamento das metas.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Embora não tenha sido encontrado algum grupo com avaliação homogênea dos fatores na estratificação pela classificação geral do tipo de cultura organizacional, na análise por dimensão, o fator pessoal e cultural 1 não foi considerado barreira significativa pelos hospitais, com notas mais altas na dimensão liderança organizacional para a cultura clã (Figura 41). Observa-se que, nessa dimensão, a liderança da organização com cultura dominante do tipo clã é geralmente exemplificada como orientador, facilitador e motivador.

Figura 41 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão liderança organizacional – fatores pessoais e culturais



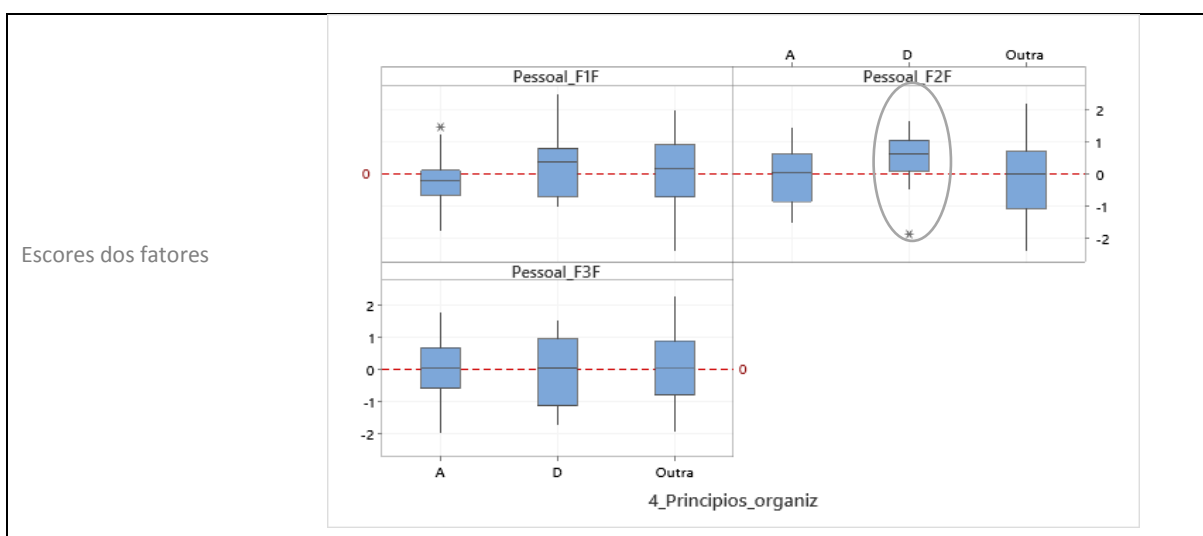
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Cultura A – clã; Cultura D – hierarquia.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

O fator pessoal e cultural 2 foi considerado barreira significativa pelos hospitais que atribuíram pontuação mais alta para a cultura hierarquia na dimensão princípio organizacional (Figura 42). No tipo de cultura hierarquia, o princípio organizacional refere-se às regras e às políticas como bases sobre as quais a organização se mantinha, bem como à importância de manter a funcionalidade.

Figura 42 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão princípio organizacional – fatores pessoais e culturais



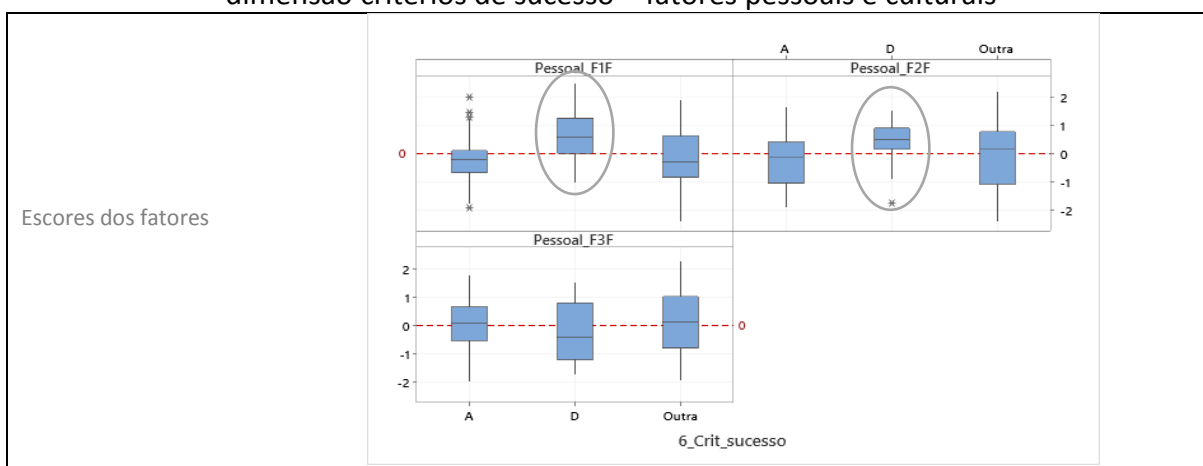
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Cultura A – clã; Cultura D – hierarquia.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Os fatores pessoais e culturais 1 e 2 foram considerados como barreira significativa pelos hospitais, que atribuíram pontuação mais alta para a cultura hierarquia na dimensão critérios de sucesso (Figura 43). Nessa dimensão, a organização com cultura dominante hierarquia define o sucesso com base em sua eficiência.

Figura 43 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão critérios de sucesso – fatores pessoais e culturais



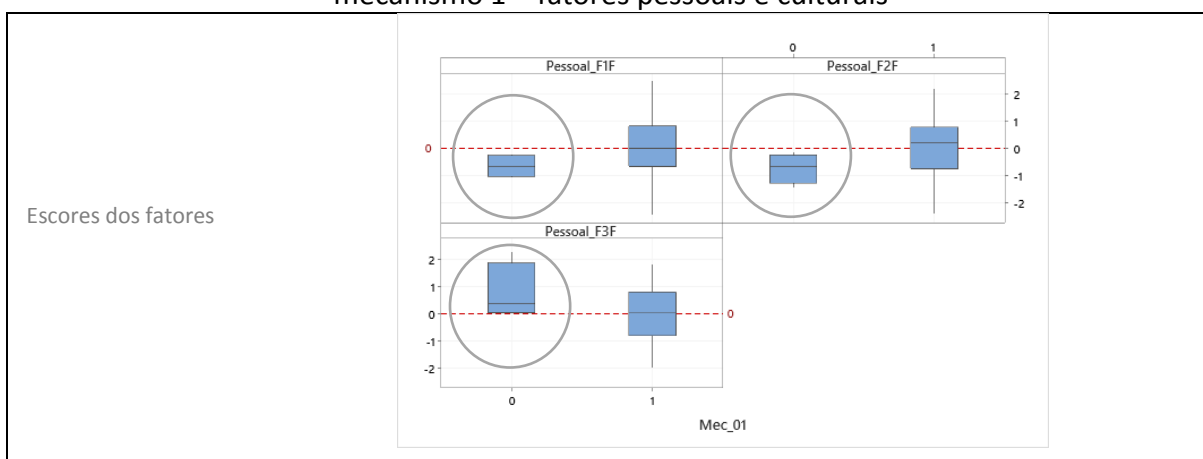
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: Cultura A – clã; Cultura D – hierarquia.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Na análise dos escores fatoriais, ao se considerar o *status* dos mecanismos de engajamento, os hospitais que não implementaram a pesquisa de satisfação contínua (mecanismo 01) consideraram que os fatores pessoais e culturais 1 e 2 não eram barreiras, e o fator 3 era uma barreira significativa (Figura 44).

Figura 44 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 1 – fatores pessoais e culturais

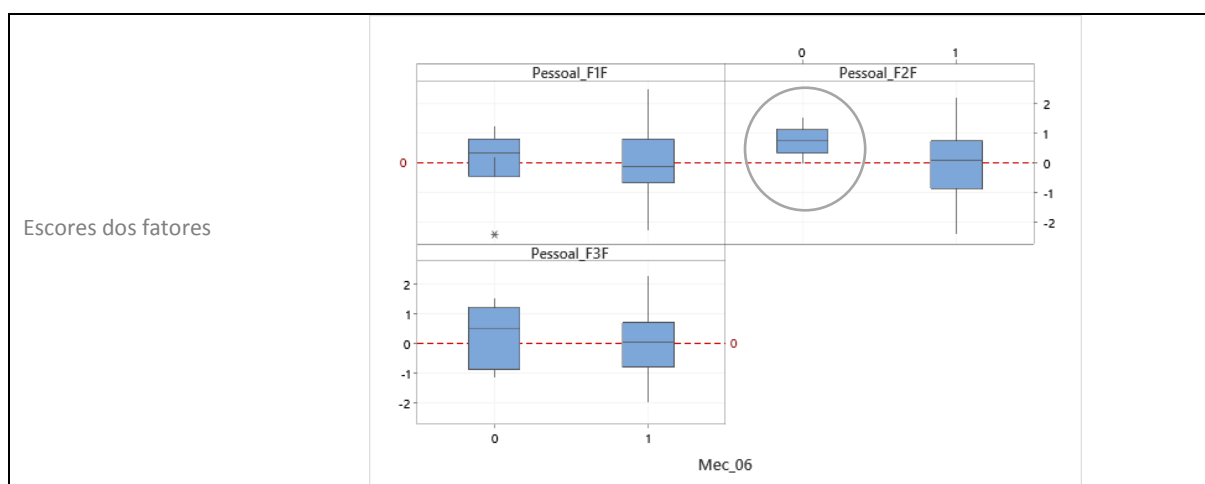


Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade. Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas (terceiro quartil < 0) e significativas (primeiro quartil > 0) estão em destaque.

Para as instituições que não implementaram o mecanismo 6, processo formal de comunicação em relação a dúvidas, sugestões, reclamações e elogios, o fator pessoal e cultural 2 foi considerado barreira significativa (Figura 45).

Figura 45 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 6 – fatores pessoais e culturais



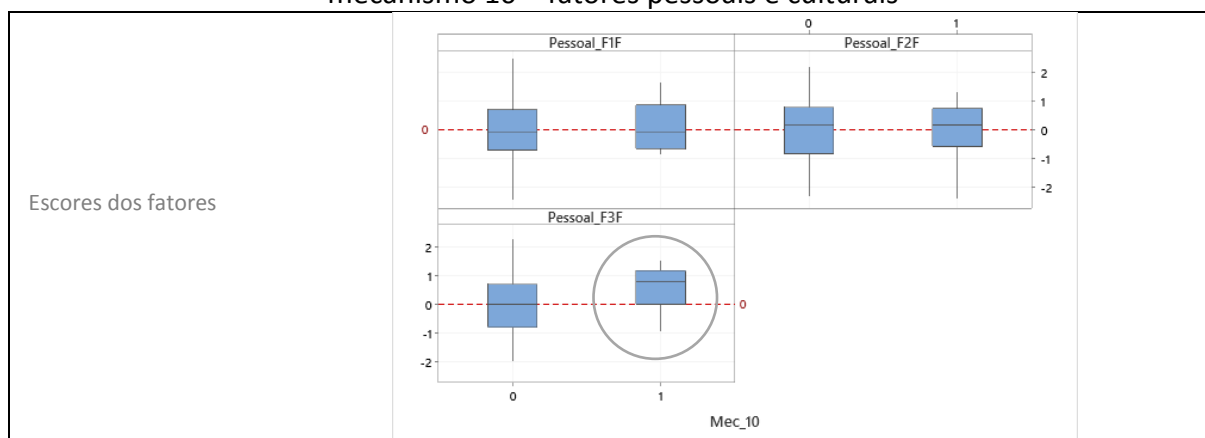
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Os hospitais que implementaram o mecanismo 10, referente à participação do P/F como membro da equipe de projetos de melhoria, consideraram o fator pessoal e cultural 3 como barreira significativa (Figura 46).

Figura 46 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 10 – fatores pessoais e culturais



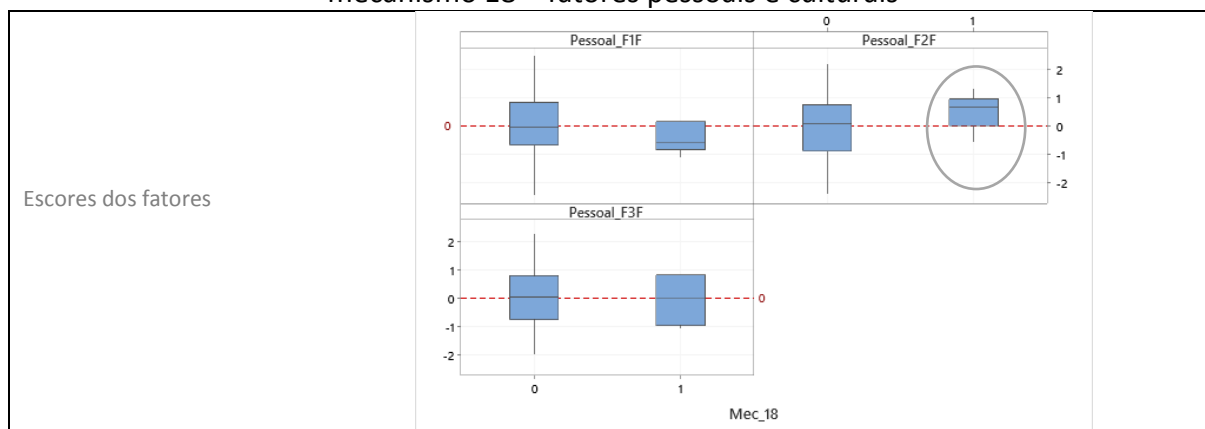
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Quanto ao mecanismo 18, que correspondeu à participação do P/F na elaboração de cartilhas ou outros materiais para comunicação com pacientes, os hospitais que o implementaram consideraram que o fator pessoal e cultural 2 foi barreira significativa (Figura 47).

Figura 47 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 18 – fatores pessoais e culturais



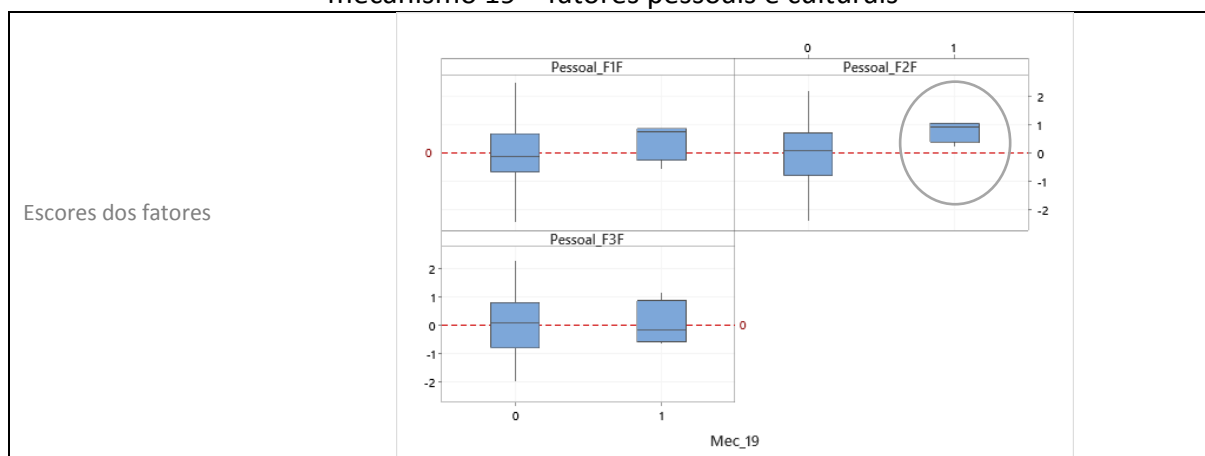
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Similar ao resultado dos hospitais que implementaram o mecanismo 18, os que implementaram o mecanismo 19 (avaliação das metas e/ou objetivos da qualidade) consideraram o fator pessoal e cultural 2 como barreira significativa (Figura 48).

Figura 48 – *Box-plot* dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 19 – fatores pessoais e culturais



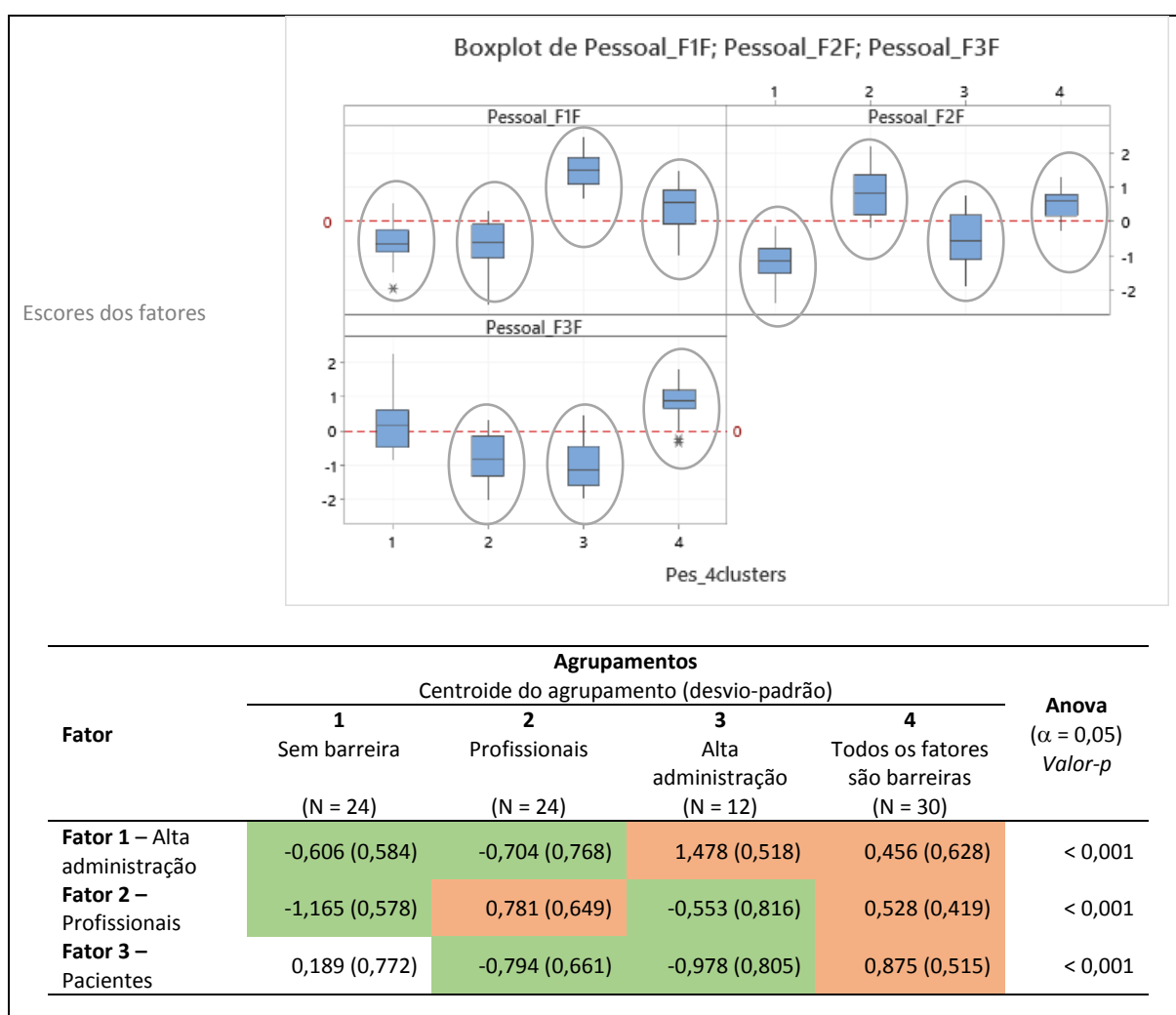
Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Na análise de agrupamentos, foram identificados quatro grupos, que apresentaram respostas homogêneas na avaliação das barreiras pessoais e culturais (Figura 49). A avaliação dos escores médios dos fatores por agrupamento, por meio da análise da variância com um fator, mostrou que a hipótese nula de igualdade das médias foi falsa para todos os fatores (*valor-p* < 0,05). No grupo 1, as instituições não consideraram os fatores pessoais e culturais 1 e 2 como barreiras significativas para engajamento dos P/F. As instituições do grupo 2 apontaram como barreira significativa o fator 2, referente aos profissionais, e as do grupo 3 o fator 1, relacionado à alta administração. As instituições do grupo 4 classificaram todos os fatores como barreiras significativas.

Figura 49 – Agrupamento das avaliações dos fatores intervenientes – pessoais e culturais



Fonte: relatório do *software* estatístico Minitab®.

Nota:

- A cor verde refere-se aos fatores que não representam barreiras significativas (quartil 3 < 0) e a vermelha às barreiras significativas (quartil 1 > 0).

- Análise de variância – H_0 : a média dos escores fatoriais é igual em todos os grupos; H_1 : pelo menos alguma diferença; se *valor-p* ≤ α , rejeita-se H_0 .

A Tabela 47 apresenta os resultados dos testes de associação (qui-quadrado de Pearson) entre os quatro agrupamentos e as características dos hospitais. Com exceção da variável de caracterização *status* da acreditação, não foi encontrada evidência de associação com as variáveis levantadas para caracterização do perfil dos hospitais, sugerindo que tais variáveis não permitiram discriminar os agrupamentos. Porém, destaca-se que, para a maior parte das variáveis avaliadas (14 de 17), o teste não foi conclusivo, pois apresentava células com contagens esperadas menores do que cinco.

Tabela 47 – Teste de associação entre os agrupamentos dos fatores e as variáveis de caracterização do perfil dos hospitais – pessoais e culturais

Variável de caracterização	Qui-quadrado	Valor-p
Capacidade	5,969	0,113
Status da acreditação	8,291	0,040
Cultura organizacional dominante – clã	4,634	0,201

Status da acreditação		Agrupamentos				Total
		1	2	3	4	
Acreditado	Número	13	10	11	16	50
	% dentro do agrupamento	26,00	20,00	22,00	32,00	100,00
Não acreditado	Número	11	14	1	14	40
	% dentro do agrupamento	27,50	35,00	2,50	35,00	100,00
Total	Número	24	24	12	30	90
	% dentro do agrupamento	26,67	26,67	13,33	33,33	100,00

Fonte: elaborado pela autora.

Notas: (1) teste do qui-quadrado de Pearson – H_0 : não há associação entre as variáveis; H_1 : as variáveis estão associadas; se $valor-p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 (resultados destacados em cinza).

(2) O teste não foi aplicável, pois algumas células tinham contagens esperadas menores do que 5 para as características: controle administrativo; hospital público, hospital privado, tipo de estabelecimento, localização; função de ensino; área de qualidade corporativa; nível de engajamento; missão, visão e valores; planejamento estratégico; padronização dos processos; indicadores e cultura organizacional dominante do tipo hierarquia.

5.1.8 Síntese dos resultados da etapa quantitativa

A amostra final foi composta por 90 hospitais localizados em 17 estados brasileiros. Quanto ao controle administrativo, a maior parte era dos setores público (37,78%) e privado (35,56%). Na classificação por tipo de estabelecimento, 65 (72,22%) eram hospitais gerais. A maior parte dos hospitais era de médio (41,11%) e grande porte (37,78%), exercia função de educação (78,89%) e possuía uma área de qualidade (83,33%). Do total, 50 (55,56%) possuíam

pelo menos uma acreditação. Os tipos de cultura organizacional que tendiam a ser mais enfatizados eram clã (42,22%) e hierarquia (32,22%).

Os termos utilizados como sinônimos de engajamento do paciente com maior frequência foram envolvimento (73,33%), participação (68,89%) e cuidado centrado (64,44%).

Os mecanismos implementados com maior frequência foram do nível consulta, sendo eles: processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios (87,78%), pesquisa de satisfação com P/F realizadas continuamente (85,56%) e caixa de sugestões (83,33%). Aproximadamente 73% dos hospitais foram classificados no nível consulta. Entre os mecanismos de envolvimento, destacou-se a participação do P/F como membro de um conselho consultivo como o mais frequente (15,56%). Os hospitais, em geral, utilizaram estratégias multimodais para engajamento dos P/F, sendo que as instituições dos níveis envolvimento e parceria implementaram mais mecanismos do que os hospitais do nível consulta. Ainda, o número de mecanismos implementados foi diferente de acordo com as atividades de gestão da rotina implementadas.

Com relação aos fatores intervenientes, por meio da análise multivariada, as 35 barreiras avaliadas puderam ser representadas por dez novos fatores (variáveis latentes). A Tabela 48 apresenta uma síntese dos resultados obtidos na análise das barreiras. Na avaliação das variáveis latentes financeiras, foram identificadas barreiras significativas/não significativas, de acordo com a capacidade, a liderança organizacional e as atividades de gestão do nível estratégico e da rotina. Na dimensão estrutural, os fatores (variáveis latentes) variaram de acordo com o controle administrativo, a localização, o *status* da acreditação e as atividades de gestão do nível estratégico e da rotina. Por último, os fatores pessoais e culturais variaram de acordo com a localização, as atividades de gestão do nível estratégico, a liderança organizacional, os princípios organizacionais e os critérios de sucesso.

Tabela 48 – Síntese dos resultados da pesquisa de avaliação – barreiras

Variáveis avaliadas	Dimensões		
	Financeira	Estrutural	Pessoal e cultural
Geral	Os oito fatores avaliados podem ser agrupados em duas variáveis latentes ou dois novos fatores: FF 1 – Planejamento e capacitação FF 2 – Recursos para execução Os escores fatoriais permitiram identificar três grupos com respostas homogêneas. Existe evidência de uma associação entre esses grupos e o <i>status</i> de padronização dos processos dos hospitais	Os 15 fatores avaliados podem ser agrupados em cinco variáveis latentes ou novos fatores (exceto E_10): FE 1 – Estrutura dos mecanismos dificulta a participação dos P/F FE 2 – Risco de compartilhamento de informação com o P/F e de mudança de processos FE 3 – Dificuldade no planejamento dos mecanismos FE 4 – Falta de objetivos e diretrizes para engajamento dos P/F FE 5 – Dúvidas e dificuldade para mudar os processos a partir da contribuição dos P/F Os escores fatoriais permitiram identificar quatro grupos com respostas homogêneas. As variáveis de caracterização do perfil dos hospitais não permitiram discriminar os grupos	Os 12 fatores avaliados podem ser agrupados em três variáveis latentes ou novos fatores (exceto P_01): FP 1 – Apoio e comprometimento da administração FP 2 – Abertura da equipe FP 3 – Paciente parceiro Os escores fatoriais permitiram identificar quatro grupos com respostas homogêneas. Existe evidência de associação entre esses grupos e o <i>status</i> da acreditação dos hospitais
Caracterização do perfil			
Controle administrativo		Públicos – FE 2 não é uma barreira	
Capacidade	Porte extra ou especial (> 500 leitos) – FF 2 não é uma barreira		
Localização		Centro-Oeste e Norte – FE 2 não é uma barreira Nordeste – FE 5 não é uma barreira	Nordeste – FP 3 não é uma barreira
Acreditação		Acreditados (nacional e internacional) – FE 2 – não é uma barreira significativa	
Atividades de gestão do nível estratégico	Nível 0 – FF 1 é uma barreira significativa	Nível 0 – FE 1 e FE 5 são barreiras significativas	Nível 0 – FP 1 e FP 2 são barreiras significativas
Atividades de gestão da rotina	Nível 0 – FF 2 é uma barreira significativa	Nível 1 – FE 5 não é uma barreira significativa Nível 1 – FE 2 não é uma barreira Nível 2 – FE 2 e FE 4 não são barreiras	
Cultura organizacional dominante			
Liderança organizacional	Clã – FF 1 não é uma barreira significativa		Clã – FP 1 não é uma barreira
Princípio organizacional			Hierarquia – FP 2 é uma barreira significativa
Critérios de sucesso			Hierarquia – FP 1 e FP 2 são barreiras significativas
Mecanismos de engajamento			
1 – Pesquisa de satisfação contínua		Não implementado – FE 1 é uma barreira significativa e FE 3 não é uma barreira	Não implementado – FP 1 e FP 2 não são barreiras, e FP 3 é uma barreira significativa

continua

conclusão

Variáveis avaliadas	Dimensões		
	Financeira	Estrutural	Pessoal e cultural
6 – Processo formal de comunicação em relação a dúvidas, sugestões, reclamações e elogios	Não implementado – FF 1 e FF 2 são barreiras significativas		Não implementado – FP 2 é uma barreira significativa
10 – P/F como membro da equipe de projetos de melhoria			Implementado – FP 3 é uma barreira significativa
13 – Participação do P/F como membro do comitê de qualidade ou gestão		Implementado – FE 1 e FE 5 são barreiras significativas	
18 – Participação do P/F na elaboração de cartilhas ou outros materiais para comunicação com pacientes			Implementado – FP 2 é uma barreira significativa
19 – Avaliação das metas e/ ou objetivos da qualidade	Não implementado – FF 2 não é uma barreira significativa		Implementado – FP 2 é uma barreira significativa
20 – Desenvolvimento dos critérios de qualidade	Não implementado – FF 2 não é uma barreira significativa		

Fonte: elaborada pela autora. FF – fator financeiro; FE – fator estrutural; FP – fator pessoal e cultural; P/F – paciente e familiares.

Legenda:

Atividade de gestão da rotina: 0 – nenhuma atividade; 1 – padronização dos processos; 2 – definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos; 3 – todas as atividades.

Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – definição da missão, da visão e dos valores e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – todas as atividades: definição da missão, da visão e dos valores, planejamento estratégico e desdobramento e gerenciamento das metas.

5.2 Abordagem quantitativa – pesquisa de avaliação (questão aberta)

A análise de conteúdo iniciou-se pela etapa de pré-análise, que consistiu na leitura de todas as respostas e na construção de hipóteses. Nessa etapa, foi observado um número elevado de respostas, que definiam o engajamento dos pacientes na gestão da qualidade como um processo voltado para o nível individual do tratamento, conforme exemplos a seguir (71 de 90 respostas). Essa hipótese é explorada na próxima etapa, com o objetivo de entender sua relação com o engajamento na gestão da qualidade no nível organizacional. As demais respostas abordavam a definição voltada para gestão da qualidade no nível organizacional (6 de 90) ou nos dois níveis – individual e organizacional (8 de 90), e cinco respondentes não redigiram um conceito (dois escreveram um adjetivo para qualificar, um informou que não sabia, um citou que o conceito era muito amplo e outro não respondeu).

A participação do paciente e familiar em todo o cuidado durante sua permanência no hospital.

Envolvimento do paciente e familiar no seu tratamento e inter-relacionamento com as equipes envolvidas em seu tratamento em busca de um cuidado centrado no paciente.

Envolver o paciente na qualidade do seu cuidado e na sua segurança, participar ativamente do processo do seu cuidado.

Envolvimento do paciente e familiar na tomada de decisão com relação à sua terapêutica com o objetivo de buscar adesão, apoio ou estratégias mais adequadas durante todo o processo em que o paciente, cuidador ou familiar necessitar de cuidado.

Participação da família e/ou paciente no cuidado ministrado.

Na segunda etapa, com o objetivo de explorar o material, as respostas foram analisadas com o suporte dos *softwares* NVivo e Tropes. Para iniciar a análise, foi construída uma nuvem das palavras mais citadas (Figura 50). A palavra central foi paciente, e dois temas emergiram ‘cuidado’, na parte superior, e ‘processos’, na parte inferior da nuvem.

A Tabela 49 apresenta a frequência das palavras mais citadas nas definições de engajamento dos P/F. As palavras mais citadas, além de pacientes e família/familiares, foram: cuidado, processos, qualidade e segurança. As palavras participação e envolvimento também apareceram com frequência alta, lembrando que ambas foram citadas como sinônimos de engajamento pela maior parte dos participantes na questão fechada do questionário (seção 5.1.3).

Tabela 49 – Palavras mais citadas nas definições de engajamento dos pacientes e familiares

Palavra*	Frequência	Palavra*	Frequência
Paciente	118	Envolvimento	15
Cuidado	51	Ser	14
Processos	42	Instituição	13
Família	36	Resultados	13
Familiares	35	Decisões	12
Qualidade	32	Gestão	12
Segurança	31	Ativa	10
Participação	30	Engajamento	10
Melhoria	28	Forma	10
Tratamento	24	São	10
Saúde	21	Serviço	10

Fonte: relatório estatístico do NVivo.

Nota: * palavras e similares (como por exemplo: paciente, pacientes) citadas nas respostas pelo menos dez vezes. Foram excluídas as palavras de ligação, como por exemplo, artigos, pronomes e preposições.

A Tabela 50 apresenta as relações mais frequentes entre palavras nas respostas analisadas. Algumas relações estão associadas às palavras da frase da pergunta e foram retomadas no início da resposta, como ‘paciente > família’ e ‘família > paciente’. Outro grupo de relações associado à questão e citado para introduzir a resposta foram os sinônimos de engajamento, com destaque para as relações que combinam as palavras participação e envolvimento com paciente ou família. Um terceiro grupo mostrou a relação entre palavras citadas frequentemente para definir engajamento, respondendo, de fato, à pergunta.

Tabela 50 – Relações mais citadas para definir engajamento dos pacientes e familiares

Relação*	Frequência	Relação*	Frequência
Paciente > família	27	Família > processo	6
Participação > paciente	19	Cuidado > centrado	6
Paciente > cuidado	18	Gestão > qualidade	6
Paciente > familiares	16	Paciente > qualidade	6
Segurança > paciente	16	Processo > paciente	6
Cuidado > paciente	12	Devem > ser	6
Participação > família	12	Centrado > paciente	6
Paciente > processo	11	Paciente > ser	6
Família > paciente	10	É > importante	5
Envolvimento > paciente	10	Ativa > paciente	5
Família > cuidado	8	Família > qualidade	5
Participação > ativa	8	Envolvimento > família	5
Participação > familiares	6	Melhoria > qualidade	5
Paciente > é	6		

Fonte: relatório estatístico do Tropes.

Notas: * a relação entre as palavras apareceu nas respostas pelo menos cinco vezes. Foram excluídas as relações com/entre palavras de ligação, como por exemplo, artigos, pronomes e preposições.

Para identificar os temas e conceitos que emergiram das respostas, foram analisados os trechos que apresentavam as relações da Tabela 50, conforme Tabela 51. Não constam nesta Tabela as relações ‘paciente > é’, ‘é > importante’, ‘devem > ser’ e ‘paciente > ser’, pois as palavras estavam distantes nas frases, e, na análise dos trechos, não foram identificados temas em comum. Algumas relações entre palavras estavam associadas nos trechos e, por essa razão, foram consolidadas na tabela, como, por exemplo, as relações ‘cuidado > centrado’ e ‘centrado > paciente’ que podiam ser reescritas como ‘cuidado centrado no paciente’.

A partir dos temas identificados na análise das relações, o engajamento dos P/F na gestão da qualidade pôde ser definido como a implantação de processos para dar voz, ouvir e tornar o paciente e/ou familiar um participante ativo em seu tratamento e nas decisões relacionadas e na busca da melhoria contínua da qualidade na instituição, com o objetivo de assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes.

Tabela 51 – Análise das relações entre as palavras citadas na definição de engajamento dos pacientes e familiares

Relações mais frequentes	Exemplos de trechos	Observação	Conclusão – Tema/conceito
Paciente > família (27) Paciente > familiares (16) Família > paciente (10)	“Acredito que seja a participação do paciente e da família em cada etapa do cuidado do paciente e entender o processo de qualidade instalado” “ Participação da família e/ou paciente no cuidado ministrado”	Em linha com as respostas da questão fechada sobre os sinônimos de engajamento, as palavras participação e envolvimento aparecem no início da redação das definições, seguidas das palavras paciente e família (e similares)	Participação e envolvimento são utilizados como sinônimos de engajamento
Participação > paciente (19) Participação > família (12) Participação > familiares (6)	“ Envolvimento do paciente e família nas atividades relacionadas à qualidade de seu cuidado e segurança”		
Envolvimento > paciente (10) Envolvimento > família (5)	“ Envolvimento do paciente e familiar no seu tratamento e inter-relacionamento com as equipes envolvidas em seu tratamento em busca de um cuidado centrado no paciente”		
Paciente > cuidado (18) Cuidado > paciente (12) Família > cuidado (8)	“Compreendemos que o paciente deve ser o centro do cuidado e participar da construção e condução do seu plano terapêutico” “A participação do paciente e familiar em todo o cuidado durante sua permanência no hospital” “Envolver o paciente na qualidade do seu cuidado e na sua segurança, participar ativamente do processo do seu cuidado ” “O engajamento dos pacientes no cuidado é uma importante estratégia de melhoria da qualidade dos serviços de saúde [...]” “Acredito que seja a participação do paciente e da família em cada etapa do cuidado do paciente e entender o processo de qualidade instalado”	Paciente e família participando em todas as etapas do cuidado, para melhorar a qualidade e segurança	Participação do P/F no cuidado

continua

continuação

Relações mais frequentes	Exemplos de trechos	Observação	Conclusão – Tema/conceito
Segurança > paciente (16)	<p>“Cuidado centrado no paciente, equipe multidisciplinar realizar orientações quanto à segurança do paciente, pesquisa de qualidade, envolvimento da família no cuidado do paciente, participação da comunidade em algumas comissões institucionais”</p> <p>“Em nossa instituição possuímos o grupo de trabalho dos acompanhantes, no qual ocorre o empoderamento dos acompanhantes sobre temas essenciais para a segurança do paciente [...]”</p> <p>“Nos últimos anos o envolvimento do paciente tem sido reconhecido como um componente essencial no processo de cuidado da saúde. A OMS, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, enfatiza a necessidade de conscientizar os pacientes e suas famílias sobre a importância do seu engajamento em iniciativas para promover a sua própria segurança [...]”</p> <p>“Trata-se, no meu entender, na educação do paciente e familiares para as metas de segurança do paciente, explicar, demonstrar o porquê dos processos que envolvem a segurança do paciente, fazendo com que todos as pessoas envolvidas no cuidado possam contribuir para a segurança e qualidade assistencial”</p> <p>“Necessário para assegurar a melhora no cuidado, contribuindo para a segurança do paciente, e melhores resultados”</p>	A participação do paciente em seu cuidado é importante para garantir sua segurança	Segurança do paciente como um dos resultados esperados
Paciente > processo (11) Família > processo (6)	<p>“Acredito que seja a participação do paciente e da família em cada etapa do cuidado do paciente e entender o processo de qualidade instalado”</p> <p>“O paciente estar engajado em todos os processos da instituição como parte de melhoria contínua da qualidade prestada aos seu tratamento”</p> <p>“Tornar o paciente e família personagens ativos no processo da assistência”</p> <p>“A participação ativa do paciente e família não só no seu próprio cuidado, mas em todos os processos da gestão da qualidade de uma instituição, desde a definição do planejamento estratégico até a gestão dos resultados e projetos de melhoria”</p>	P/F participa tanto dos processos de assistência quanto de gestão da qualidade	P/F como participante dos processos da instituição

continuação

Relações mais frequentes	Exemplos de trechos	Observação	Conclusão – Tema/conceito
Participação > ativa (8) Ativa > paciente (5)	<p>“Participação ativa de pacientes e familiares na entrega de valor, baseada em experiência e desfecho clínico”</p> <p>“Uma participação ativa por meio de opinião, gesto ou manifesto na hora de tomar a decisão na hora de decidir qual instituição deve procurar, levando em consideração o atendimento fornecido, ou simplesmente comentando num momento em que cabe sua opinião a respeito do atendimento recebido”</p> <p>“A participação ativa do paciente e família não só no seu próprio cuidado, mas em todos os processos da gestão da qualidade de uma instituição, desde a definição do planejamento estratégico até a gestão dos resultados e projetos de melhoria. [...]”</p>	As duas relações aparecem associadas na maior parte dos trechos, portanto pode ser considerada como participação ativa do paciente	Ativa é uma característica do tipo de participação do paciente
Cuidado > centrado (6) Centrado > paciente (6)	<p>“Envolvimento do paciente e familiar no seu tratamento e inter-relacionamento com as equipes envolvidas em seu tratamento em busca de um cuidado centrado no paciente”</p> <p>“Engajar pacientes e familiares no tratamento é muito importante para promover o cuidado centrado no paciente”</p> <p>“Cuidado centrado no paciente, equipe multidisciplinar realizar orientações quanto à segurança do paciente, à pesquisa de qualidade, ao envolvimento da família no cuidado do paciente e à participação da comunidade em algumas comissões institucionais”</p> <p>“É um dos pilares do cuidado centrado no paciente [...]”</p> <p>“[...] A proposta do cuidado centrado no paciente permite a participação dessa família/paciente no processo de decisão [...]”</p>	As duas relações aparecem sempre associadas e poderiam ser escritas como cuidado centrado no paciente. Se, por um lado, o engajamento é importante na busca para promover o cuidado centrado, por outro ele permite a participação	O cuidado centrado no paciente promove e é fortalecido pelo envolvimento do paciente em seu tratamento

continuação

Relações mais frequentes	Exemplos de trechos	Observação	Conclusão – Tema/conceito
Gestão > qualidade (6)	<p>“O engajamento do paciente e da família na gestão de qualidade é a ferramenta mais poderosa para que os objetivos sejam alcançados”</p> <p>“Compreendo como uma trajetória que parte de um momento em que o paciente e a família podem opinar sobre a qualidade do atendimento e têm espaço para serem ouvidos; passam a participar das decisões sobre seu tratamento, por meio do consentimento e, depois, discutindo, de fato, as opções terapêuticas, até que passam a participar de instâncias de planejamento de melhorias e, por fim, de decisões conjuntas sobre a gestão dos processos, buscando qualidade e segurança na assistência”</p> <p>“A participação ativa do paciente e família não só em seu próprio cuidado, mas em todos os processos da gestão da qualidade de uma instituição, desde a definição do planejamento estratégico até a gestão dos resultados e projetos de melhoria [...]”</p> <p>“Nossa ouvidoria atualmente trabalha focando na gestão da qualidade, dessa forma, levantando dados e transformando em informações gerenciais para melhoria do serviço prestado. Dessa forma, estamos ligados a um GT de humanização e recebemos todos os usuários para coleta de manifestações (sugestões, elogios, reclamações e solicitações). A ouvidoria é a voz do usuário dentro da gestão”</p> <p>“Engajamento do paciente e família na gestão da qualidade definimos como o paciente tendo autonomia no seu cuidado, onde ele possa definir juntamente com as pessoas que ele considera de confiança o seu plano de cuidados, onde ele possa opinar e de uma maneira eficiente. É importante a escuta ativa aos familiares, mesmo que a opinião deles não seja a melhor em uma determinada situação, eles devem ser escutados e esclarecidos, para que a melhor decisão seja tomada e seja assertiva.”</p>	<p>A expressão ‘gestão da qualidade’ tem um conceito abrangente, na medida em que engloba os processos de comunicação com o paciente, seu envolvimento no tratamento e ações gerenciais, no nível organizacional, para melhoria da qualidade e segurança</p>	<p>A expressão gestão da qualidade engloba levantamento de informações com P/F, envolvimento no cuidado e ações de melhoria</p>

continuação

Relações mais frequentes	Exemplos de trechos	Observação	Conclusão – Tema/conceito
Paciente > qualidade (6) Família > qualidade (5)	<p>“Envolver o paciente na qualidade de seu cuidado e na sua segurança, participar ativamente do processo do seu cuidado”</p> <p>“Compreendo como uma trajetória que parte de um momento em que o paciente e a família podem opinar sobre a qualidade do atendimento e têm espaço para serem ouvidos; passam a participar das decisões sobre seu tratamento, por meio do consentimento e, depois, discutindo, de fato, as opções terapêuticas, até que passam a participar de instâncias de planejamento de melhorias e, por fim, de decisões conjuntas sobre a gestão dos processos, buscando qualidade e segurança na assistência”</p> <p>“O engajamento dos pacientes no cuidado é uma importante estratégia de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Os pacientes são fonte de informações para a qualidade assistencial, corroboram na visibilidade de iniquidades e facilitam o desenho de estratégias pautadas e focadas em resultados [...]”</p> <p>“É a capacidade do paciente avaliar e reconhecer a qualidade do atendimento e dos serviços prestados como fundamentais para sua segurança e bem-estar”</p> <p>“No geral, os familiares são participativos, preocupados com bem-estar do paciente e são cooperativos com a qualidade institucional”</p> <p>“Envolvimento do paciente e família nas atividades relacionadas à qualidade de seu cuidado e segurança”</p>	<p>As palavras aparecem associadas tanto para fazer referência à qualidade do cuidado no nível individual (com ênfase para a comunicação como fonte de informação), quanto para cooperar para melhorar a qualidade e a segurança no nível organizacional</p>	<p>Qualidade e segurança no cuidado, no nível individual e organizacional</p>
Processo > paciente (6)	<p>“Envolvimento do paciente e familiar na tomada de decisão com relação à sua terapêutica com o objetivo de buscar adesão, apoio ou estratégias mais adequadas durante todo o processo em que o paciente, cuidador ou familiar necessitar de cuidado”</p> <p>“Possuir processos que facilitem a inclusão dos pacientes e famílias em:(a) decisão compartilhada no tratamento, (b) oportunidades de melhoria (ouvidoria ou SAC), (c) redesenho de processos através dos projetos de melhoria e (d) conselho consultivo”</p>	<p>A palavra processo aparece em dois contextos: 1. Processo para engajamento dos pacientes 2. Engajamento nos processos assistenciais</p>	<p>O engajamento dos P/F nos processos para melhorar a qualidade requer uma organização (definição de processos)</p>

conclusão

Relações mais frequentes	Exemplos de trechos	Observação	Conclusão – Tema/conceito
Processo > paciente (6) (continuação)	“Trata-se, no meu entender, na educação do paciente e dos familiares para as metas de segurança do paciente, explicar, demonstrar o porquê dos processos que envolvem a segurança do paciente , fazendo com que todos as pessoas envolvidas no cuidado possam contribuir para a segurança e a qualidade assistencial”		
Melhoria > qualidade (5)	<p>“Engajar o paciente é fazer o planejamento e a prestação do cuidado junto dele, não apenas o informando, mas sendo, de fato, participativo. Com isso, ele passa a ser agente fundamental na segurança de seu cuidado e melhoria da qualidade”</p> <p>“O paciente estar engajado em todos os processos da instituição como parte de melhoria contínua da qualidade prestada aos seu tratamento”</p> <p>“O engajamento dos pacientes no cuidado é uma importante estratégia de melhoria da qualidade dos serviços de saúde [...]”</p> <p>“É um dos pilares do cuidado centrado no paciente. Resulta em benefícios tanto individuais quanto gerais nas instituições, trazendo melhoria da qualidade e da segurança, melhoria dos resultados assistenciais, aumento da satisfação e fidelização dos colaboradores, melhoria da experiência do paciente, melhoria do gerenciamento de tempo, na comunicação entre equipes e com pacientes/familiares”</p> <p>“Este é atualmente o grande projeto em que as instituições devem investir, pois o envolvimento do paciente e dos familiares agrega de forma extremamente positiva para a visão de melhoria contínua que a qualidade tanto busca trabalhar no dia a dia nas unidades de saúde. Entender as especificidades dos pacientes e dos familiares, dando voz a eles, compreender a visão do usuário dos processos traz olhares diferenciados e focados na busca da melhoria de todos os processos”</p>	O P/F pode contribuir para melhorar continuamente a qualidade dos serviços.	Participação do P/F na melhoria contínua da qualidade

Fonte: elaborada pela autora. P/F – paciente e familiares; OMS – Organização Mundial da Saúde; SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor.

Na definição, destacaram-se dois aspectos, o engajamento no tratamento e o engajamento na melhoria da qualidade. Uma releitura das respostas permitiu observar que:

- O envolvimento do P/F no tratamento esteve relacionado à construção, discussão e tomada de decisão sobre o plano terapêutico, à participação em cada etapa do cuidado, ao conhecimento dos processos de qualidade e à segurança da instituição, além de relatos sobre sua opinião, experiência e sugestões de melhorias.
- O engajamento na melhoria da qualidade englobou o envolvimento do P/F em todos os processos da instituição, desde o planejamento estratégico até o desenho de novos processos ou melhoria de processos existentes, bem como a participação ativa em comissões e comitês institucionais.

Além dos profissionais da saúde, os familiares e os pacientes também entenderem sobre as etapas de segurança.

A participação do paciente e da família na avaliação da qualidade do serviço prestado, abrangendo sugestões, reclamações e elogios, durante ou ao final de seu período de tratamento.

Que a família e o paciente sejam envolvidos em todos os processos dentro da instituição.

Possuir processos que facilitem a inclusão dos pacientes e das famílias em: (a) decisão compartilhada no tratamento, (b) oportunidades de melhoria (ouvidoria ou SAC), (c) redesenho de processos por meio dos projetos de melhoria e (d) conselho consultivo.

Compreendo como uma trajetória que parte de um momento em que o paciente e a família podem opinar sobre a qualidade do atendimento e têm espaço para ser ouvidos; passam a participar das decisões sobre seu tratamento, por meio do consentimento e, depois, discutindo, de fato, as opções terapêuticas, até que passam a participar de instâncias de planejamento de melhorias e, por fim, de decisões conjuntas sobre a gestão dos processos, buscando qualidade e segurança na assistência.

Participação ativa do paciente e familiares no plano diagnóstico e terapêutico; nas visitas multiprofissionais; nos conselhos deliberativos da instituição; no cuidado do paciente, sendo ouvidos e com poder para decisões e influenciar na eficiência dos processos assistenciais.

5.3 Abordagem qualitativa – achados das entrevistas

A etapa da pesquisa com abordagem qualitativa foi realizada em sete hospitais. A seleção e a definição do número de hospitais seguiram o conceito da amostragem teórica. A

análise dos dados foi baseada no referencial teórico metodológico da TFD, conforme descrito no Capítulo 3 – Metodologia.

Nesta seção, os resultados foram organizados em quatro subseções. Na primeira subseção, consta o perfil das instituições e dos participantes. Na segunda parte, são apresentados os resultados relacionados ao conceito e às contribuições do engajamento dos P/F na gestão da qualidade. Na sequência, são apresentadas as categorias, suas propriedades e as dimensões. Para concluir, são apresentados o resumo conceitual e o diagrama (subseção 4), uma representação gráfica da teoria fundamentada contendo todas as categorias e suas inter-relações.

5.3.1 Visão geral do perfil das instituições e dos participantes

A Tabela 52 apresenta o perfil das sete instituições participantes da etapa qualitativa quanto ao tipo de estabelecimento, à capacidade das instalações, ao controle administrativo, à cultura organizacional dominante e ao nível de engajamento. Puderam-se observar as diferenças entre os hospitais, cuja lógica de seleção foi apresentada na seção Amostragem teórica (capítulo de Metodologia).

Tabela 52 – Perfil das instituições selecionadas – abordagem qualitativa

Hospital	Perfil das instituições				
	Tipo de estabelecimento	Capacidade das instalações (porte)	Controle administrativo	Cultura organizacional dominante	Nível de engajamento*
H1	Geral	Grande	Privado	Hierarquia	Transição entre os níveis envolvimento e parceria e liderança compartilhada
H2	Geral	Grande	Filantropico	Hierarquia	Consulta
H3	Geral	Médio	Filantropico	Clã	Consulta
H4	Geral	Grande	Privado	Hierarquia	Envolvimento
H5	Geral	Grande	Filantropico	Clã	Envolvimento
H6	Geral	Médio	Público	Hierarquia	Envolvimento
H7	Especializado	Pequeno	Público	Hierarquia	Consulta

Fonte: elaborada pela autora.

Notas: * classificação do nível de engajamento segundo critério proposto por Carman et al. (2013).

Na Tabela 53, estão indicadas as atividades de gestão da qualidade realizadas pelos hospitais selecionados. As instituições tinham diferentes estruturas do sistema de gestão da

qualidade, e observaram-se sistemas em que foram implementadas todas as atividades, como, por exemplo, o hospital H1, e hospitais com um número menor atividades, como os hospitais H4, H6 e H7, com apenas uma atividade totalmente implementada.

Tabela 53 – Perfil das instituições selecionadas quanto às atividades de gerenciamento da qualidade – abordagem qualitativa

Atividades	Hospitais						
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
Definição da missão, da visão e dos valores	S	S	S	N	S	S	S
Planejamento estratégico	S	S	S	N	S	P	P
Desdobramento e gerenciamento de metas	S	S	S	P	S	P	P
Padronização dos processos	S	S	P	P	S	P	N
Definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos	S	P	P	S	S	P	N
Projetos de melhoria <i>Six Sigma</i>	S	N	N	N	N	N	N
Aplicação da metodologia <i>Lean Service</i> ou <i>Lean Healthcare</i>	S	P	P	P	P	N	N
Programa 5S	S	S	P	N	N	N	N

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: S = sim; P = sim, mas não está integralmente; N = não.

A Tabela 54 apresenta os mecanismos de engajamento dos P/F na gestão da qualidade implementados pelos hospitais. Essas informações foram a base para a identificação do nível de engajamento de cada instituição, apresentado anteriormente na Tabela 34.

Na Tabela 55, pode ser observado o perfil dos respondentes por instituição. Todos os participantes tinham curso de pós-graduação e experiência profissional de, no mínimo, 11 anos. Do total de sete participantes, três atuavam na área de qualidade da instituição durante o período de coleta de dados.

A seguir, é apresentada uma breve descrição das instituições selecionadas, baseada nas respostas da etapa quantitativa, no levantamento de dados realizado na página institucional dos hospitais na internet e em informações citadas durante as entrevistas.

Tabela 54 – Perfil das instituições selecionadas quanto aos mecanismos de engajamento – abordagem qualitativa

Mecanismos de engajamento dos P/F	Instituições						
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
1. Pesquisas com os pacientes sobre sua satisfação – realizada continuamente	■	■	■	■	■	■	■
2. Pesquisas com os pacientes sobre sua satisfação – realizada anualmente, por amostragem	■	■			■	■	■
3. Pesquisas com os pacientes sobre sua experiência no cuidado – realizada continuamente	■	■	■	■	■		
4. Pesquisas com os pacientes sobre sua experiência no cuidado – realizada anualmente, por amostragem	■	■		■			
5. Pesquisas <i>ad hoc</i>	■				■		
6. Processo formal de comunicação com os pacientes em relação a dúvidas, sugestões, reclamações e elogios	■	■	■	■	■	■	■
7. Caixa de sugestões	■	■	■	■	■		■
8. Entrevista com pacientes durante a análise de causa raiz de um problema	■	■		■	■		
9. Realização de painel ou grupos focais com pacientes (evento para discutir um tema em profundidade com participantes selecionados)	■			■	■	■	
10. Participação do paciente como membro de uma equipe de projetos de melhoria	■				■		
11. Participação do paciente como membro de uma equipe de projetos de pesquisa	■						
12. Participação do paciente como membro da equipe de análise de causa raiz	■						
13. Participação do paciente como membro do comitê de qualidade ou gestão do hospital	■			■			
14. Participação do paciente como um membro de um conselho consultivo	■			■	■	■	
15. Participação do paciente como um membro do conselho de administração da instituição	■					■	
16. Pacientes compartilham a liderança de comitês de melhoria da segurança e qualidade	■						
17. Paciente participa da elaboração de padrões de processo, tarefas ou protocolos	■				■		
18. Paciente participa da elaboração de cartilhas ou outros materiais para comunicação com pacientes	■				■		
19. Pacientes participam da avaliação das metas e/ou objetivos da qualidade	■			■			
20. Pacientes participam do desenvolvimento dos critérios de qualidade	■						
21. Pacientes participam no desenvolvimento do conteúdo para treinamento de outros pacientes	■				■		
22. Pacientes participam como educadores no treinamento de outros pacientes	■				■		
23. Pacientes participam no desenvolvimento do conteúdo para treinamento dos profissionais da instituição	■						
24. Pacientes participam como educadores no treinamento dos profissionais da instituição	■						

Fonte: elaborada pela autora. P/F – paciente e familiares; H – hospital.

Legenda: Não implementado

- Em fase de estruturação, mas ainda não está implementado
- Implementado somente em uma ou algumas unidades
- Implementado em todo o hospital entre 12 e 24 meses
- Implementado em todo o hospital há mais de 24 meses

Tabela 55 – Perfil dos respondentes – abordagem qualitativa

Características	Instituições						
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
Sexo	F	M	M	M	F	F	F
Idade, anos	39	44	34	40	53	49	55
Escolaridade	Mestrado	PG	PG	Mestrado	Doutorado	Doutorado	Mestrado
Cargo/função atual	Supervisor	Ger.	Ger.	Diretor	Ger.	Ger.	ChDiv.
Tempo, anos							
▪ No cargo/função	4	5	8	1	6	2	2
▪ Trabalha na instituição	20	6	11	1	1	17	25
▪ Experiência profissional	20	11	11	15	19	23	32

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda:

H – hospital; F = feminino; M = masculino; PG = especialização, MBA ou pós-graduação; ChDiv. = chefe de divisão; Ger. = gerente ou chefe de departamento.

Hospital H1

O hospital H1 está localizado em uma capital da Região Sul do país. É um hospital geral, privado e de grande porte (150 a 500 leitos). A instituição exerce função educativa, por meio do desenvolvimento de pesquisas e prestação de serviços de educação. O hospital é acreditado e possui certificação ISO 9001.

Fundado há aproximadamente um século, é reconhecido, nacional e internacionalmente, por sua qualidade. Destaca-se também pela constante busca pela inovação, com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade.

Entre seus valores, estão a gentileza e a compaixão, por meio de um cuidado humanizado. No centro de sua estratégia, está o cuidado centrado no paciente.

A instituição também declara como um valor o “trabalho em equipe” integrado e colaborativo. A colaboração apareceu como uma das características predominantes no diagnóstico da cultura organizacional, aplicado durante a coleta de dados. Nesse diagnóstico, três tipos de cultura receberam pontuações altas, sendo da maior para a menor: hierarquia (190 pontos), clã (180 pontos) e mercado (165 pontos).

A instituição possui uma área de qualidade há mais de 20 anos, e seu programa de gestão da qualidade está consolidado, tendo implementadas todas as atividades listadas no

questionário de caracterização dos respondentes. Adicionalmente, existe uma área de experiência do paciente, implementada há aproximadamente 3 anos.

Com relação ao nível de engajamento dos pacientes, a instituição pode ser classificada como em transição entre os níveis envolvimento e parceria e liderança compartilhada. Os mecanismos de engajamento dos P/F na gestão da qualidade, avaliados nesta pesquisa, foram implementados há mais de 2 anos pelo hospital ou estão em fase de implementação.

A entrevistada atuava como responsável pela área de qualidade nos últimos 4 anos e trabalhava na instituição há, aproximadamente, 20 anos. Era formada em enfermagem e possuía o título de Mestra.

O questionário da pesquisa foi respondido pela internet em agosto de 2019, e a entrevista foi realizada pelo *software* Skype, em outubro do mesmo ano.

Hospital H2

O hospital H2 está localizado em uma capital da Região Sul do país. É um hospital geral, filantrópico e de grande porte (150 a 500 leitos). A instituição não exerce função educativa. O hospital possui duas creditações.

O hospital faz parte de uma rede fundada por irmãs cristãs. É administrado por um corpo técnico especializado em gestão hospitalar e pelas irmãs. O acolhimento, o cuidado e a segurança dos pacientes são princípios-chave de suas fundadoras. A instituição presta assistência integral e multiprofissional.

No diagnóstico da cultura organizacional, a hierarquia destaca-se como uma das características dominantes da instituição, sugerindo que a organização é orientada pelo controle.

O hospital possuía uma área de qualidade, porém, com a estruturação da rede de hospitais, sua atuação foi ampliada e passou a ter abrangência corporativa. Há aproximadamente 1 ano, está em fase de estruturação do programa de qualidade para gerenciamento da rede de hospitais.

Com relação ao nível de engajamento dos pacientes, a instituição pode ser classificada no nível consulta, pois realiza pesquisas com os pacientes, tem processo formal de comunicação e possui caixa de sugestões.

O entrevistado era responsável pela área de qualidade, nos últimos 5 anos, e trabalhava na instituição há 11 anos. Era formado em enfermagem e possuía especialização em gestão de riscos e segurança hospitalar.

O questionário e a entrevista foram realizados em novembro de 2019. A entrevista foi realizada pelo *software* Skype.

Hospital H3

O hospital H3 é uma unidade da mesma rede de hospitais da instituição H2. O hospital H3 está localizado em uma pequena cidade, cercada por pequenos municípios (máximo de 10 mil habitantes), no interior da Região Sul do país. É um hospital geral, filantrópico, de médio porte (50 a 149 leitos) e não exerce função educativa. Não possui acreditação ou certificação. Presta atendimento regionalizado para municípios, que podem ser caracterizados por ter a maior parte da população de baixa renda, baixa formação escolar, elevado número de pessoas idosas e alto índice da população com patologias crônicas. Segundo o entrevistado, 92% dos domicílios da microrregião não possuíam rede de esgoto. Aproximadamente 95% de seu atendimento era pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Devido a uma reestruturação do sistema de saúde estadual, o hospital se orientou para ser um hospital de cuidado prolongado e ter alguns leitos para ser a retaguarda de serviços de urgência, de trauma, de alta complexidade em cardiologia em neurologia e para pacientes com alta de terapia intensiva que precisam de uma longa permanência para adaptação, curativo e cuidados clínicos.

As atividades de gerenciamento da qualidade, realizadas na unidade, seguem as diretrizes do escritório de serviço compartilhado de qualidade, gerenciado pelo entrevistado do hospital H2.

No diagnóstico da cultura organizacional, o clã destaca-se como uma das características dominantes da instituição, sugerindo que a organização é orientada pela colaboração. Com relação ao nível de engajamento dos pacientes, a instituição pode ser classificada no nível consulta, pois realiza pesquisas com os pacientes, tem processo formal de comunicação e possui caixa de sugestões.

O entrevistado tinha pós-graduação e atuava como responsável pela gerência assistencial nos últimos 8 anos. Ele trabalhava na instituição há 11 anos.

O questionário foi preenchido em outubro pela internet, e a entrevista foi realizada em novembro de 2019. A entrevista foi realizada por vídeo pelo aplicativo WhatsApp.

Hospital H4

O hospital H4 está localizado em uma capital da Região Sudeste. É um hospital geral, privado, de grande porte (150 a 500 leitos), referência em atendimento médico de alta complexidade e exerce função educativa (pesquisa e educação). O hospital é acreditado e possui uma área de qualidade há aproximadamente 2 anos. Entre seus valores, destacam-se a compaixão e o relacionamento.

A cultura dominante na organização é a hierarquia, sugerindo que a instituição é orientada pelos controles. Com relação ao nível de engajamento dos pacientes, a instituição pode ser classificada no nível envolvimento, a partir do critério proposto por Carman et al. (2013). Atualmente, está em fase de implementação o mecanismo de participação dos pacientes em comitês e conselhos consultivos.

O entrevistado exercia a função de diretor de prática médica, tinha 15 anos de experiência profissional e trabalhava na instituição há, aproximadamente, 1 ano. Era formado em medicina e concluiu o Mestrado.

O questionário de pesquisa foi respondido pela internet em setembro de 2019, e a entrevista foi realizada pelo aplicativo WhatsApp, em outubro do mesmo ano.

Hospital H5

O hospital H5 está localizado em uma capital da Região Sudeste. É um hospital geral, filantrópico, de grande porte (150 a 500 leitos) e exerce função educativa – pesquisa e educação. O hospital possui uma acreditação.

Esta instituição é uma instituição filantrópica, portanto, tem uma estrutura bastante peculiar neste sentido. A gente tem um presidente, um vice-presidente e um conselho, que são pessoas que são voluntárias e que pertencem à comunidade.

Fundado há mais de um século, o hospital tem em seu propósito melhorar continuamente. Considera o acolhimento como um diferencial, que consta em seus valores, na missão e na visão da instituição, ligado à inovação e ao protagonismo na busca de melhorias.

O hospital declara como um valor institucional a colaboração, característica que se destacou no diagnóstico da cultura organizacional realizado como parte deste estudo. A cultura dominante identificada na instituição foi o clã.

A instituição possui uma área de qualidade há mais de 15 anos, e seu programa de gestão de qualidade está consolidado. Adicionalmente, existe uma área de experiência do paciente, implementada há, aproximadamente, 4 anos.

Com relação ao nível de engajamento dos pacientes, a instituição pode ser classificada no nível envolvimento.

A entrevistada era responsável pela área de qualidade há 1 ano e tinha 19 anos de experiência profissional. O questionário de pesquisa foi respondido pela internet em setembro de 2019, e a entrevista foi realizada presencialmente, em novembro do mesmo ano.

Hospital H6

A instituição H6 é um hospital universitário, localizado na Região Sudeste. É um hospital geral, público, de médio porte (50 a 149 leitos). O hospital tem as funções assistencial (atende à comunidade da região e aos funcionários da universidade e seus dependentes), ensino para os alunos da graduação e pós-graduação, e de pesquisa.

A partir do diagnóstico da cultura organizacional, observou-se que a cultura dominante na instituição é a hierarquia, o que sugere ser um local mais formal e estruturado, orientado por controles e com foco em eficiência.

A instituição não possui uma área e um programa de qualidade corporativo. O sistema de gestão da qualidade é estruturado individualmente pelos departamentos. O hospital como um todo não possui acreditação. Apenas o laboratório clínico é acreditado e possui uma certificação de qualidade.

Com relação ao nível de engajamento dos pacientes, a instituição pode ser classificada no nível envolvimento, com destaque para a participação de um representante da comunidade no conselho deliberativo do hospital.

A entrevistada era assessora do superintendente nos últimos 2 anos, trabalhava na instituição há 17 anos e tinha 23 anos de experiência profissional.

O questionário de pesquisa foi respondido pela internet em novembro de 2019, e a entrevista foi realizada presencialmente, em dezembro do mesmo ano.

Hospital H7

O hospital H7 é uma maternidade, localizada na Região Sul. É um hospital público, de pequeno porte (até 49 leitos) e exerce função educativa – pesquisa e educação. É um campo de estágio para os alunos da área de saúde da universidade. Não possui acreditação ou certificação e não tem área corporativa de qualidade.

A maternidade foi fundada há mais de um século e está entre as mais antigas do estado. Adota um modelo de trabalho compartilhado entre médico e enfermeiro obstetra, como base da estratégia de dar autonomia, em respeito a valores e cultura das mulheres e familiares, com o conceito da enfermagem obstétrica não intervencionista. Valoriza o parto normal, sempre atento ao conceito do parto, do nascimento adequado, da via de parto adequada e o que é o melhor para a mulher e para o bebê. Segundo a entrevistada, “se você já marca a cesárea, você tira a autonomia da mulher, você induz esta mulher a ser submissa”.

A relação com as gestantes começa na 37ª semana de gestação, quando elas participam de uma palestra e visita à instituição. Nessa ocasião, é definido em conjunto, pelos profissionais e pela gestante, o plano de parto. Após a visita, a

Relação começa quando ela entra já na 38ª semana e começa com algum sinal, alguma situação que ela vem buscar a emergência, mas a maioria busca a emergência quando ela já está entrando em trabalho de parto, aí ela vem várias vezes aqui.

Após o parto, o tempo médio de permanência até a alta é de 2,4 a 2,5 dias.

No diagnóstico da cultura organizacional, a cultura dominante é a hierarquia. Com relação ao nível de engajamento dos pacientes, a instituição pode ser classificada no nível consulta. Os mecanismos de engajamento dos P/F na gestão da qualidade implementados são

pesquisa de satisfação, caixa de sugestões e processo formal de comunicação em relação a dúvidas, sugestões, reclamações e elogios.

A entrevistada era responsável pela Divisão do Cuidado Materno-Infantil, nos últimos 2 anos, e trabalhava na instituição há, aproximadamente, 25 anos, com tempo total de experiência profissional de 32 anos. Era formada em enfermagem e possuía o título de Mestre.

O questionário de pesquisa foi respondido pela internet em agosto de 2019, e a entrevista foi realizada presencialmente em dezembro do mesmo ano.

5.3.2 *Conceito e contribuições do engajamento dos pacientes e familiares*

O engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade pode ter início na etapa de planejamento dos processos, considerando as expectativas dos P/F em sua elaboração. No setor de saúde, observou-se uma mudança em que o paciente passou a ter voz no processo, semelhante ao cliente ou ao consumidor nos setores da indústria e dos demais serviços. O paciente cliente, ou paciente consumidor, tem necessidades e vontades, sabe o que quer e participa dos processos de decisão.

Eu entendo que o paciente que passa a estar engajado, passa a estar fazendo parte realmente do todo o processo quando as instituições começam a ouvi-lo, o cliente, o que ele espera do processo, o que ele espera do produto a receber. Às vezes, a gente vê indústrias e outras empresas que inclusive colocam o cliente dentro de conselhos para opinar sobre o produto. Enfim, acho que nesse momento acontece esse engajamento, esta interrelação.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.17

Está todo mundo pensando que a gente vai ter que migrar para o que a gente chama, na literatura, cliente. O que a gente chama de cliente é aquele consumidor que sabe o que quer, que sabe o que demanda.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.12

Um dos impulsionadores dessa mudança foi o acesso à informação, que tornou o paciente mais esclarecido e crítico. No cuidado, o paciente cliente/consumidor quis esclarecer dúvidas, discutir as alternativas e participar da decisão. Foi uma mudança de pensamento e do paradigma atual do ‘meu médico é quem sabe’ para ‘vamos discutir o assunto’.

Então, o que a gente fala desse consumidor é porque a gente está passando por uma transição de pacientes ou clientes que estão virando consumidores porque têm mais acesso à informação, ele vai muito mais em busca da informação do que ele tem, do que ele pode ter de tratamento, ele questiona muito mais, ele vem com o Dr. Google dizendo “olha e tal coisa”, e a gente tem que se preparar cada vez mais para esclarecer, para discutir, para estar aberto a fazer esta negociação no sentido de

participá-lo da decisão que é uma coisa antiga, que a gente fala desde os primórdios, mas agora com pessoas que podem estar muito mais esclarecidas.
(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.12

Entretanto, as nomenclaturas ‘paciente cliente’ ou ‘paciente consumidor’ não foram bem aceitas por todos os profissionais da área, pois eles consideraram que tratar os pacientes dessa forma poderia tirar a questão da individualidade e da experiência durante o serviço de saúde. Por esse motivo, optou-se, nesta pesquisa, por não utilizar tais nomenclaturas para referir-se ao impacto dessa mudança no setor de saúde, embora tenha sido observado e discutido o impacto do movimento do consumerismo na saúde.

Não, eu não enxergo isto (paciente como cliente). Não sei se é porque eu não gosto desse termo. Eu acho que cliente tem que sair com uma sacolinha, ou com a chave de um carro. Eu acho que o paciente tem que sair com uma experiência. [...] Eu, (nome da entrevistada), falando como pessoa, porque eu acho que você de novo você está rotulando a pessoa e você tem que fazer uma entrega de uma sacola. Não é isso que eu estou entregando. Eu tenho que entregar uma experiência. Então, eu poderia chamar ele de ser humano, para mim seria mais confortável do que chamar ele de cliente, muito mais confortável do ponto de vista do meu propósito pessoal, agora cliente eu não chamaria.
(Trecho da entrevista do participante do H6) – memorando 6.6

Em algumas instituições, a estruturação do sistema de gestão da qualidade, no início, era o objetivo (fim) e, com o passar do tempo, foi entendido que o sistema de gestão era um meio para atingir resultados. O resultado foi orientado para o paciente, para gerar valor para ele, sendo importante escutar suas necessidades e vontades.

Começou também um questionamento da instituição do porquê que a gente estava trabalhando com tanto foco na gestão embora o hospital sempre tenha entendido que a gestão, ela é importante, mas não era a nossa atividade fim. Nossa atividade fim era o cuidar de pessoas, era estar atendendo os nossos pacientes. O hospital conseguiu a certificação lá no início dos anos [ano da acreditação]. E acho que a gente passou por um período, acho que como qualquer empresa, que a gente vai se adaptando a padrões de avaliação e acaba fazendo muitas coisas para garantir a certificação. E, hoje, eu me sinto bem tranquila em dizer que pouquíssimas coisas a gente faz pela/para conseguir a certificação. Tudo o que a gente já faz é tudo o que a gente entende que faz diferença para o paciente, que traz benefício para o paciente e que a gente vai gerar resultado para ele, vai gerar valor.
(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.3

O que eu almejo é que o paciente participe em todos os sentidos, por exemplo, eu gostaria que um paciente que tivesse em uma situação de terminalidade pudesse escolher ‘olha, eu quero que venha o meu padre aqui para eu conversar’. O paciente que está dentro da UTI pudesse dizer ‘olha, eu gostaria que o meu cachorro viesse aqui me ver’, ‘eu estou em uma fase terminal, e eu gostaria de morrer na minha casa, o que vocês podem me dar para eu ter conforto na minha casa’. Então, o ponto máximo para mim seria o paciente poder fazer as escolhas e estas escolhas serem

respeitadas [...]. Então, o que eu almejo é isto, que o paciente seja protagonista. [...] a gestão estar preparada para realmente o que importa para o paciente ser feito naquele momento.

(Trecho da entrevista do participante do H6) – memorando 6.2

Uma das principais motivações para engajar os pacientes e os familiares na gestão da qualidade foi direcionar as ações de melhoria dos processos para o que realmente importava para eles, considerando seus pontos de vista, opiniões e necessidades. O paciente pôde contribuir com um olhar de fora, para analisar os problemas e, por isso, pode propor soluções diferentes das identificadas estritamente pela equipe de profissionais do hospital.

O que a gente enxerga, pelo menos o que eu tenho percebido da nossa experiência, é que nem sempre aquilo que a gente está propondo para o paciente é aquilo que ele precisa ou a forma que a gente está propondo para o paciente é aquilo que faz diferença para ele. Então muitas coisas a gente já tem adequado na melhor linguagem, na melhor estrutura, na melhor forma que realmente seja importante para ele.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.15

Trazendo para a realidade de um hospital, de uma instituição, por exemplo, a gente ouviu muito assim 'ah, tem o horário de visita', o horário de visita é algo que às vezes é emblemático. O horário de visita que a instituição coloca às vezes não é o melhor, por exemplo para o paciente e para o familiar. Então, quando a instituição começa a entender que esse paciente tem essas necessidades, tem as suas características e que se nós, da instituição, conseguimos ouvir esse paciente e ele passa a ser peça de mudança de processo, eu acho que sim há um engajamento do paciente. [...]

Com relação aos processos, o que eu acho que nós poderíamos agregar muito com a experiência do paciente, eu acho que todos os processos que envolvem essa troca direta com o paciente, desde a assistência até regras de processo mesmo, às vezes, um processo de estacionamento, algo que está lá fora que não tem nada a ver com a assistência, mas que também talvez, às vezes, um cliente olhando de fora possa inclusive dar uma solução para um problema que a gente tenha interno que a gente não consegue perceber. Então, eu entendo que o paciente tem condições de opinar e apoiar em todos os processos dentro do hospital.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.6

No final das contas o que a gente quer deles é justamente como é que eles podem contribuir e nos ajudar a melhorar aquilo que a gente provê de, não só de assistência, mas de atendimento como um todo sob a visão deles.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.8

A utilização das informações geradas a partir do mapeamento da jornada dos pacientes e das pesquisas de experiência foram um exemplo de como a voz do paciente pôde direcionar o planejamento das ações e dos projetos de melhoria da instituição.

Foco dela (área de experiência do paciente) tem sido no mapeamento da jornada do paciente dentro do hospital, os pontos de contato e como a gente pode melhorar a

experiência do paciente em cada uma dessas jornadas aqui dentro. A minha interação com ela é bastante frequente. [...] Nós trabalhamos em conjunto com as informações, tanto geradas por ela quanto geradas pela minha equipe, para buscar melhorias e o cuidado centrado no paciente.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.7

Nós temos feito um trabalho muito legal também em relação a essa questão do *feedback* dos nossos processos internos, agora falando, dos pacientes em parceira com a nossa ouvidora. A nossa ouvidora e a população que a gente atende tem entendido isso, que a ouvidora não é só um canal de reclamação, mas é um canal no qual a gente tem conseguido captar experiência, o que foi bom, o que não foi bom dentro da assistência. E a gente tem tido o cuidado, um *feeling* de trabalhar isso com um plano de melhoria, qualquer coisa que entre ali dentro, e de trazer as pessoas para lá, discutir isso e acompanharem os resultados. A gente tem tentado fazer isso. É uma parceria que a gente está fazendo por meio da ouvidoria com o núcleo de qualidade.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.1

Então, há uns 2 anos e pouco, se estruturou o conselho de pacientes, entendendo que o paciente consegue contribuir para a melhoria da qualidade, não só da assistência, mas de todo o contato dele aqui. E isso veio muito junto da perspectiva da experiência do paciente.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.3

As pesquisas de satisfação contribuíram para a alta administração saber mais sobre seu cliente. Pesquisas que evidenciaram índices de satisfação mais baixos geraram um desconforto e uma cobrança da alta administração por resultados melhores, pressionando os gestores a implementar melhorias nos processos e garantir a qualidade dos serviços.

[...] nos primeiros meses com a nova metodologia (os índices da pesquisa de satisfação) baixaram para [índice obtido]. Então, isso realmente começava a mostrar que tinham pontos fortes a melhorar, isso gerou calor, gerou uma movimentação, os gestores começaram realmente a prestar atenção no que os clientes estavam falando, quais as oportunidades de melhoria em cada setor e hoje nós já conseguimos aumentar/elevar esses níveis para cerca de [índice]. A gente sabe que para um NPS (*Net Promoter Score*) são níveis muito bons, porque a gente acompanha, a gente faz uma correlação com outras instituições e a gente sabe o quanto é difícil para quem trabalha com o NPS ter um nível muito elevado de satisfação [...] e os gestores estão motivados e estão mudando muitos processos. Então, acho sim que a gente consegue demonstrar que houve sim qualificação dos serviços por meio dessa busca de novos índices de satisfação do cliente.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.4

Outro resultado da implementação de mecanismos com a participação presencial do paciente em conselhos e comitês, observada nos profissionais da instituição, foi o estímulo de um senso de urgência, com o compromisso de agir no curto prazo para resolver os problemas ou implementar ações de melhoria, pois foi preciso dar um retorno ao paciente. A criação de canais formais de comunicação com o paciente gerou a necessidade de tratar as questões

levantadas com um compromisso de prazo. A expressão ‘empurradinha’ remeteu ao fato de que podia demorar para resolver. A expressão ‘via de mão dupla’ apontou para a coparticipação e a corresponsabilidade.

Eu acho que os dois resultados são bem diferentes (pesquisas de satisfação *versus* participação no comitê). No primeiro caso, a gente tem uma busca de melhoria, mas, muitas vezes, o que acontece, inclusive aqui na instituição, como o cliente não está ali, o cliente, às vezes, não está nem esperando a resposta tão imediata, os gestores ficam um pouco mais tranquilos para resolver o problema, às vezes nem resolvem, às vezes dão uma ‘empurradinha’ aqui. Eu acho sim que uma tratativa direta com o cliente, com essa via de mão dupla, o cliente *face to face*, é muito mais eficaz, isso com certeza. [...] Quando a gente abre uma porta e diz assim “bom, você está convidado para falar o que você quer e pedir o que você quiser”, então o outro lado também tem que ter um retorno.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.13

Na instituição, outro resultado do engajamento dos pacientes na gestão da qualidade pôde ser o fato de a abertura de novos canais de contato gerar mais empatia e compaixão nos profissionais de saúde.

Acho que a gente aprende mais empatia, a gente aprende mais compaixão, a gente aprende mais sobre como nos portamos com o paciente. Tem diversos ganhos no contato (com o paciente), de abrir esse canal oficial dentro da instituição. E eu ainda acho que nós temos muito a desenvolver, a aprender, mas acho que esses primeiros anos de experiência têm nos demonstrando isso.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.17

Observou-se, ainda, uma estreita relação nas ações voltadas para a qualidade e segurança do paciente. Assim, o impacto do engajamento se deu na melhoria da qualidade dos serviços e da segurança do paciente.

O hospital começou o trabalho no Núcleo de Segurança do Paciente e aí, nós, do Núcleo de Segurança do Paciente, aos poucos, fomos também agregando a parte da qualidade. Então, hoje, nosso processo de modelo de gestão da qualidade está bem inserido junto do Núcleo de Segurança do Paciente. As coisas acabaram se fundindo.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.10

Nem toda a instituição tem qualidade no sentido de creditações, certificações, protocolos assistenciais, gestão de terceiros. Isso tudo diz respeito ao conteúdo da qualidade. Então, nem toda instituição tem essa parte da qualidade, depois, especificamente, segurança do paciente, que significa análise e investigação de eventos adversos, análise de riscos, plano de ação, essa história toda, melhorias e mais o que a gente tem aqui, que são os desfechos clínicos. Então, em nem todas as instituições você vê isso tudo dentro de uma única gerência. Ele só está dessa maneira desenhado por uma definição e determinação da superintendência da instituição, que enxerga que essas coisas têm que continuar funcionando juntas.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.9

5.3.3 *Categorias e suas propriedades e dimensões*

Na análise das entrevistas, foram identificados 37 conceitos, sendo, em sua maioria, conceitos classificados no nível básico (Tabela 56). Esses conceitos foram agrupados em resultados do engajamento (apresentados na seção anterior) e cinco categorias, as quais correspondem a: paciente parceiro, abertura para mudança, mecanismos de engajamento, maturidade do sistema de gestão da qualidade e estrutura interna para engajamento dos P/F. Adicionalmente, foram identificados três fatores contextuais, que podiam influenciar no engajamento, sendo estes o sistema de saúde local, a comunidade (saúde e perfil cultural e socioeconômico) e a era da informação. A seguir, são descritas as categorias e os fatores contextuais, apresentando sua definição, as dimensões e as propriedades baseadas nas evidências coletadas nas entrevistas.

5.3.3.1 Categoria1: Paciente parceiro

O engajamento do paciente na gestão da qualidade tornou-o um parceiro na busca da melhoria dos serviços. Seu envolvimento esteve vinculado, primeiramente, à sua disponibilidade e vontade de participar. Quanto à disponibilidade, dois aspectos precisaram ser considerados: tempo e custo. Durante o período de internação, o paciente já estava no hospital e percebeu-se que era mais fácil envolvê-lo nas atividades.

Quando a gente fala em envolver o paciente e a família, talvez em situações mais diárias que envolvam a qualidade, a gente volta um pouquinho para o interesse dele sobre isso, a vontade dele de estar engajado, de entender o que aquilo significa para sua segurança e do quanto eles conseguem/tem a disponibilidade para participar com a gente. [...]

Ter um tempo dedicado das pessoas fora do tempo de internação também não é uma coisa fácil. Enquanto eles estão dentro do hospital, convidá-los para participar de coisas é tranquilo, quando eles saem daqui não é tão simples assim esse envolvimento. Sempre gera um esforço para que isso aconteça e que a gente consiga que todas as pessoas que a gente gostaria que estivessem participando, participem. (Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.18

Tabela 56 – Relação entre as categorias e os conceitos do nível básico identificados na análise das entrevistas

Categorias	Conceitos básicos
Conceito e contribuições do engajamento dos P/F	3. Qualidade é gerar valor para o paciente
	7. A experiência do paciente é uma fonte de informação para melhoria da qualidade
	15. Contribuição do envolvimento é planejar as melhorias a partir da perspectiva do P/F
	17. Gera mais empatia e compaixão nos profissionais de saúde
	21. Qualidade e segurança do paciente são tratadas juntos
Paciente parceiro	24. Participação presencial do P/F gera senso de urgência e compromisso com a mudança
	13. Seleção dos pacientes como uma estratégia para aumentar a adesão
	14. O sentimento de dono do paciente pelo hospital facilita seu engajamento
	18. Importância da vontade e disponibilidade do paciente para participar
	20. Mudança no comportamento do paciente que passa a ser responsável pelo seu cuidado
Mecanismos de engajamento dos P/F	34. O tempo de permanência no hospital interfere na experiência do paciente
	36. Dificuldade de engajamento do familiar
	5. Tudo começa com o direcionamento da Alta Administração
	8. Não é observada uma relação direta entre as atividades de engajamento do paciente na gestão da qualidade e os programas de acreditação
	10. O direcionamento da instituição para temas de interesse comum com os P/F facilitou o processo
	11. Existem níveis e formas diferentes de fazer o engajamento do P/F de acordo com o objetivo e o contexto – é preciso experimentar
	12. A comunicação unilateral traz informação e o diálogo permite construir junto a solução
	22. Tecnologia pode melhorar a comunicação – aumenta a participação e reduz o tempo para todos os interessados terem acesso à informação
26. Conceito de engajamento dos pacientes e forma de fazer não estão claros	
Maturidade do sistema de gestão da qualidade	37. Envolvimento nas ações de melhoria dos processos de rotina é mais fácil do que no nível estratégico
	1. Programas de qualidade regionais e de acreditação auxiliam na estruturação do sistema de gestão da qualidade da instituição
	23. Mudança começa com um piloto e depois expande
	27. Programas de qualidade se reinventam
Abertura para mudança	30. Facilita ter uma pessoa que consiga interagir com diferentes áreas para implementar as melhorias – atuação horizontal e ampla
	9. Requer uma mudança cultural dos profissionais e dos P/F, por isso é um processo lento
	29. Relação de poder entre os profissionais de saúde e os pacientes
Estrutura interna para engajamento dos P/F	32. Experiência do paciente tem uma importância pessoal para os profissionais
	35. Riscos envolvidos no processo de engajamento
	2. A cultura da instituição e dos seus fundadores tem impacto na estrutura do programa de gestão da qualidade
	4. Pensar diferente sobre como o paciente pode ser um parceiro
	6. O modelo de cuidado pode direcionar a valorização do trabalho interdisciplinar e a valorização de diferentes perspectivas, incluindo profissionais e paciente
Fatores contextuais	19. Dentro da instituição existem diferenças que podem impactar no nível de engajamento do paciente na gestão da qualidade
	25. Falta de recursos financeiros para melhorias gera frustração na equipe
	33. Transparência das informações sobre os processos facilita participação do P/F
	16. As pessoas estão mudando, pacientes e profissionais, e a comunicação não pode mais ser unilateral – mudança começa dentro de casa
	28. Paciente como cliente
	31. Cultura da região impacta na forma de trabalho e relacionamento entre os profissionais dentro da instituição – colaboração

Fonte: elaborado pela autora. P/F: paciente e familiares.

Em alguns casos, de acordo com o poder financeiro, o custo do transporte poderia representar uma barreira para a participação de pacientes que moravam longe e/ou que possuíam baixa renda.

A gente tem pacientes de outros municípios que têm dificuldade. Então, se tu vais trazer depois da internação ou em outro momento tentar trazer essas pessoas, elas não vão vir. Às vezes, depende de transporte da Secretaria de Saúde para esse deslocamento, são pessoas às vezes pobres, que não vão ter dinheiro para pagar uma passagem para vir até aqui para participar de uma reunião, ela não vai vir, porque vai fazer falta para outra coisa. Então, a gente tem que aproveitar aquele momento enquanto ele está ali dentro.

(Trecho da entrevista do participante H3) – memorando 3.6

A disponibilidade também poderia estar relacionada à idade ou ao estado de saúde dos pacientes, embora não representassem obrigatoriamente uma restrição para o engajamento. Nos hospitais que atendiam principalmente uma comunidade com uma alta proporção de pacientes idosos, observou-se que, normalmente, quem participava eram os familiares. As instituições tinham realizado ações e cuidados especiais, quando necessário, para viabilizar a participação dos interessados que apresentavam alguma limitação devido ao seu estado de saúde.

Então, acho que a gente está muito na transição, porque para uma instituição como a nossa, por exemplo, que tem pacientes muito idosos, eu nem sempre consigo trabalhar nesta perspectiva porque eles às vezes não sabem nem usar essa informação toda que eles podem ter acesso. [...]

Nesse segundo (comitê de pacientes), a gente já colocou na internet a possibilidade de os pacientes ou de acompanhantes, normalmente são familiares, se inscreverem, e aí eles preenchem um formulário, e a gerente das unidades de internação é quem é responsável pelo conselho.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.7

Um dos pacientes tinha um dos membros inferiores amputados, usava cadeira de rodas para movimentação. A gente teve que organizar todo o deslocamento dele até a instituição. Então sim, acontece, acontece. Conforme a disponibilidade a gente tem outras situações que envolveram a saúde do paciente que a gente precisou ter um cuidado especial. [...] Isso não é um critério de exclusão.

(Trecho da entrevista do participante H1) – memorando 1.13

Com relação à vontade do paciente, considerou-se que nem todos queriam participar de atividades do hospital, adicionais às relacionadas diretamente ao seu cuidado. Em alguns casos, o importante, para eles, é o resultado.

A gente tem diversas ações disponíveis para paciente e para família abertas, que acontece em diversas áreas do hospital [...]. Para o comitê, nesse caso, nós estamos convidando pessoas que tiveram na instituição no último período, nos últimos 2 anos, que é quando a gente está renovando o comitê, e que tiveram uma interação demonstrando o interesse de que gostariam de contribuir com a instituição. Então, são estes que nós estamos convidando para participar do comitê. Foi a forma que nós encontramos nesse momento para ter mais adesão também, porque nós não queríamos convidar simplesmente 50 pessoas e que três viessem ao comitê. Então, a gente buscou pessoas que tinham demonstrado esse interesse em algum momento e que então estão disponíveis para estar aqui.

(Trecho da entrevista do participante H1) – memorando 1.13

Aqui, eu não consigo perceber (um movimento por parte do paciente para participar), por exemplo, na minha instituição eu ainda não percebo. É muito baixa ainda, as pessoas têm pouco interesse em querer colaborar, em ajudar a melhorar o processo. É importante para elas o resultado e pronto, talvez o processo nem seja tão importante.

(Trecho da entrevista do participante H2) – memorando 2.7

Um fator que contribuiu positivamente para a vontade do paciente em participar foi o seu sentimento de dono pela instituição. Um longo tempo de relacionamento com a instituição ou uma alta frequência de atendimentos em um período mais curto podiam provocar esse sentimento. Além disso, pacientes que passaram a participar de fóruns nas instituições também podiam despertar esse sentimento, sugerindo este ser um ciclo – os pacientes se engajaram porque se sentiam donos e se sentiam donos porque estavam engajados.

As pessoas adotam o [nome do hospital] como seu hospital, então isso é um facilitador. Tem pessoas que nasceram aqui e passam a vida inteira sendo atendidos aqui e sentem que o [nome do hospital] é o seu hospital. Então, quando a gente os convida para participar de alguma coisa, eles estão participando do seu hospital. Isso é sim uma das coisas que facilita.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.14

As pessoas acabam se engajando, as pessoas acabam se sentindo um pouquinho proprietárias do hospital, elas veem que estão colaborando e ajudando a melhorar. Isso melhora muito a relação da equipe toda com o familiar e com o paciente.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.4

Vontade e disponibilidade foram requisitos para a participação em qualquer nível de engajamento. Entretanto, para participação em níveis de engajamento como envolvimento e parceira e liderança compartilhada, outros requisitos passaram a ser considerados. O primeiro foi a experiência do paciente, que estava relacionada ao seu conhecimento sobre o serviço e permitia que ele tivesse uma referência para avaliar a qualidade. A experiência auxiliava o

paciente a fazer comparações e a elaborar uma crítica do nível de qualidade do serviço, para contribuir para as discussões sobre as melhorias. A experiência poderia ser desenvolvida pelo tempo de relacionamento ou por um contato mais intenso, que não necessariamente precisava ser uma internação. Em casos extremos, uma experiência muito ruim no serviço podia ser suficiente para o paciente contribuir para a identificação e a análise dos pontos a melhorar nos processos.

Normalmente, são pacientes ou então, vou dar um exemplo, um paciente oncológico que frequenta nosso centro de oncologia no ambulatório, então ele pode fazer parte do conselho ou então familiares de pacientes que estão ou que estiveram aqui, não necessariamente eles estão internados. Mas, eles precisam ter tido algum nível de contato, internação ou atendimento no ambulatório vamos dizer mais intenso, nos últimos 6 meses. [...]

É que quando chega em um nível estratégico, por isso que eu disse um tempo mais de relacionamento, não é para defender a instituição, mas é para entender a instituição para ele poder conseguir participar. Então, esse tempo de relacionamento que a gente tem, não sei se 1 ano, 1 ano e meio, não sei, mas esse tempo de relacionamento em que a pessoa começa a falar assim “nossa, agora eu entendo como funciona essa engrenagem que está por trás”, a partir dali ele consegue começar a contribuir para essa questão estratégica.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.7

Eu penso que em um desses fóruns a gente poderia, por que não, primeiro começando internamente, trazer uma mulher: ‘olha a gente quer ouvir você’. Mas, daí, a gente teria que selecionar, tem que ter alguém crítico, você tem que ter critério: ‘não quero que seja o primeiro bebê dessa mulher, eu quero que seja uma mulher que já tenha tido experiência em dar à luz’, porque ela precisa comparar. ‘Aqui foi bom?’. ‘Foi’, mas ela está se baseando com o quê? A não ser que tenha sido um tratamento horrível, que qualquer um vai dizer ‘não, foi péssimo’. Aí sim. Mas, não, eu quero uma mulher que já tenha uma certa experiência em dar à luz, que já tenha ido em outro lugar ou tenha sido aqui mesmo e compare um com o outro. [...] Ouvir mulheres de outras maternidades, até para gente saber o que será que elas esperam. Então, em um mundo ideal, eu penso que a gente deveria ter um encontro sim com uma mulher que pudesse avaliar, que tivesse um pouco de crítica para poder dizer vocês são bons/vocês são ruins ou melhorem nisso ou naquilo, ou continuem aqui/ali dessa maneira.

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.4

A experiência também podia variar de acordo com o tipo de serviço (pronto-socorro, internação, diagnóstico, entre outros) e precisava ser considerada no planejamento para implementar cada um dos mecanismos.

Hoje, esse questionário (pesquisa de satisfação que aborda a experiência) é enviado para mais ou menos, ou pelo menos 20% dos pacientes. Então, assim, 20% das internações, 20% dos pacientes atendidos no pronto-socorro, 20% dos pacientes que fazem algum exame de imagem, algum exame no serviço de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico). Então, tem no hospital o que a gente chama de três campanhas: o paciente internado, de pronto-socorro e o de medicina diagnóstica.

(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.9

O paciente com um tempo de permanência maior na instituição podia ter uma experiência mais intensa, e seu *feedback* pode ser utilizado para tornar seu cuidado mais leve.

A partir do momento que a gente começou a trabalhar com pacientes com uma permanência maior, a gente começou a ter mais experiência do *feedback*, da experiência deles e a perceber que a gente precisava repensar alguns processos, repensar na forma, o nosso jeito de fazer, porque aquelas pessoas precisavam ter uma experiência melhor lá dentro do hospital. É diferente de uma pessoa que vem, fica 24 horas e vai embora do que tu teres uma pessoa que fica 15, 20, 30, 60 dias dentro do hospital. Então, a gente começou a perceber que essa experiência era muito pesada para as pessoas, e a gente sentiu a necessidade de tornar ela o mais leve possível.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.14

Complementar à experiência, outro requisito para o paciente participar em níveis de engajamento mais altos foi seu perfil. De acordo com o tipo de mecanismo de engajamento a ser implementado, poderia haver alguns requisitos importantes para criar um ambiente de colaboração. A maior parte das instituições tinham canais específicos para os pacientes relatarem as queixas, que correspondiam ao nível de engajamento denominado ‘consulta’. Por isso, ao implementar mecanismos do nível envolvimento, tais como comitês, conselhos ou grupos de trabalho, esperava que esses fóruns não se tornassem “mais um local para queixas”. Para o nível envolvimento, foi esperado que os pacientes fossem participativos, tivessem uma postura ativa e mais reflexiva e fizessem uma crítica construtiva para contribuir para a solução de problemas e na melhoria dos serviços; do contrário, considerou-se que os novos mecanismos de engajamento podiam não agregar valor.

É, eu acho que mesmo para o conselho, esse que a gente tem hoje em dia, de certa maneira a gente avalia esse perfil. Quando a gente faz essa entrevista é para a gente tentar entender como é que a gente vai fazer o *mix* de pessoas dentro do conselho, de maneira a conseguir um certo equilíbrio. Não é que a gente só vai buscar pessoas que tenham essa habilidade, mas a gente precisa ter um certo equilíbrio dentro do conselho para que a gente consiga sair com alguma coisa produtiva de lá. Então, isso, de certa maneira, já é um fator de avaliação para qualquer tipo de colaboração – eu estou dizendo de conselho, ou seja, quando a gente coloca várias pessoas juntas. Isso não significa que, para outros tipos de ação, a gente vá buscar esse nível de perfil, não necessariamente. Mas, quando a gente está fazendo isso em grupo eu acho que isso é muito importante, porque você sabe como funciona a contaminação de grupo. Então, se a gente não tem um equilíbrio no grupo, pode chegar em determinados momentos no conselho que tem ‘nós’ e ‘eles’. Você já não consegue mais um *mix*. Então, a gente precisa sim de pessoas que consigam fazer um olhar mais reflexivo sobre isso e não só passional. [...]

Se a gente diz ‘ele tem uma certa característica e ele tem um tempo de relacionamento’, isso eu imagino que pode garantir.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.7

A minha percepção é de que (os pacientes) não estão tão preparados para ter uma crítica, uma participação, uma crítica mesmo de uma forma mais bem estruturada. Eu já tive experiências com pacientes ou familiares de pacientes que têm uma formação em qualidade, melhoria de processos e tudo mais, mesmo não sendo da área de saúde. Olha eles te dão uma aula de como fazer um processo assistencial melhor, porque tem aquela visão, mesmo não sendo da área de saúde. Mas, assim em geral, não sei se é uma questão cultural do brasileiro, ele se queixa muito de uma série de coisas.

(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.4

Tem grupos (de pacientes) que são um pouquinho mais disfuncionais assim, que vão lá um pouco mais para se queixar, se queixar, e aí fica muito difícil da gente evoluir.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.4

Na evolução do tema dentro das instituições, observou-se a necessidade de uma mudança no comprometimento do paciente, que passou a ser corresponsável por seu cuidado e, assim, participar. O interesse do paciente podia interferir em sua relação com a instituição, e ele teria vontade de participar, sem precisar ser convidado. Essa mudança de comportamento podia ser promovida pelo compartilhamento de informações por parte das instituições.

Eu primeiro imagino o paciente mais corresponsável com seu cuidado, que consiga entender a sua responsabilidade como paciente e sua oportunidade de estar envolvido desde antes de ele estar no hospital, desde o resultado que ele conheceu de um médico e faz diferença, desde quando ele olha para como uma instituição adere a qualidade faz diferença, então acho que desde o conceito de como ele pode definir o que é melhor para o cuidado dele. [...] Então, a minha aspiração começa lá do início porque, se isso for importante para o paciente, isso muda a forma como a gente cuida aqui dentro, porque exige que hospital também trate diferente e que eu não vou nem precisar convidar ele para participar do comitê, ele vai querer estar trabalhando junto da gente para isso. Eu enxergo isso lá no início. E acho que as ações que a gente tem implementado são pensando nisso, pensando que a gente pode começar a trabalhar com o paciente desde lá da sua escolha, desde sua decisão. Acho que é isso, talvez esta seja a minha aspiração.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.20

Na questão dos fluxos dos processos, também facilita muito para gente o contato com o paciente e reduz aquela carga de cobrança pesada que a gente recebe do paciente quando ele entende qual é o fluxo da assistência. Principalmente, quando a gente trabalha assim. Nós somos um hospital que trabalha que tem um pronto atendimento e tem leitos clínicos de retaguarda. Mas, eu não tenho SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) de alta complexidade, eu não tenho cirurgia de urgência. Então, a gente depende muito de fluxos de referência e contrarreferência, que nem sempre funcionam da forma mais adequada dentro do SUS. Então, a gente compartilhar esses fluxos, esses processos como eles funcionam, o tempo de espera com os familiares e com os pacientes, na verdade acaba ajudando com que eles sejam companheiros da gente nessas buscas. [...]

Eu acho que, para mim, no mundo ideal, o primeiro passo seria que esse *case* pudesse ser replicado de que tudo que fosse relativo à gestão da assistência do

paciente fosse realizado na beira do leito com o paciente tendo voz ativa sobre aquilo que vai ser feito para ele.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.7

Quando o paciente se envolvia, ele passava a conhecer as deficiências do processo e podia ajudar a buscar as soluções. O conhecimento dos fluxos dos processos pelo paciente facilitava o trabalho da equipe do hospital e podia fazer com que o paciente fosse um parceiro.

As pessoas se envolveram para tentar achar uma solução para os problemas e entenderam o lado da instituição como uma peça que também tem suas fragilidades, tem suas deficiências e o que a gente pode fazer para melhorar.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.9

Sobre o engajamento dos pacientes e dos familiares nos processos de qualidade, a gente tem, por exemplo, a educação do paciente sobre a higienização das mãos. Então, a gente educa o paciente e o familiar que toda vez que um profissional da saúde, ou qualquer profissional entrar no quarto, antes de tocá-lo, ele tem que higienizar as mãos. Então, é um processo de engajamento dele no processo de qualidade e a gente percebe que, quando a gente chega nesse nível, tem um amadurecimento maior da instituição nesses processos. É engajado que no [nome do hospital], a gente, antes até de fazer uma educação mais forte assim dos pacientes em relação à higienização das mãos, a percepção deles sobre a higienização das mãos dos profissionais ela era assim praticamente 100%. Mas, depois que a gente foi educando os pacientes sobre quais são os momentos, as oportunidades ideais de higienização das mãos, eles foram mais ativos, ou seja, o paciente e o familiar estavam sabendo o que olhar.

(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.2

Você tem que entender que não é matemática, que as condutas, que as decisões tomadas, todas elas têm um risco e que se você divide a responsabilidade, que se você compartilha isso com o paciente, se as coisas derem erradas, o peso vai ser bem mais leve para todo mundo. Mas, isso é uma quebra de paradigma de fato e a pessoa informada facilita a vida da gente, quando você pensa assim.

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.7

Na Tabela 57, são apresentados os fatores intervenientes citados nas entrevistas, que podem representar uma barreira para encontrar um paciente parceiro do hospital.

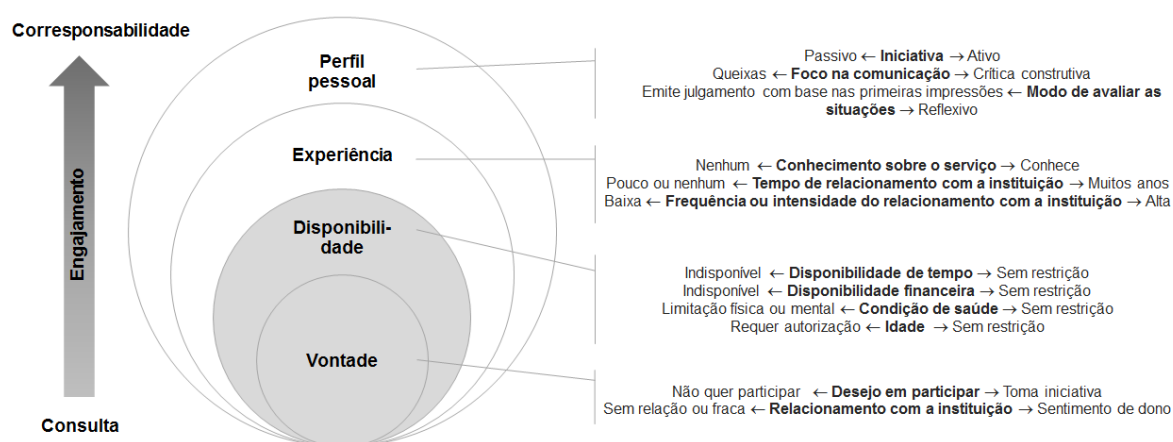
Tabela 57 – Fatores intervenientes para encontrar um paciente parceiro

Fator	Evidência
Nos hospitais especializados, tais como maternidades, há uma dificuldade maior em ter um paciente experiente. O tempo de contato na instituição é muito rápido e, em alguns casos, a gestante tem acesso ao serviço uma única vez	“Só que na maternidade, ele é complicado. Você consegue isto, ‘ah, mas eu vou fazer aí uma reunião sistemática de um grupo pensando em qualidade assistencial que envolva o paciente’, mas normalmente eu enxergo isso que é mais fácil fazer com o paciente crônico, porque a gestação, a maternidade, ela é bem transitória. Ela passa. Como fazer isso? Como você ter alguém que represente a mulher, que represente a gestante? Deve ter como, deve ter. Mas, essa limitação que “eu venho para ter o bebê, o bebê nasce, eu vou embora e às vezes eu não vou ter outro filho” como que eu vou fazer isso de uma forma sistemática ou eu vou mudando essa mulher? Não sei.” (Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.6
Dificuldade de comunicação com alguns pacientes, tais como usuários de drogas	“É difícil quando a gente tem pacientes que são usuárias de droga, é uma paciente bem difícil da gente se comunicar. Mas, para a nossa comunicação com ela (paciente), não penso que seja assim uma grande barreira ela não ter estudo, ela ser pobre, ela ser mulher, ela não ter família. Não há uma dificuldade nisso para a gente” (Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.4
Dificuldade de engajamento do familiar, devido à falta de uma educação/letramento do P/F, em relação às questões de qualidade e segurança	“E tem uma outra questão, que eu não sei se ainda é uma questão cultural nossa, do brasileiro, que é o paciente está ali, o familiar tem que cuidar do paciente, ele tem que estar engajado ali em fazer o cuidado dele, participar daquilo, se interessar por aquilo. Eu acho que a gente está um pouco atrasado nisso também, tem o que a gente chama aí de um letramento mesmo da população sobre questões de qualidade e segurança na área da saúde” (Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.11

Fonte: elaborada pela autora. P/F: paciente e familiares.

A Figura 52 apresenta, de forma gráfica, uma síntese da descrição do paciente parceiro, suas propriedades e dimensões. Vontade e disponibilidade foram requisitos considerados necessários para qualquer nível de envolvimento na gestão da qualidade em um hospital. Em contrapartida, para níveis mais altos de engajamento, passaram a ser desejáveis requisitos relacionados à experiência do paciente e ao seu perfil pessoal.

Figura 52 – A categoria paciente parceiro, suas propriedades e dimensões



Fonte: elaborada pela autora.

Notas: os requisitos em cinza são os necessários para qualquer nível, e aqueles em branco são os desejáveis para níveis mais avançados de engajamento. As dimensões descritas para cada propriedade representam os extremos, devendo-se considerar que existem escalas intermediárias.

5.3.3.2 Categoria 2: Mecanismos de engajamento dos pacientes e familiares

O engajamento dos pacientes na gestão da qualidade foi orientado a partir do direcionamento da alta administração. Em alguns casos, o esforço de implementação dos mecanismos de engajamento concorreu internamente com outras necessidades e projetos. Por isso, foi preciso ter um direcionamento claro de como tratar demandas concorrentes, esclarecendo quais eram as prioridades. A equipe responsável precisou planejar e, de fato, começar a agir, atuando ativamente sobre as iniciativas.

Pesquisador: 'Qual foi a origem dessas iniciativas, foram da alta administração, do planejamento estratégico ou tem alguma relação com a acreditação que vocês têm? Como surgiu essa motivação para fazer essa aproximação e aumentar o canal de comunicação com os pacientes?'

Entrevistado: 'Foi uma diretriz corporativa.'

(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.3

Você sabe que a principal barreira é você de fato se sentar, planejar e falar a respeito disso, porque eu cheguei até a fazer um projetinho pensando nas maternidades e que daí sempre a mulher teria que vir junto. Mas, de fato eu acho que falta um pouco de vontade, vontade porque 'ah, eu tenho muita coisa para fazer'. O teu tempo você pode priorizar em muitas coisas. Então, a gente tem muita gente que abraçaria essa ideia aqui. Então, o que nos falta talvez seja uma vontade maior de compor um grupo para falar a respeito disso ou você iniciar, pedir uma pauta da Comissão de Humanização e aí desencadear ações para a gente planejar alguma coisa neste sentido. Talvez, falte aí sair um pouco da teoria e ir para a prática. Você sabe, você quer, você tem aqui uma mentalidade que é diferente da maioria, então se mexa, faça alguma coisa diferente, seja mais ativo. E eu me incluo nessa falta de atividade em relação ao assunto.

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.1

Embora tenha sido observada uma relação entre os programas de acreditação e o sistema de gestão da qualidade dos hospitais, o mesmo não ocorreu nas ações para envolvimento dos P/F na gestão da qualidade. Segundo os entrevistados, não foi observada uma relação entre os programas de acreditação e a motivação e direcionamento das ações para engajamento dos pacientes na gestão da qualidade.

Não, eu acho que quando a gente fala em envolvimento do paciente, a acreditação não é prescritiva em relação a isso e ela não exige que isso aconteça. Ela fala muito em educação, ela fala muito em cientificar o paciente daquilo que está acontecendo. [...] Acho que eles passaram a fazer um movimento de trazer mais o paciente e família para as questões de qualidade, embora não seja nada prescritivo.

(Trecho da entrevista do participante do H1) - memorando 1.8

Houve uma diversidade de mecanismos para engajamento dos pacientes na gestão da qualidade nos hospitais, e, durante a pesquisa, observou-se que ainda faltava informação sobre o tema. “Não está claro para as instituições” como poderia ser feito o engajamento. Um nível de engajamento maior dos pacientes é considerado uma realidade distante para algumas instituições.

Falta um pouco de informação sobre esse tema (engajamento do paciente) também, às vezes esse tema ele não é muito difundido, muito comentado, não faz parte ainda do processo. Eu acho que ele começou sim por algumas instituições de referência que a gente sabe, Albert Einstein e o Sírio que já têm isso um pouco mais adiantado, inclusive já com escritórios de experiência do paciente e tudo mais. A gente ouve isso, mas para nós ainda está um pouco longe essa realidade, a gente não consegue enxergar isso ainda. Não está tão claro para as instituições.
(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.15

Observa-se que, em alguns casos, a melhor forma de engajar os pacientes não era compreensível nem mesmo para instituições que já implementaram diversos mecanismos. Os entrevistados utilizaram as palavras ‘testar’ e ‘se aventurar’ ao se referirem ao planejamento e à forma de implementação dos mecanismos.

Então acho que são estratégias diferentes para eventos diferentes e para questões de qualidade diferentes. Talvez por isso que, quando a gente pensa de que forma a gente vai trabalhar, a gente não tem uma fórmula correta ainda. [...]
Acho que a gente ainda está buscando a melhor forma de fazer. O que a gente tem feito é se aventurar, se aparecer uma oportunidade vamos testar, se alguém está falando que está com vontade de fazer desse jeito, vamos fazer, porque a gente realmente não tem a forma correta ainda.
(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.11

Os mecanismos podiam variar de acordo com seus objetivos, o fluxo de comunicação, o formato, a abrangência, o nível de atuação e o uso de tecnologia para sua aplicação. Quanto aos objetivos, na escolha dos mecanismos a serem implementados, foi preciso entender qual o objetivo, além de considerar o contexto da área ou instituição e estar aberto para testar as diferentes possibilidades. Os objetivos podiam variar em uma escala inicial de obtenção de informação à discussão de soluções em conjunto e/ou tomada de decisão em parceria.

A gente queria envolver o paciente na análise de eventos dentro do hospital. Então, ok, nós vamos começar por algum evento, vamos começar pelos eventos de queda, foi o que nós optamos. Então, já que nós tínhamos que começar por alguma coisa, vamos começar pelos eventos de queda porque é um evento que tem bastante relação com o comportamento do paciente. Vamos entender o que é importante para ele, porque que as ações de educação não estão sendo suficientes ou algumas outras coisas que a gente pode fazer. Então, para esse evento a gente vai testar isso,

está testando isso para ver se essa é uma boa forma de trabalho de envolvimento dele e que eu não sei se é a mesma quando eu for falar de um evento de medicação. Porque uma coisa é o quanto ele consegue aderir às orientações que a gente faz em relação ao risco de queda, outra coisa é um evento de medicação que talvez ele não tenha tanta influência naquele momento que tenha acontecido.
(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.11

Acho que tem um passo que é superimportante que é sair do NPS [*Net Promoter Score*], que é a pesquisa de satisfação, que é aquela que a gente faz que são só números, a gente pouco tem contato com o paciente, e começar a usar aquilo que chega em ouvidoria, quando você está cara a cara com o paciente, onde você tem como resgatar o paciente aqui dentro inclusive, quando ele se queixa aqui dentro mesmo. [...] Então, isso sem dúvida nenhuma é uma primeira porta, uma primeira aproximação. Mas, eu acho que a gente não consegue ficar, acho não, a gente não consegue ficar sem esses canais todos porque eles dão informações que são utilizadas para coisas diferentes. O NPS, por exemplo, a gente usa do ponto de vista de gestão. No nosso caso, ele é um dos indicadores que são exigidos de todos os gestores da área. É como a gente calibra o termômetro de como a gente está atendendo as pessoas. [...] Ele [o NPS] é um indicador que também é muito cobrado do ponto de vista de gestão, mas daí é claro que quando eu estou falando de prática assistencial eu vou atrás daquela opinião mais qualitativa, não tem a ver com número. Então, por isso ter diferentes abordagens, diferentes canais de entrada, mas aí depois que você já está maduro. É assim que eu penso.
(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.6

Com relação ao fluxo de comunicação, os mecanismos podiam ter um fluxo unilateral ou bilateral. Os mecanismos do nível consulta, como pesquisas de satisfação ou de experiência do paciente, foram exemplos de um fluxo unilateral – tinham a atuação de um emissor, enquanto o receptor era passivo. Em contrapartida, os mecanismos do nível envolvimento (fóruns, comitês, conselhos, equipes de projetos, entre outros) exigiam reciprocidade entre o emissor e o receptor, implicavam em um diálogo entre as partes e criavam uma possibilidade de buscar soluções em parceria.

Quando a gente traz o paciente para um comitê, a gente está dizendo que ele pode ser responsável junto conosco por algumas coisas. É diferente, quando ele responde uma pesquisa, quando ele responde a satisfação, o NPS [*Net Promoter Score*], ou outra coisa que a gente tem enviado para os pacientes, ele está nos dando subsídios para fazer diferente, está nos dando subsídios para fazer melhor. [...] Sem dúvida nenhuma, ele dá subsídios para a gente trabalhar, mas o comitê envolve dizendo que ele está junto da gente, então vamos trabalhar juntos na solução, vamos ver se o que o hospital está propondo está adequado para juntos fazer diferente.
(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.12

Dentro do processo até de humanização, de engajamento do paciente e familiar, [a implantação de comitês ou conselhos consultivos] é um passo a mais para ouvir o paciente e, nesse caso, não só ouvi-lo mais para que ele participe mesmo na detecção de quais são os problemas no hospital e como que a gente pode solucionar.
(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.5

Quanto ao formato, observou-se mudança na aplicação dos mecanismos, com o objetivo de buscar uma maior participação. As pesquisas com P/F e os locais para registro de sugestões que anteriormente eram aplicadas mais frequentemente de forma passiva estavam sendo realizadas também de forma ativa no momento da coleta de dados.

A gente parou de atuar tanto com a pesquisa (de satisfação) passiva e começou a atuar mais com pesquisa ativa. A gente tem o canal passivo, aonde as pessoas vão lá, preenchem seu formulário, deixam na caixinha. Tem a caixinha que é de sugestão. Mas, existem pessoas no hospital que vão no quarto e tentam captar, trocar uma ideia com os familiares, trocar uma ideia com os pacientes. 'Como está sendo a sua experiência aqui? O que que tu estás gostando? O que tu não estás gostando? O que que a gente pode melhorar? Como é que está a tua comunicação com a equipe? Como é que o teu entendimento com o teu médico? Como está a tua refeição? Como está a limpeza do quarto? As pessoas estão te explicando por que que elas têm que limpar desta forma?'. E não só para a parte da assistência, mas para todos os serviços: 'Como está a roupa de cama? Tua cama está confortável? Teu lençol está legal?' – toda esta questão. E a mesma pessoa que faz essa busca ativa na pesquisa de satisfação é uma das pessoas que atende na ouvidoria. Então, quando ela percebe essas coisas, ela diz 'olha quando tu tiveres um tempinho vai lá na ouvidoria para a gente conversar, vamos formalizar essa tua percepção e vamos encaminhar para a equipe para ver o que que a equipe consegue fazer melhor'.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.3

Quanto à abrangência, os mecanismos podiam envolver níveis diferentes dentro da instituição. O comitê, por exemplo, era considerado um nível institucional. Em contrapartida, ações de educação podiam ser específicas para um setor ou unidade do hospital.

O comitê é um nível de envolvimento, é um nível institucional de envolvimento. É um nível que envolve pessoas que estão se disponibilizando a vir também, porque tu estás convidando pessoas para participarem do comitê. Então, é um nível que é um jeito de fazer o envolvimento.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.11

Quanto ao nível do planejamento, os mecanismos podiam abordar questões relacionadas a processos de rotina (ou seja, operacionais) ou ao nível estratégico. O envolvimento nas ações de melhoria dos processos de rotina era considerado mais fácil do que no nível estratégico, pois esse nível requeria que o paciente tivesse um tempo maior de relacionamento e conhecesse melhor os processos da instituição. Nas discussões para melhorar os processos de rotina, do dia a dia, os pacientes contribuía e efetivamente participavam da discussão em busca de soluções.

Na minha opinião, eu acho que a gente separa em duas formas de contribuir. Eu vou chamar de conselho como um todo, às vezes não tem esse nome. Eu acho que para

essas questões de melhoria do dia a dia, acho sim que parte deles, a gente não vai com a coisa pronta. Às vezes até vai com a coisa pronta, e eles modificam, e a gente modifica e faz segundo o que eles sugeriram. Então, acho que sim que eles têm muita possibilidade de decisão quando a gente está falando de questões de rotina do dia a dia e dessas pequenas mudanças que eu estava dizendo para você [...]. Então, tem de fato uma participação. Eu não tenho dúvida nesse sentido. O que eu acho que muitas vezes se coloca é que o ideal, que era aquilo que eu te falei, que o paciente também possa trazer contribuições de ponto de vista de algumas decisões que são um pouco mais estratégicas, que é definir alguns caminhos para a própria instituição do ponto de vista do qual ela vai investir ou não. [...] No sentido de tomar essas decisões, eu acho que um conselho precisa inclusive ser um conselho de mais tempo, ele precisa ter mais tempo com a instituição para ele poder de fato conseguir contribuir.

(Trecho da entrevista do participante H5) – memorando 5.13

Esse representante do paciente (no conselho deliberativo) é muito interessante porque ele acaba trazendo um peso bem crítico nessas reuniões. Então, é a pessoa que incomoda esse conselho. [relato de uma ação importante conduzida pelo representante dos pacientes e um grupo da comunidade] Quando ele (o paciente/os pacientes) percebeu que ele ia perder um hospital que é tão precioso para ele na região, que é o único hospital, ele foi atrás. [...] É, é um *case* bem interessante. Porque quando a gente fala de experiência do paciente, de engajamento do paciente, a gente fica muito olhando para as ações do dia a dia, até eu tinha esta visão. Depois quando eu comecei a ter uma visão mais macro, na verdade eles já estão engajados. Na verdade, eles estão ativados para aquilo. É que a gente não tem muita ideia disso.

H6) – memorando 6.9

Quanto ao uso de tecnologia, alguns mecanismos podiam ser mais efetivos quando utilizavam soluções tecnológicas. Um exemplo foram as pesquisas com pacientes que podiam ser realizadas em papel ou por meio de celulares, *e-mails*, totens, entre outros. Nesses casos, a utilização de tecnologia pôde aumentar o percentual de participação e reduzir o tempo para todos os interessados terem acesso à informação.

Até [ano], nós tínhamos a pesquisa convencional, aquela de formulários com várias perguntas que a pessoa durante o atendimento ou depois do atendimento preenchia e colocava na urna. Em [ano], a gente começou um projeto piloto na nossa emergência com a aplicação do NPS [*Net Promoter Score*], via SMS do celular [...] Então, o que a gente observou, dentro desse processo na emergência, é que nós conseguimos uma adesão muito maior hoje do cliente respondendo esse tipo de questionário, e começaram a aparecer várias situações em que nós começamos a perceber falhas no nosso processo que não estavam diretamente ligadas aquele setor [...] Esse novo canal, essa nova tecnologia de informação traz mais agilidade para a informação e mudanças efetivas de processo que a gente consegue detectar mais lá na ponta. [...]

Hoje, a gente tem o NPS em todas as unidades do hospital e funciona muito bem porque o que acontecia antes, a informação era em papel, mas as pessoas não tinham vontade de escrever, ou não tinham tempo, esse papel ele tinha que ser transcrito depois para pôr no sistema, algo que levava mais tempo. Hoje, essa informação já vem direto pelo sistema, já cai em um sistema de *e-mails* próprios e já dispara os *e-mails* para as pessoas que são responsáveis. Hoje, o gestor da área,

quando vem uma pesquisa com algum tipo de reclamação ou sugestão, ele está recebendo 24 horas depois do ocorrido. Então, ficou com muito mais agilidade e a gente tem percebido que isso mudou bastante o engajamento e a participação do nosso cliente.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.11

Nos mecanismos do nível envolvimento, em que o paciente participou de algum comitê ou conselho, o planejamento de pautas contendo temas de interesse em comum entre a instituição e os P/F direcionou melhor o trabalho e permitiu uma contribuição efetiva dos pacientes e, posteriormente, um retorno das melhorias realizadas.

Nós deixamos essas reuniões para temas que nós entendíamos ser de importância para o paciente e para a instituição. Pelo menos começamos a reunião com alguma coisa predefinida e depois tem um momento para trazerem outras situações, mas a gente já consegue direcionar algumas coisas. Isso tornou um pouco mais fácil de gerar ações, gerar planos e conseguir dar retorno para os pacientes também daquilo que eles estavam trazendo, porque a gente conseguiu direcionar mais aquilo que estava sendo solicitado. Nós definimos algumas coisas de validação, por exemplo, de materiais para paciente que podem passar pelo comitê, algumas plantas de áreas que a gente está discutindo com eles, se eles entendem que existe alguma coisa que poderia ser trabalhada diferente em uma área que a gente está construindo. A gente conseguiu definir pautas específicas a serem trazidas para eles, para contribuição deles. Então acho que isso está sendo importante para que as reuniões sejam objetivas e sejam bastante aproveitadas tanto pelos pacientes quanto por nós aqui da instituição.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.10

Eles trazem os temas, eles pedem, por exemplo, 'fiquei muito mal impressionado com o atendimento [sei lá] do *call center* e queria entender um pouco como é que funciona isso e não sei o que lá'. E aí a gente chama o responsável do *call center*, ele vai lá faz uma apresentação, os pacientes dão sugestões, tem algumas, muitas delas, que a gente aproveita para fazer melhoria. Aí a gente faz a melhoria e leva para eles de volta para dizer 'bom, isso aqui que a gente pensou, não sei o que lá, o que vocês acham?', para ver se dá para implantar e aí a gente implanta. Então, eles já participam nesse sentido de dar sugestões de melhorias para a gente fazer para essas áreas que eles puxam. Habitualmente, tem um estabelecimento de pauta que vem muito mais deles do que da gente.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.5

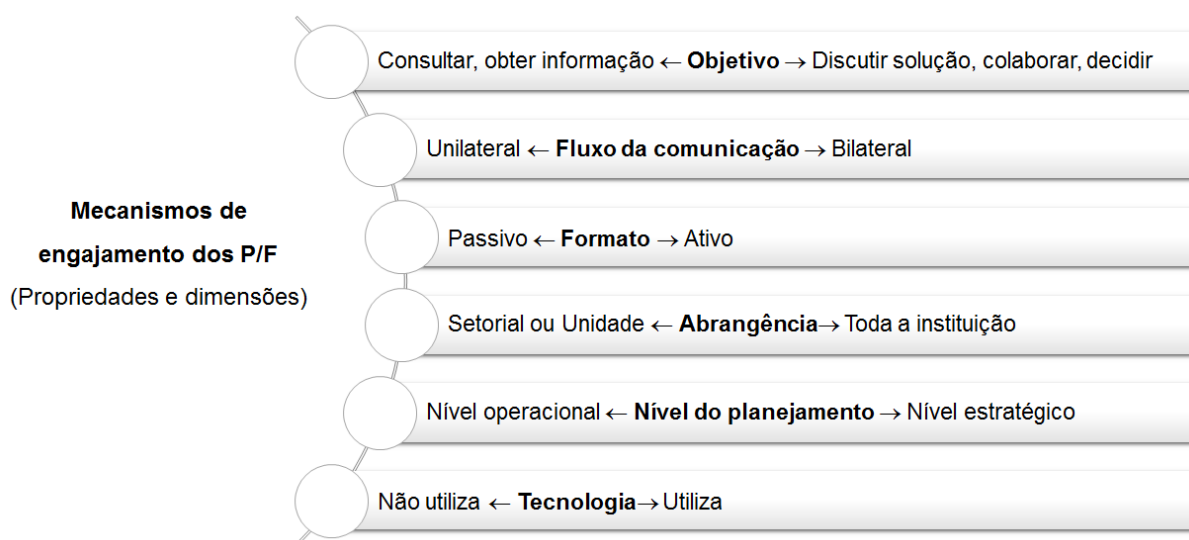
Sobre a implantação de novos mecanismos do nível envolvimento, em instituições que já possuía mecanismos de consulta, foi observado que a decisão de ampliar o número de mecanismos de engajamento podia ser desestimulada pelo conforto gerado pelas informações obtidas a partir dos mecanismos já implantados, como pesquisas com pacientes. Por exemplo, bons índices de satisfação podiam ser considerados suficientes para demonstrar a qualidade do serviço e não justificar ou não criar a necessidade de implementar novos mecanismos.

A gente [...] procurou fortalecer muito aqui a ouvidoria. [...] porque ali é que a gente consegue de fato entender o que acontece. [...] Então, a gente chegava a ter meses que se tem uma amostragem até de 30% a 35% de mulheres que se manifestaram e isso é muito alto. [...] aqui uma das questões que nos deixam confortáveis é em relação a ‘ah, nós já ouvimos bastante a paciente, a gente já valoriza bastante ela, a gente aqui já tem bons resultados’, isso nos conforta um pouco. [...] Então, isso concorre sim, porque a gente tem um certo conforto, a gente está bem, as mulheres gostam daqui. A gente tem cada elogio na ouvidoria, que é assim lindo de ver. [...] Então, a gente fica confortável e isso concorre por ‘vamos colocar um paciente para ouvir ele’. Talvez, um lugar que tenha muito problema, que esteja direto na ouvidoria, que o gestor tem que estar sempre respondendo, seja pressionado a fazer isso e a gente está confortável. Isso concorre de fato para a gente criar um fórum em que o paciente esteja continuamente envolvido.

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.3

A Figura 53 apresenta uma síntese da categoria mecanismos de engajamento dos P/F, suas propriedades e dimensões.

Figura 53 – Categoria mecanismos de engajamento dos P/F, suas propriedades e dimensões



Fonte: elaborada pela autora. P/F – pacientes e familiares.

5.3.3.3 Categoria 3: Maturidade do sistema de gestão da qualidade

Diante do número de mecanismos que podiam ser empregados para engajar os pacientes na gestão da qualidade, foi realizada uma discussão sobre a necessidade de uma preparação da instituição para implementar e trabalhar com diferentes mecanismos. Observou-se que os mecanismos tinham contribuições distintas, e a implementação de novos

mecanismos, para atingir níveis diferentes de engajamento, precisava considerar o nível de maturidade do sistema de gestão da qualidade da instituição. Os mecanismos de engajamento viabilizavam captar a voz dos pacientes e dar um retorno a eles, enquanto sistema de gestão da qualidade precisava suportar a implementação efetiva das ações e dos projetos de melhoria.

Eu acho sim que (utilizar diferentes mecanismos) tem a ver com maturidade, porque uma instituição que tem só pesquisa de satisfação do paciente não significa que ela esteja pronta para ter um conselho. Agora, na medida em que a instituição já tem vários mecanismos de inclusão do paciente aí acho que usa isso como ferramentas diferentes para coisas diferentes. Eu posso fazer uso. Mas, se a instituição não tem nada, ela só tem pesquisa de satisfação, pode ser, não estou dizendo que necessariamente, mas pode ser que ela não tenha maturidade suficiente ainda, internamente, para conseguir colocar o paciente para dar opinião lá para dentro, porque muitas vezes o que acontece é que a instituição não consegue dar retorno a isso. Então, o paciente vai, fala, fala, fala e ela não consegue, ela não tem mecanismo interno nenhum para fazer rodar a sugestão do paciente, fazer alguma mudança e trazer algum retorno para o paciente. Então, é preferível não escutar, é preferível nem dar abertura para ele falar porque senão você não tem o que trazer de volta, e isso tem a ver com maturidade. Isso tem a ver com maturidade da gestão da instituição.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.6

Eu não entendo maturidade como ter um monte de coisa. Eu entendo maturidade como aproveitar ao máximo aquilo que você tem para atingir o seu propósito. Então, se o meu propósito é melhorar a experiência do paciente, é engajar o paciente, é ativar o paciente e eu só tenho uma coisa que é ouvidoria, tudo que é comunicação que esse paciente faz comigo pela ouvidoria, eu vou chamar ele, vou falar ‘olha, você me falou aqui que você caiu aqui nesse chão molhado. O que a gente pode melhorar?’. Eu estou ativando o meu paciente.

(Trecho da entrevista do participante do H6) – memorando 6.4

O sistema de gestão da qualidade foi estruturado a partir da orientação da alta administração. No nível estratégico, o planejamento foi uma referência do direcionamento da alta administração. Em algumas instituições, o planejamento estratégico também incorporou a visão dos pacientes, pois eles participavam de sua elaboração, como parte interessada.

Todos os processos que a gente fala de gestão de qualidade estão completamente vinculados a todo esse direcionamento da instituição. Então, a partir do planejamento estratégico, a partir do direcionamento da direção tudo isso vai se vinculando para termos as ações que nós realizamos na ponta de engajamento e de envolvimento das equipes e outras coisas que nós fazemos. [...] No mapa estratégico, quando a gente fez os nossos dois últimos mapas estratégicos, a gente já fez eles com um método de cocriação, a gente já envolveu o paciente e família na construção do mapa estratégico, ouvindo-os como *stakeholders*, ouvindo-os em relação ao que eles esperavam da instituição. [...] Então, a gente constrói todo o nosso programa com foco no nosso mapa estratégico, trabalhando no engajamento das pessoas, trabalhando nas melhorias contínuas, no aprendizado, com alguns conceitos de

organização de alta confiabilidade, buscando o melhor desfecho para o paciente e para a família.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.5

O programa de gestão da qualidade do hospital da rede [nome da rede] tem duas vertentes. Uma que vem do plano estratégico, nós tínhamos, a partir de [ano], um trabalho forte com relação a parte da qualidade.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.3

A experiência e a visão do gestor da área de gestão da qualidade e de seu superior imediato também foram referências que impactaram na estruturação do sistema de gestão da qualidade da instituição.

Então, o que acontece, a gente faz uma proposta de estrutura da qualidade, e a gente valida isso com a superintendência. Então, em uma última análise, a gente pode dizer que é o desenho que a própria superintendência também tem como um ideal vamos dizer de estrutura de qualidade, aliado àquilo que o gerente, o responsável da qualidade pode levar como diferencial de conhecimento.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.1

Os sistemas de qualidade, por serem orientados por diferentes fatores, não eram sistemas estacionários e podiam ser revisados ao longo do tempo.

Depois de um tempo acabou ficando um pouco desgastado, a gente não participou mais ativamente do programa do [nome do programa regional de qualidade] e ficamos sem uma ativação tão forte assim do programa de gestão da qualidade.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.16

Na verdade, quando eu vim para cá, eu estruturei um modelo e aí validei com a superintendência se estava dentro daquilo que eles tinham como desejo de que a qualidade tivesse como atribuição. Então, foi assim que a gente modulou o que tem hoje em dia que na verdade é um modelo que a gente vai testando dia a dia e pode ser até que a gente venha fazer algumas modificações, mas ele responde muito bem à demanda da própria instituição.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.11

A partir dos dados levantados nas entrevistas, observou-se que a maturidade do sistema de gestão da qualidade poderia variar de acordo com quatro dimensões, adicionais à sua capacidade de implementar as melhorias (a qual estava implícita no conceito): (1) programas de acreditação; (2) programas e certificações de qualidade; (3) cultura punitiva e (4) abrangência da atuação.

Os programas de qualidade regionais ou nacionais, de certificação da qualidade e de acreditação auxiliaram na estruturação do sistema de gestão da qualidade da instituição. Alguns programas, como o Modelo de Excelência da Gestão® (MEG), desenvolvido pela

Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) em parceria com instituições de saúde, previam o mapeamento das partes interessadas, o que poderia ser considerado um tipo de mecanismo de engajamento, do tipo consulta, dos P/F na gestão.

O [nome do hospital] trabalha com qualidade desde antes de ter a [nome da acreditação]. Aqui no [nome do estado] ele sempre foi um pioneiro quando se fala em programas de qualidade. Eu acompanhei um pouco mais essa história desde que eu entrei no hospital, em [ano]. Nessa época, a gente ainda trabalhava muito com programas de qualidade voltados para gestão. E, aqui no [nome do estado], era muito forte o [nome do programa regional de qualidade], e esse era um dos grandes focos do [nome do hospital], naquela época no final dos anos [ano]/ início dos anos [ano]. [...] Lá no início dos anos [ano], o hospital foi buscar uma certificação que refletisse o cuidado que nós conseguíamos dar para os nossos pacientes. [...] Tem até um caminho a ser seguido que de certa maneira as instituições que são acreditadas pela [nome da acreditação], elas acabam seguindo também.
(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.1

Nós tivemos, a partir de [ano], um trabalho forte com relação à qualidade, inclusive participamos de premiações que têm aqui no [nome do estado], por exemplo, o [nome do programa de qualidade do estado] que eu não sei se tu conheces. O hospital foi troféu [categoria da premiação] por 2 anos consecutivos. A gente participou muito ativamente desse processo de gestão da qualidade como um dos programas do [nome do programa de qualidade do estado].[...] O hospital também passou em [ano] a buscar uma certificação hospitalar, começou o processo pela [nome do programa de acreditação], que também começou a trazer, a puxar demandas também da parte da qualidade.
(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.1

A FNQ tem um programa que se chama MEG Saúde. Então, eles têm esse programa em várias empresas, e eles pegaram esse projeto e transportaram para a saúde. [...]. A gente está estruturando alguns fóruns para trazer as expectativas e necessidades dos clientes. [...] Então, essa ação já está começando para fora, para todos os nossos clientes.
(Trecho da entrevista do participante do H6) – memorando 6.1

A cultura punitiva também poderia influenciar na maturidade do sistema de gestão da qualidade. Quando ocorreu um problema, a cultura punitiva poderia direcionar o foco das ações para as pessoas (procurar culpados) e não para os processos (solucionar os problemas).

Então, quando eu falo em questão de processo, é uma questão de maturidade de processo mesmo, com uma visão de que problema está no processo e não está na pessoa. Então, eu acho que é uma evolução que a gente ainda tem que perseguir que nós ainda estamos olhando para as pessoas e a gente precisa olhar mais para os processos. Em algum momento, envolve as pessoas, mas não com uma visão punitiva. Eu acho que ainda tem que ter um amadurecimento nesse sentido.
(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.4

Quanto à abrangência da atuação, as pessoas designadas pela instituição como responsáveis para implementar as ações/projetos de melhoria precisavam ter influência para envolver e interagir com todas as áreas necessárias, autonomia e alçada para execução. Como alternativa, os projetos podiam ter grupos interfuncionais participando da equipe responsável pela sua implementação. Em projetos mais complexos que envolviam diversas áreas, foi preciso ter um responsável com uma atuação horizontal e ampla. As ações foram mais efetivas quando uma pessoa conseguiu acompanhar sua implementação de perto, interagindo com diferentes setores e atuando diretamente nos processos ('lá na ponta').

Entrevistado: 'A gente tem uma equipe bastante enxuta, pequena. Eu sou o gerente assistencial do hospital, então eu faço a coordenação de todo setor de enfermagem, mas, ao mesmo tempo, eu faço a parte da coordenação da farmácia, eu faço a parte da coordenação dos serviços de nutrição e eu coordeno a parte de higienização também. Então, todos esses processos passam por mim. Eu acabo acompanhando esse processo muito de perto, disparando as mudanças que precisam ser disparadas e acompanho muito tudo isto. Eu tenho essa proximidade com todos esses processos, com os processos de todos esses serviços.'

Pesquisador: 'E isso facilita para você conseguir efetuar essas mudanças de uma forma efetiva?'

Entrevistado: 'Exatamente. De uma forma horizontal e ampla.'

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.10

A gente tem aqui um fórum que se chama Grupo Interno da Qualidade. Ele é composto por pessoas de áreas-chave que se reúnem sistematicamente para fazer a análise dessas notificações. [...] Mas, de qualquer forma, os incidentes que acontecem que você percebe que a tua assistência não foi boa, que poderia ter sido melhor, eles tem esta lógica: tem a notificação, você faz a análise, a análise vai identificar as causas, em cima daquelas causas a gente faz um plano de ação em relação ao que está sob a nossa governabilidade, e esse plano de ação envolve as medidas corretivas que têm que acontecer na ponta, lá nos setores que podiam ter feito o seu trabalho melhor. Essa é a lógica da coisa.

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.8

Uma estratégia na implementação das ações/projetos de melhoria adotada pelas instituições foi iniciar em escala piloto (como, por exemplo, em uma área, processo ou turno de trabalho) e, após a avaliação dos resultados, expandir a sua implantação para as demais áreas/unidades.

A gente tenta sempre fazer com que essas soluções sejam replicadas, a gente faz a mudança de processo como um todo. Então, a gente experimenta as alternativas que foram acordadas com aquele paciente, como uma base de teste, mas depois elas são utilizadas para uma mudança de processo como um todo.

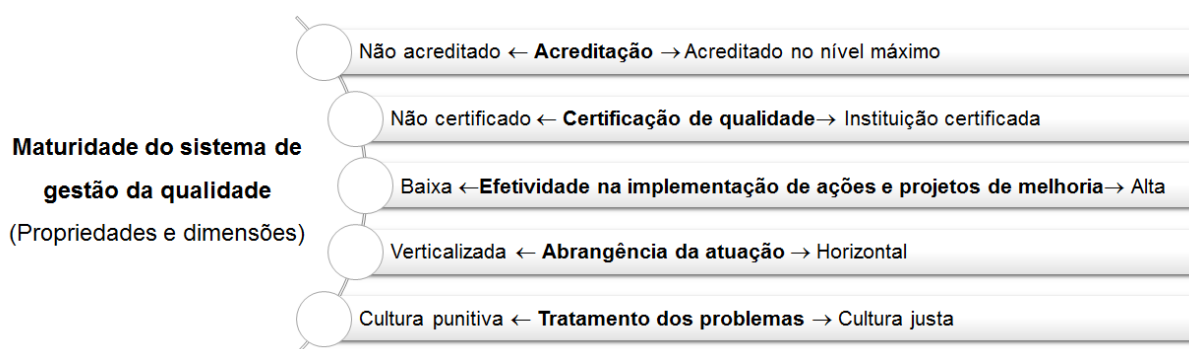
(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.8

A gente normalmente faz para uma unidade, aí a gente passa a fazer naquela unidade, e aí depois a gente passa para uma segunda unidade com pacientes de

características diferentes. Nós começamos [um projeto que desenvolveram sobre educação do paciente] com pacientes de cirurgia eletiva, que é um paciente mais fácil, passamos para uma outra unidade que é de neuro, que é uma unidade um pouquinho mais difícil, e a gente está agora expandindo porque agora a gente vai para a unidade inteira, para a UTI inteira. [...]
(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.10

A Figura 54 apresenta as propriedades e dimensões da categoria maturidade do sistema de gestão da qualidade.

Figura 54 – Categoria maturidade do sistema de gestão da qualidade, suas propriedades e dimensões



Fonte: elaborada pela autora.

5.3.3.4 Categoria 4: Abertura para mudança

O tema 'mudança cultural' foi mencionado por todos os entrevistados, e uma palavra utilizada com frequência para representar a transformação necessária foi 'abertura' - **abertura para aprender, para ouvir e para aceitar outros pontos de vista**. O engajamento dos P/F na gestão da qualidade requereu uma mudança cultural que abrangeu tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes – um processo considerado difícil e que demandou tempo para acontecer.

Eu ainda acho que tem uma questão cultural tanto da instituição, quanto do paciente, que representa uma barreira. Acho que está sendo um aprendizado e uma abertura para ambos. E é sim uma barreira que volta e meia a gente tem que dar um tempinho, repensar e conversar porque é uma das coisas que pode impactar.
(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.9

Então, algumas destas coisas a gente já tem e outras a gente está construindo internamente a possibilidade de abertura para isso. Porque entenda, colocar o

paciente dentro de discussões ou trazer a visão do paciente para parametrizar determinadas tomadas de decisão da instituição não é uma coisa trivial de se fazer. Então, a gente tem isso como visão e tem perseguido construir processos para que isso possa ir acontecendo. [...]

Eu acho que tem a ver com a abertura para qualquer tipo de aprendizado em melhoria. Então, assim, se a instituição não está acostumada a se mexer, ela é muito rígida, não escuta ninguém, isso tem a ver com maturidade, ela não tem como absorver o paciente falando. Ela não consegue absorver nem internamente, não é uma instituição que está muito acostumada a se movimentar mesmo com opiniões internas, que dirá no colocar o paciente para dentro.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.4

Ainda temos bastante dificuldade nesse assunto de introduzir o paciente nesse processo, às vezes a gente não consegue introduzir nem os nossos próprios colegas dentro desse assunto, né? Quem dirá os pacientes. [...]

Eu acho que para a gente poder ter esse nível de comprometimento, de engajamento, a gente tem um longo caminho aí pela frente, a gente tem profissionais que hoje não levam isso em consideração, temos gestores que não têm esse pensamento.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.5

E eu entendo que existe bastante a cultura da instituição de que nível isso (o engajamento do paciente) é possível, então a gente começa com pequenos passos, com algumas ações para conseguir evoluir para aquilo que a gente considera mais próximo do ideal. Como eu te falei lá no início, a gente é uma instituição alemã, muitas coisas de contratos, uma cultura muito forte e, nesses anos que eu estou aqui, eu aprendi que a gente tem que dar o tempo para as pessoas entenderem o porquê que a gente está fazendo desse jeito e o que que a gente quer fazer diferente com aquelas ações que nós estamos propondo, porque as pessoas não estão sempre prontas para mudar para aquilo que a gente precisa fazer, nem os nossos pacientes [...] Então, também tem a questão do paciente e da família em relação a isso, a cultura.

(Trecho da entrevista do participante do H1)

Então, você sabe que grande parte das queixas de ouvidoria elas têm na raiz a nossa inabilidade de nos comunicarmos com a paciente. E quando a paciente dá pistas, ou ela põe o nome que é determinada pessoa, aí você percebe “não a ouviu”, a gente chama essa pessoa. Então, a gente tem um combinado que essas manifestações da ouvidoria que envolvem a gente não ter considerado o paciente, elas vão para a Comissão de Humanização. A Comissão de Humanização faz a leitura dela, a interpretação e de alguma maneira tenta atingir essas pessoas.

(Trecho da entrevista do participante do H7) -memorando 7.5

Uma mudança nas relações interpessoais entre pacientes e profissionais de saúde tornou-se necessária para o engajamento dos pacientes na gestão da qualidade. Em alguns casos, o paciente foi colocado em uma posição inferior em relação aos profissionais de saúde. O poder simbólico do conhecimento atribuído aos profissionais de saúde gerou um distanciamento entre eles e os pacientes. Os pacientes ficaram em uma posição inferior, ou seja, submissos.

Eu acho que a cultura de um hospital, em geral, ela começa por uma questão que o paciente é inferior. Então, para mim, o pior da cultura hospitalar é isso, você não nivela o paciente com você. Eu só tenho mais conhecimento que ele, mas eu sou um ser humano igual a ele. Então, quando eu me ponho acima dele 'olha, eu decido se você vai tratar o câncer ou não', eu estou com uma cultura que não é uma cultura olhada para a pessoa. Eu estou olhando de novo uma doença, eu não olho pessoa. Então, eu acho que esta é a maior barreira dentro do hospital, que é uma barreira formativa. Ele foi formado para este olhar do paciente inferior e eu tenho conhecimento, eu detenho o conhecimento. Então, essa é a maior barreira de cultura mesmo, é essa distância entre paciente e profissional de saúde. Se eu trago o paciente para cima, para o mesmo nível e eu falo 'beleza, você só tem mais conhecimento, mas eu não quero tratar o meu câncer'. Você tem que respeitar isso. Isso incomoda o médico.

(Trecho da entrevista do participante do H6) -memorando 6.7

Dentre as relações de poder estabelecidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, destaca-se a relação médico/paciente, fortemente impactada pela cultura 'eu (médico) mando e você (paciente) obedece'.

Aqui para o Sul, tem também uma questão de cultura em que o médico é o dono, o que manda e o que sabe. Então, a gente tem essas dificuldades, incluindo o paciente no próprio terapêutico. Tu fez as duas relações, o paciente terapêutico e o paciente no processo, no processo a gente está longe, quem dirá na terapêutica que ele faz parte, quem está ali é ele, é a saúde dele e mesmo assim ele é deixado de fora. Eu vejo como um mundo perfeito o momento em que ele tenha este poder de poder interferir nas duas coisas, tanto de interferir na parte da assistência quanto no processo.

(Trecho da entrevista do participante do H2) -memorando 2.18

[A mudança cultural] tem que ser feita de uma forma disseminada para todos os profissionais. Entretanto, tem diferença sim, em especial para os médicos. Normalmente, a dificuldade é um pouco maior de aderência para alguns processos tidos como segurança do paciente ou qualidade em relação aos médicos. Porque é uma questão que eu acho que até tem um aspecto cultural, tem um aspecto de como é a formação. O médico ele tem pouco ou quase nada na sua grade de aprendizado em relação à processos, tem muito da autonomia do médico, do diagnóstico, da indicação do tratamento, e, habitualmente, na formação, o médico não é treinado a ser auditado. Então, é uma questão de formação, uma questão cultural importante.

(Trecho da entrevista do participante do H4) -memorando 4.7

Ele (o médico) é formado assim, porque você tem que ser forte para dar a notícia para o paciente que está com câncer e você não pode chorar. Porque você é a autoridade, você sabe o que faz, como que você vai chorar. Então, a gente diminui o paciente. A gente o diminui. Eu sou autoridade, ele é menos, ele é menos do que eu e então eu tenho que ser forte.

(Trecho da entrevista do participante do H6) -memorando 6.7

A questão cultural para uma mudança na relação de poder entre médicos e pacientes pode ser mais difícil do que na relação entre os demais profissionais de saúde e os pacientes.

A estrutura organizacional com um corpo clínico aberto dificultou o envolvimento e a educação dos médicos para participar no processo de mudança cultural necessário para o envolvimento dos pacientes na gestão da qualidade.

Enquanto organização, em um hospital, normalmente, o médico ele é o que a gente chama de um corpo clínico aberto, ele não é um funcionário, então é mais difícil você dizer que ele tem que cumprir tal processo. Então, às vezes, é um pouco difícil que isso aconteça. Eu diria que é mais desafiador para lidar com o corpo clínico do que com os outros profissionais.

(Trecho da entrevista do participante do H4) -memorando 4.7

A relação de poder estabelecida foi estimulada pela forte formação técnica dos profissionais de saúde, dificultando a abertura para ouvir os pacientes e considerar os seus pontos de vista. Sua formação esteve focada em tratar os problemas de saúde.

Isso é a nossa formação. Todos os profissionais de saúde são treinados para isso, todos. Primeiro, a gente não trata um ser humano, a gente trata doença. Os nossos livros são só de doença e a gente, durante a formação, a gente é treinado. Você não pode chorar, você não pode falar que você está cansado, você não pode almoçar, você não pode cobrar.

(Trecho da entrevista do participante do H6) - memorando 6.7

Quando você tem um impacto positivo (do paciente estar mais informado e querer participar da decisão), você tem um perfil do profissional que deixa um pouco o paciente opinar nessa questão bem hierarquizada, um pouco sobre o tratamento. [...] Então, eu entendo que isso veio para melhor, do ponto de vista positivo. Do ponto de vista negativo, você vai ter profissional que vai dizer 'não, você cala a boca porque quem sabe aqui sou eu' e aí sai em uma roda de conversa 'imagina, a pessoa veio falando isso'. Então, tem a questão de novo da hierarquia, do distanciamento e da cultura que é assim 'não, eu mando e você obedece'.

(Trecho da entrevista do participante do H6) - memorando 6.3

Olha você sabe que aqui a gente já tem uma cultura meio diferente, mas a gente tem situações assim registradas em ouvidoria que, de fato, a gente não consegue se comunicar, mas por questões culturais. Por mais que a gente tente fazer a mente das pessoas mudar em relação a 'você não é dona da paciente, a paciente tem autonomia, nós estamos juntos' – não é vivido por toda a equipe. [...]

Porque tem essa cultura também 'porque o paciente está aqui, ele obedece. Eu mando e você obedece', é essa a lógica, né?

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.2

Entretanto, tal formação técnica está mudando. Nos cursos de graduação de medicina, a introdução das metodologias ativas tem ajudado a mudar o olhar dos profissionais em relação ao paciente. Foi observada também diferença na forma de pensamento dos enfermeiros obstetras.

[Ao questionar sobre a formação de novos profissionais se ela continua da mesma forma] Não. O Ministério da Educação teve uma preocupação muito grande com as faculdades de medicina, e todos os cursos precisaram se transformar em metodologia ativa, o último ano para isso foi em 2014. Então, a última faculdade de medicina teve que se adaptar a isso. O que que é a metodologia ativa, é o aluno buscar o conhecimento, mas tudo integrado. Isso está mudando, ele já está começando a ter um olhar diferente.

(Trecho da entrevista do participante do H6) – memorando 6.7

Aqui os enfermeiros obstetras têm uma cabeça mais aberta. Eles são assim mais suscetíveis a aceitar o novo, a ouvir. Então, já há essa mentalidade. Isso acaba sendo mais fácil para a gente valorizar o paciente como a peça principal desse sistema.

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.2

Adicional à formação, deve ser considerada uma mudança do perfil dos profissionais. A participação dos pacientes implicou em abrir um espaço para ouvi-los, e, por isso, os profissionais precisavam estar abertos para ouvir críticas, o que poderia exigir um amadurecimento e resiliência.

Eu acho que aí exige um amadurecimento maior do hospital, da unidade porque não é fácil você ficar lá na frente, ouvindo vários pacientes, fazendo críticas ao hospital, assim por diante. Tem elogios também, mas a gente não vai lá só para ouvir elogio, a gente vai lá para ver onde tem oportunidade de melhoria. Então, exige um amadurecimento muito grande da unidade, por isso não é uma coisa que é feita em todos os hospitais, mas tem já alguns hospitais dentro do grupo que têm esse conselho consultivo.

(Trecho da entrevista do participante do H4) -memorando 4.6

A mudança de perfil estava acontecendo, mas ainda era lenta e, provavelmente, deve ser observada de forma mais abrangente somente nas próximas gerações. O processo estava vinculado à formação dos profissionais e, por isso, requeria uma mudança de seus formadores também. Durante a transição, existem algumas pessoas que ainda estão migrando e outras que já devem ter esse novo perfil, mais aberto para lidar com as críticas e com um paciente mais informado e questionador.

[Com relação aos profissionais mais jovens, se eles têm mais facilidade de lidar a crítica, com o paciente mais informado e questionador] Não, ainda não. Por isso que eu disse que eu acho que é uma questão geracional de um lado e de outro. Hoje em dia, a gente tem um conjunto de profissionais que não sabem fazer isso, porque vieram de uma outra formação, de uma outra cultura etc. e tal. Eles estão se aculturando, eles são migrantes, nós somos migrantes, eu vou me colocar. Nós somos migrantes nisso. E a turma nova que está sendo formada é... ela está no meio do caminho, porque nem sempre ela tem formadores, nem sempre ela tem professores que conseguem fazer isso com eles. Então, a gente tem em certa medida, mas não de maneira majoritária. Então, essa turma que ainda está entrando no mercado de trabalho, não acredito que irá conseguir fazer essa virada. Imagino que vai ser logo em seguida, daqui uns 5 anos a gente deve conseguir. A turma que

está começando agora já começa a ter alguns professores que se não sabem fazer isso, já foram sensibilizados, porque o mercado de um modo geral, o mercado/literatura vai pressionando isso de fora para dentro das instituições.
(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.4

Outra questão que precisou ser considerada sobre a formação foi que, apesar de ela ter sido forte e tido um impacto na relação com os pacientes, para os profissionais de saúde, a experiência do paciente poderia ter uma importância pessoal. Os profissionais procuraram fazer seu melhor pelas pessoas, e isso teve um valor que foi além do seu compromisso em atender bem. A diferença na forma de trabalhar foi percebida pelos pacientes e criou um ciclo virtuoso, pois os pacientes retornaram à instituição, valorizaram os profissionais e os estimularam a melhorar sempre.

Além do valor financeiro, a gente percebe um outro valor no trabalho, então por isso a experiência do paciente tem muita importância pessoal para nós, que a gente não está só para executar um trabalho, a gente está ali pelas pessoas, para fazer o melhor que a gente puder fazer por aquelas pessoas. Porque olhar no olho dessas pessoas que passam pela nossa mão e ver que a gente fez o melhor que pode, isso tem muito sentido para nós, pesa muito pessoalmente para a gente. [...]

Então, a gente tem essa relação de proximidade sim com a comunidade e a gente tem muitos valores que são compartilhados com a comunidade. E a comunidade cobra que a gente atue dessa forma. E a gente tem um *feedback* muito bom de reconhecimento da comunidade regional aqui por a gente atuar com esses valores. Eles percebem, pois para buscar alguns atendimentos eles se deslocam para outros serviços, eles conseguem perceber esse diferencial no trato, no cuidado, na valorização da experiência. Então, eles quando vêm de volta para a gente eles trazem isso muito forte. ‘Olha, não sei o que vocês têm mas é diferente, cuidam da gente se preocupando.’

(Trecho da entrevista do participante do H3) -memorando 3.12

Eu tenho que entregar uma experiência. Então, eu poderia chamar ele [o paciente] de ser humano, para mim seria mais confortável do que chamar ele de cliente, muito mais confortável do ponto de vista do meu propósito pessoal, agora cliente eu não chamaria.

(Trecho da entrevista do participante do H6) -memorando 6.8

Embora tenham sido apresentados primeiramente os relatos sobre a relação de poder a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, os entrevistados também foram questionados sobre a perspectiva dos pacientes. Os pacientes tinham a mesma cultura e, se para alguns profissionais de saúde o pensamento era ‘eu mando e ele obedece’, a partir da perspectiva dos pacientes, o pensamento era complementar – ‘ele manda e eu obedeço’. Os dois lados tinham a mesma cultura que estabelecia a relação de poder. Ademais, os

participantes relataram que, em geral, não observaram uma atitude ou uma intenção por parte dos pacientes no sentido de mudar essa relação.

É eu acho que é uma questão cultural ainda do [nome do estado], muito do posicionamento do médico quanto a isso, o médico é quem manda, enfim, então o que ele falar eu faço.

(Trecho da entrevista do participante do H2) -memorando 2.18

[Quando questionada se o paciente também se colocava como inferior nesta relação médico-paciente] Sim, sempre. Ele também tem essa cultura. Ele também tem, óbvio que ele tem, sempre foi assim a vida inteira, todo mundo tem isso.

É geral. Então, quando você tem que ativar paciente, você tem que engajar paciente, você tem que mexer em alguma coisa que está dentro das pessoas muito forte. Então, é uma barreira muito forte que é esta cultura do latino, do Brasil, do (nome do hospital). Essa é a maior barreira para você mudar. Você tem que mudar isso. [...] Sim, [a mudança cultural vai] além da instituição, não é uma coisa só da Instituição. Claro, você pode começar pela instituição. Ela é um grão de areia. Só que a instituição é um grãozinho de areia. Claro, você começa e depois espalha. Isso seria maravilhoso, mas aqui dentro você tem que mudar a cultura tanto do paciente quanto do profissional, não tem jeito.

(Trecho da entrevista do participante do H6) -memorando 6.7

Em alguns casos, uma mudança pôde estar relacionada à idade, tanto dos profissionais quanto dos pacientes. Para a população mais idosa, a expressão de sua opinião poderia ser silenciada, pelo receio de gerar algum conflito e, depois, ser atendido pelo mesmo profissional, caracterizando o impacto da relação de poder entre as partes sobre o comportamento desses pacientes. Por outro lado, a geração mais nova teve tolerância menor aos fatos que não atendiam à sua satisfação e se expressou com mais facilidade.

A gente tem muito mais facilidade de trabalhar nesse sentido assim do engajamento quando a gente trabalha com uma equipe mais jovem, eu acho que até por uma questão da rede social, são pessoas que já estão mais habituadas a trabalhar com *feedback*, com comentários, com avaliações. As pessoas da geração anterior, da minha geração tem mais dificuldade em trabalhar com isso. A gente não está habituado a ouvir o que as pessoas acham da gente, o que elas acham da experiência que elas tiveram. Então, principalmente, o corpo clínico e administradores de uma geração anterior tem um pouco de dificuldade, eles dizem ‘não, esse processo é meu, eu que tenho que entender’. Eu acho que a gente tem ali uma barreira, mas ela é cultural. São pessoas que vêm de uma escola diferente, de uma formação diferente na qual isso não estava inserido, esse contexto todo de engajamento do paciente e da família não fazia parte. Então, tu tiras as pessoas da zona de conforto delas, de segurança. Eu tenho visto esse fator como a barreira mais difícil de tu ultrapassar. Nós fizemos assim a vida inteira assim, eu sempre fiz assim com os meus pacientes, não vou mudar isso agora.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.2

Tem esta população mais idosa que eles até ficam “Ah, eu vou reclamar, vou falar e depois eu vou precisar de novo”, sabe tem aquela coisa.

(Trecho da entrevista do participante do H3) -memorando 3.9

Também [tem a questão do perfil das pessoas] mas a geração nova está muito assim, eles não ficam com isso de insatisfação, isso quer dizer nem um pouquinho.
(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.4

Como uma forma de promover a participação dos pacientes, um dos hospitais encontrou bons resultados por meio de uma aproximação e uma comunicação mais informal. O ambiente mais informal para os pacientes expressarem as suas opiniões pôde reduzir a força da relação de poder entre as partes.

Assim, não é um canal formal ainda. A gente tenta até para as pessoas se sentirem mais à vontade, porque se tu criares um ambiente muito formal: 'Ah, nós vamos marcar uma reunião de equipe, vamos te colocar junto'. Não, é uma conversa em que a gente senta e fala 'olha, vamos lá com o gestor da área, vamos ver o que a gente pode fazer, vamos fazer um acordo', 'olha, para isto que tu estás propondo, a gente tem essa, essa e essa alternativa. O que que tu achas? Vamos tentar?' – 'Vamos, vamos lá, vamos tentar'. E avalia junto da pessoa o resultado. Mas, a gente tenta manter a coisa bastante na informalidade, é uma relação bem de parceira, sem grande barulho.

(Trecho da entrevista do participante do H3) -memorando 3.9

Outro fator que contribuiu positivamente para a mudança da relação entre as partes foi o modelo do cuidado centrado, pois ele previu a participação do paciente nas decisões. Esse modelo favoreceu a abertura para ouvir os pacientes no processo de cuidado.

Com o cuidado centrado no paciente, eu acho que já melhorou bastante, mas o médico é treinado, entre aspas, para saber o que é importante para o paciente, qual é a necessidade do paciente. E eu acho que um aprendizado que tem vindo é que o paciente participa muito nas decisões. Então, o médico tem que expor os prós e os contras, ele pode até indicar, mas o paciente tem que ficar à vontade para decidir, ou seja, o paciente participa, o médico escuta a vontade do paciente. Então, isso é uma coisa que está evoluindo. Historicamente, o médico diz que você tem que operar, vamos marcar o dia, quer dizer ele nem escutou se o paciente quer ou não ser operado. E realmente o médico é treinado assim, ele vê um problema, ele faz um diagnóstico e ele indica um tratamento. Mas, às vezes, pode ser que esse tratamento no contexto daquele paciente pode ser que não seja adequado ou o paciente não quer aquilo. Então, essa discussão puramente técnica é o forte da formação médica, isso é muito forte.

(Trecho da entrevista do participante do H4) -memorando 4.7

A mudança cultural abrangeu também uma mudança de processos. Assim, para o engajamento dos pacientes, a implantação dos mecanismos pôde contribuir positivamente para impulsionar e fortalecer a mudança cultural dentro das instituições.

Sem dúvida dos dois (processo e cultura). Absolutamente. Eu sempre digo assim, a gente não muda cultura se não tiver processo que force a gente a fazer aquilo. Não

tem como, não tem como. Cultura a gente não muda só com a cabeça, a gente muda com o jeito de fazer. Então, é isso que eu estou dizendo, se a instituição não tem canais, o que tem a ver com cultura, não se abre a canais para fazer isso, eu acho que tem a ver com uma falta de maturidade sim, de desenvolvimento. Agora, a partir do momento que você tem todos os canais, aí utilizá-los segundo a contribuição que ele pode trazer, aí sim.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.4

Complementar aos aspectos culturais que interferiram na relação entre pacientes e profissionais de saúde, surgiram as seguintes questões a serem tratadas nas instituições: o receio de compartilhar as informações com os P/F e de expor os problemas nos processos internos e uma postura reativa diante dos problemas. Com relação à atitude diante do risco de compartilhar informações com os P/F, na perspectiva das instituições, foram consideradas situações críticas as que envolveram um ‘risco assistencial, risco jurídico ou até risco de imagem’ (participante H4). Esses riscos poderiam tornar-se uma barreira para o envolvimento na medida em que implicaram em uma restrição do compartilhamento de informações com os P/F.

A gente tem um grande problema, que eu acho que é histórico e é difícil de romper, que é a abertura para o paciente, para o cliente, dos problemas que acontecem nas instituições. Às vezes, algumas chefias e lideranças acham que vão ser muito fragilizadas pelo fato de abrir para algum cliente ou um paciente um problema que tenha acontecido. Já pensamos, e isso é algo que está em pauta na alta gestão – a criação de um conselho de clientes para que a gente possa ter este tipo de conversa. Enfim, uma coisa que assusta muito ainda é a judicialização dessas questões, mas nós já tivemos dois casos em que houve abertura para o próprio cliente ou familiar do que aconteceu, e as duas experiências foram muito boas.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.5

Sim, você acaba deixando porque outras prioridades surgem, mas você tem a capacidade de priorizar mais coisas. Então, talvez seja porque para você começar coisas novas, para elas darem certo, você tem que planejar muito bem, você tem que escolher as pessoas certas, porque isso é uma coisa muito grande, porque você tem ainda pessoas na gestão que dizem assim ‘não, eu não vou contar que a gente aqui notifica bastante incidentes de segurança porque isso é vergonhoso, quer dizer que a nossa assistência é ruim’.

(Trecho da entrevista do participante do H7) – memorando 7.9

Quanto à cultura reativa, foi observado que ela pôde interferir no tempo de realização das ações de melhoria, pois os profissionais passaram a atuar apenas após a ocorrência dos problemas.

A cultura ainda é um pouco reativa, ou seja, eu tenho um problema detectado e aí eu reajo a aquele problema. Dentro de um hospital, de um setor para o outro, pode ter uma variação também. Então, eu posso ter um hospital em que em um setor a

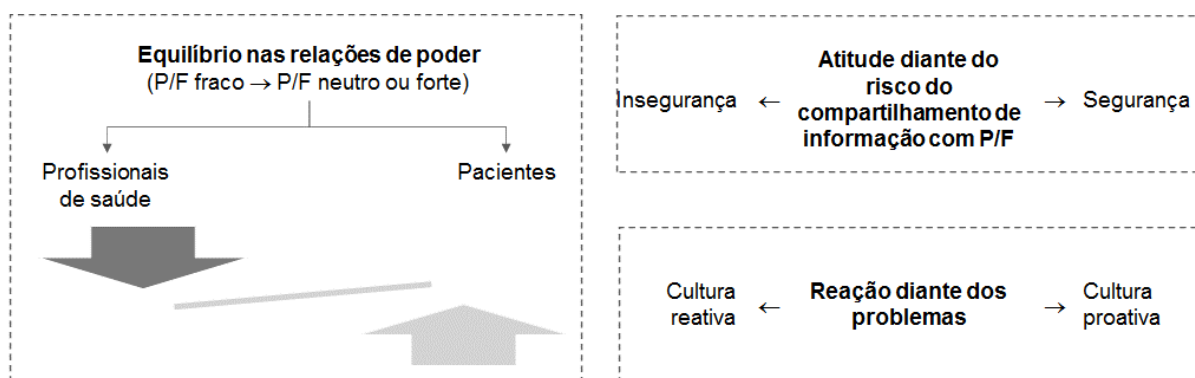
cultura de segurança ela é até um pouco mais permissiva, ou seja, ele nega ter o problema, uma falha de processo ou coisas do tipo. São situações em que ele aceita, mas que ele atua de uma forma mais reativa.

Eu acho que é um momento em que os funcionários da saúde, eles estão em um conflito muito grande, porque tem um histórico bastante forte da formação técnica dos profissionais da saúde, em geral. Só que os pacientes ou as pessoas, em geral, elas estão muito mais informadas, não sei se bem informadas, mas com muito mais informação, e muito mais exigentes também. Quando você tem uma situação em que você precisa abordar os profissionais para entender o que aconteceu, dependendo do profissional, ele reage mal se você perguntar alguma coisa, só para entender o que aconteceu naquela situação em que você tem um reclamante ali. Eu acho que a gente tem que aprender a lidar. É uma realidade.

(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.4

A Figura 55 apresenta uma síntese da descrição da categoria abertura para mudança, suas propriedades e dimensões.

Figura 55 – Categoria abertura para mudança, suas propriedades e dimensões



Fonte: elaborada pela autora. P/F – paciente e familiares.

5.3.3.5 Categoria 5: Estrutura interna para engajamento dos P/F

O conceito de estrutura interna do hospital, nesta pesquisa, considerou aspectos organizacionais de gestão e seu capital financeiro. Quatro aspectos destacaram-se como relevantes dentro do tema engajamento dos P/F, sendo eles: a cultura da instituição, a transparência e compartilhamento de informações, o modelo centrado no paciente e o capital disponível para projetos de melhoria. A cultura da instituição e de seus fundadores teve impacto na estruturação do sistema de gestão da qualidade do hospital.

A gente já tinha essa cultura de qualidade, a cultura de buscar o melhor. É um hospital que tem uma tradição muito forte, e isso com uma cultura alemã bastante

rígida faz com que também as pessoas já tenham uma outra preocupação com a gestão da qualidade.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.2

A maior parte dos hospitais, conforme o resultado da pesquisa de avaliação, foi caracterizada pelas culturas organizacionais dominantes como do tipo hierarquia (orientada pelo controle) ou clã (orientada pela colaboração). A identificação da cultura organizacional dominante pôde auxiliar no planejamento das ações para engajamento dos pacientes, reconhecendo as fortalezas e as fraquezas da instituição para realizar a mudança. O trecho a seguir é referente a um hospital com cultura dominante do tipo hierarquia e aponta aspectos positivos, como a obediência aos processos, e negativos, como, por exemplo, a dificuldade de comunicação entre diferentes áreas.

A cultura hierarquizada, aí é uma visão minha e algumas coisas de leitura, ela é muito presente nos hospitais. Então, o enfermeiro mexe só no seu quadrado, o fisioterapeuta só no seu quadrado e o médico no seu quadrado. E todo mundo tem a expectativa de que o outro vai executar a sua parte e que no final vai dar tudo certo. Só que, na prática, o processo ou o resultado não é como o esperado do somatório dos vários pequenos processos. Então, nesse sentido eu acho que [a cultura dominante do tipo 'hierarquia'] dificulta. Agora, dentro daquela hierarquia tem uma obediência aos processos.

(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.1

Embora existisse uma cultura dominante, dentro da mesma instituição foram relatadas diferenças entre as áreas, podendo impactar no nível de engajamento do paciente na gestão da qualidade. Para implementar mecanismos que previam uma participação mais efetiva do paciente, os hospitais realizavam ações de treinamento e sensibilização das equipes e dos gestores.

E acho que tem sim um comprometimento da direção para que exista um esforço de todos para isto. Quando a gente fala no quanto a gente tem trazido o paciente para o nosso lado, cada unidade tem um jeito diferente de fazer isto e comprou essa ideia junto com a gente. Então, hoje, desde o envolvimento na sua experiência quanto no seu cuidado, quanto nas propostas de melhoria, quanto em situações mais críticas, a gente tem diversas áreas, diversos níveis e quando eu falo sobre isso eu falo com muita tranquilidade. Eu não tenho nenhuma dúvida que tenho áreas supermaduras que eu conseguira propor amanhã para ter um paciente envolvido em um comitê em uma área dessas ou como participante de uma tomada de decisão mais importante e tenho áreas que eu sei que isso eu ainda não posso fazer porque ela ainda não está nesse nível de cultura que permitiria. Dentro da nossa própria instituição a gente tem essas diferenças e tem seus limitadores que daí vai desde o tempo que a liderança está aqui dentro, da cultura que ela tem, do desenvolvimento da qualidade que ela criou nos anos.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.19

Eu tenho hoje gestores que já estão preparados para isso e tenho gestores que não têm a mínima condição de conseguir conversar e ter esse nível de conversa com o cliente, por exemplo.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.8

A sensibilização das equipes devia se dar no sentido de provocar uma mudança de pensamento, considerando que o paciente poderia ser um parceiro. Adicionalmente, o conceito da qualidade foi ampliando, com o objetivo de atender às necessidades do paciente, sendo mais abrangente do que o desfecho clínico.

Nos últimos anos, nós entendemos que sim a qualidade é importante, gerar valor para o paciente é importante, mas buscar outras formas de engajamento e envolvimento também geram valor. Nós passamos a olhar outras questões de experiência do paciente, de engajamento de equipe e outras certificações, como, por exemplo, para enfermagem que trabalha questões de resultado, com realmente o foco de pensar diferente em como o paciente pode ser nosso parceiro para isso, como o paciente pode trabalhar conosco.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.4

Eu acho que hoje nós temos uma coisa que tem que mudar muito, nós temos o conceito de paciente. O paciente é algo que é passivo, que está ali esperando que algo aconteça com ele. Na minha concepção de algo que seria o mundo ideal, seria realmente o paciente deixar de ser paciente e se tornar um membro efetivo na tomada de decisão, que ele realmente pudesse opinar, que as coisas não fossem feitas com ele em segundo plano, que as coisas fossem pensadas para ele e por ele também, que a gente pudesse também atender estas necessidades.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.2

O compartilhamento e a transparência das informações sobre os processos e os resultados foram requisitos importantes para a participação do paciente. O envolvimento do paciente deveria começar desde a escolha da instituição para ser atendido. Na instituição, durante o processo, com as informações sobre os fluxos e desempenho, o paciente poderia se tornar uma barreira e contribuir para garantir a sua segurança no cuidado.

A minha aspiração começa lá do início porque, se isso for importante para o paciente, isso muda a forma como a gente cuida aqui dentro, porque exige que hospital também trate diferente e que eu não vou nem precisar convidar ele para participar do comitê, ele vai querer estar trabalhando junto da gente para isso. Eu enxergo isso lá no início. E acho que as ações que a gente tem implementado são pensando nisso, pensando que a gente pode começar a trabalhar com o paciente desde lá da sua escolha, desde sua decisão. Acho que é isso, talvez essa seja a minha aspiração.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 4.8

A gente consegue trazer as pessoas mais para perto da gente quando a gente compartilha o máximo de informações possíveis. [...] acesso à informação sobre o desempenho do serviço como um todo, de cada um dos fluxos, de cada um dos

processos. A gente teria que ter alguma forma de compartilhar isso, fazer aquele painel que a gente faz com as equipes, mas que as pessoas, antes de entrar na porta, pudessem ter acesso aqui para conhecer – ‘olha, aqui tem um gargalo no processo, ali tem um ponto de melhoria, eu vou observar, vou tentar ver o que eu posso propor de diferente, ou aqui é onde mais acontece problema na assistência e eu vou ficar de olho. Na hora que eu passar por essa etapa do processo, eu vou ficar de olho e qualquer coisa eu falo’. [...]

É preciso a gente compartilhar informação, é preciso a gente ter a pessoa do nosso lado, para decidir, para tomar a frente, para fazer as coisas.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.13

Até a gente chegar em um ponto em que a gente expõe todos os nossos resultados em uma página de internet, e o paciente escolhe se quer ir naquele hospital ou não. Isso, hoje, não existe ainda. Então, tem que evoluir para isso.

(Trecho da entrevista do participante do H4) – memorando 4.8

Com relação ao modelo de cuidado centrado no paciente, observou-se que ele poderia direcionar a valorização do trabalho interdisciplinar e a valorização de diferentes perspectivas, incluindo profissionais e paciente

O modelo [assistencial] colocou no mesmo nível de cuidado todas as profissões. [...] A gente está revisitando o modelo para conseguir deixar mais claro que todas as profissões são extremamente importantes, que o paciente continua sendo o direcionador das nossas ações.

(Trecho da entrevista do participante do H1) – memorando 1.6

Para começo de tudo, a gente sempre, dentro do nosso modelo assistencial... você deve ter visto no nosso site que tem um modelo assistencial que é centrado no paciente e família. Então, essa semente, a instituição já tinha. Mas, nessa visão de trazer o paciente e família para dentro do cuidado, ela ainda era uma visão muito focada em trazer o paciente para o autocuidado. Então, ensinar o paciente e a família como participar do próprio cuidado. O que faz parte disso que a gente está falando, não deixa de ser um engajamento. Mas, eu acho que no meu ponto de vista isso é uma linha, ela não enseja toda a quantidade de oportunidades que o paciente tem. Mas, saindo disso, logo em seguida, a gente já passou para a estruturação do conselho de pacientes. [...]

A gente teve sem dúvida nenhuma uma contribuição muito forte da questão do modelo assistencial que já colocava o paciente no centro, então esta já era uma semente por onde a gente conseguia entrar.

(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.2

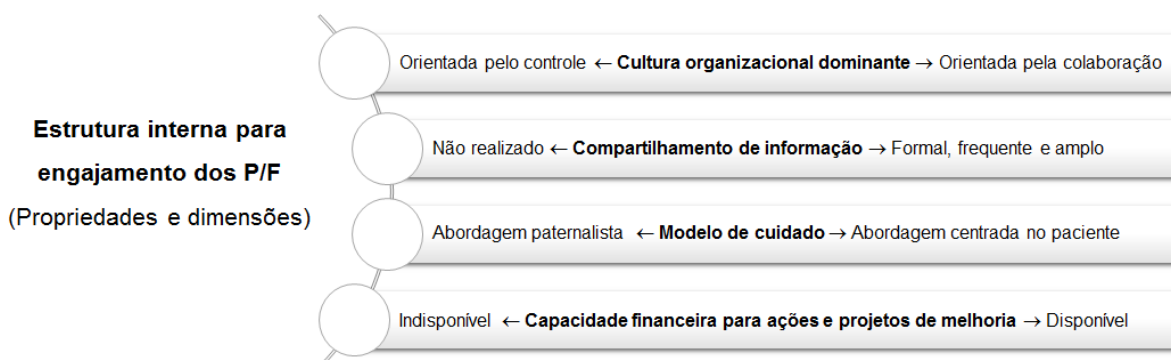
Quanto ao capital da instituição para ações de melhoria, a falta de recursos financeiros para melhorias poderia gerar um sentimento de frustração em todos os envolvidos. Para a implementação dos mecanismos e sua condução, o recurso financeiro não foi considerado limitação significativa, porém o investimento poderia ser necessário para a implementação de alguns projetos e ações de melhoria. A impossibilidade de dar uma resposta para as questões levantadas pelos pacientes poderia gerar um sentimento de frustração em todos os envolvidos.

A gente ficar trancado com essa ação (tratamento de uma reclamação de um paciente) por questões financeiras é frustrante. Um exemplo nosso aqui da instituição que é um dos *top 10* de reclamações dos clientes é o estacionamento – falta de vaga, valor, localização, enfim várias situações e que hoje nós financeiramente não temos como resolver esse problema. Então, eu brinco lá com a gestora que faz a gestão do estacionamento: ‘é frustrante tu receberes (número) reclamações por dia e não poder atuar sobre aquilo’. Então, essa é uma barreira muito forte. Eu vejo isso como uma barreira muito forte. A partir do momento que tu colocas um cliente para fazer parte desse processo, e ele detecta isso e não vê solução também por uma questão financeira, eu acho isso bem complicado. Talvez, seja uma barreira que a gente tenha bastante. E com relação a criar um comitê, isso não geraria um custo muito alto na parte operacional de encontros, eu não vejo isso como custo, eu vejo sim o custo das mudanças necessárias que eles irão cobrar, irão pedir.

(Trecho da entrevista do participante do H2) – memorando 2.14

A Figura 56 apresenta uma síntese da descrição da estrutura interna para engajamento dos P/F, suas propriedades e dimensões.

Figura 56 – Categoria estrutura interna para engajamento dos pacientes e familiares, suas propriedades e dimensões



Fonte: elaborada pela autora. P/F – pacientes e familiares.

5.3.3.6 Fatores contextuais

Foram identificados três fatores contextuais que precisaram ser considerados no planejamento das ações de engajamento dos P/F na gestão da qualidade nos hospitais, sendo eles o sistema de saúde local, a comunidade em que o hospital estava inserido e as mudanças causadas pelo maior acesso às informações (esse fator foi denominado ‘era da informação’).

A estrutura do sistema de saúde pôde influenciar na vontade do paciente em estar na instituição, sendo esta considerada uma dimensão da categoria paciente parceiro. No setor

público, o paciente não escolheu o prestador de serviço, o que pôde ser uma primeira barreira para sua participação.

Eu estou falando que a nossa estrutura de saúde, a estrutura de saúde do Brasil, não permite o paciente nem escolher onde ele quer ir. Então, como você vai engajar uma pessoa que pode ser que ela não queira estar ali dentro. Então, é uma barreira para você falar de experiência. Você vai falar de experiência e ele vai dizer 'não, mas eu nem quero estar aqui'.

(Trecho da entrevista do participante do H6) – memorando 6.5

Outro fator foi a cultura da região onde o hospital estava inserido. A cultura local foi importante não só para conhecer o paciente, mas, também os profissionais, pois eles traziam essa cultura para dentro das instituições. Nos municípios menores, esse fator pôde se tornar ainda mais relevante, pois o relacionamento e o convívio das pessoas nos pequenos centros puderam gerar uma proximidade e um clima de colaboração que, por sua vez, tinham reflexo na forma de trabalho e nos resultados.

Eu acho que a gente só tem os resultados que a gente tem conseguido graças a este *modus operandi* que a gente tem, mas isso talvez seja uma particularidade do local onde a gente está inserido, do perfil que a gente tem. Por quê? Embora a gente tenha algumas pessoas de alta gestão que têm uma cultura, como eu te comentei, ainda que não é tão orientada para essa participação, a grande massa das equipes são pessoas que têm um vínculo muito forte de amizade, de colaboração, porque a gente mora em uma cidade de [número de habitantes] habitantes, todo mundo se conhece, as famílias convivem. Então, a nossa relação vai muito além do hospital. [...]. A gente tem um vínculo de amizade que permeia o trabalho. Se eu precisar dizer alguma coisa para um colega, eu consigo dizer isso de forma muito aberta, que ela vai entender que a gente está falando/está alinhando aquilo realmente porque é para uma necessidade, que é para uma melhoria. Ela sabe que eu não estou disputando nada, que eu não quero o lugar dela, porque eu gosto dela de verdade, é uma pessoa que eu vou na casa dela e ela vem na minha casa. Então, eu acho que esta característica cultural da nossa equipe influencia muito nisto. A gente é muito companheiro, é muito amigo, não só no trabalho, mas fora assim, sabe? A gente trabalha nas comunidades juntos, faz trabalho voluntário, trabalha na paróquia, a gente se enfia por tudo. Então, a gente está sempre trabalhando junto, colaborando.

(Trecho da entrevista do participante do H3) – memorando 3.11

Ainda sobre a comunidade, além da cultura, conhecer o perfil da população atendida possivelmente contribuiu para o planejamento das ações de engajamento.

Nós temos outra particularidade que é uma população com uma idade alta. Na nossa população, o percentual de pessoas com mais de 60 anos aqui na nossa microrregião é muito grande, é predominante. Nós temos um índice alto de patologias crônicas, diabetes, hipertensão, problemas vasculares, cardiopatias – tem uma série de fatores que influenciam nisso, como alimentação, cultura, população é basicamente composta por italianos e alemães. A alimentação é muito farta, então são pessoas

mais gordinhas que têm geralmente têm níveis de colesterol um pouco mais altos, difícil de controlar a diabetes, todo mundo cozinha bem. Esse é o nosso ambiente. [...]

A gente tem pacientes de outros municípios que têm dificuldade. Então, se tu vais trazer depois da internação ou em outro momento tentar trazer essas pessoas, elas não vão vir. Às vezes dependem de transporte da Secretaria de Saúde para esse deslocamento, são pessoas às vezes pobres, que não vão ter dinheiro para pagar uma passagem para vir até aqui para participar de uma reunião, ela não vai vir, porque vai fazer falta para outra coisa.

(Trecho da entrevista do participante do H3)

Destaca-se ainda o conceito da era da informação. Nesta pesquisa, tal conceito foi adotado para abordar a mudança global que ocorria e resultou na facilidade de acesso e disponibilidade de informações para os pacientes sobre todos os assuntos. Essa mudança impactou na forma de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, pois os pacientes tornaram-se mais questionadores. O paciente informado conseguiu ser mais crítico, pois ele tinha uma referência para formular perguntas e/ou formar uma opinião – o que permitiu que ele participasse do processo.

Tu sabes que a gente passa por um desafio de lidar com a geração do *Google*, qualquer coisa que tu apresentes dentro do serviço, que tu proponhas de meta terapêutica, de plano assistencial, as pessoas já jogam no *Google*, já veem se essa é a melhor alternativa ou se não é. Então, a gente tem que basear muito a assistência hoje, o plano de cuidado, tudo o que a gente faz, em indicadores, em alguma coisa palpável que tu possas dar para o paciente. Porque tu tens que confrontar essas informações, ‘ah, mas por que que tu vais fazer isso e não vais fazer aquilo?’.

(Trecho da entrevista do participante do H3) -memorando 3.5

[...] a gente gosta muito quando as pacientes vêm informadas, porque é tão bom quando elas fazem perguntas pertinentes. É tão bom. E naquela consulta da 37ª semana, algumas estão extremamente informadas. [...] Então, pensamos que é extremamente positivo as mulheres virem informadas, às vezes o conceito não está bem certo, e a gente tem que reorientar, dizer que é polêmico o assunto, mas isso é uma questão que não é assim. Mas, é bom quando elas vêm informadas.

(Trecho da entrevista do participante do H7) -memorando 7.5

Essa mudança também teve reflexo na comunicação interna entre os profissionais e nos programas de educação. Segundo os entrevistados, a mudança aconteceu ‘dentro de casa’, referindo-se ao hospital, e fez com que a comunicação deixasse de ser unilateral.

Então muitas coisas a gente já tem adequado na melhor linguagem, na melhor estrutura, na melhor forma que realmente seja importante para ele [paciente]. E, hoje, eu não vejo mais como a gente, assim como quando a gente fala em método de educação, a gente não vê mais como ter um método unilateral de educação, um método unilateral de desenvolvimento, porque as pessoas não têm mais esse perfil.

Então, se isso vale para como a gente está tratando as coisas dentro da casa, também vale para como a gente está trabalhando com o nosso paciente.
(Trecho da entrevista do participante do H1) -memorando 1.16

Sobre as informações, houve uma ressalva com relação aos assuntos reconhecidos como de conhecimento geral, pois existiam muitas culturas criadas sobre eles e que vinham sendo repassadas dentro das famílias ao longo do tempo, o que tornava mais difícil a educação do paciente.

Mas, é difícil porque na maternidade todo mundo entende de amamentação e de parto, todo mundo. Não precisa ser da área de saúde, qualquer um que você for conversar, em especial as mulheres, elas vão dar uma aula para você em relação ao assunto, só que com conceitos extremamente equivocados e, assim, é um fardo para aquela gestante, um fardo para aquela mulher que amamenta, esses determinados conceitos que estão na alma da mãe dela, da vó, da sogra, do marido. Meu Deus do céu, essa mulher sofre muito com a pressão da cultura dos mais velhos e a gente em 48 horas tem que trocar essa cultura da mulher.
(Trecho da entrevista do participante do H7) -memorando 7.5

Havia, também, uma preocupação quanto à qualidade das informações disponíveis na internet. As pesquisas na internet podiam resultar em muita informação incorreta e terem sido provenientes de fontes sem embasamento científico. Em alguns casos, a má informação poderia gerar um desespero desnecessário ao paciente.

Eu gosto do paciente informado, mas a gente tem um grande problema no *Google* que é a informação errada. Então, eu acho que se os hospitais se organizassem para dar essa informação, não de uma maneira enviesada, de uma maneira distorcida, não é isso, mas uma informação verdadeira do que é a doença, eu acho que seria ótimo. Porque você não deixa a pessoa assustada, porque ela vai lá olhar uma coisa sobre a doença e não é aquilo. Aí ela já vem desesperada, morrendo 'não, eu estou morrendo, preciso passar na frente de todo mundo', e, na verdade, não é. Então, assim, a informação é uma faca de dois gumes, tem o lado positivo e o lado negativo, mas eu entendo que ela é fundamental. Eu não vejo hoje em dia um paciente que não tem esse acesso, eu acredito que você não faz saúde moral sem isso. Só acho que isso tem que ser organizado pelos hospitais, ou pelos profissionais.
(Trecho da entrevista do participante do H6) – memorando 6.6

Nesta transição, em que os pacientes começaram a buscar mais informações técnicas, as instituições poderiam contribuir para a educação dos pacientes e dos familiares.

Então, acho que um compromisso que as instituições têm que ter ao longo desse período de transição é de que a gente precisa entender que nós somos responsáveis por educar essas pessoas. A gente tem que dar informação, porque se a gente quer que eles participem, a gente, de fato, precisa informá-los da maneira mais objetiva, transparente e honesta. Então, para esses pacientes que estão em transição, que estão virando clientes ou que estão virando consumidores, vamos dizer, a gente

precisa se preocupar em capacitá-los nisso. Agora, essa turminha que está vindo mais nova, eles certamente vão botar a gente na parede. Eles vão botar a gente na parede e vão dizer ‘mas, eu já li tal artigo, não sei das quantas.’
(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.12

Observa-se, também, que a transição foi lenta e teve uma associação com as relações interpessoais de poder entre profissionais de saúde e pacientes.

Então, é isso, eu acho que não tem volta. Só que nós estamos em um momento muito grande de transição, que vai ser uma transição geracional, muito provavelmente. Então, ele vai levar alguns anos. Então, a gente vai conviver com aqueles pacientes que vão continuar dizendo como o meu pai que fala ‘eu não quero saber, meu médico é quem sabe, não me diga nada.’ Até aqueles pacientes que já vão chegar com a revisão sistemática lida e vão dizer ‘olha, eu vim aqui discutir com você aquilo que eu li e você me convença de diferente se você puder me convencer, se você tiver que me convencer’. Então, eu acho que é isso que eles estão dizendo. De fato, essa questão de engajamento, ela muda muito a perspectiva e coloca a gente como responsável por isso também, a gente eu estou dizendo profissionais da saúde e instituições de saúde. A gente tem que se haver com essa questão de capacitá-los a fazer isso. Não dá para ficar falando grego mais.
(Trecho da entrevista do participante do H5) – memorando 5.12

5.3.4 Síntese dos achados – resumo conceitual e diagrama

O engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade permitiu direcionar as ações de **melhoria dos serviços** para o que realmente importava para eles, considerando seus pontos de vista, opiniões e necessidades. O paciente contribuiu com um “**olhar de fora**”, propondo soluções diferentes das identificadas estritamente pela equipe de profissionais do hospital. Sua participação em fóruns pôde gerar, nos profissionais da instituição, um **senso de urgência** na solução dos problemas, mais **empatia e compaixão**.

O engajamento dos pacientes na gestão da qualidade requereu uma **mudança profunda** nas instituições – cultural e de processos. A **mudança cultural** foi representada pela palavra ‘abertura’ – abertura para aprender, ouvir e considerar novas perspectivas. A **mudança nos processos**, por sua vez, foi marcada pelas palavras ‘testar e aventurar’, pois o modelo a ser adotado variou de acordo com:

- Os objetivos e mecanismos de engajamento adotados.
- As pessoas envolvidas.
- A maturidade do sistema de gestão da qualidade para implementar as melhorias nos serviços.

- A estrutura interna da instituição.
- Os fatores externos.

A **mudança cultural** abrangeu tanto os profissionais da instituição quanto os pacientes, constituindo um processo lento e demorado. **Na instituição**, as questões a serem tratadas foram: (a) a **relação de poder** entre profissionais e P/F criada pelo poder simbólico do conhecimento; (b) o receio de compartilhar com os P/F as informações e expor os problemas existentes nos processos internos, devido ao risco de gerar processos judiciais; e (c) uma postura reativa diante dos problemas. **Quanto aos pacientes**, houve a compreensão de que sua participação esperada ia além do relato de queixas e de que eles poderiam contribuir para a busca de soluções por meio de uma postura ativa, reflexiva e de críticas construtivas. A mudança cultural não foi só uma alteração do jeito de pensar, mas requereu também uma variação do jeito de fazer e, por isso, deve estar baseada em uma mudança de processos.

No processo, a estratégia de engajamento deveria começar pelo reconhecimento de que existiam diferentes **mecanismos** para envolver os pacientes, e sua escolha devia considerar os **objetivos** da instituição com essa ação. Os mecanismos de engajamento do nível consulta permitiram conhecer o ponto de vista e a opinião dos pacientes para direcionar as ações de melhoria; em contrapartida, os mecanismos do nível envolvimento inseriram o paciente na discussão e no processo de decisão para a solução dos problemas em parceria. Os mecanismos de engajamento iniciaram o processo de melhoria, mas os hospitais precisaram de um **sistema de gestão da qualidade** que suportasse o planejamento e a execução das ações internamente, fechando o ciclo de melhoria e efetivamente resolvendo os problemas e/ou promovendo a melhoria dos serviços da instituição. A capacidade e a estrutura interna do hospital para implementar as melhorias, a partir dos problemas e das oportunidades identificadas pelos pacientes, estavam relacionadas à **maturidade do sistema de gestão da qualidade**. O uso de **tecnologia da informação** para captar informação pode aumentar a taxa de adesão dos pacientes.

Dentre as **pessoas envolvidas**, destacaram-se os pacientes e os médicos. Com relação aos pacientes, surgiu o conceito do **paciente parceiro**, que se referiu àquele que tinha vontade e disponibilidade para participar ativamente, contribuindo com informações a partir de seu ponto de vista, com uma crítica construtiva. O paciente parceiro tornou-se corresponsável pelos resultados. Quanto aos **médicos**, ressaltou-se a mudança cultural, fortemente

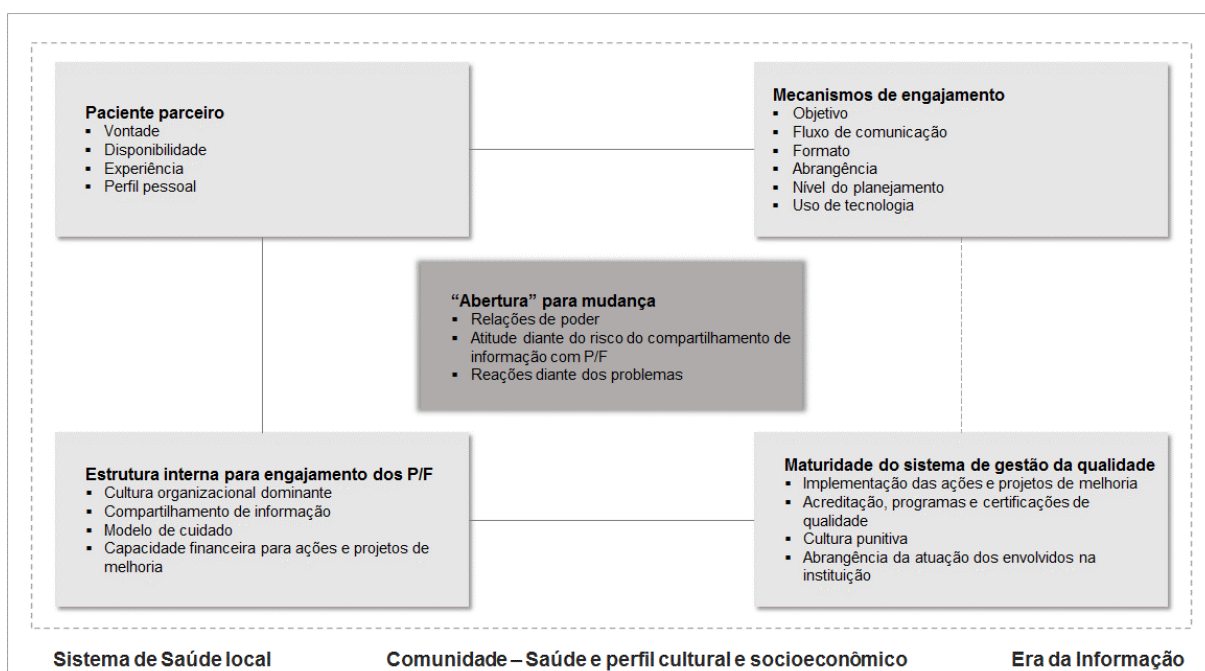
impactada por sua **formação técnica** e pela dificuldade proveniente das estruturas adotadas pelos hospitais de **corpo clínico aberto**. A formação técnica dificultou a abertura para ouvir os pacientes – existia uma cultura do ‘eu mando e você (paciente) obedece’. Entre as duas partes, pacientes e médicos, devia ocorrer uma mudança significativa das relações interpessoais, com um novo equilíbrio nas **relações de poder**.

Internamente, qualidade e segurança do paciente estavam fortemente relacionadas. Por isso, o engajamento dos pacientes abrangeu também as questões relacionadas à segurança. A instituição precisava direcionar as ações de engajamento e os **recursos financeiros** para a execução dessas ações de melhoria. Os recursos eram necessários, principalmente para implementação das melhorias, pois os gastos com a implementação e a manutenção dos mecanismos não foram considerados significativos. Importante também destacar que o **modelo centrado no paciente** e o gerenciamento da **experiência do paciente** criaram um ambiente interno que favoreceu a abertura da instituição para ouvir os pacientes e considerar sua perspectiva nas decisões. A maior parte dos hospitais podia ser caracterizada pelas **culturas organizacionais dominantes** do tipo hierarquia (orientada pelo controle) ou clã (orientada pela colaboração). A primeira criou um ambiente mais favorável para a mudança de processos e a segunda, para cultura. A identificação da cultura organizacional dominante auxiliou no planejamento das ações para engajamento dos pacientes, ao reconhecer as fortalezas e as fraquezas da instituição para realizar a mudança.

No **contexto externo**, foi preciso considerar, no planejamento das ações de engajamento dos pacientes na gestão da qualidade, o **modelo do sistema de saúde local, o perfil da comunidade atendida e a cultura local**. O sistema público de saúde, que não permitiu ao paciente escolher a instituição para seu cuidado, pôde representar uma primeira barreira para seu engajamento. Outra questão externa foi o acesso às **informações**. Eram muitas as informações disponíveis, o que dificultou a identificação de fontes confiáveis pelos pacientes. As instituições poderiam ter iniciativas voltadas à educação de pacientes.

A análise das categorias e da forma como elas se relacionaram permitiu identificar a categoria central ‘mudança cultural e de processo’. A Figura 57 ilustra a teoria fundamentada para o engajamento dos P/F na gestão da qualidade nos hospitais intitulada ‘abertura para mudança cultural e de processo’. Estão representados na figura as categorias e suas propriedades, assim como os fatores externos intervenientes.

Figura 57 – Abertura para mudança cultural e de processo: uma teoria fundamentada para o engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade



Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: ———— Relações confirmadas - - - - - Relações inferidas

Notas: as categorias estão representadas com retângulos dentro das linhas pontilhadas. Os fatores contextuais podem ser observados fora das linhas pontilhadas.

5.4 Integração dos resultados

A integração dos resultados referiu-se à análise das relações entre os resultados das duas etapas da pesquisa, qualitativa e quantitativa, e foi realizada a partir dos cinco objetivos da pesquisa: (1) definição de engajamento dos P/F, (2) origem na instituição e sua relação com a acreditação, (3) mecanismos utilizados, (4) fatores intervenientes, do contexto interno e externo, e (5) resultados obtidos pelo engajamento dos P/F. A Tabela 58 apresenta a integração dos resultados das duas abordagens e a avaliação se eles são convergentes, complementares ou divergentes. Não foram encontradas divergências entre os resultados.

Tabela 58 – Integração dos resultados das abordagens qualitativa e quantitativa

Aspecto	Qualitativo	Quantitativo	Avaliação
Definição de engajamento	<p>O engajamento dos P/F na gestão da qualidade permite direcionar as ações de melhoria dos serviços para o que realmente importa para eles, considerando seus pontos de vista, opiniões e necessidades</p> <p>Internamente, qualidade e segurança do paciente estão fortemente relacionados, por isso o engajamento dos pacientes abrange também as questões relacionadas à segurança</p>	<p>Questão fechada: envolvimento, participação e cuidado centrado foram classificados como sinônimos de engajamento por mais de 60% dos respondentes.</p> <p>Questão aberta: engajamento é a implantação de processos para dar voz, ouvir e tornar o paciente e/ou familiar um participante ativo em seu tratamento e decisões relacionadas, e na busca da melhoria contínua da qualidade na instituição, com o objetivo de assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes</p>	Convergente e complementar
Origem na instituição e sua relação com a acreditação	<p>O engajamento dos pacientes na gestão da qualidade é orientado a partir do direcionamento da alta administração</p> <p>O sistema de gestão da qualidade é estruturado a partir da orientação da alta administração. No nível estratégico, o planejamento é uma referência do direcionamento da alta administração</p> <p>Acreditação: a relação é indireta, pois não impacta nas atividades de engajamento. Os programas de acreditação auxiliam na estruturação do sistema de gestão da qualidade</p>	<p>Nenhuma questão abordou diretamente a origem das ações de engajamento. Porém, na avaliação dos fatores intervenientes, apareceram aspectos relacionados à alta administração nas três dimensões avaliadas (financeira, estrutural, e pessoal e cultural)</p> <p>Acreditação: os hospitais com acreditação nacional e internacional consideraram que o compartilhamento de informação com o P/F e a necessidade de mudança de processos não são barreira para o engajamento dos P/F</p>	Complementar
Mecanismos de engajamento	<p>A definição da estratégia de engajamento deve começar pelo reconhecimento de que existem diferentes mecanismos para envolver os pacientes, e sua escolha deve considerar os objetivos da instituição com essa ação</p>	<p>As instituições têm adotado estratégias multimodais para engajamento dos P/F na gestão da qualidade</p> <p>Mecanismos implementados com maior frequência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios (87,78%) ▪ Pesquisa de satisfação com P/F realizadas continuamente (85,56%) ▪ Caixa de sugestões (83,33%) <p>Entre os mecanismos de ‘envolvimento’, destaca-se a participação do P/F como membro de um conselho consultivo como o mais frequente (15,56%)</p> <p>O número de mecanismos implementados é diferente de acordo com as atividades de gestão da rotina implementadas</p>	Complementar

continua

continuação

Aspecto	Qualitativo	Quantitativo	Avaliação
Fatores intervenientes, do contexto interno e externo	<p>Fatores culturais: o engajamento dos pacientes na gestão da qualidade requer uma mudança profunda nas instituições – cultural e de processos. A mudança cultural é representada pela palavra ‘abertura’ – abertura para aprender, ouvir e considerar novas perspectivas. Deve ocorrer uma mudança significativa das relações interpessoais, com um novo equilíbrio nas relações de poder entre médicos e pacientes</p>	<p>Fatores culturais e pessoais: os 12 fatores avaliados podem ser representados por três novos fatores:</p> <p>FP 1: apoio e comprometimento da Administração</p> <p>FP 2: abertura da equipe</p> <p>FP 3: paciente parceiro</p> <p>O FP 1 não é uma barreira significativa para hospitais com liderança organizacional do tipo clã. Porém, é uma barreira significativa para os hospitais que não implementaram as atividades de gestão do nível estratégico e os hospitais que adotam a eficiência (cultura hierarquia) como critério de sucesso</p> <p>O FP 2 é uma barreira significativa para os hospitais que não implementaram as atividades de gestão do nível estratégico. Também é significativa para instituições cujos princípios organizacionais estão baseados em regras e políticas e adotam como critério de sucesso a eficiência, que são características da cultura hierarquia</p> <p>O FP 3 não foi considerado como significativo pelas instituições localizadas na Região Nordeste</p>	Complementar
	<p>Fatores financeiros: a instituição precisa direcionar as ações de engajamento e os recursos financeiros para a execução dessas ações de melhoria. Os recursos são necessários, principalmente para implementação das melhorias, pois os gastos com a implementação e a manutenção dos mecanismos não foram considerados como significativos</p>	<p>FF: os oito fatores avaliados podem ser representados por dois novos fatores:</p> <p>FF 1: planejamento e capacitação</p> <p>FF 2: recursos para execução</p> <p>O FF 1 não é uma barreira significativa para hospitais com liderança organizacional do tipo clã, porém é significativa para os hospitais que não implementaram as atividades de gestão do nível estratégico</p> <p>O FF 2 não é uma barreira significativa para hospitais de porte extra ou especial (>500 leitos), porém é significativa para os hospitais que não implementaram as atividades de gestão da rotina</p>	Convergente e complementar

continuação

Aspecto	Qualitativo	Quantitativo	Avaliação
	<p>Fatores estruturais: os hospitais precisam de um sistema de gestão da qualidade que suporte o planejamento e a execução das ações internamente, fechando o ciclo de melhoria e efetivamente resolvendo os problemas e/ou promovendo a melhoria dos serviços da instituição. A capacidade e a estrutura interna do hospital para implementar as melhorias, a partir dos problemas e das oportunidades identificadas pelos pacientes, estão relacionadas à maturidade do sistema de gestão da qualidade</p>	<p>FE: os 15 fatores avaliados podem ser representados por cinco novos fatores:</p> <p>FE 1: estrutura dos mecanismos dificulta a participação dos P/F</p> <p>FE 2: risco de compartilhamento de informação com o P/F e de mudança dos processos</p> <p>FE 3: dificuldade no planejamento dos mecanismos</p> <p>FE 4: falta de objetivos e diretrizes para o engajamento</p> <p>FE 5: dúvidas e dificuldade para mudar os processos a partir da contribuição dos P/F</p> <p>O FE 1 é uma barreira significativa para os hospitais que não implementaram as atividades de gestão estratégica</p> <p>O FE 2 não é uma barreira para os hospitais com acreditação nacional e internacional, públicos e os que implantaram indicadores de gestão ou padronizaram os processos. As instituições do Centro-Oeste e Norte também consideraram que não é uma barreira</p> <p>O FE 4 não é uma barreira para os hospitais que implantaram indicadores de gestão</p> <p>O FE 5 é uma barreira para os hospitais que não implementaram as atividades de gestão estratégica, em contrapartida não foi considerado pelos hospitais que definiram missão, visão e valores e pelos localizados no Nordeste</p>	Complementar
	<p>Fatores externos: no contexto externo, é preciso considerar, no planejamento das ações de engajamento dos pacientes na gestão da qualidade, o modelo do sistema de saúde local, o perfil da comunidade atendida e a cultura local. Outra questão externa é o acesso às informações. Atualmente, são muitas informações disponíveis, dificultando a identificação de fontes confiáveis pelos pacientes. As instituições poderiam ter iniciativas voltadas à educação de pacientes</p>	Não foi abordado no questionário	Complementar

conclusão

Aspecto	Qualitativo	Quantitativo	Avaliação
Resultados	<p>O paciente pode contribuir com um ‘olhar de fora’, propondo soluções diferentes das identificadas estritamente pela equipe de profissionais do hospital. Sua participação em fóruns pode gerar nos profissionais da instituição um senso de urgência na solução dos problemas, mais empatia e compaixão</p> <p>Os mecanismos de engajamento do nível ‘consulta’ permitem conhecer o ponto de vista e a opinião dos pacientes para direcionar as ações de melhoria. Em contrapartida, os do nível ‘envolvimento’ inserem o paciente na discussão e no processo de decisão para a solução dos problemas em parceria</p>	A partir da análise do conceito de engajamento, identificou-se que o paciente pode contribuir nas iniciativas de melhoria contínua da qualidade na instituição, com o objetivo de assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes	Complementar

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: P/F: pacientes e familiares; FP – fator cultural e pessoal; FF - fator financeiro; FE – fator estrutural.

6 DISCUSSÃO

O objetivo geral que norteou esta pesquisa foi “compreender a percepção dos profissionais acerca do engajamento dos pacientes e familiares (P/F) na gestão da qualidade dos serviços, no contexto hospitalar”. Esse objetivo foi justificado a partir de diferentes lacunas teóricas que abrangiam desde o conceito, os mecanismos e os fatores intervenientes, até a necessidade de uma visão ampla e integrada sobre o tema.

A discussão é realizada considerando os resultados de forma conjunta. A integração dos resultados mostrou uma convergência e uma complementariedade entre os achados das duas abordagens empregadas na pesquisa, e não foram encontrados resultados divergentes. A abordagem quantitativa contribuiu para aprofundar o conhecimento, principalmente para a elaboração do conceito, a simplificação das barreiras (redução de 35 barreiras para dez variáveis latentes) e o maior entendimento da importância do sistema de gestão da qualidade para o processo como um todo. Entretanto, é importante lembrar que esse estudo teve ênfase qualitativa, e o modelo teórico fundamentado nos dados foi o que permitiu uma visão integrada e abrangente do fenômeno estudado.

Os resultados mostram que o engajamento dos P/F requer uma mudança tanto de processo, quanto cultural, e envolve questões referentes a profissionais, pacientes e familiares, mecanismos de engajamento, sistema de gestão da qualidade e estrutura interna da instituição. Os fatores externos à instituição também precisam ser considerados quando se planeja o engajamento dos P/F.

A seguir, a discussão está estruturada a partir dos objetivos específicos da pesquisa.

Objetivos da pesquisa: Definir engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade e identificar os resultados obtidos

A partir da integração dos resultados da pesquisa, o engajamento dos P/F na gestão da qualidade pode ser reescrito como ‘a implantação de processos para dar voz, ouvir e tornar o paciente e/ou familiar um participante ativo em seu tratamento e nas decisões relacionadas, bem como na busca da melhoria contínua da qualidade na instituição, com os objetivos de direcionar as ações para o que realmente importa para eles e de assegurar a qualidade e a

segurança'. Envolver, participar e realizar o cuidado centrado são considerados como sinônimos de engajamento.

Para a discussão, a definição foi desdobrada em quatro partes, sendo: (1) o que – implantar processos, envolver, participar e realizar o cuidado centrado; (2) como – dar voz, ouvir e tornar o paciente e/ou familiar um participante ativo; (3) onde – no seu tratamento e nas decisões relacionadas, bem como na busca da melhoria contínua da qualidade na instituição; (4) por que – direcionar as ações para o que realmente importa para eles e de assegurar a qualidade e segurança. O porquê refere-se às contribuições esperadas com a estratégia de engajar os pacientes na gestão da qualidade e, por esse motivo, é discutido em conjunto com os demais achados específicos sobre os resultados obtidos com o engajamento.

A primeira parte sobre 'o que' é o engajamento corrobora a descrição apresentada por Herrin et al. (2016), na qual o termo 'engajamento do paciente' abrange diversos conceitos relacionados, incluindo cuidado centrado – todos embasando a ideia de envolver os pacientes como parceiros em seus cuidados. Complementar à mudança de processos identificada na pesquisa de avaliação, na etapa qualitativa, emergiu a questão da mudança cultural. As questões referentes à cultura englobam as relações de poder, a atitude diante do risco de compartilhamento de informações e a reação diante dos problemas. A incorporação da mudança cultural ao conceito é importante, na medida em que desconsiderá-la pode tornar a pesquisa conceitual e teoricamente limitada (LOCOCK et al., 2017).

Referente ao 'como' é realizado o engajamento, os termos 'dar voz', 'ouvir' e 'tornar o paciente' e/ou 'familiar um participante ativo' direcionam para a base do processo de engajamento, que é a comunicação. O modelo demonstrado por Rowe e Frewer (2005) define os tipos de engajamento a partir do fluxo de informação, que varia de unilateral ao diálogo entre pacientes e profissionais da instituição. Esses termos também se referenciam à perspectiva do paciente, baseados em sua experiência (STANISZEWSKA et al., 2014; BAKER et al., 2016a; ROWLAND et al., 2017) e na sua opinião e vontade, como paciente-consumidor (LONGTIN et al., 2010). Portanto, essa parte reafirma os conceitos da literatura.

Com relação à terceira parte da definição, 'onde' ocorre o engajamento, no conceito podem ser observados dois níveis: um de envolvimento no cuidado individual (participante ativo em seu tratamento e nas decisões relacionadas) e outro na melhoria organizacional (na busca da melhoria contínua da qualidade na instituição), similar ao apresentado por Groene et al. (2010) e Castro et al. (2016). Isso reforça a declaração de Castro et al. (2016) de que os

conceitos cuidado centrado e participação não são independentes e deveriam ser vistos como interrelacionados. Karazivan et al. (2015) descreveu a evolução do processo paternalista para uma abordagem do paciente parceiro em que a experiência do paciente deve ser reconhecida e ele participa das decisões.

A quarta e última parte da definição refere-se aos resultados do engajamento ou ao 'por que engajar?'. Na construção da definição, foram observados dois objetivos pelos quais o paciente é engajado na gestão da qualidade: direcionar as ações para o que realmente importa para os P/F e assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes. Porém, na abordagem qualitativa, foi descrito que

O paciente pode contribuir com um 'olhar de fora', propondo soluções diferentes das identificadas estritamente pela equipe de profissionais do hospital. Sua participação em fóruns pode gerar nos profissionais da instituição um senso de urgência na solução dos problemas, mais empatia e compaixão.

Esses achados são complementares, pois temos, da etapa qualitativa, a qualidade do serviço propriamente dito e o direcionamento para o que importa para o paciente e, da qualitativa, a adição de uma nova perspectiva, para entender e tratar os problemas e uma mudança nos profissionais (senso de urgência, empatia e compaixão).

Os achados do presente estudo corroboram a literatura, que destaca a contribuição do paciente com um olhar de fora (Batalden, 2018), que permite discutir soluções diferentes das identificadas estritamente pela equipe de profissionais do hospital. A contribuição da perspectiva do paciente nas iniciativas de melhoria da qualidade fortalece a mudança requerida para atingir a terceira era da evolução da qualidade, na área de saúde, proposta por Berwick (2016). O engajamento contribui para a melhoria da qualidade e a segurança do paciente, corroborando a definição na literatura de que são dois atributos indissociáveis (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016).

Empatia e compaixão remetem fortemente ao conceito do cuidado centrado (IOM, 2001; CASTRO et al., 2016), o qual compõe, de forma mais ampla, a definição de engajamento. Entretanto, na literatura, não foram encontrados estudos que apresentem um estímulo do senso de urgência nos profissionais para solução dos problemas como um resultado promovido pelo engajamento dos P/F na gestão da qualidade. Essa contribuição pode ter um impacto sobre o fator interveniente da dimensão pessoal e cultural, que abrange as questões referentes ao apoio e ao comprometimento da administração, e minimizar essa barreira no

engajamento dos P/F. Isso sugere a criação de um ciclo virtuoso em todo o processo de engajamento dos P/F na gestão da qualidade.

Considerando a discussão apresentada, a definição de engajamento pode ser refinada com a inclusão da mudança cultural e da reescrita dos resultados, conforme segue: 'engajamento dos pacientes na gestão da qualidade é a implantação de processos e uma mudança cultural para dar voz, ouvir e tornar o paciente e/ou familiar um participante ativo em seu tratamento e nas decisões relacionadas, bem como na busca da melhoria contínua da qualidade na instituição, com os objetivos de direcionar as ações para o que realmente importa para os pacientes, assegurar a qualidade do serviço e segurança deles, obter uma nova perspectiva para entender e tratar os problemas e estimular, nos profissionais, o senso de urgência, mais empatia e compaixão'.

Objetivo da pesquisa: Identificar a origem da decisão organizacional de engajar os pacientes e familiares na gestão da qualidade e sua relação com os programas de acreditação

O engajamento dos pacientes na gestão da qualidade é orientado a partir do direcionamento da alta administração e pode estar inserido no planejamento estratégico. No conceito de estrutura interna, suas propriedades são orientadas pela alta administração: cultura organizacional, modelo de cuidado, estratégia de compartilhamento de informações e planejamento de recursos financeiros.

Os resultados das pesquisas realizadas com os pacientes (satisfação e experiência), que representam os mecanismos com maiores taxas de implementação, são transformados em indicadores de gestão da dimensão qualidade para a alta administração.

Na etapa quantitativa, nenhuma questão abordou diretamente a origem das ações de engajamento. Porém, na avaliação dos fatores intervenientes, apareceram aspectos relacionados à alta administração nas três dimensões avaliadas, que podem tornar-se barreiras significativas. A alta administração precisa apoiar e estar comprometida com a estratégia de engajar (BATALDEN et al., 2016; PALUMBO, 2016; LIANG et al., 2018), definir diretrizes e objetivos (HERRIN et al., 2016; JOHNSON et al., 2016; KOHLER et al., 2017; BOMBARD et al., 2018), aprovar o planejamento dos recursos financeiros e viabilizar os treinamentos para todos os envolvidos (CASTRO et al., 2016; HERRIN et al., 2016; JOHNSON

et al., 2016; BOMBARD et al., 2018). Todos os fatores foram provenientes da revisão da literatura.

Referente aos programas de acreditação, na abordagem quantitativa, não foi evidenciada uma relação entre a acreditação e o número de mecanismos de engajamento implementados (*valor-p* = 0,148). Esses resultados confirmam os achados dos estudos anteriores, que indicaram que a acreditação não tem uma relação direta com a estratégia de engajamento (GROENE et al., 2015; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017). Porém, observou-se, no agrupamento das instituições que avaliaram de forma homogênea os fatores pessoais e culturais, que há evidência de uma associação entre os agrupamentos e o *status* da acreditação, (*valor-p* = 0,040) e, na abordagem qualitativa, foi relatado o impacto da acreditação no sistema de gestão da qualidade. Esses achados demonstram o impacto indireto dos programas de acreditação na estruturação do sistema de gestão (MANZO; BRITTO; ALVES, 2013) e um novo achado da relação com os fatores pessoais e culturais.

Objetivo da pesquisa: Identificar os mecanismos utilizados para engajar os pacientes e familiares nas atividades da gestão da qualidade

Este estudo permite observar quais as práticas adotadas pelos hospitais para engajar os P/F na gestão da qualidade, ou seja, os mecanismos implementados. Quando os resultados são comparados com as referências da literatura, inclusive com estudo realizado anteriormente no Brasil por Saut e Berssaneti (2016), observam-se uma estratégia multimodal e uma grande variação entre os resultados dos diferentes estudos (Tabela 59). Entretanto, os achados qualitativos podem contribuir para um entendimento dessas variações e aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos.

Os mecanismos de engajamento devem ser planejados de acordo com o objetivo da instituição. Mecanismos dos níveis consulta e envolvimento trazem contribuições diferentes. Os hospitais experimentam e testam os mecanismos, para, assim, entender qual o que melhor atende às diferentes demandas. Na literatura, os mecanismos diferentes podem ser necessários, uma vez que o envolvimento pode assumir muitas formas, em diferentes situações (contextos), com diferentes tipos de participantes, requisitos e objetivos (ROWE; FREWER, 2005), e não existe uma única estratégia ou método que possa ser considerado para refletir as melhores práticas de engajamento do P/F (GROENE; SUNOL, 2015). Radmore, Eljiz

e Greenfield (2020) concluíram que uma abordagem multifacetada fornece estratégia abrangente e pode ser adaptada para lidar com a experiência, a satisfação e os resultados para o paciente. A disponibilização de diversos canais para os pacientes fornecerem um *feedback*, durante sua jornada nos hospitais, pode estimular a manifestação (BERGER; SAUT; BERSSANETI, 2020).

A média de mecanismos implementados por hospital foi diferente, de acordo com as atividades de gestão da qualidade implementadas nas instituições, evidenciando a forte relação entre esses dois processos. Não foram encontrados estudos na literatura que discutissem diretamente essa relação com o sistema de gestão da qualidade, sugerindo que pode ser uma contribuição teórica desta pesquisa.

No planejamento dos mecanismos devem ser consideradas as suas propriedades, sendo elas: objetivo, fluxo de informação, formato, abrangência, nível de planejamento, tecnologia. Objetivo e fluxo de informação estão diretamente relacionados aos modelos dos níveis de engajamento (ROWE; FREWER, 2005; BATE; ROBERT, 2006; CARMAN et al., 2013). Na literatura, o uso da tecnologia para aplicar pesquisas de *feedback* aparece como um facilitador (LACHMAN et al., 2015).

Tabela 59 – Comparativo dos mecanismos utilizados para engajamento dos pacientes e familiares com a literatura

Dados da pesquisa	Groene et al. (2009)	Makai et al. (2009)*	Han et al. (2013)	Groene et al. (2014) [†]	Herrin et al. (2016)*	Saut e Berssaneti (2016)*	Esta pesquisa*
Local	8 países da Europa	Hungria	Estados Unidos	7 países da Europa	Estados Unidos	Brasil	Brasil
Amostra	351 hospitais	102 hospitais	112 instituições de saúde	72 hospitais	1.457 hospitais	141 instituições de saúde	90 hospitais
Mecanismos avaliados							
Avaliação das metas e/ou objetivos de qualidade	35%	13%	-	-		57%	4,44%
Desenvolvimento dos critérios de qualidade	21%	5%	-	11,7%		64%	3,33%
Participa em comitês e projetos de melhoria	Comitê qualidade: 30% Projetos: 40%	4%	Conselhos consultivos: 21% Projetos: 23%	Comitê de qualidade: 15% Projetos: 20%	38,4%	51%	Comitê qualidade: 7,78% Projetos: 14,45%
Desenvolvimento das diretrizes de qualidade	-	3%	-	-		60%	3,33%
Desenho e organização processos de cuidado	19%	-	37%	7%		-	4,44%
Discussão dos resultados dos projetos de melhoria	-	-	-	16%		-	-
Pesquisas de opinião com P/F	-	-	78%	-		99%	95,56%
Processo formal de comunicação individual	-	-	52%	-		97%	93,34%
Participa na análise de causa					46,9%		45,55%
Participa no treinamento dos profissionais					26,9%		0,00%

Fonte: elaborada pela autora. P/F - paciente e família.

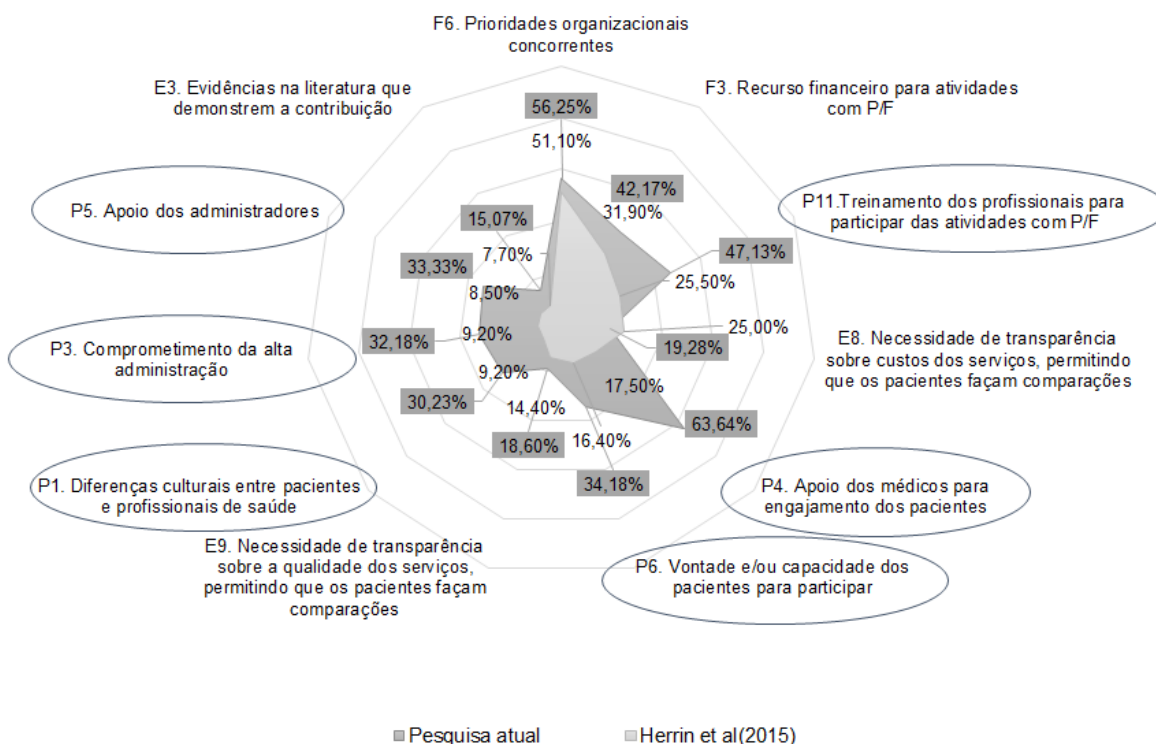
Notas: * considera o total de respostas 'sim' e 'parcialmente implementado'. [†] Esses resultados também são apresentados e discutidos em Groene e Sunol (2015).

Entre os mecanismos com alto índice de instituições que não implementaram, cinco referem-se à participação dos P/F no desenvolvimento de materiais ou em atividades de capacitação, sendo eles: elaboração de cartilhas ou outros materiais para comunicação com pacientes (88,89%), desenvolvimento do conteúdo para treinamento de outros P/F (87,78%) ou de profissionais (96,67%) e educador no treinamento de outros P/F (90,00%) ou de profissionais (96,67%). Complementarmente, apenas 17,78% dos hospitais informaram que realizam atividades em parceria com as associações de P/F. Analisando o resultado dos dois indicadores em conjunto, envolvimento dos pacientes nas atividades de capacitação e de atividades em parceria com associações de P/F, observa-se que existe uma oportunidade pouco explorada pelas instituições. As associações têm muitos elementos em comum, muitas vezes, são formadas a partir de uma necessidade local ou nacional e em resposta a uma condição de saúde específica (WILSON, 1999). Entre os objetivos mais comuns das associações, destacam-se prover informação para a comunidade e conscientizar e influenciar profissionais e formuladores de políticas (WILSON, 1999). Segundo Boivin et al. (2014a), o envolvimento das associações permite que membros considerados legítimos pela comunidade e profissionais sejam recrutados.

Objetivo da pesquisa: Verificar os fatores intervenientes, do contexto interno e externo das instituições, que influenciam no engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade

A Figura 58 apresenta um comparativo dos resultados obtidos com o estudo de Herrin et al. (2015), realizado nos Estados Unidos, com 1.457 hospitais. Observa-se, no gráfico, que a barreira 'prioridades organizacionais concorrentes' se destaca nas duas pesquisas com um alto percentual. Nesta pesquisa, as barreiras relacionadas às pessoas e à cultura apresentaram percentuais mais altos (fatores P1, P3, P4, P5, P6 e P11), representando as maiores diferenças no comparativo entre os dois estudos. Os resultados sugerem que a necessidade de compartilhar informações de qualidade (E9) e custo (E8) não são tão relevantes quando comparadas às demais barreiras, assim como evidências na literatura que demonstrem a contribuição (E3).

Figura 58 – Comparativo da avaliação das barreiras com a pesquisa de Herrin et al. (2015)



Fonte: Herrin et al. (2015). P/F – pacientes e familiares.

Notas: o cálculo do percentual considera a soma das respostas com nota 4 e 5 pelo total de respostas válidas (soma de respostas de 1 a 5). Os códigos de identificação das barreiras correspondem a uma letra de acordo com o fator (F – Financeiro, E – Estruturais, P – Pessoais e culturais), seguida pelo número que está relacionado à sequência de apresentação nas Tabelas 36, 40 ou 44, de acordo com o tipo de fator. As barreiras circuladas estão relacionadas a fatores pessoais e culturais e que apresentam as maiores diferenças entre as duas pesquisas.

No total, foram avaliadas 35 barreiras, derivadas da revisão da literatura. Os resultados mostraram que é possível reescrevê-las a partir de dez novos fatores.

Na dimensão financeira, as barreiras foram reescritas a partir de dois novos fatores. O primeiro fator, nomeado 'planejamento e capacitação' (fator financeiro – FF 1), está relacionado à priorização de recursos para a estratégia de engajamento, definição de políticas de incentivo para os pacientes e recursos para treinamento de todos os envolvidos. O segundo fator, 'recursos para realização' (FF 2), compreende os recursos e as pessoas tanto para realizar as atividades, quanto para implementar as melhorias provenientes do trabalho em parceria. Na literatura, os artigos abordavam apenas um dos fatores. O fator FF 1 foi descrito por Castro et al. (2016), Johnson et al. (2016), Ocloo e Matthews (2016) e Bombard et al. (2018) de forma parcial, como, por exemplo, Ocloo e Matthews (2016) e Bombard et al. (2018) que destacaram a necessidade de uma política de reembolso das despesas dos pacientes para sua participação. O FF 2 foi avaliado na pesquisa realizada por Herrin et al. (2016) em que o apoio financeiro para a realização

das atividades ficou entre as cinco principais barreiras. Portanto, embora em um número menor, os novos fatores intervenientes representam os conceitos de uma forma mais abrangente do que os identificados originalmente na literatura.

Os novos fatores indicam que existem questões relacionadas às fases de planejamento e de execução do engajamento dos P/F, e que as atividades de gestão do nível estratégico e da rotina podem torná-los barreiras menos significativas. Por exemplo, o FF 1 foi considerado barreira significativa pelas instituições que não implementaram as atividades de gestão do nível estratégico e o FF 2 o foi pelas instituições que não implementaram as atividades de gestão da rotina. Esses resultados convergem com o modelo teórico que apresenta a interface entre a maturidade do sistema de gestão da qualidade e o processo de engajamento. Na análise dos agrupamentos, foi observada uma relação entre as avaliações dos fatores financeiros e o *status* da padronização dos processos. Essas relações reforçam a interdependência dos conceitos do modelo teórico.

Na dimensão pessoal e cultural, as barreiras foram reescritas a partir de três novos fatores: apoio e comprometimento da administração (FP 1), abertura da equipe (FP 2) e paciente parceiro (FP 3). Os fatores FP 1 e FP 2 estão voltados para a equipe interna da instituição, e os resultados mostraram relação com três dimensões da cultura organizacional e com as atividades de gestão do nível estratégico. Os três novos fatores mostram a convergência entre os achados das duas abordagens do estudo e com a literatura (BATALDEN et al., 2016; JOHNSON et al., 2016; OCLOO; MATTHEWS, 2016; PALUMBO, 2016; LIANG et al., 2018).

O FP 3, relacionado ao paciente, também foi identificado na abordagem qualitativa. Em estudo recente sobre a participação dos pacientes na regulamentação dos serviços de saúde, um dos fatores dificultadores identificados foi a necessidade de considerar que nem todos os pacientes desejam ser envolvidos no processo, e alguns grupos estão mais inclinados a participar, o que pode tornar difícil formar um grupo que represente a diversidade dos pacientes atendidos (WIIG et al., 2020). McCarron et al. (2019) identificaram sete fatores que motivam os pacientes a participarem: autorrealização, melhoria da saúde, remuneração, influência na mudança, aprendizagem de coisas novas, condicional (depende da situação específica enfrentada pelo paciente) e obtenção de benefícios extras (exemplo, suporte financeiro para participar em conferências).

Para o mecanismo 'pesquisa de satisfação contínua', que está entre os três mais implementados, FP 3 foi considerado como barreira significativa pelas instituições que não o

implementaram. Em contrapartida, as instituições que não implementaram o mecanismo 'processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios', que também foi identificado como um dos mais implementados, o FP 2 foi considerado barreira significativa. Para as instituições que implementaram o mecanismo de participação do P/F como membro da equipe de projetos de melhoria, FP 3 é uma barreira, e, para as que implementaram os mecanismos de participação na elaboração de cartilhas e na avaliação de metas da qualidade, FP 2 é uma barreira.

Na dimensão estrutural, as barreiras foram reescritas a partir de cinco novos fatores: estrutura dos mecanismos dificulta a participação dos P/F (FE 1), risco de compartilhamento de informação com o P/F e de mudança de processos (FE 2), dificuldade no planejamento dos mecanismos (FE 3), falta de diretrizes para o engajamento dos P/F (FE 4) e dúvidas e dificuldades para mudar os processos a partir da contribuição dos P/F (FE 5). Pode-se observar que os cinco fatores estão representados no modelo teórico conceitual, demonstrando a convergência entre os resultados: FE 1 e FE 3 estão relacionados aos mecanismos, FE 2 e FE 4 à estrutura interna e FE 5 está parcialmente relacionado ao sistema de gestão da qualidade. Estes fatores foram citados na literatura (HERRIN et al., 2016; JOHNSON et al., 2016; BOMBARD et al., 2018).

Os fatores intervenientes do contexto externo aos hospitais identificados na pesquisa foram o sistema de saúde local, o perfil da comunidade atendida e a cultura local e o acesso às informações. Cahill (1998) identificara, em seu estudo, os dois primeiros fatores. Berwick, Feeley e Loehner (2015) também discutem a importância de considerar os fatores contextuais no desenho dos sistemas de cuidado, adaptando-os.

Alguns dos fatores intervenientes para o engajamento dos pacientes e familiares no setor de saúde podem ser comparados aos encontrados nos estudos sobre o engajamento da família no setor de educação, como questões financeiras, culturais, entre outras (BAKER et al., 2016b; GARBACZ et al., 2018). Na educação, algumas recomendações para superar os desafios e engajar os familiares são estar ciente de que o processo de engajamento deve ser liderado pelos profissionais, reconhecer a experiência que cada parte traz, buscar um objetivo compartilhado, estabelecer um relacionamento de confiança, que pode ser construído por interações múltiplas, e promover uma comunicação bidirecional (BUCHANAN; BUCHANAN, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, buscou-se a compreensão da percepção dos profissionais acerca o engajamento dos pacientes e familiares e a gestão da qualidade no âmbito hospitalar. Nos casos estudados, observou-se que o engajamento dos pacientes requer uma mudança cultural e de processos nas instituições. Trata-se de um processo de mudança que pode ser representado pela palavra 'abertura'. Os achados qualitativos foram convergentes com os resultados quantitativos.

O engajamento dos P/F pode ser definido como a implantação de processos e uma mudança cultural para dar voz, ouvir e tornar o paciente e/ou familiar um participante ativo em seu tratamento e em decisões relacionadas, bem como na busca da melhoria contínua da qualidade na instituição, com os objetivos de direcionar as ações para o que realmente importa para os pacientes, assegurar a qualidade do serviço e segurança do paciente, obter uma nova perspectiva, para entender e tratar os problemas, e estimular, nos profissionais, o senso de urgência, mais empatia e compaixão. Envolver, participar e realizar o cuidado centrado são considerados como sinônimos de engajamento.

A decisão de engajar os pacientes tem origem no direcionamento da alta administração, a qual define diretrizes e objetivos, assim como aprova o planejamento dos recursos financeiros e viabiliza os treinamentos para todos os envolvidos. Não foram encontradas evidências de uma associação entre o engajamento e os programas de acreditação. Entretanto, a acreditação tem um impacto indireto, por meio da estruturação do sistema de gestão da instituição e de sua relação com os fatores intervenientes pessoais e culturais.

Os mecanismos de engajamento trazem contribuições diferentes e devem ser planejados de acordo com seu objetivo. Existe uma relação entre os mecanismos de engajamento implementados e as atividades do sistema de gestão da qualidade. No planejamento dos mecanismos, devem ser consideradas suas propriedades, sendo elas: objetivo, fluxo de informação, formato, abrangência, nível de planejamento e tecnologia.

No contexto interno das instituições, foram identificados dez fatores intervenientes, abrangendo as dimensões financeira, estrutural e pessoal e cultural. Externamente, são considerados fatores intervenientes o sistema de saúde local, o perfil da comunidade atendida e a cultura local e o acesso às informações. Embora o estudo tenha limitações, não foram encontradas outras pesquisas de avaliação realizadas no Brasil com escopo semelhante.

Portanto, os resultados representam a melhor evidência sobre os fatores intervenientes no engajamento dos pacientes e familiares.

Sobre os P/F que podem se tornar parceiros nas atividades de gestão da qualidade, devem ser consideradas sua vontade, sua disponibilidade, sua experiência e o perfil pessoal.

7.1 Implicações para a prática

Como implicações para a prática, o estudo apresenta resultados que podem dar suporte aos hospitais na implementação de ações para engajamento dos P/F na gestão da qualidade ou na melhoria das iniciativas existentes. Os resultados desta pesquisa podem trazer uma contribuição para os administradores dos hospitais e para a equipe de profissionais e os P/F que participam direta ou indiretamente das atividades de engajamento desses últimos.

Aos administradores, os resultados sobre potenciais contribuições do engajamento dos P/F e o entendimento de como as variáveis do modelo teórico estão integradas podem auxiliar no direcionamento dos objetivos, na definição de políticas internas, no reconhecimento da importância dos aspectos culturais e no planejamento dos recursos e treinamentos necessários para realização das atividades. Os resultados permitem identificar como algumas características do perfil das instituições podem facilitar ou dificultar o engajamento dos P/F.

Aos profissionais e aos P/F que participam ou estarão envolvidos nas atividades, o conhecimento dos mecanismos e dos fatores intervenientes pode auxiliar no planejamento e no entendimento do que deve ser incentivado e o que deve ser evitado para facilitar as iniciativas e reduzir os riscos para garantir a obtenção dos resultados esperados.

Destaca-se também que os resultados podem contribuir para todos aqueles que estão envolvidos nas associações formadas por P/F, os quais podem contribuir para a melhoria da qualidade com a experiência de seus associados.

7.2 Limitações da pesquisa

Em busca de compreender o tema da pesquisa, realizou-se este estudo que, embora ofereça contribuições para a temática de engajamento dos pacientes na gestão da qualidade, também apresenta limitações relacionadas ao tema e às escolhas metodológicas.

Com relação ao tema, por ser relativamente novo, três aspectos devem ser considerados. No planejamento da pesquisa quantitativa, não foram encontrados instrumentos de pesquisa validados. Na etapa de coleta de dados, foi encontrado apenas um hospital classificado no nível de engajamento denominado 'parceria e liderança compartilhada', o que restringiu a observação das práticas de coliderança dos P/F em iniciativas e fóruns com a participação dos pacientes. Outra limitação resultante da contemporaneidade do tema é que podem existir resultados que precisam de mais tempo para serem capturados ou percebidos, assim como a observação dos fatores intervenientes, restringindo, portanto, sua avaliação neste estudo.

Quanto aos aspectos metodológicos, devido ao número de hospitais participantes e ao plano de amostragem (não probabilístico e por conveniência), os resultados da pesquisa de avaliação não podem ser generalizados para a população. As conclusões referem-se apenas aos elementos participantes da pesquisa. Destaca-se, também, a limitação do poder de generalização dos resultados, devido à baixa taxa de retorno, que pode ter introduzido um viés. Em relação ao tamanho por estrato, de acordo com o perfil das instituições, na análise dos resultados, alguns testes do qui-quadrado não puderam ser realizados, pois o número de contagens esperadas era menor do que cinco.

Com relação à amostra, conforme mencionado no capítulo de Resultados, destaca-se, quanto ao tipo de cultura organizacional dominante, que não foram avaliados hospitais com as culturas dominantes adhocracia e mercado. Essa limitação, contudo, não é considerada significativa, uma vez que são mais frequentes as culturas dos tipos clã e hierarquia nas instituições de saúde (CRUZ; FERREIRA, 2012).

Outra limitação relacionada ao método, conforme mencionado por Miguel (2012), questionários com questões fechadas têm as desvantagens de o participante escolher uma das respostas devido à falta de opção e/ou dificuldade do pesquisador de oferecimento de todas as alternativas possíveis.

Como riscos à qualidade do resultado desta pesquisa, ressaltam-se aqueles associados aos estudos que abordam questões de poder e cultura nas organizações de saúde. Segundo Kurcgant (1992), investigações na área de poder e cultura correm o risco de permanecer nos níveis superficiais dos comportamentos manifestos e das opiniões verbalizadas, uma vez que as condições que permeiam a dinâmica de trabalho que se desenvolve nas instituições do setor de saúde lhes conferem uma especificidade em relação a outros setores, e tal especificidade é que evidencia as relações entre cultura e poder e cria dificuldades à investigação. O diagnóstico da cultura organizacional respondido por apenas uma pessoa por instituição e a tradução do instrumento para o português não ter sido validada também podem apresentar um viés.

No formato do questionário, algumas questões podem ter influenciado nas respostas dadas. A questão sobre a definição de engajamento estava na mesma página da questão sobre os mecanismos, podendo ter influenciado os respondentes. As questões sobre os fatores intervenientes tinham muitos itens (total de 35), podendo ser cansativas para os respondentes e ter reduzido sua atenção.

7.3 Sugestões para estudos futuros

A realização desta pesquisa permitiu identificar algumas possibilidades para futuras pesquisas, considerando as limitações deste estudo, seu escopo e uma importante mudança do contexto externo mundial, ocorrida no ano de 2020.

Quanto às limitações do estudo, uma pesquisa com uma amostra representativa deve permitir uma generalização dos resultados. A redução dos fatores intervenientes, de 35 para dez viabiliza uma simplificação do questionário e, conseqüentemente, uma diminuição do tempo de resposta, podendo ter um impacto positivo na taxa de resposta. Outra possibilidade está relacionada ao diagnóstico da cultura organizacional, que pode ser respondido por mais de uma pessoa da mesma instituição, o que reduziria o risco de uma classificação a partir de apenas um representante. Ainda com relação às limitações, a realização do estudo em outros países/regiões pode viabilizar a inclusão de instituições com perfis diferentes, o que permitiria trazer novas informações, como mais hospitais com nível de engajamento parceria de liderança

compartilhada, com cultura organizacional dominante mercado ou adhocracia, com a certificação Planetree, entre outros.

Com relação ao escopo, uma possibilidade é estender a pesquisa para dois grupos participantes do processo de engajamento e que não foram envolvidos neste estudo, os pacientes e familiares e a equipe do Núcleo de Segurança do Paciente. A participação dos pacientes e familiares pode permitir um aprofundamento na discussão dos fatores intervenientes, a partir de outra perspectiva. Neste estudo, constava a barreira desmotivação do paciente em continuar participando, por falta de visibilidade dos resultados obtidos/melhorias realizadas, a partir das propostas elaboradas com sua participação (barreira P_09), porém 28,89% (26 de 90) responderam que não sabiam responder ou não se aplicava. Outro exemplo de questão que pode ser explorada na pesquisa com pacientes é: “Os pacientes e familiares percebem que os hospitais querem e estão interessados em seu envolvimento na gestão da qualidade?”.

Quanto ao Núcleo de Segurança do Paciente, os resultados mostram que o engajamento tem como um de seus objetivos melhorar a segurança, sendo uma oportunidade observar como essa área é envolvida ou impactada. A pesquisa pode também ser aplicada a outros tipos de instituições do setor de saúde, como clínicas, laboratórios de exames e diagnósticos, entre outras.

Ainda sobre o escopo da pesquisa, pode ser realizado um estudo exploratório sobre quais os fatores ou as características do perfil das instituições que permitem discriminar os agrupamentos dos fatores intervenientes.

Por fim, uma continuidade desta pesquisa, considerando o contexto atual (os anos de 2020 e 2021), com a ocorrência da pandemia pelo coronavírus (COVID-19), que teve reflexo mundial, pode contribuir para a compreensão de como medidas de distanciamento social têm potencial para impactar nos mecanismos de engajamento dos pacientes que, inicialmente, eram realizados de forma presencial, como os comitês. Esse contexto também reforçou a necessidade de aprofundar a discussão sobre como educar os pacientes e familiares e qual sua responsabilidade como cidadão e sua potencial contribuição.

REFERÊNCIAS

- ALBERT EINSTEIN SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Escritório Planetree Brasil**. Disponível em: <<https://www.einstein.br/estrutura/escritorio-planetree/clientes>>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- ANGSTMAN, K. B.; BENDER, R. O.; BRUCE, S. M. Patient advisory groups in practice improvement sample case presentation with a discussion of best practices. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 4, p. 328–332, 2017.
- 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. 36–47, 2013.
- ARNSTEIN, S. R. A ladder of citizen participation. **Journal of the American Planning Association**, v. 35, n. 4, p. 216–224, 1969.
- AURAS, S.; GERAEDTS, M. Patient experience data in practice accreditation - an international comparison. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 2, p. 132–139, 2010.
- BAKER, G. R.; FANCOTT, C.; JUDD, M.; O’CONNOR, P. Expanding patient engagement in quality improvement and health system redesign: three Canadian case studies. **Healthcare Management Forum**, v. 29, n. 5, p. 176–182, 2016a.
- BAKER, T.; WISE, J.; KELLEY, G.; SKIBA, R. Identifying barriers: Creating solutions to improve family engagement. **School Community Journal**, v. 26, n. 2, p. 161–184, 2016b.
- BALIK, B.; CONWAY, J.; ZIPPERER, L.; WATSON, J. Achieving an exceptional patient and family experience of inpatient hospital care. In: **Innovation Series 2011**. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BARELLO, S.; GRAFFIGNA, G.; VEGNI, E. Patient engagement as an emerging challenge for healthcare services: mapping the literature. **Nursing Research and Practice**, v. 2012, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2012/905934>>.
- BARELLO, S.; GRAFFIGNA, G.; VEGNI, E.; BOSIO, A. C. The challenges of conceptualizing patient engagement in health care: A lexicographic literature review. **Journal of Participatory Medicine**, v. 6, p. e9, 2014.
- BATALDEN, M.; BATALDEN, P.; MARGOLIS, P.; SEID, M.; ARMSTRONG, G.; OIPARI-ARRIGAN, L.; HARTUNG, H. Coproduction of healthcare service. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 7, p. 509–517, 2016.
- BATALDEN, P. Getting more health from healthcare: quality improvement must acknowledge patient coproduction — an essay by Paul Batalden. **BMJ**, v. 362, p. k3617, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.k3617>>.
- BATE, P.; ROBERT, G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. **BMJ Quality & Safety**, v. 15, p. 307–310, 2006.
- BELL, S. K.; GERARD, M.; FOSSA, A.; DELBANCO, T.; FOLCARELLI, P. H.; SANDS, K. E.; LEE, B. S.; WALKER, J. A patient feedback reporting tool for OpenNotes: implications for patient-clinician safety and quality partnerships. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 4, p. 312–322, 2017.
- BERGER, S.; SAUT, A. M.; BERSANETI, F. T. Using patient feedback to drive quality improvement in hospitals: a qualitative study. **BMJ Open**, 2020.

- BERSSANETI, F. T.; BOUER, G. **Qualidade: conceitos e aplicações em produtos, projetos e processos**. São Paulo: Edgar Blucher, 2013.
- BERWICK, D. M. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. **Health Affairs**, v. 28, n. 4, p. w555–w565, 2009.
- BERWICK, D. M. Era 3 for Medicine and Health Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 315, n. 13, p. 1329–1330, 2016.
- BERWICK, D. M.; FEELEY, D.; LOEHNER, S. Change from the inside out: health care leaders taking the helm. **Journal of the American Medical Association**, v. 313, n. 17, p. 1707–1708, 2015.
- 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.
- BOIVIN, A.; LEHOUX, P.; BURGERS, J.; GROU, R. What are the key ingredients for effective public involvement in health care improvement and policy decisions? A randomized trial process evaluation. **The Milbank Quarterly**, v. 92, n. 2, p. 319–350, 2014a.
- BOIVIN, A.; LEHOUX, P.; LACOMBE, R.; BURGERS, J.; GROU, R. Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: a cluster randomized trial. **Implementation Science**, v. 9, n. 24, p. 1–10, 2014b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-24>>.
- BOMBARD, Y.; BAKER, G. R.; ORLANDO, E.; FANCOTT, C.; BHATIA, P.; CASALINO, S.; ONATE, K.; DENIS, J. L.; POMEY, M. P. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. **Implementation Science**, v. 13, n. 1, p. 98, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>>.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico: história & sociedade**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BUCHANAN, K.; BUCHANAN, T. Relationships with families: Have educators overlooked a critical piece of the puzzle? **Improving Schools**, v. 20, n. 3, p. 236–246, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1365480216674622>>.
- CAHILL, J. O. Patient participation - A review of the literature. **Journal of Clinical Nursing**, v. 7, n. 2, p. 119–128, 1998.
- CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework**. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
- CARMAN, K. L.; DARDESS, P.; MAURER, M.; SOFAER, S.; ADAMS, K.; BECHTEL, C.; SWEENEY, J. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. **Health Affairs**, v. 32, n. 2, p. 223–231, 2013.
- CARMAN, K. L.; WORKMAN, T. A. Engaging patients and consumers in research evidence: Applying the conceptual model of patient and family engagement. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 25–29, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.009>>.
- 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.
- CHAN, Y. E.; BENECKI, L. A. Evaluating the success of a hospital's community engagement process. **Healthcare Management Forum**, v. 26, p. 20–25, 2013.
- COSTA NETO, P. L. **Estatística**. 3. ed. São Paulo: Editora Blücher, 2002.
- COULTER, A. Paternalism or partnership? **BMJ**, v. 319, n. Sep, p. 719–720, 1999.

- CRAWFORD, M. J.; RUTTER, D.; MANLEY, C.; WEAVER, T.; BHUI, K.; FULOP, N.; TYRER, P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. **BMJ**, v. 325, n. 7375, p. 1263–1265, 2002.
- CRESWELL, J. W. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. [s.l.] SAGE Publications, 2009.
- CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. **Revista de Enfermagem Referência**, v. Serie III, n. 6, p. 103–112, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a10.pdf>>.
- DAVIS, R. E.; JACKLIN, R.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. A. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? **Health Expectations**, v. 10, n. 3, p. 259–267, 2007.
- DEMING, W. E. **Quality, productivity, and competitive position**. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for advanced engineering study, 1982.
- DONABEDIAN, A. Measuring and evaluating hospital and medical care. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 52, n. 1, p. 51–59, 1976.
- DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.
- DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWIANSKI, L. Quality, cost, and health: an integrative model. **Medical care**, v. 20, n. 10, p. 975–992, 1982.
- EDGMAN-LEVITAN, S.; BRADY, C.; HOWITT, P. **Patient and family engagement - Partnering with patients, families, and communities for health: a global imperative** Qatar, 2013. . Disponível em: <http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/27425_WISH_Patient-Engagement_web-1.pdf>.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213–219, 2005.
- FRAMPTON, S. B. Creating a patient-centered system: Most facilities are designed for the provider's convenience - Planetree is out to change that. **American Journal of Nursing**, v. 109, n. 3, p. 30–33, 2009.
- FRAMPTON, S. B.; HOROWITZ, S.; STUMPO, B. J. Open medical records. **American Journal of Nursing**, v. 109, n. 8, p. 59–63, 2009.
- FRAMPTON, S. B.; WAHL, C.; CAPPIELLO, G. Putting Patients First: Partnering with patients' families. **American Journal of Nursing**, v. 110, n. 7, p. 53–56, 2010.
- GARBACZ, S. A.; HIRANO, K.; MCINTOSH, K.; EAGLE, J. W.; MINCH, D.; VATLAND, C. Family engagement in schoolwide positive behavioral interventions and supports: Barriers and facilitators to implementation. **School Psychology Quarterly**, v. 33, n. 3, p. 448–459, 2018.
- GIBSON, A.; BRITTEN, N.; LYNCH, J. Theoretical directions for an emancipatory concept of patient and public involvement. **Health**, v. 16, n. 5, p. 531–547, 2012.
- GIBSON, A. J.; LEWANDO-HUNDT, G.; BLAXTER, L. Weak and strong publics: Drawing on Nancy Fraser to explore parental participation in neonatal networks. **Health Expectations**, v. 17, n. 1, p. 104–115, 2011.
- 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.

GOODRIDGE, D.; ISINGER, T.; ROTTER, T. Patient family advisors' perspectives on engagement in health-care quality improvement initiatives: power and partnership. **Health Expectations**, v. 21, n. 1, p. 379–386, 2018. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12633>>.

GROENE, O.; ARAH, O. A.; KLAZINGA, N. S.; WAGNER, C.; BARTELS, P. D.; KRISTENSEN, S.; SAILLOUR, F.; THOMPSON, A.; THOMPSON, C. A.; PFAFF, H.; DERSARKISSIAN, M.; SUNOL, R. Patient experience shows little relationship with hospital quality management strategies. **PLoS ONE**, v. 10, n. 7, p. e0131805, 2015.

GROENE, O.; KLAZINGA, N.; WAGNER, C.; ARAH, O. A.; THOMPSON, A.; BRUNEAU, C.; SUÑOL, R. Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the “Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)” proje. **BMC Family Practice**, v. 10, n. 1, p. 281, 2010.

GROENE, O.; LOMBARTS, M. J. M. H.; KLAZINGA, N.; ALONSO, J.; THOMPSON, A.; SUÑOL, R. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS study). **Quality and Safety in Health Care**, v. 18, n. Suppl I, p. i44–i50, 2009.

GROENE, O.; SUNOL, R. Patient involvement in quality management: rationale and current status. **Journal of Health Organization and Management**, v. 29, n. 5, p. 556–569, 2015.

GROENE, O.; SUNOL, R.; KLAZINGA, N. S.; WANG, A.; DERSARKISSIAN, M.; THOMPSON, C. A.; THOMPSON, A.; ARAH, O. A. Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: implementation and impact on patient-centred care strategies. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. S1, p. 81–91, 2014.

GUASTELLO, S.; FRAMPTON, S. B. Patient-centered care retreats as a method for enhancing and sustaining compassion in action in healthcare settings. **Journal of Compassionate Health Care**, v. 1, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s40639-014-0002-z>>.

HAIR, J. F.; BLACK, B.; BABIN, B.; ANDERSON, R. E.; TATHAN, R. L. **Multivariate data analysis**. 6. ed. London: Prentice Hall, 2006.

HAN, E.; SCHOLLE, S. H.; MORTON, S.; BECHTEL, C.; KESSLER, R. Survey shows that fewer than a third of patient-centered medical home practices engage patients in quality improvement. **Health Affairs**, v. 32, n. 2, p. 368–375, 2013.

HARRIS, T. Grounded theory. **Nursing Standard**, v. 29, n. 35, p. 32–39, 2014.

HARRISON, J.; FRAMPTON, S. B. Patient and family engagement in research in era 3. **Journal of the American College of Radiology**, v. 13, n. 12, p. 1622–1624, 2016.

HARRISON, R. L.; REILLY, T. M.; CRESWELL, J. W. Methodological rigor in mixed methods: An application in management studies. **Journal of Mixed Methods Research**, p. 1–23, 2020.

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. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2015-004006>>.

HIBBARD, J. H.; MAHONEY, E. Toward a theory of patient and consumer activation. **Patient Education and**

- Counseling**, v. 78, n. 3, p. 377–381, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.12.015>>.
- HIBBARD, J. H.; STOCKARD, J.; MAHONEY, E. R.; TUSLER, M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. **Health Services Research**, v. 39, n. 4, part 1, p. 1005–1026, 2004. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>>.
- HIBBERT, P. D.; THOMAS, M. J. W.; DEAKIN, A.; RUNCIMAN, W. B.; CARSON-STEVENSON, A.; BRAITHWAITE, J. A qualitative content analysis of retained surgical items: learning from root cause analysis investigations. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 32, n. 3, p. 184–189, 2020.
- HINCHCLIFF, R.; GREENFIELD, D.; HOGDEN, A.; SARRAMI-FOROUSANI, P.; TRAVAGLIA, J.; BRAITHWAITE, J. Levers for change: an investigation of how accreditation programmes can promote consumer engagement in healthcare. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 28, n. 5, p. 561–565, 2016.
- INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century**. Washington: DC: National Academies Press, 2001. . Disponível em: <<https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>>.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR PUBLIC PARTICIPATION (IAP2). **Core Values for the Practice of Public Participation** IAP2 Canadá, 2018. . Disponível em: <<https://www.iap2canada.ca/corevalues>>.
- JANGLAND, E.; GUNNINGBERG, L.; CARLSSON, M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. **Patient Education and Counseling**, v. 75, n. 2, p. 199–204, 2009.
- JHA, A. K.; LARIZGOITIA, I.; AUDERA-LOPEZ, C.; PRASOPA-PLAIZIER, N.; WATERS, H.; BATES, D. W. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, p. 809–815, 2013a.
- JHA, V.; WINTERBOTTOM, A.; SYMONS, J.; THOMPSON, Z.; QUINTON, N.; CORRADO, O. J.; MELVILLE, C.; WATT, I.; TORGERSON, D.; WRIGHT, J. Patient-led training on patient safety: A pilot study to test the feasibility and acceptability of an educational intervention. **Medical Teacher**, v. 35, n. 9, p. e1464–e1471, 2013b.
- JOHNSON, K. E.; MROZ, T. M.; ABRAHAM, M.; GRAY, M. F.; MINNITI, M.; NICKEL, W.; REID, R.; SWEENEY, J.; FROSCHE, D. L.; NESS, D. L.; HSU, C. Promoting patient and family partnerships in ambulatory care improvement : a narrative review and focus group findings. **Advances in Therapy**, v. 33, n. 8, p. 1417–1439, 2016.
- JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- JURAN, J. M.; GRYNA, F. M. **Juran's quality control handbook**. 4. ed. [s.l.] McGraw-Hill, 1988.
- KARAZIVAN, P.; DUMEZ, V.; FLORA, L.; POMEY, M.; DEL GRANDE, C.; GHADIRI, D. P.; FERNANDEZ, N.; JOUET, E.; VERGNAS, O. Las; LEBEL, P.; GRANDE, C. Del. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. **Academic Medicine**, v. 90, n. 4, p. 437–441, 2015.
- KAVCIC, M.; PAHOR, M.; DOMAJNKO, B. User involvement in Slovenian healthcare. **Journal of Health Organization and Management**, v. 29, n. 5, p. 595–610, 2015.
- KOHLER, G.; SAMPALLI, T.; RYER, A.; PORTER, J.; WOOD, L.; BEDFORD, L.; HIGGINS-BOWSER, I.; EDWARDS, L.; CHRISTIAN, E.; DUNN, S.; GIBSON, R.; CARSON, S. R.; VALLIS, M.; ZED, J.; TUGWELL, B.; ZOOST, C. Van; CANFIELD, C.; RIVOIRE, E. Bringing value-based perspectives to care: including patient and family members in decision-making processes. **International Journal of Health Policy Management**, v. 6, n. 11, p. 661–668, 2017. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2017.27>>.

KOTLER, P. What consumerism means for marketers. **Harvard Business Review**, v. 50, n. 3, p. 48–57, 1971.

KUHN, K. J.; JAKE MICKELSEN, L.; MORIMOTO, L. N.; LARSON, D. B. The use of patient and family advisory councils to improve patient experience in radiology. **American Journal of Roentgenology**, v. 207, n. 5, p. 965–970, 2016.

KURCGANT, P. Pesquisa, poder e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 26, p. 167–170, 1992.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1–12.

LACHMAN, P.; LINKSON, L.; EVANS, T.; CLAUSEN, H.; HOTH, D. Developing person-centred analysis of harm in a paediatric hospital: a quality improvement report. **BMJ Quality & Safety**, v. 24, n. 5, p. 337–344, 2015.

LANGER, T.; MARTINEZ, W.; BROWNING, D. M.; VARRIN, P.; LEE, B. S.; BELL, S. K. Patients and families as teachers : a mixed methods assessment of a collaborative learning model for medical error disclosure and prevention. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, p. 615–625, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs2015-004292>>.

LANOUE, M.; MILLS, G.; CUNNINGHAM, A.; SHARBAUGH, A. Concept mapping as a method to engage patients in clinical quality improvement. **Annals of Family Medicine**, v. 14, n. 4, p. 370–376, 2016.

LAURANCE, J.; HENDERSON, S.; HOWITT, P. J.; MATAR, M.; KUWARI, H. Al; EDGMAN-LEVITAN, S.; DARZI, A. Patient engagement: four case studies that highlight the potential for improved health outcomes and reduced costs. **Health Affairs**, v. 33, n. 9, p. 1627–1634, 2014.

LEAPE, L.; BERWICK, D. M.; CLANCY, C.; CONWAY, J.; GLUCK, P.; GUEST, J.; LAWRENCE, D.; MORATH, J.; O'LEARY, D.; O'NEILL, P.; PINAKIEWICZ, D.; ISAAC, T. Transforming healthcare: a safety imperative. **Quality & Safety in Health Care**, v. 18, n. 6, p. 424–428, 2009.

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, p. 103–109, 2017.

LIANG, L.; CAKO, A.; URQUHART, R.; STRAUS, S. E.; WODCHIS, W. P.; BAKER, G. R.; GAGLIARDI, A. R. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. **BMJ Open**, v. 8, p. e018263, 2018.

LOCOCK, L.; BOYLAN, A. M.; SNOW, R.; STANISZEWSKA, S. The power of symbolic capital in patient and public involvement in health research. **Health Expectations**, v. 20, n. 5, p. 836–844, 2017.

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. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>>.

LOUD, F.; JAIN, N.; THOMAS, N. How to develop a patient and carer advisory group in a quality improvement study. **Journal of Renal Care**, v. 39, n. Suppl. 2, p. 2–9, 2013.

LUXFORD, K.; SAFRAN, D. G.; DELBANCO, T. O. M. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 5, p. 510–515, 2011.

MAKAI, P.; KLAZINGA, N.; WAGNER, C.; BONCZ, I.; GULACSI, L. Quality management and patient safety: Survey results from 102 Hungarian hospitals. **Health Policy**, v. 90, p. 175–180, 2009.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. 1. ed. São Paulo:

Faculdade de Saude Pública de São Paulo, 1998.

MANZO, B. F.; BRITTO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 46–51, 2013.

MARTIN, D. P.; DIEHR, P.; CONRAD, D. A.; HUNT DAVIS, J.; LEICKLY, R.; PERRIN, E. B. Randomized trial of a patient-centered hospital unit. **Patient Education and Counseling**, v. 34, n. 2, p. 125–133, 1998.

MARTIN, G. P.; FINN, R. Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams. **Sociology of Health & Illness**, v. 33, n. 7, p. 1050–1065, 2011.

MCCARRON, T. L.; NOSEWORTHY, T.; MOFFAT, K.; WILKINSON, G.; ZELINSKY, S.; WHITE, D.; HASSAY, D.; LORENZETTI, D. L.; MARLETT, N. J. Understanding the motivations of patients: A co-designed project to understand the factors behind patient engagement. **Health Expectations**, v. 22, n. 4, p. 709–720, 2019.

MIGUEL, P. A. C. **Metodologia de Pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MILLMAN, M. **Access to Health Care in America**. Washington: National Academy of Sciences, 1993.

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

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012. . 2012.

MOCKFORD, C.; STANISZEWSKA, S.; GRIFFITHS, F.; HERRON-MARX, S. The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 1, p. 28–38, 2012.

NOEST, S.; LUDT, S.; KLINGENBERG, A.; GLASSEN, K.; HEISS, F.; OSE, D.; ROCHON, J.; BOZORGMEHR, K.; WENSING, M.; SZECSENYI, J. Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 3, p. 240–249, 2014.

O'HARA, J. K.; LAWTON, R. J. At a crossroads? Key challenges and future opportunities for patient involvement in patient safety. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, p. 565–568, 2016.

OCLOO, J.; MATTHEWS, R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. **BMJ Quality and Safety**, v. 25, n. 8, p. 626–632, 2016.

PALUMBO, R. Contextualizing co-production of health-care: a systematic literature review. **International Journal of Public Sector Management**, v. 29, n. 1, p. 72–90, 2016.

PEIKES, D.; O'MALLEY, A. S.; WILSON, C.; CROSSON, J.; GADDES, R.; NATZKE, B.; DAY, T. J.; CROMP, D.; KEITH, R.; LITTLE, J.; RALSTON, J. Early experiences engaging patients through patient and family advisory councils. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 39, n. 4, p. 316–324, 2016.

Person-Centered Care Certification Program redesign. Disponível em: <<https://planetree.org/designation-program-re-design/>>. Acesso em: 6 maio. 2018.

PICKER. About Us - Picker principles of person centred care. **Picker Institute**, 2019. Disponível em:

<<https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>>. Acesso em: 9 jan. 2019.

Planetree International. Disponível em: <<https://www.planetree.org/>>. Acesso em: 9 jan. 2019.

PORTER, M. E. What is value in health care? **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477–2481, 2010.

PROQUALIS - INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Simplificando a melhoria da qualidade: o que todos devem saber sobre a melhoria da qualidade do cuidado de saúde**. [s.l.: s.n.].

RADMORE, S. J.; ELJIZ, K.; GREENFIELD, D. Patient feedback: Listening and responding to patient voices. **Patient Experience Journal**, v. 7, n. 1, p. 13–19, 2020.

RENEDO, A.; MARSTON, C. A. Developing patient-centred care: an ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 122, 2015.

RENEDO, A.; MARSTON, C. A.; SPYRIDONIDIS, D.; BARLOW, J. Patient and public involvement in healthcare quality improvement: how organizations can help patients and professionals to collaborate. **Public Management Review**, v. 17, n. 1, p. 17–34, 2015.

ROWE, G.; FREWER, L. J. A typology of public engagement mechanisms. **Science, Technology and Human Values**, v. 2, p. 251–290, 2005.

ROWLAND, P.; MCMILLAN, S.; MCGILLICUDDY, P.; RICHARDS, J. What is “the patient perspective” in patient engagement programs? implicit logics and parallels to feminist theories. **Health**, v. 21, n. 1, p. 76–92, 2017.

ROZENBLUM, R.; BATES, D. W. Patient-centred healthcare, social media and the internet: the perfect storm? **BMJ Quality & Safety**, v. 22, p. 183–186, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001744>>.

RUNCIMAN, W. B.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18–26, 2009.

RUSS, S. J.; ROUT, S.; CARIS, J.; MOORTHY, K.; MAYER, E.; DARZI, A.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. The WHO surgical safety checklist: survey of patients’ views. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, p. 939–946, 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. de P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, J. L. G. dos; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. de M.; DA CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. e1590016, 2017.

SANTOS, J. L. G. dos; ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. de; LANZONI, G. M. de M.; MELO, A. L. S. F. de; LEITE, J. L. Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. e20160056, 2016.

SAUT, A. M.; BERSANETI, F. T. Patient involvement in quality management of healthcare services. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 5, p. 579–585, 2016.

SAUT, A. M.; BERSANETI, F. T.; BERGER, S. Evolução do modelo Planetree no seu 40o aniversário: uma revisão de literatura. In: Inovação e Sustentabilidade na Inovação de Processos de Negócios, Bauru. **Anais...** Bauru: XXV Simpósio de Engenharia de Produção, 2018. Disponível em: <http://www.simpep.feb.unesp.br/abrir_arquivo_pdf.php?tipo=artigo&evento=13&art=241&cad=20906&opcao=com_id>.

- SAUT, A. M.; BERSSANETI, F. T.; MORENO, M. C. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 5, p. 713–721, 2017.
- SCOTT, K. W.; JHA, A. K. Putting Quality on the Global Health Agenda. **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 1, p. 3–5, 2014.
- SHARMA, A. E.; WILLARD-GRACE, R.; WILLIS, A.; ZIEVE, O.; DUBE, K.; PARKER, C.; PORTER, M. B. "How can we talk about patient-centered care without patients at the table?" Lessons learned from patient advisory councils. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 29, n. 6, p. 775–784, 2016.
- SHEPHERD, D. A.; MCMULLEN, J. S.; OCASIO, W. Is that an opportunity? An attention model of top managers' opportunity beliefs for strategic action. **Strategic Management Journal**, v. 38, n. 3, p. 626–644, 2017.
- SIKKA, R.; MORATH, J. M.; LEAPE, L. The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. **Current Science**, v. 24, p. 608–610, 2015.
- SNOW, M. E.; TWEEIDIE, K.; PEDERSON, A. Heard and valued: The development of a model to meaningfully engage marginalized populations in health services planning. **BioMed Health Services Research**, v. 18, n. 181, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2969-1>>.
- STANISZEWSKA, S.; BOARDMAN, F.; GUNN, L.; ROBERTS, J.; CLAY, D.; SEERS, K.; BRETT, J.; AVITAL, L.; BULLOCK, I.; O'FLYNN, N. The Warwick patient experiences framework: patient-based evidence in clinical guidelines. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 2, p. 151–157, 2014.
- STANISZEWSKA, S.; HENDERSON, L. Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. **Patient Education and Counseling**, v. 55, p. 185–192, 2004.
- STONE, S. A retrospective evaluation of the impact of the Planetree patient-centered model of care on inpatient quality outcomes. **Health Environments Research & Design Journal**, v. 1, n. 4, p. 55–69, 2008.
- SWARTWOUT, E.; DRENKARD, K.; MCGUINN, K.; GRANT, S.; EL-ZEIN, A. Patient and family engagement summit: needed changes in clinical practice. **Journal of Nursing Administration**, v. 46, n. 3, p. S11–S18, 2016.
- SWEENEY, D. J.; WILLIAMS, T. A.; ANDERSON, D. R. **Estatística aplicada à administração e economia**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.
- THOMPSON, A. G. H. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. **Social Science and Medicine**, v. 64, n. 6, p. 1297–1310, 2007.
- THÖRNE, K.; ANDERSSON-GÄRE, B.; HULT, H.; ABRANDT-DAHLGREN, M. Co-producing interprofessional round work: designing spaces for patient partnership. **Quality Management in Health Care**, v. 26, n. 2, p. 70–82, 2017.
- TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F. de; MELLEIRO, M. M. Avaliação de serviços, qualidade e segurança do paciente no setor de Saúde. In: **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 59–73.
- TZELEPSIS, F.; SANSON-FISHER, R. W.; ZUCCA, A. C.; FRADGLEY, E. A. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment. **Patient Preference and Adherence**, v. 9, p. 831–835, 2015.
- VRANGBAEK, K. Patient involvement in Danish health care. **Journal of Health Organization and Management**, v. 29, n. 5, p. 611–624, 2015.
- WARREN, N. Involving patient and family advisors in the patient and family-centered care model. **Medsurg Nursing**, v. 21, n. 4, p. 233–239, 2012.

WEISSMAN, J. S.; SCHNEIDER, E. C.; WEINGART, S. N.; EPSTEIN, A. M.; DAVID-KASDAN, J.; FEIBELMANN, S.; ANNAS, C. L.; RIDLEY, N.; KIRLE, L.; GATSONIS, C. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? **Annals of Internal Medicine**, v. 149, n. 2, p. 100–109, 2008.

WIIG, S.; RUTZ, S.; BOYD, A.; CHURRUCA, K.; KLEEFSTRA, S.; HARALDSEID-DRIFTLAND, C.; BRAITHWAITE, J.; O'HARA, J.; VAN DE BOVENKAMP, H. What methods are used to promote patient and family involvement in healthcare regulation? A multiple case study across four countries. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 616, 2020.

WILSON, J. Acknowledging the expertise of patients and their organisations. **British Medical Journal**, v. 319, n. 7212, p. 771–774, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**Geneve, 2010. . Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo do questionário para pesquisa de avaliação

PARTE 1 - Identificação do perfil das instituições participantes

- 1) Dados da instituição:
 - a. Nome da instituição: _____
 - b. Cidade/Município: _____
 - c. Estado: _____

- 2) Classificação da instituição, quanto ao controle administrativo:
 - Privado
 - Público
 - Beneficente
 - Filantrópico
 - Outro. Especifique: _____

- 3) Classificação da instituição pelo tipo de estabelecimento:
 - Hospital geral (pode dispor de serviço de urgência/emergência)
 - Hospital especializado (pode dispor de serviço de urgência/emergência)
 - Hospital dia
 - Outro. Especifique: _____

- 4) A instituição exerce função educativa?
 - Sim. Pesquisa, educação ou ambas? _____
 - Não

- 5) Qual a capacidade das instalações?
 - Hospital de pequeno porte: até 49 leitos
 - Hospital de médio porte: 50 a 149 leitos
 - Hospital de grande porte: 150 a 500 leitos
 - Hospital de capacidade especial ou extra: acima de 500 leitos
 - Não se aplica

- 6) Qual o número aproximado de funcionários? _____

- 7) Quais selos de qualidade, certificações ou creditações a instituição possui (pode ser assinalada mais de uma opção)?
 - Não possui creditação ou certificação
 - Creditação ONA (Organização Nacional de Creditação) – Nível I
 - Creditação ONA (Organização Nacional de Creditação) – Nível II
 - Creditação ONA (Organização Nacional de Creditação) – Nível III
 - Creditação JCI (*Joint Commission International*)
 - Creditação CCHSA (*Canadian Council on Healthcare Services Accreditation*)
 - Creditação NIAHO (*National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*)
 - Certificação Planetree
 - Certificação ISO 9001
 - Certificação ISO 14001
 - Outra (s). Qual? _____

- 8) A instituição já participou do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS)?
 - Sim e foi premiada pelo menos uma vez
 - Sim, mas não chegou a ser premiada
 - Não

- 9) A instituição possui uma área corporativa de Qualidade?
 Sim. Há quantos anos aproximadamente? _____
 Não
- 10) A instituição possui uma área corporativa de Experiência do Paciente?
 Sim. Há quantos anos aproximadamente? _____
 Não
- 11) Quais atividades de gestão da qualidade são realizadas pela sua instituição?

Atividades de Gestão da Qualidade	Não	Sim, mas não está integralmente operacionalizado	Sim	Não se aplica/ Não sabe
1) Definição da Missão, Visão e Valores				
2) Planejamento Estratégico				
3) Desdobramento e gerenciamento de metas				
4) Padronização dos processos				
5) Definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos				
6) Projetos de melhoria <i>Six Sigma</i>				
7) Aplicação da metodologia <i>Lean service</i> ou <i>Lean Healthcare</i>				
8) Programa 5S				

- 12) A instituição deseja receber os resultados da pesquisa por *e-mail*?
 Sim. Qual o *e-mail*? _____
 Não

Parte 2 – Diagnóstico da Cultura Organizacional – Modelo OCAI

Instruções

O propósito do Instrumento de Avaliação de Cultura Organizacional (OCAI) é avaliar seis dimensões-chave da cultura organizacional. Ao completar o instrumento, você fornecerá uma imagem das suposições fundamentais sobre as quais sua organização opera e os valores que a caracterizam. Não há respostas certas ou erradas para esses itens, assim como não existe cultura certa ou errada. Cada organização provavelmente será descrita por um conjunto diferente de respostas. Portanto, seja o mais preciso possível ao responder aos itens para que o diagnóstico cultural resultante represente o melhor possível a sua organização.

Por favor, classifique a sua "organização" nos itens. Naturalmente, você poderia considerar várias organizações – sua equipe imediata, sua subunidade ou a organização geral. Para determinar qual é a melhor organização para avaliar, você deve considerar a organização que é gerenciada por seu chefe, a unidade de negócios estratégica à qual você pertence ou a unidade organizacional na qual você é um membro que possui limites claramente identificáveis.

O OCAI é composto por seis itens. Cada item tem quatro alternativas. Divida 100 pontos entre essas quatro alternativas, dependendo da medida em que cada alternativa é semelhante à sua organização. Dê um número maior de pontos à alternativa que é mais semelhante à sua organização. Por exemplo, no item 1, se você acha que a alternativa A é muito semelhante à sua organização, as alternativas B e C são um pouco semelhantes, e a alternativa D quase não tem semelhança, você pode dar 55 pontos para A, 20 pontos para B e C e 5 pontos para D. Apenas certifique-se de que o total seja igual a 100 para cada item.

Observe que a coluna de respostas à esquerda do instrumento está rotulada como "Pontuação atual". Essas respostas significam que você está classificando como sua organização está neste momento.

O tempo estimado para resposta é de 10 minutos.

Muito obrigada!

	Pontuação Atual
1. Características dominantes	
(A) A organização é um lugar muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a compartilhar muito de si mesmas	
(B) A organização é um lugar muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a correr riscos	
(C) A organização está muito orientada para resultados. A maior preocupação consiste em fazer o trabalho. As pessoas são muito competitivas e orientadas para realização	
(D) A organização é um local muito controlado e estruturado. Os procedimentos formais geralmente direcionam o que as pessoas fazem	
Total	100
2. Liderança organizacional	
(A) A liderança da organização é geralmente considerada para exemplificar como orientador, facilitador ou motivador	
(B) A liderança da organização é geralmente considerada para exemplificar empreendedorismo, inovação ou a tomada de risco	
(C) A liderança da organização é geralmente considerada para exemplificar como sensato, arrojado e com foco na orientação para resultados	
(D) A liderança da organização é geralmente considerada para exemplificar coordenação, organização ou eficiência	
Total	100
3. Gestão da equipe	
(A) O estilo de gestão da organização é caracterizado pelo trabalho em equipe, consenso e participação	
(B) O estilo de gestão da organização caracteriza-se pela tomada de risco individual, inovação, liberdade e originalidade	
(C) O estilo de gestão da organização é caracterizado por uma forte competitividade, demanda e realização	
(D) O estilo de gestão da organização é caracterizado pela segurança no emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nos relacionamentos	
Total	100
4. Princípio organizacional	
(A) As bases sobre as quais se mantém a organização são a lealdade e a confiança mútua. Alto compromisso com a organização	
(B) A base sobre a qual se mantém a organização é a compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há uma ênfase em ser pioneiro	
(C) A base sobre a qual se mantém a organização é o cumprimento e alcance das metas	
(D) As bases sobre as quais se mantém a organização são as regras e políticas. Manter a funcionalidade na organização é importante	
Total	100
5. Ênfase estratégica	
(A) A organização enfatiza o desenvolvimento humano. Alta confiança, abertura e participação persistem	
(B) A organização enfatiza a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Tentativa de novas alternativas e prospecção de oportunidades são valorizadas	
(C) A organização enfatiza ações e realizações competitivas. Atingir objetivos ambiciosos e ser líder no mercado são predominantes	
(D) A organização enfatiza permanência e estabilidade. Eficiência, controle e processos ajustados são predominantes	
Total	100
6. Critérios de sucesso	
(A) A organização define sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, trabalho em equipe, comprometimento da equipe e preocupação com as pessoas	
(B) A organização define o sucesso com base na posse de mais produtos/serviços exclusivos e novos. É líder no mercado e inovadora	
(C) A organização define o sucesso com base na conquista do mercado e na superação da concorrência. A liderança competitiva do mercado é fundamental	
(D) A organização define o sucesso com base na eficiência. Entrega confiável, planejamento estável e produção de baixo custo são essenciais	
Total	100

PARTE 3 – Identificação do perfil dos respondentes

- 1) Dados pessoais:
- a. Nome respondente: _____
- b. Nome da área: _____
- c. Endereço de *e-mail*: _____
- 2) Sexo:
- () Feminino () Masculino
- 3) Idade: _____ anos
- 4) Grau de instrução:
- () Ensino Médio completo
- () Ensino Superior incompleto
- () Ensino Superior completo
- () Especialização
- () Mestrado
- () Doutorado
- () Outros. Qual? _____
- 5) Cargo/ Função atual:
- () Presidente
- () Diretor
- () Gerente ou Chefe de Departamento
- () Supervisor ou Coordenador
- () Especialista
- () Outros. Especifique: _____
- 6) Tempo de experiência profissional (informar tempo aproximado em anos):
- a. Tempo em que atua no cargo/função atual: _____
- b. Tempo em que trabalha instituição atual: _____
- c. Tempo total de experiência profissional: _____

Parte 4 – Questões sobre o engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade

1. Como você definiria a expressão “engajamento do paciente na gestão da qualidade”?

2. Na sua instituição, quais termos são utilizados como sinônimo de engajamento do paciente?

- () Ativação () Cuidado centrado no paciente () Parceria
- () Colaboração () Empoderamento () Participação
- () Coprodução () Envolvimento

3. Considerando que ‘**mecanismos de engajamento**’ são processos, métodos, técnicas e ferramentas utilizadas para permitir a participação dos pacientes e familiares. Por favor, identifique abaixo os mecanismos de engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade são utilizados em sua Instituição. Para os mecanismos implementados, favor informar o tempo aproximado na última coluna.

Mecanismos	A. Não implementado	B. Em fase de estruturação, mas ainda não está implementado	C. Implementado somente em uma ou algumas unidades	D. Implementado em todo o hospital		
				Menos de 12 meses	12 a 24 meses	Mais de 24 meses
Pesquisas com os pacientes sobre a sua satisfação						
Pesquisas com os pacientes sobre a experiência no cuidado						
Pesquisas <i>ad hoc</i> (pesquisas realizadas pontualmente com objetivos específicos, como por exemplo levantar a opinião dos pacientes com relação a um novo serviço ou uma mudança na infraestrutura)						
Processo formal de comunicação com os pacientes em relação às dúvidas, sugestões e reclamações						
Caixa de sugestões						
Entrevista com pacientes durante a análise de causa raiz de um problema						
Realização de painel ou grupos focais com pacientes (evento para discutir um tema em profundidade com participantes selecionados)						
Participação do P/F como membro de uma equipe de projetos de melhoria						
Participação do P/F como membro de uma equipe de projetos de pesquisa						
Participação do P/F como membro da equipe de análise de causa raiz						
Participação do P/F como membro do Comitê de qualidade ou gestão do hospital						
Participação do P/F como um membro de um Conselho consultivo						
Participação do P/F como um membro do Conselho de Administração da instituição						
P/F compartilham a liderança de (os) comitês de melhoria da segurança e qualidade						
P/F participa da elaboração de padrões de processo, tarefas ou protocolos						
P/F participa da elaboração de cartilhas ou outros materiais para comunicação para pacientes						
P/F participam da avaliação das metas e/ ou objetivos da qualidade						
P/F participam do desenvolvimento dos critérios de qualidade						
P/F participam no desenvolvimento do conteúdo para treinamento de outros pacientes						
P/F participam como educadores no treinamento de outros pacientes						
P/F participam no desenvolvimento do conteúdo para treinamento de médicos, enfermeiras e outros profissionais da instituição						
P/F participam como educadores no treinamento de médicos, enfermeiras e outros profissionais da instituição						

4. Fatores intervenientes – podem ser classificados em ‘estruturais’, ‘pessoais e culturais’ ou ‘financeiros’. Por favor, classifique cada item de acordo com a sua percepção do grau em que ele se apresentou / apresenta como uma barreira em seu hospital na implementação de estratégias de engajamento do paciente e da família na gestão da qualidade, em uma escala que varia de 1 (sem barreira) a 5 (barreira significativa).

Fatores Estruturais - Relacionados ao tipo de serviço da instituição, sua estrutura organizacional, processos, objetivos estratégicos, metas e estruturação/ organização das atividades de engajamento

Fator	Não é uma barreira				Barreira significativa	Não sabe/ não se aplica
	1	2	3	4	5	
Falta de um propósito compartilhado com os pacientes e diretrizes claramente definidas para sua participação na gestão da qualidade						
Falta evidências na literatura que demonstrem a contribuição do engajamento dos P/F						
Incerteza sobre qual a melhor forma/ mecanismo mais adequado para trabalhar com P/F na melhoria da qualidade						
Falta de definição das funções, objetivos e responsabilidades dos P/F nas atividades						
Decisões foram tomadas antes do envolvimento do paciente, sendo as atividades realizadas apenas para cumprir uma formalidade.						
A participação do paciente pode, em alguns casos, dificultar a padronização dos serviços, pois a visão do paciente criar a necessidade de ter uma variação ao processo						
A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre custos dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre instituições						
A participação do paciente pode gerar a necessidade de compartilhar informações (maior transparência) sobre a qualidade dos serviços, permitindo que os pacientes comparem e façam escolhas entre instituições						
Eventos ou reuniões com a participação dos pacientes são pouco frequentes, dificultando a continuidade das iniciativas						
Dificuldade em selecionar pacientes que possam refletir / representar a ideia da comunidade atendida (pacientes expressam opiniões ou necessidades muito pessoais)						
Profissionais responsáveis pelas atividades de participação do paciente apresentam dificuldade para influenciar/ envolver diferentes processos da instituição e efetuar as melhorias propostas a partir do envolvimento do paciente						
Agenda de trabalho / reuniões / encontros é definida somente por profissionais da instituição, sem participação dos pacientes						
Comitês, equipes de projeto ou grupos incluem proporções mais altas de profissionais das instituições do que de pacientes, reduzindo o poder de influência/ decisão dos pacientes						
Utilização de poucas formas de envolvimento, dificultando a participação de diferentes perfis de pacientes						

Caso tenha observado algum outro fator interveniente, por favor, cite a seguir:

Fatores Pessoais e culturais - Relacionados às pessoas (alta administração, profissionais da instituição, pacientes e familiares) suas crenças, valores, nível de instrução, grupo social, etnia, idade, condição de saúde, capacidade de comunicação, formas de poder

	Não é uma barreira				Barreira significativa	Não sabe/ não se aplica
	1	2	3	4	5	
Diferenças culturais entre pacientes e profissionais de saúde						

<u>Resistência cultural</u> dos profissionais de saúde em envolver os pacientes na gestão da qualidade						
<u>Falta de comprometimento</u> da alta administração com as atividades de engajamento dos pacientes e familiares						
Falta de apoio dos médicos para engajamento dos pacientes						
Falta de apoio dos administradores para engajamento dos P/F						
Falta de vontade e/ou capacidade (tempo ou condição de saúde) dos pacientes para participar das atividades						
Percepção de que o tempo e os custos para engajamento não são viáveis, frente as prioridades organizacionais concorrentes						
Não valorização dos pontos fortes e <i>expertise</i> do paciente						
Desmotivação do paciente em continuar participando por falta de visibilidade dos resultados obtidos / melhorias realizadas a partir das propostas do grupo						
Falta de treinamento dos P/F para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos, e desenvolvendo habilidades						
Falta de treinamento dos profissionais da instituição para participar das atividades, esclarecendo funções e objetivos, e desenvolvendo habilidades						
Falta de um contexto receptivo para construir consenso entre profissionais e pacientes						

Caso tenha observado algum outro fator interveniente, por favor, cite a seguir:

Fatores financeiros - Relacionados aos recursos financeiros, tanto das instituições, quanto dos pacientes e familiares para viabilizar a realização das atividades, a participação de todos os envolvidos e/ou a implementação das iniciativas de melhoria

Fatores	Não é uma barreira				Barreira significativa	Não sabe/ não se aplica
	1	2	3	4	5	
Falta de pessoas para implementar e manter as atividades com participação do paciente						
Falta de tempo para implementar e manter as atividades com participação do paciente						
Falta de recurso financeiro para realizar as atividades com participação do paciente						
Falta de recurso financeiro para implementar as melhorias propostas nas atividades com a participação do paciente						
Falta de uma política de incentivos, de remuneração ou de reembolso de despesas aos pacientes e familiares para viabilizar sua participação nas atividades						
Priorização de outras estratégias concorrentes em detrimento da estratégia de engajamento do paciente, devido à restrição de recursos financeiros						
Falta de recurso financeiro para treinamento dos profissionais da instituição quanto às práticas e/ ou importância do engajamento do paciente						
Falta de recurso financeiro para treinamento dos pacientes quanto às práticas de engajamento para gestão da qualidade dos serviços da instituição						

Caso tenha observado algum outro fator interveniente, por favor, cite a seguir: _____

A sua instituição tem alguma parceria ou realiza atividades com a participação de uma Associação de pacientes e familiares?

() Não () Sim – Qual(is) atividade(s)? _____ Há quanto tempo? _____

Você aceitaria participar de uma entrevista presencial para aprofundar a discussão sobre o tema desta pesquisa, com tempo previsto de aproximadamente 1 hora?

() Sim () Não

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com profissionais dos hospitais

Introdução – apresentação inicial

Primeiramente, eu gostaria de agradecê-lo(a) por dispor do seu tempo para participar deste estudo. Esta entrevista faz parte de um projeto de pesquisa que tem como objetivo estudar o engajamento dos pacientes na gestão da qualidade. Nossa conversa de hoje será sobre a **sua experiência quanto ao engajamento dos pacientes e familiares, quais as atividades realizadas, como o envolvimento impacta o seu programa de qualidade e quais as principais barreiras e fatores facilitadores**. Importante observar que a pesquisa não irá tratar do engajamento do paciente no autocuidado/ tratamento pessoal, o foco será nas atividades em que o paciente ou familiar contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços da instituição, no nível organizacional.

Sua participação, experiência e opinião serão muito importantes. Não existe uma resposta certa ou errada e espero que você se sinta à vontade para falar tudo o que desejar.

Gostaria de pedir a sua autorização para gravar nossa conversa. O arquivo da gravação, bem como todas as notas que forem feitas, serão mantidas como confidenciais e todos os dados serão mantidos como anônimos nos relatórios que forem feitos para o registro da pesquisa. Você tem alguma pergunta antes de iniciarmos?

Entrevista

Contexto:

1. Por favor, conte-me sobre o seu **programa de gestão da qualidade**?

Descoberta:

2. Qual o **significado da expressão “engajamento do paciente”** na gestão da qualidade para você?

3. **Existe alguma iniciativa para engajamento dos pacientes na melhoria da qualidade do serviço da instituição? Por favor, fale sobre este processo.** Explorar: Qual a **motivação** para envolver o paciente? Qual a origem desta iniciativa? Qual o propósito? **Quais as estratégias** foram utilizadas? Como selecionaram os pacientes? Como vocês definiram as atividades? Estavam aptos para engajar pacientes quem tinha desafios para participar (por exemplo: com deficiências, baixa literacia, baixo status socioeconômico, imigrantes, etc.)

4. Quais os **resultados obtidos** com a participação dos pacientes na gestão da qualidade? Percebe que com o tempo a contribuição dos pacientes torna-se mais significativa? Explorar impacto na qualidade do serviço.

5. Na sua experiência com o envolvimento do paciente, quais fatores facilitaram o processo e quais dificultaram (obstáculos/ barreiras)? Como você lidou com esses fatores?

Encerramento:

6. Quais são as suas **aspirações mais altas para o envolvimento** do paciente como um todo, para uma contribuição efetiva para qualidade dos serviços? Explorar: Em um mundo ideal, como seria o envolvimento do paciente?

7. Você tem alguma outra questão, comentário, **informação adicional** ou história para compartilhar? Algo importante que eu não perguntei?

Conclusão e agradecimento final

Esta era a última pergunta, chegamos ao fim da entrevista. Muito obrigada pelo seu tempo e por compartilhar as informações comigo!

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa: *Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade no âmbito hospitalar*

Pesquisador principal: Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti

Departamento: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Poli/USP)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo geral compreender as experiências de engajamento dos pacientes e familiares na gestão da qualidade dos serviços, no contexto hospitalar. A participação dos pacientes na gestão da qualidade é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde, mas, embora seus benefícios na melhoria da qualidade dos serviços e segurança do paciente sejam reconhecidos, a sua implantação ainda encontra muitas barreiras o que justifica a realização do estudo.

Serão estudados nesta pesquisa os motivos que direcionam a decisão de engajar os pacientes na gestão da qualidade, as atividades realizadas, os resultados obtidos, e os fatores facilitadores e barreiras para sua implantação.

Para coleta de dados, serão empregadas duas técnicas: aplicação de um questionário a ser respondido pela internet e a realização de uma entrevista presencial. O questionário, com duração estimada de 30 minutos, deverá ser respondido por todas as instituições participantes. As entrevistas, com duração estimada de uma hora, terão o objetivo de aprofundar o conhecimento em algumas questões e a participação será facultativa de acordo com a disponibilidade das instituições em participar desta etapa. As entrevistas terão questões abertas, sobre as quais os participantes poderão se manifestar da forma como preferirem. Estão previstas em torno de 12 entrevistas para atender aos objetivos da pesquisa.

Em nenhum momento serão realizados procedimentos de qualquer natureza, quer sejam experimentais, alternativos ou não rotineiros. A pesquisa tem como foco os processos da Gestão da Qualidade e a melhoria dos serviços. A participação pode ser classificada como de risco mínimo, associado a algum desconforto em responder a algumas das perguntas.

Entre os benefícios esperados para os participantes, destaca-se a proposição de um modelo com linguagem familiar, aplicável em ampla variedade de situações. O modelo poderá contribuir para capacitação e/ou na implementação ou consolidação das práticas de engajamento. Como resultado final, espera-se que um engajamento mais efetivo dos pacientes e familiares na gestão da qualidade tenha impacto positivo na qualidade e segurança dos serviços prestados.

Informações importantes:

- a) Esta pesquisa será direcionada, estritamente, aos processos do sistema de gestão da qualidade das instituições pesquisadas.
- b) É garantida a liberdade da retirada de consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalização.
- c) Será garantido o sigilo de todos os participantes e instituições. Todos os nomes serão substituídos por pseudônimos e não serão apresentadas informações que permitam a identificação dos participantes.
- d) Será respeitada a privacidade dos participantes, caso não queiram responder alguma pergunta durante as entrevistas.
- e) É garantido aos participantes o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.
- f) Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá 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.
- g) O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa, com o objetivo único de contribuir com o conhecimento científico, sem qualquer ganho pessoal ou econômico para o pesquisador.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Fernando Tobal Berssaneti, Professor do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Poli/USP), que pode ser encontrado no endereço: **Avenida Prof. de Almeida Prado, 128, travessa 2, 2º andar. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Departamento de Engenharia de Produção – Cidade Universitária, Butantã, São Paulo/SP. CEP: 05508-070. E-mail: fernando.berssaneti@usp.br. Telefones: (11) 3091-5363/5445, ramal 402. Sala 200.**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel.: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

Serão assinadas duas vias deste termo, sendo que uma delas deverá ficar em sua posse.

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.

TERMO DE ACEITE DO TCLE

Fui suficientemente informado a respeito do estudo *Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade no âmbito hospitalar*. Eu discuti as informações deste termo com o pesquisador responsável (Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti) ou pessoa por ele delegada (pesquisadora Ana Maria Saut) sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante/ representante legal

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. Nome

Documento de identidade nº.

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço

Complemento

Bairro Cidade Estado

CEP: Telefone: (.....) Celular (.....)

APÊNDICE D – Estatística descritiva dos escores dos fatores intervenientes

A seguir estão os resultados da análise descritiva dos escores dos fatores intervenientes, os quais foram apresentados graficamente no formato do *box-plot*, no capítulo de Resultados - seções 5.1.5, 5.1.6 e 5.1.7. Nos quadros a seguir DP é desvio padrão e Q é quartil. Todos os dados foram extraídos do *software* estatístico Minitab®.

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 19

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pela capacidade das instituições – fatores financeiros

Variável	Capacidade	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Financ_F1	Extra	0,217	1,283	-1,610	-1,273	0,840	1,297	1,569
	Grande	0,037	0,788	-1,632	-0,568	0,106	0,720	1,152
	Médio	0,010	1,077	-2,364	-0,685	0,006	0,992	2,668
	Pequeno	-0,261	1,194	-2,228	-1,095	-0,585	1,123	1,257
Financ_F2F	Extra	-0,441	0,973	-1,525	-1,057	-0,585	-0,172	1,539
	Grande	-0,002	0,913	-1,969	-0,664	0,117	0,804	1,727
	Médio	0,176	1,095	-3,471	-0,259	0,577	0,808	1,512
	Pequeno	-0,279	0,915	-1,427	-1,297	-0,101	0,691	0,804

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F - fator financeiro 2. Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 20

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão no nível estratégico – fatores financeiros

Variável	Atividades gestão nível estratégico	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Financ_F1F	0	0,543	0,342	0,205	0,205	0,536	0,888	0,888
	1	-0,106	1,000	-1,171	-1,135	0,205	0,769	1,123
	2	0,079	0,817	-1,273	-0,352	0,041	0,844	1,569
	3	-0,047	1,086	-2,364	-0,771	-0,134	1,034	2,668
Financ_F2F	0	0,033	1,092	-1,188	-1,188	0,370	0,918	0,918
	1	-0,160	1,122	-1,969	-1,137	-0,068	0,772	0,804
	2	0,307	0,944	-1,969	-0,197	0,500	0,905	1,539
	3	-0,101	1,009	-3,471	-0,914	-0,082	0,804	1,727

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F - fator financeiro 2. Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – definição da missão, da visão e dos valores e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – todas as atividades: definição da missão, da visão e dos valores, planejamento estratégico e desdobramento e gerenciamento das metas. Nota: o fator avaliado como uma barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 21

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão da rotina – fatores financeiros

Variável	Atividades gestão da rotina	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Financ_F1F	0	0,070	0,922	-2,228	-0,503	0,041	1,123	1,123
	1	-0,403	0,963	-1,190	-1,176	-0,842	0,739	0,965
	2	0,516	0,596	-0,167	-0,034	0,205	1,123	1,257
	3	-0,050	1,065	-2,364	-0,842	-0,044	0,854	2,668
Financ_F2F	0	0,470	0,697	-1,969	0,142	0,804	0,897	1,196
	1	-0,303	1,321	-1,969	-1,553	-0,317	0,971	1,358
	2	-0,137	1,008	-1,188	-1,057	-0,305	0,804	1,282
	3	-0,138	1,031	-3,471	-0,924	-0,172	0,736	1,727

Legenda: DP – desvio padrão; Q – quartil; Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F - fator financeiro 2. Atividade de gestão da rotina: 0 – nenhuma atividade; 1 – padronização dos processos; 2 – definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos; 3 – todas as atividades. Nota: o fator avaliado como uma barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 22

Estadística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo de engajamento 6 – fatores financeiros

Variável	Mec_06	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Financ_F1F	0	0,677	0,550	-0,005	0,003	0,908	1,123	1,123
	1	-0,048	1,009	-2,364	-0,771	-0,039	0,880	2,668
Financ_F2F	0	0,442	0,568	-0,663	0,172	0,627	0,804	0,804
	1	-0,032	1,019	-3,471	-0,855	0,224	0,804	1,727

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2; Mec_06 – processo formal de comunicação em relação às dúvidas, sugestões, reclamações e elogios.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 23

Estadística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo de engajamento 19 – fatores financeiros

Variável	Mec_19	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Financ_F1F	0	-0,015	1,012	-2,364	-0,732	0,000	0,966	2,668
	1	0,321	0,691	-0,327	-0,219	0,156	1,024	1,297
Financ_F2F	0	0,025	1,013	-3,471	-0,694	0,335	0,804	1,727
	1	-0,541	0,454	-1,188	-1,020	-0,403	-0,201	-0,172

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2; Mec_19 – avaliação das metas e/ ou objetivos da qualidade.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 24

Estadística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo de engajamento 20 – fatores financeiros

Variável	Mec_20	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Financ_F1F	0	-0,012	1,007	-2,364	-0,712	0,006	0,965	2,668
	1	0,359	0,841	-0,327	-0,327	0,108	1,297	1,297
Financ_F2F	0	0,011	1,015	-3,471	-0,767	0,301	0,804	1,727
	1	-0,326	0,176	-0,518	-0,518	-0,287	-0,172	-0,172

Legenda: Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2; Mec_20 – desenvolvimento dos critérios de qualidade.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 25

Estadística descritiva dos escores dos fatores pela dimensão da cultura – liderança organizacional – fatores financeiros

Variável	Dimensão liderança organizacional	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Financ_F1F	A	-0,473	0,876	-2,257	-1,066	-0,458	-0,034	1,152
	D	0,064	1,114	-2,364	-0,492	0,108	0,811	2,668
	Outra	0,196	0,960	-2,228	-0,528	0,215	1,123	1,569
Financ_F2F	A	-0,110	0,867	-1,427	-0,976	-0,029	0,663	1,213
	D	-0,006	1,337	-3,471	-1,097	0,301	1,097	1,539
	Outra	0,053	0,941	-1,969	-0,560	0,364	0,804	1,727

Legenda: A – cultura dominante clã; D – cultura dominante hierarquia; Financ_F1F – fator financeiro 1; Financ_F2F – fator financeiro 2.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 28

Estadística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* da acreditação – fatores estruturais

Variável	Acreditação	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	Internac.	0,108	0,661	-0,983	-0,411	0,103	0,752	1,022
	Nac.	0,174	0,982	-2,307	-0,512	0,085	1,038	2,027
	Nac./Int.	0,251	0,989	-0,547	-0,493	-0,419	1,328	1,456
	Não	-0,212	1,069	-2,408	-0,943	-0,285	0,677	1,597
Estrut_F2F	Internac.	0,280	0,936	-1,121	-0,513	0,323	0,748	2,088
	Nac.	0,111	1,163	-1,675	-0,847	-0,155	0,761	2,689
	Nac./Int.	-0,453	0,495	-1,063	-0,945	-0,342	-0,017	0,180
	Não	-0,106	0,892	-1,858	-0,748	-0,286	0,455	1,780
Estrut_F3F	Internac.	0,086	0,696	-1,111	-0,540	0,216	0,645	0,959
	Nac.	0,040	0,936	-1,873	-0,732	-0,036	0,891	2,089
	Nac./Int.	-0,170	1,005	-0,867	-0,746	-0,500	0,572	1,606
	Não	-0,034	1,133	-1,901	-0,746	-0,192	0,956	2,506
Estrut_F4F	Internac.	-0,245	0,626	-1,207	-0,917	-0,072	0,191	0,663
	Nac.	-0,030	1,001	-1,980	-0,732	-0,172	0,699	1,899
	Nac./Int.	-0,278	1,250	-1,809	-1,324	-0,457	0,857	1,558
	Não	0,117	1,051	-2,596	-0,658	0,245	0,902	1,840
Estrut_F5F	Internac.	0,043	0,611	-0,919	-0,533	0,117	0,594	0,776
	Nac.	-0,250	1,073	-2,699	-1,050	-0,117	0,411	2,113
	Nac./Int.	-0,181	0,561	-0,985	-0,764	0,107	0,259	0,331
	Não	0,238	1,010	-1,549	-0,467	0,038	1,030	2,422

Legenda: Estrut_F1F – fator 1 estrutural; internac.: internacional; nac.: nacional; Estrut_F2F – fator 2 estrutural; Estrut_F3F – fator 3 estrutural; Estrut_F4F – fator 4 estrutural; Estrut_F5F – fator 5 estrutural.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 29

Estadística descritiva dos escores dos fatores estratificados pela localização – fatores estruturais

Variável	Região	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	CO/N	0,504	0,955	-0,776	-0,110	0,025	1,597	1,686
	NE	-0,459	1,137	-2,254	-1,319	-0,674	0,697	1,205
	S	-0,197	1,046	-2,408	-0,912	-0,150	0,650	2,027
	SE	0,112	0,931	-2,307	-0,561	0,109	0,905	1,583
Estrut_F2F	CO/N	-0,753	0,335	-1,232	-1,117	-0,673	-0,450	-0,320
	NE	0,049	1,277	-1,858	-0,998	-0,201	1,375	2,088
	S	-0,039	0,747	-1,139	-0,658	-0,159	0,487	1,780
	SE	0,114	1,076	-1,675	-0,754	-0,166	0,855	2,689
Estrut_F3F	CO/N	0,316	1,077	-1,103	-0,861	0,969	1,209	1,460
	NE	-0,123	1,184	-1,901	-0,967	-0,098	0,653	1,957
	S	-0,276	0,977	-1,682	-1,003	-0,610	0,434	2,090
	SE	0,107	0,961	-1,873	-0,554	-0,080	0,870	2,506
Estrut_F4F	CO/N	-0,018	0,903	-1,653	-0,675	0,109	0,855	0,933
	NE	-0,128	1,094	-1,589	-1,033	-0,394	0,933	1,748
	S	0,086	0,880	-1,542	-0,505	0,219	0,711	1,602
	SE	-0,012	1,069	-2,596	-0,742	-0,070	0,759	1,899
Estrut_F5F	CO/N	0,782	1,489	-1,536	-0,538	0,590	2,113	2,422
	NE	-0,590	0,735	-1,549	-1,446	-0,406	-0,192	0,776
	S	0,137	0,823	-1,974	-0,256	0,244	0,698	1,796
	SE	-0,054	0,986	-2,699	-0,699	0,127	0,544	2,071

Legenda: CO – Centro-Oeste; NE – Nordeste; S – Sul; SE – Sudeste; DP – desvio-padrão; Q – quartil; N – Norte; Estrut_F1F – fator estrutura 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas estão em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 30

Estadística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo tipo de controle administrativo – fatores estruturais

Variável	Controle administrativo	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	Filantropico	-0,405	0,965	-2,408	-0,825	-0,464	0,177	1,393
	Outro	0,310	1,039	-0,776	-0,522	0,011	1,273	2,027
	Privado	0,294	0,854	-2,070	-0,288	0,313	0,887	1,686
	Público	-0,117	1,079	-2,254	-1,017	-0,285	0,995	1,597
Estrut_F2F	Filantropico	0,056	0,702	-1,102	-0,754	0,204	0,475	1,130
	Outro	-0,217	0,877	-1,121	-0,785	-0,396	0,241	1,441
	Privado	0,472	1,164	-1,127	-0,474	0,469	1,563	2,689
	Público	-0,436	0,794	-1,858	-1,007	-0,535	-0,078	1,533
Estrut_F3F	Filantropico	0,057	0,985	-1,411	-0,737	-0,324	1,007	2,089
	Outro	-0,022	0,760	-0,950	-0,707	-0,060	0,687	0,969
	Privado	-0,019	0,966	-1,901	-0,815	-0,039	0,817	2,090
	Público	-0,008	1,109	-1,873	-0,694	-0,154	0,966	2,506
Estrut_F4F	Filantropico	0,012	0,780	-1,306	-0,528	0,151	0,482	1,405
	Outro	-0,444	0,633	-1,542	-1,014	-0,197	0,028	0,109
	Privado	-0,033	1,132	-1,980	-0,872	-0,144	0,920	1,899
	Público	0,103	1,035	-2,596	-0,677	0,279	0,877	1,840
Estrut_F5F	Filantropico	0,225	0,669	-1,356	-0,253	0,311	0,736	1,237
	Outro	-0,186	0,991	-1,974	-0,897	0,036	0,625	0,732
	Privado	-0,205	1,008	-2,699	-0,917	0,112	0,411	1,796
	Público	0,106	1,130	-1,549	-0,699	-0,221	1,220	2,422

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutural 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 31

Estadística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão do nível estratégico – fatores estruturais

Variável	Atividades gestão nível estratégico	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	0	0,7971	0,1539	0,6484	0,6484	0,7871	0,9557	0,9557
	1	0,168	0,966	-0,954	-0,621	-0,150	1,115	1,544
	2	-0,117	1,093	-2,408	-0,787	-0,188	0,668	2,027
	3	-0,011	0,990	-2,307	-0,765	-0,025	0,879	1,686
Estrut_F2F	0	-0,130	0,504	-0,471	-0,471	-0,368	0,449	0,449
	1	-0,355	0,836	-1,342	-1,166	-0,418	0,487	0,513
	2	-0,027	0,945	-1,858	-0,904	-0,128	0,539	1,780
	3	0,046	1,059	-1,675	-0,729	-0,229	0,694	2,689
Estrut_F3F	0	-0,060	0,374	-0,485	-0,485	0,091	0,216	0,216
	1	-0,165	1,277	-1,241	-1,003	-0,669	0,925	2,014
	2	-0,216	1,172	-1,901	-1,123	-0,456	0,715	2,090
	3	0,096	0,935	-1,827	-0,622	-0,051	0,932	2,506
Estrut_F4F	0	-0,233	0,971	-0,898	-0,898	-0,683	0,882	0,882
	1	0,465	1,209	-0,795	-0,669	0,219	1,721	1,840
	2	0,112	1,153	-1,589	-1,291	0,353	1,045	1,899
	3	-0,068	0,935	-2,596	-0,658	-0,091	0,616	1,893
Estrut_F5F	0	0,449	0,401	0,063	0,063	0,418	0,864	0,864
	1	-0,373	0,283	-0,661	-0,642	-0,384	-0,099	0,012
	2	0,062	1,126	-1,979	-0,734	0,182	1,073	2,071
	3	-0,014	1,011	-2,699	-0,683	0,112	0,648	2,422

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutural 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5. Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – atividade nível 1 e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – todas as atividades. Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas (terceiro quartil < 0) e significativas (primeiro quartil > 0) estão em destaque.

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 32

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gerenciamento da rotina – fatores estruturais

Variável	Atividades de gestão da rotina	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	0	0,140	1,024	-2,408	-0,578	0,373	0,870	1,597
	1	-0,338	0,692	-1,302	-1,009	-0,283	0,275	0,578
	2	-0,216	0,898	-1,118	-1,038	-0,289	0,787	1,205
Estrut_F2F	3	0,008	1,039	-2,307	-0,746	-0,040	1,022	2,027
	0	-0,105	0,928	-1,858	-0,794	-0,209	0,493	1,780
	1	-0,540	0,812	-1,127	-1,108	-0,834	-0,016	1,016
Estrut_F3F	2	-0,446	0,494	-0,989	-0,944	-0,450	-0,157	0,443
	3	0,158	1,066	-1,675	-0,667	-0,159	0,784	2,689
	0	0,174	1,008	-1,241	-0,674	-0,037	0,923	2,506
Estrut_F4F	1	-0,680	0,944	-1,873	-1,527	-0,681	0,098	0,652
	2	-0,019	1,259	-1,901	-0,680	-0,143	0,969	2,014
	3	0,007	0,965	-1,827	-0,729	-0,112	0,915	2,090
Estrut_F5F	0	0,234	1,154	-2,596	-0,697	0,281	1,093	1,840
	1	0,113	1,130	-1,329	-0,981	0,291	0,770	1,899
	2	-0,598	0,451	-1,321	-0,898	-0,542	-0,373	0,109
Estrut_F5F	3	-0,030	0,958	-1,980	-0,675	-0,072	0,663	1,893
	0	0,353	0,927	-1,536	-0,260	0,252	1,112	2,027
	1	-0,132	1,125	-1,979	-1,029	0,005	0,813	1,204
Estrut_F5F	2	-0,175	0,514	-0,799	-0,661	-0,256	0,418	0,590
	3	-0,105	1,049	-2,699	-0,863	0,107	0,415	2,422

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5. Atividade de gestão da rotina: 0 – nenhuma atividade; 1 – padronização dos processos; 2 – definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos; 3 – todas as atividades.

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas estão em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 33

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 1 – fatores estruturais

Variável	Mec_01	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	0	1,074	0,580	0,367	0,492	1,120	1,609	1,686
	1	-0,050	0,989	-2,408	-0,773	-0,089	0,719	2,027
Estrut_F2F	0	-0,740	0,798	-1,160	-1,155	-1,128	0,064	0,457
	1	0,034	0,999	-1,858	-0,673	-0,213	0,563	2,689
Estrut_F3F	0	-0,834	0,783	-1,682	-1,512	-0,932	-0,058	0,210
	1	0,039	0,996	-1,901	-0,680	-0,118	0,905	2,506
Estrut_F4F	0	0,148	1,326	-1,653	-1,181	0,358	1,268	1,531
	1	-0,007	0,992	-2,596	-0,715	-0,014	0,759	1,899
Estrut_F5F	0	-0,259	0,632	-1,118	-0,893	-0,158	0,275	0,399
	1	0,012	1,015	-2,699	-0,650	0,112	0,687	2,422

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas (terceiro quartil < 0) e significativas (primeiro quartil > 0) estão em destaque.

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 34

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 13 – fatores estruturais

Variável	Mec_13	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	0	-0,038	1,011	-2,408	-0,772	-0,110	0,723	2,027
	1	0,448	0,789	-0,776	-0,010	0,187	1,208	1,456
Estrut_F2F	0	0,018	1,033	-1,858	-0,804	-0,212	0,693	2,689
	1	-0,212	0,439	-0,673	-0,599	-0,320	0,323	0,449
Estrut_F3F	0	-0,043	1,010	-1,901	-0,733	-0,164	0,857	2,506
	1	0,512	0,753	-0,485	-0,142	0,697	0,988	1,606
Estrut_F4F	0	0,012	1,003	-2,596	-0,707	0,001	0,744	1,899
	1	-0,147	1,027	-1,809	-1,207	0,109	0,882	0,907
Estrut_F5F	0	-0,051	0,991	-2,699	-0,661	-0,097	0,549	2,422
	1	0,599	0,975	-1,088	0,107	0,590	1,281	2,027

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativas (terceiro quartil < 0) e significativas (primeiro quartil > 0) estão em destaque. O fator 1 está em destaque para os hospitais que implementaram o mecanismo, pois 71,4% (5 de 7) consideraram como barreira significativa.

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 35

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 19 – fatores estruturais

Variável	Mec_19	Média	D. P.	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	0	-0,042	0,998	-2,408	-0,773	-0,089	0,719	2,027
	1	0,909	0,555	0,187	0,337	0,998	1,394	1,456
Estrut_F2F	0	0,010	1,019	-1,858	-0,782	-0,226	0,563	2,689
	1	-0,214	0,392	-0,599	-0,541	-0,290	0,189	0,323
Estrut_F3F	0	-0,028	1,005	-1,901	-0,730	-0,154	0,870	2,506
	1	0,594	0,757	-0,142	-0,053	0,457	1,379	1,606
Estrut_F4F	0	0,035	0,985	-2,596	-0,677	0,061	0,759	1,899
	1	-0,752	1,169	-1,809	-1,659	-1,052	0,456	0,907
Estrut_F5F	0	-0,026	1,011	-2,699	-0,670	-0,042	0,671	2,422
	1	0,554	0,506	0,107	0,183	0,414	1,066	1,281

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 36

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* do mecanismo 20 – fatores estruturais

Variável	Mec_20	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Estrut_F1F	0	-0,033	0,996	-2,408	-0,772	-0,067	0,723	2,027
	1	0,950	0,673	0,187	0,187	1,208	1,456	1,456
Estrut_F2F	0	0,006	1,014	-1,858	-0,774	-0,240	0,519	2,689
	1	-0,163	0,463	-0,599	-0,599	-0,213	0,323	0,323
Estrut_F3F	0	-0,025	0,999	-1,901	-0,729	-0,143	0,860	2,506
	1	0,720	0,875	-0,142	-0,142	0,697	1,606	1,606
Estrut_F4F	0	0,024	0,985	-2,596	-0,683	0,013	0,744	1,899
	1	-0,703	1,426	-1,809	-1,809	-1,207	0,907	0,907
Estrut_F5F	0	-0,021	1,007	-2,699	-0,661	0,012	0,667	2,422
	1	0,600	0,610	0,107	0,107	0,410	1,281	1,281

Legenda: Estrut_F1F – fator estrutural 1; Estrut_F2F – fator estrutural 2; Estrut_F3F – fator estrutura 3; Estrut_F4F – fator estrutural 4; Estrut_F5F – fator estrutural 5.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 39

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados por localização (região) – fatores pessoais e culturais

Variável	Região	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	CO/N	-0,082	1,084	-1,948	-0,636	-0,070	1,068	1,247
	NE	-0,319	1,160	-1,815	-1,160	-0,451	0,152	1,987
	S	0,231	0,951	-1,104	-0,683	0,176	1,247	1,919
	SE	-0,031	0,985	-2,437	-0,686	0,047	0,653	2,479
Pessoal_F2F	CO/N	0,153	1,085	-1,456	-0,770	0,162	1,309	1,518
	NE	-0,133	1,096	-1,541	-1,229	-0,207	0,817	1,521
	S	-0,069	0,937	-1,902	-0,577	-0,084	0,630	2,204
	SE	0,037	1,023	-2,401	-0,786	0,294	0,824	1,647
Pessoal_F3F	CO/N	0,688	1,170	-0,899	-0,783	0,819	1,537	2,280
	NE	-0,519	0,935	-1,768	-1,079	-0,526	-0,245	1,537
	S	0,077	0,928	-1,969	-0,362	0,174	0,686	1,537
	SE	-0,028	0,987	-2,013	-0,813	0,025	0,856	1,805

Legenda: CO – Centro-Oeste; N – Norte; NE – Nordeste; S – Sul; SE – Sudeste; DP – desvio-padrão; Q – quartil.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 40

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelas atividades de gestão do nível estratégico – fatores pessoais e culturais

Variável	Atividades de gestão do nível estratégico	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	0	0,359	0,440	0,059	0,059	0,154	0,863	0,863
	1	0,563	0,877	-0,523	-0,100	0,533	1,240	1,919
	2	0,184	1,035	-1,815	-0,741	0,236	1,249	1,667
	3	-0,132	1,002	-2,437	-0,729	-0,255	0,601	2,479
Pessoal_F2F	0	0,455	0,600	0,011	0,011	0,216	1,137	1,137
	1	0,059	0,864	-0,896	-0,712	-0,215	0,968	1,019
	2	0,040	1,028	-2,324	-0,584	0,177	0,661	2,204
	3	-0,042	1,028	-2,401	-1,049	0,165	0,767	1,647
Pessoal_F3F	0	-0,487	1,262	-1,648	-1,648	-0,671	0,856	0,856
	1	-0,392	1,186	-1,969	-1,365	-0,745	0,756	1,104
	2	-0,085	0,982	-1,768	-0,919	0,087	0,737	1,537
	3	0,088	0,990	-2,013	-0,590	0,072	0,813	2,280

Legenda: Atividades de gestão no nível estratégico: 0 – nenhuma atividade; 1 – definição da missão, da visão e dos valores; 2 – definição da missão, da visão e dos valores e planejamento estratégico OU desdobramento e gerenciamento das metas; 3 – todas as atividades: definição da missão, da visão e dos valores, planejamento estratégico e desdobramento e gerenciamento das metas.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 41

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão liderança organizacional – fatores pessoais e culturais

Variável	Dimensão liderança organizacional	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	A	-0,383	0,826	-1,710	-0,984	-0,523	-0,037	1,987
	D	0,273	0,734	-1,173	-0,263	0,176	0,747	1,695
	Outra	0,083	1,110	-2,437	-0,684	0,172	0,958	2,479
Pessoal_F2F	A	-0,034	0,885	-2,009	-0,577	0,054	0,614	1,647
	D	0,095	1,023	-1,751	-0,959	0,216	0,879	2,204
	Outra	-0,017	1,058	-2,401	-0,753	0,169	0,824	1,556
Pessoal_F3F	A	-0,204	0,876	-2,013	-0,760	-0,085	0,207	1,268
	D	-0,357	0,964	-1,739	-1,479	-0,340	0,588	1,081
	Outra	0,215	1,029	-1,969	-0,790	0,364	1,014	2,280

Legenda: Cultura A – clã; Cultura D – hierarquia.

Nota: o fator avaliado como uma barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 42

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão princípio organizacional – fatores pessoais e culturais

Variável	Dimensão organizacional	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	A	-0,245	0,812	-1,815	-0,664	-0,221	0,106	1,454
	D	0,231	0,974	-1,059	-0,706	0,372	0,786	2,479
	Outra	0,065	1,100	-2,437	-0,725	0,169	0,906	1,987
Pessoal_F2F	A	-0,026	0,835	-1,531	-0,859	0,029	0,613	1,436
	D	0,475	0,817	-1,902	0,084	0,619	1,049	1,647
	Outra	-0,163	1,112	-2,401	-1,078	-0,010	0,696	2,204
Pessoal_F3F	A	-0,056	0,922	-2,013	-0,590	0,052	0,667	1,805
	D	-0,021	1,079	-1,768	-1,134	0,032	0,946	1,537
	Outra	0,043	1,036	-1,969	-0,797	0,020	0,887	2,280

Legenda: Cultura A – clã; Cultura D – hierarquia.

Nota: o fator avaliado como barreira pouco significativa está em destaque (terceiro quartil < 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 43

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pela cultura dominante na dimensão critérios de sucesso – fatores pessoais e culturais

Variável	Dimensão de sucesso	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	A	-0,259	0,963	-1,948	-0,680	-0,221	0,102	1,987
	D	0,541	0,889	-1,051	0,009	0,568	1,247	2,479
	Outra	-0,116	0,994	-2,437	-0,837	-0,288	0,636	1,919
Pessoal_F2F	A	-0,188	0,858	-1,902	-1,049	-0,150	0,398	1,647
	D	0,396	0,761	-1,751	0,145	0,510	0,897	1,518
	Outra	-0,087	1,157	-2,401	-1,074	0,182	0,767	2,204
Pessoal_F3F	A	-0,045	0,870	-2,013	-0,535	0,072	0,656	1,805
	D	-0,196	1,093	-1,768	-1,223	-0,413	0,801	1,537
	Outra	0,139	1,035	-1,969	-0,795	0,114	1,018	2,280

Legenda: Cultura A – clã; Cultura D – hierarquia.

Nota: os fatores avaliados como barreiras significativas estão em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 44

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 1 – fatores pessoais e culturais

Variável	Mec_01	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	0	-0,653	0,410	-1,085	-1,040	-0,656	-0,261	-0,213
	1	0,030	1,010	-2,437	-0,669	-0,001	0,823	2,479
Pessoal_F2F	0	-0,729	0,549	-1,456	-1,279	-0,662	-0,245	-0,135
	1	0,034	1,005	-2,401	-0,750	0,193	0,771	2,204
Pessoal_F3F	0	0,759	1,047	-0,007	0,033	0,381	1,863	2,280
	1	-0,035	0,990	-2,013	-0,812	0,019	0,801	1,805

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: os fatores avaliados como barreiras pouco significativa (terceiro quartil < 0) e significativa (primeiro quartil > 0) estão em destaque.

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 45

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 6 – fatores pessoais e culturais

Variável	Mec_06	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	0	0,050	1,277	-2,437	-0,479	0,334	0,799	1,247
	1	-0,004	0,987	-2,268	-0,685	-0,135	0,795	2,479
Pessoal_F2F	0	0,726	0,523	-0,026	0,322	0,726	1,110	1,518
	1	-0,052	1,007	-2,401	-0,864	0,073	0,730	2,204
Pessoal_F3F	0	0,283	1,100	-1,165	-0,878	0,515	1,195	1,537
	1	-0,020	0,997	-2,013	-0,799	0,026	0,702	2,280

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 46

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 10 – fatores pessoais e culturais

Estatísticas								
Variável	Mec_10	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	0	-0,011	1,028	-2,437	-0,715	-0,105	0,691	2,479
	1	0,062	0,850	-0,882	-0,660	-0,070	0,856	1,667
Pessoal_F2F	0	0,006	1,008	-2,324	-0,833	0,170	0,767	2,204
	1	-0,035	0,992	-2,401	-0,584	0,162	0,736	1,309
Pessoal_F3F	0	-0,094	1,008	-2,013	-0,814	-0,008	0,687	2,280
	1	0,559	0,765	-0,972	-0,001	0,795	1,177	1,537

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 47

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 18 – fatores pessoais e culturais

Variável	Mec_18	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	0	0,035	1,025	-2,437	-0,683	-0,037	0,826	2,479
	1	-0,414	0,509	-1,104	-0,841	-0,571	0,154	0,193
Pessoal_F2F	0	-0,040	1,017	-2,401	-0,896	0,093	0,741	2,204
	1	0,477	0,640	-0,563	0,011	0,650	0,950	1,309
Pessoal_F3F	0	0,007	1,015	-2,013	-0,760	0,032	0,795	2,280
	1	-0,088	0,861	-1,067	-0,972	-0,021	0,819	0,856

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).

Dados para construção do *box-plot* apresentado na Figura 48

Estatística descritiva dos escores dos fatores estratificados pelo *status* de implementação do mecanismo 19 – fatores pessoais e culturais

Variável	Mec_19	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Pessoal_F1F	0	-0,021	1,010	-2,437	-0,686	-0,120	0,680	2,479
	1	0,444	0,682	-0,571	-0,263	0,741	0,853	0,863
Pessoal_F2F	0	-0,036	1,006	-2,401	-0,801	0,073	0,708	2,204
	1	0,777	0,384	0,216	0,378	0,906	1,047	1,079
Pessoal_F3F	0	-0,002	1,012	-2,013	-0,812	0,072	0,801	2,280
	1	0,033	0,799	-0,671	-0,588	-0,181	0,867	1,163

Legenda: 0 – mecanismo não implementado ou em fase de estruturação; 1 – mecanismo implementado em pelo menos uma unidade.

Nota: o fator avaliado como barreira significativa está em destaque (primeiro quartil > 0).