

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**MICHELE PEREIRA BATISTA**

**SATISFAÇÃO E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA A MELHORIA DO CUIDADO NUM HOSPITAL PRIVADO**

**SÃO PAULO**

**2020**

**MICHELE PEREIRA BATISTA**

**SATISFAÇÃO E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA A  
MELHORIA DO CUIDADO NUM HOSPITAL PRIVADO**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Maria César Schiesari

**São Paulo**

**2020**

Batista, Michele Pereira.

Satisfação e experiência do paciente : contribuições para a melhoria do cuidado num hospital privado / Michele Pereira Batista. - 2020.

72 f.

Orientador: Laura Maria Cesar Schiesari.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - Administração. 2. Satisfação do consumidor. 3. Serviços de saúde. I. Schiesari, Laura Maria Cesar. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 64.024.8

**MICHELE PEREIRA BATISTA**

**SATISFAÇÃO E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA A MELHORIA DO CUIDADO NUM HOSPITAL PRIVADO**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade. Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde.

Data da Aprovação: 01 de junho de 2020.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Maria César Schiesari (EAESP/FGV)  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik (EAESP/FGV)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Maria Melleiro (EEUSP/USP)

*Para  
meus pais, Eliseu e Cleusa,  
minha avó Antônia,  
minha tia Dulcelina  
e meu marido Newton  
por todo incentivo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

À minha querida avó Antônia, minha referência de fé, amor, honestidade e determinação.

Aos meus queridos pais, Eliseu e Cleusa, dedico esta, bem como todas as demais conquistas. Vocês são incríveis!

À minha tia Dulcelina, obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

Ao meu marido Newton, por todo o estímulo, compreensão e dedicação.

À minha estimada orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dra. Laura Maria César Schiesari, pela disponibilidade, amizade, paciência na orientação e incentivo. Foi um privilégio ser sua orientanda.

À coordenadora deste Mestrado profissional, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Maria Malik, por todo ensinamento e dedicação.

À FGV EAESP pela honra de pertencer, aos professores que serviram de pilares de sustentação para a conclusão do curso. Aos meus colegas de turma pela parceria. Ter a oportunidade de conviver com esta turma foi de grande valor.

À instituição de trabalho que pertencço e toda equipe. Gratidão!

“A persistência é o caminho do êxito”.

Charles Chaplin

## RESUMO

A experiência do paciente tem ganhado destaque nas discussões e iniciativas relacionadas à qualidade dos serviços de saúde, constituindo hoje importante elemento na introdução de melhorias da qualidade no cuidado ao paciente. As instituições hospitalares têm buscado se adaptar para atender a exigências crescentes de seus clientes, tornando seus processos e o cuidado em si focado no paciente, o que requer transformar sua cultura. Para tanto, têm buscado utilizar escalas de mensuração da experiência do paciente, além dos já conhecidos questionários de avaliação da satisfação do paciente. O objetivo geral deste estudo é apresentar e discutir o uso de instrumento de avaliação da satisfação e experiência do paciente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados por uma organização hospitalar. Trata-se de estudo com delineamento metodológico de pesquisa-ação, no qual os gestores de áreas específicas de uma unidade hospitalar no município de São Paulo analisaram e discutiram durante dois anos os resultados de pesquisa focada na experiência e na satisfação dos pacientes, identificando e monitorando a implementação de melhorias nos processos e estrutura. Para efeito deste estudo foram analisados os dados das pesquisas de 3 unidades, a saber: pronto atendimento, internação e SADT. Como resultado, ao longo deste período foi possível verificar a evolução positiva de alguns indicadores e negativa de outros. São descritas as ações adotadas e as dificuldades de implementação das mudanças. A nota do Net Promoter Score (NPS) dos três setores melhorou, o índice de satisfação do paciente também foi superior, mas alguns itens relacionados à experiência do paciente apresentaram notas inferiores, como o processo de comunicação com a equipe de enfermagem.

**Palavras-chave:** Experiência do Paciente; Assistência Hospitalar; Satisfação do Paciente.



## **ABSTRACT**

Patient experience is assuming greater importance in discussions and initiatives related to quality in healthcare. It has become an important element for improving quality in patient care. Hospitals are constantly adapting their services so as to fulfill clients' needs and meet their expectations. For doing so, processes are more patient focused, fostering thus culture transformation. This requires using scales to measure patients' experience, as well as the already known patient satisfaction surveys. The general objective of this study was to present and discuss the use of an instrument to assess patient satisfaction and experience aiming at improving quality of services provided by one hospital located in Sao Paulo, Brazil. Methodological design employed action research, in which managers of specific hospital areas analyzed and discussed for two years the results of the above mentioned survey. Improvement opportunities were then identified and their implementation monitored. This study gathers data from 3 units: emergency care, hospitalization and diagnosis department. As a result, over this period, it was possible to verify the positive evolution of some indicators and the deterioration of others: a better score from the NPS (Net Promoter Score) of the three sectors, higher patient satisfaction index, but lower scores of some patient experience's domains, such as communication with the nursing team.

**Key-Words:** Patient Experience; Hospital Assistance; Patient Satisfaction.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> -	Definições dos atributos de qualidade dos serviços de saúde, segundo o Ministério da Saúde, 2014.....	18
<b>Quadro 2</b> -	Produção hospitalar por setor nos anos de 2017 e 2018.....	24
<b>Quadro 3</b> -	Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: dimensões da experiência do paciente, Hospital, janeiro 2017 .....	36
<b>Quadro 4</b> -	Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: satisfação do paciente, Hospital, janeiro 2017.....	40
<b>Quadro 5</b> -	Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: indicador da experiência do paciente, Hospital, janeiro 2017.....	40
<b>Quadro 6</b> -	Problemas levantados pelos pacientes, por setor, 2018.....	44
<b>Quadro 7</b> -	Ações realizadas para melhoria do processo geral do hospital, reuniões do grupo, Hospital, 2018.....	45
<b>Quadro 8</b> -	Ações de gestão de equipes e pessoas para melhoria da experiência do paciente, 2018.....	46
<b>Quadro 9</b> -	Melhorias estruturais baseadas na experiência do paciente, 2018.....	46
<b>Quadro 10</b> -	Melhorias propostas para os processos no SADT.....	47
<b>Quadro 11</b> -	Ações realizadas em gestão de pessoas – SADT, 2018.....	48
<b>Quadro 12</b> -	Ações realizadas referentes à nutrição dos pacientes, 2018....	49
<b>Quadro 13</b> -	Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: dimensões da experiência do paciente, Hospital, janeiro, 2017.....	52
<b>Quadro 14</b> -	Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: satisfação do paciente, Hospital, dezembro 2018.....	53
<b>Quadro 15</b> -	Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: indicador da experiência do paciente, Hospital, dezembro 2018.....	54

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 -</b>	Faixa etária dos respondentes atendidos por setor, janeiro de 2017.....	34
<b>Gráfico 2 -</b>	Sexo dos respondentes atendidos por setor, janeiro de 2017..	34
<b>Gráfico 3 -</b>	Tipo de atendimento dos respondentes por setor, janeiro 2017.....	35
<b>Gráfico 4 -</b>	Motivo pela escolha da unidade hospitalar por setor, janeiro de 2017.....	36
<b>Gráfico 5 -</b>	Faixa etária dos respondentes atendidos por setor, dezembro de 2018.....	50
<b>Gráfico 6 -</b>	Sexo dos respondentes atendidos por setor, dezembro de 2018.....	50
<b>Gráfico 7 -</b>	Tipo de atendimento dos respondentes por setor, dezembro de 2018.....	51
<b>Gráfico 8 -</b>	Motivo da escolha da unidade hospitalar por setor, dezembro de 2018.....	52
<b>Gráfico 9 -</b>	Variação da Nota Geral por setores, janeiro de 2017 e dezembro de 2018.....	55
<b>Gráfico 10 -</b>	Variação do NPS por setores, janeiro de 2017 e dezembro de 2018.....	56

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Ciclo de ações da Pesquisa-ação.....	22
<b>Figura 2 -</b>	Cronologia da avaliação externa no hospital .....	25
<b>Figura 3 -</b>	Índice de satisfação por setor e geral, janeiro de 2017.....	42
<b>Figura 4 -</b>	Índice de satisfação por áreas e geral, dezembro de 2018.....	55

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1	Qualidade em serviços de saúde e gestão da qualidade.....	15
2.2	Modelos centrados no paciente e qualidade.....	17
2.3	Experiência do paciente.....	19
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
3.1	Objetivo geral.....	21
3.2	Objetivos específicos.....	21
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>22</b>
4.1	Instituição onde a pesquisa foi conduzida.....	23
4.1.1	Produção do hospital no período de análise dessa pesquisa.....	24
4.1.2	Avaliação da qualidade no hospital.....	25
4.2	Participantes da pesquisa.....	28
4.3	Período da pesquisa e formas de participação.....	28
4.4	Fontes de dados sobre a experiência do paciente e sobre a sua satisfação com a instituição.....	29
4.5	Instrumentos de coletas de dados.....	30
4.5.1	<i>Net promoter Score (NPS)</i> .....	30
4.5.2	<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare providers and systems (HCAHPS)</i> .....	31
4.5.3	Depoimentos livres.....	31
4.6	Questões éticas.....	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
5.1	Dados iniciais levantados em janeiro de 2017.....	33
5.2	Planejamento e ação do grupo de trabalho.....	42
5.3	Dados levantados em dezembro de 2018.....	49
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O hospital é uma instituição complexa, que possui – segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar – uma “densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com doenças agudas ou crônicas” em regime de internação (BRASIL, 2013). Além disso, essa instituição, deve promover a saúde, prevenir agravos, realizar diagnósticos e tratamentos de doenças, bem como sua reabilitação (BRASIL, 2013). Os hospitais do SUS integram a rede de atenção à saúde e, para a realização de suas atividades, devem considerar a regionalização e o perfil epidemiológico de sua área de referência, de modo que a atuação ocorra de forma integrada e coordenada dentro do sistema de saúde, tendo o acesso aos seus serviços regulado.

Dada a concentração tecnológica e o hospitalocentrismo vigente em muitos sistemas de saúde, o hospital consome boa parte dos recursos destinados à saúde. Além disso, a gestão dos serviços de saúde é vista como pouco eficiente, aspecto que leva à busca crescente pela melhoria do desempenho desses espaços. Dada a importância do hospital nesse contexto, essa tendência ganhou força com os movimentos da qualidade em saúde ao longo das últimas décadas.

Na década de 80, Avedis Donabedian (1980) propôs – inspirado na Teoria Geral dos Sistemas – a tríade “estrutura – processo – resultado”, para avaliar a qualidade em saúde. O primeiro eixo, *estrutura*, refere-se aos recursos materiais, humanos e à organização da instituição; o *processo*, por sua vez, faz referência aos cuidados oferecidos; e, por último, o *resultado* diz respeito ao produto final da assistência prestada considerando tanto a saúde quanto a satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1980 apud MALIK; SCHIESARI, 1998).

Donabedian (1990) explica ainda que a avaliação da satisfação do usuário dos serviços de saúde e a participação no restabelecimento de sua saúde são elementos essenciais da qualidade. Ampliando o conceito da qualidade em saúde, o autor definiu dois pilares intimamente relacionados ao paciente: a aceitabilidade ou adaptação do cuidado ao paciente/família, de acordo com a subjetividade manifestada por seus desejos e com seus valores e expectativas; e a legitimidade ou aceitabilidade do cuidado na forma em que é visto pela comunidade ou sociedade (DONABEDIAN, 1990 apud SILVA; FORMIGLI, 1994).

A partir dos anos 90, o desenvolvimento da gestão da qualidade nos serviços de saúde ganhou força graças à implementação de abordagens nacionais específicas, em alguns casos isso ocorreu por meio de sistemas nacionais de acreditação de serviços de saúde. No Brasil, a acreditação hospitalar tem apoiado a gestão, uma vez que o uso dos padrões propostos introduz importantes modificações na prática gerencial e do cuidado (SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017).

As discussões sobre a qualidade dos serviços de saúde, dentro do contexto do cuidado, têm como foco o paciente. Justamente sobre essas questões surgem, novamente, os estudos norteadores de Donabedian (1978, 1980), os quais, de acordo com Silva e Formigli (1994), abordam como indicadores a qualidade tecno-científica, a acessibilidade e disponibilidade dos serviços, as relações interpessoais estabelecidas e a garantia da continuidade do cuidado, já direcionando, em outros termos, para a trajetória do paciente na instituição.

Dois relatórios do *Institute of Medicine* (IOM) foram fundamentais para as discussões da qualidade pautada no paciente. O primeiro deles, denominado “To Err Is Human” evidenciou a gravidade dos problemas de segurança envolvidos nos cuidados de saúde e as implicações na gestão de unidades hospitalares (IOM, 1999). O segundo, intitulado *Crossing the Quality Chasm* (IOM, 2001), ressaltou que segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade – tidos como objetivos ou dimensões da qualidade – representam importantes estratégias para a transformação do cenário da saúde.

Esses relatórios impulsionaram experiências e novos modelos de gestão da qualidade focados na segurança do paciente e também influenciaram a construção do *Triple Aim*, a partir do qual são propostos três objetivos interdependentes a serem almejados pelas instituições e pelos sistemas de saúde: a melhoria da experiência individual do cuidado; a melhoria da saúde das populações; e a redução dos custos per capita da assistência. Faz-se necessário explicitar que focar apenas em um objetivo pode impactar negativa ou positivamente nos demais, como é possível observar no seguinte exemplo: ao melhorar o atendimento aos indivíduos através de novas tecnologias ou de medicamentos, haverá um impacto nos custos. Dessa forma, a busca do objetivo triplo é um exercício de equilíbrio e o desenvolvimento simultâneo desses três pilares tem como propósito fundamental a reformulação do sistema de saúde (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008).

Estudos focados no paciente, como aqueles que se dedicam à segurança, passaram a ter maior interesse por parte das pessoas que trabalham em instituições hospitalares. Ainda assim, apesar de centrados na ideia da segurança, na minimização do erro, na qualificação do trabalho das equipes e na revisão de processos, tais estudos também são vistos por meio do prisma da qualidade da assistência ao paciente e, portanto, têm como centro o usuário (BRASIL, 2014).

Outra linha de estudo que passou a ser incentivada, inclusive pela Organização Mundial de Saúde, foi a do cuidado centrado no paciente que apresenta os seguintes pressupostos: reconhecimento de cada paciente como único e atendimento às suas especificidades; redução do sentimento de vulnerabilidade dos enfermos; empoderamento do paciente em sua condição e tratamento; melhoria da experiência do paciente por meio do conforto físico, inclusão da família, amigos e cuidadores no propósito. Esses itens contribuem para aprimorar a experiência do paciente junto à instituição hospitalar (IOM, 2001).

Considerando o descrito até o presente momento, faz-se necessário explicitar o contexto no qual o objeto de pesquisa do presente estudo se insere: as instituições hospitalares no Brasil têm buscado criar, utilizar ou adaptar escalas de mensuração da experiência do paciente visando sobretudo à melhoria dos serviços prestados, desde sua concepção, incluindo reorientação dos fluxos e processos, com maior adequação dos mesmos às necessidades dos pacientes, como, por exemplo, atender o paciente e sua família no tempo certo, da maneira correta, com segurança e o mais próximo dos seus desejos. Nota-se, assim, que as instituições hospitalares têm buscado se adaptar e se transformar para atender às novas exigências de seus clientes/consumidores, modificando a forma de prestar cuidado: o foco que, até então, era na instituição, passou a centrar-se no paciente.

A relevância deste estudo está na discussão e na divulgação da experiência de uma unidade hospitalar privada no município de São Paulo, que aplica sistematicamente questionários de avaliação da satisfação e percepção do paciente quanto aos serviços prestados. Há poucos estudos nacionais sobre a avaliação da experiência do paciente e hoje há uma tendência crescente de recomendação do seu uso por parte de organizações internacionais e aos poucos também de algumas nacionais, dada a importância crescente da participação do paciente para que o cuidado seja mais efetivo.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Qualidade em serviços de saúde e gestão da qualidade

A percepção da qualidade dos serviços de saúde pelos usuários pode ser considerada momentânea, envolvendo diversas condições como acesso, integralidade, continuidade e coordenação de cuidados (STARFIELD, 2002).

No Brasil, por exemplo, o sistema universal de saúde passou a existir a partir da década de 1990 (BRASIL, 1990) e a primeira experiência dos pacientes com os serviços de saúde foi caracterizada pela acessibilidade. As pessoas que não tinham acesso aos serviços de saúde e passaram a ter, percebiam a importância da qualidade do serviço oferecido – em outras palavras, o direito ao uso dos serviços, antes tão raro, já significava qualidade. Entretanto, com o passar dos anos, os usuários perceberam que acessibilidade era apenas a porta de entrada e identificaram a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde (CORTES, 2014). Atualmente a dimensão do direito à saúde, garantido constitucionalmente, associado ao panorama atual da saúde de maior incorporação tecnológica, acesso à informação, e entendimento da saúde como bem de consumo, reforçou a importância da qualidade e da satisfação do paciente (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Nesse sentido, a qualidade em saúde tem um componente subjetivo, relacionado à percepção do paciente, que é individualizada e inserida no contexto de sua necessidade imediata. Além disso, há também o componente objetivo, relacionado ao modo como os serviços de saúde promovem essa experiência ao paciente, a partir de sua estrutura, processos e resolutividade dos problemas (VASCONCELOS; BOSI; PONTES, 2008).

Donabedian (1990), além da tríade anteriormente apresentada, propôs os “Sete Pilares da Qualidade” que harmonizou as interações entre *estrutura*, *processo* e *resultado*. Nessa construção, de acordo com Portela (2000), *eficácia* é a capacidade da arte e da ciência da saúde produzirem melhorias na qualidade de vida e no bem-estar – significa assistir da melhor forma, dado o estado e circunstâncias do atendimento. A *efetividade* é apresentada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis. A *eficiência* é a medida de custo, em que a melhoria da saúde é alcançada. Assim, pode-se inferir que se eficácia e

efetividade são alcançadas em processos distintos, a mais eficiente é aquela que tiver menor custo. A *otimização*, necessária nessa relação de custo para atingir benefício, regulando a decisão do que incorporar. A *aceitabilidade*, está diretamente ligada aos desejos e necessidades dos pacientes e famílias, no qual o relacional pode interferir no resultado, inclusive na dimensão da acessibilidade ao paciente. A *legitimidade* é entendida como a forma com que a sociedade percebe esse cuidado de acordo com suas preferências. E a *equidade* é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade, relacionando-se com a igualdade na distribuição desses cuidados (DONABEDIAN, 1990).

Algumas dessas condições são apresentadas como dificultadoras na implementação dos programas de qualidade em saúde (GURGEL; VIEIRA, 2002), como por exemplo:

- A dificuldade em harmonizar práticas mercantis com o objeto final dos hospitais que é o cuidado em saúde;
- As visões e a assimetria de informações entre usuários e profissionais;
- A variabilidade e a individualidade do cuidado ao paciente, as quais dificultam a padronização de serviços;
- A característica do cuidado em si, que se consome no ato, dificultando a previsibilidade do controle do desfecho final;
- A resistência dos profissionais de saúde frente aos programas da qualidade que modificam os processos de trabalho socialmente constituídos.

Entretanto, a utilização de programas da qualidade nas organizações de saúde é fundamental para garantir a qualidade assistencial e a sustentabilidade financeira do negócio (BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994).

Para Malik e Schiesari (1998) a implementação da gestão da qualidade em instituições de saúde é necessária e apoia o desenvolvimento de cultura de gestão inovadora, contribuindo para aumentar o desempenho organizacional.

As discussões sobre a gestão da qualidade ganharam força com a atuação das organizações acreditadoras ou certificadoras, que indiretamente movimentaram o mercado (BONATO, 2011).

De acordo com Malik e Schiesari (1998), a acreditação é um modelo de avaliação externa e independente, que atesta se o serviço segue os padrões previamente estabelecidos por organizações independentes. Muitas vezes os padrões referem-se à estrutura, processo e resultado das organizações de saúde. Para a

definição desses padrões parte-se do pressuposto que os serviços de saúde devem ser locais seguros para profissionais e para pacientes. Schiesari (2014) ainda destaca que a acreditação estabelece padrões referentes às atividades assistenciais, dando ênfase à coordenação do cuidado. Elementos como o prontuário do paciente assumem papel importante na avaliação da qualidade dos cuidados, com forte componente relacionado à segurança do paciente.

## **2.2 Modelos centrados no paciente e qualidade**

Para além das certificações e creditações, metodologias e programas centrados no paciente ganharam força em instituições de saúde, por meio de organizações e movimentos internacionais que valorizaram o assunto e também graças ao reconhecimento de sua importância para a melhoria do cuidado em saúde. Focar o cuidado no paciente permite melhorar o cuidado prestado e, ainda, aprimorar a percepção do paciente quanto aos serviços prestados, ou seja, melhorar a imagem da organização prestadora de serviços, tornando-a mais competitiva.

O cuidado centrado no paciente, mais do que política, recomendações ou diretrizes deve ser entendido como um grande arcabouço teórico que reorienta os serviços de saúde a focar o paciente, entendendo as instituições de saúde como servidoras e temporárias na vida das pessoas e não como definidoras ou donas de seu estado de saúde (BERWICK, 2009).

No Brasil, o cuidado centrado no paciente ganhou força com a Política Nacional de Humanização (PNH), que além de trabalhar com a ambiência dos serviços de saúde (estrutura) e com a valorização profissional (processo), tem como foco principal o paciente, sua experiência nos serviços de saúde e sua participação efetiva na gestão e nas escolhas (BRASIL, 2003).

Nessas diretrizes da PNH, são abordados: o estabelecimento de vínculos solidários, a igualdade e equidade na assistência à saúde, o mapeamento das demandas dos usuários, o fomento da autonomia e do protagonismo dos usuários, bem como a elevação do grau de corresponsabilidade. Pode-se dizer ainda que a PNH se preocupa com a experiência do usuário nos serviços de saúde ao longo de sua trajetória em uma linha de cuidados, ainda que não utilize esta expressão (SOUZA; MENDES, 2009).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014), lançado com o intuito de apoiar a implementação e a disseminação da segurança do paciente no país, defende em seus documentos que a segurança do paciente constitui uma das dimensões da qualidade do cuidado, conforme proposta do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM, 2001), cujo foco é a redução de eventos adversos em saúde.

**Quadro 1** – Definições dos atributos de qualidade dos serviços de saúde, segundo Ministério da Saúde, 2014.

Atributos	Definição
Segurança*	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

**Fonte:** BRASIL (2014).

Para que seja possível aumentar a segurança do paciente é importante desenvolver justamente uma cultura da segurança, que pressupõe mudança da cultura organizacional, com a corresponsabilização dos trabalhadores pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. Além disso, deve haver a priorização da segurança acima de metas financeiras e operacionais; o encorajamento da identificação, a notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança; a promoção do aprendizado organizacional e a disponibilização de recursos (BRASIL, 2014).

### 2.3 Experiência do paciente

A experiência do paciente é definida como a somatória de “todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente por meio da continuidade do cuidado” (WOLF et al., 2014, p.3). Pode ser entendido como tudo o que acontece com as pessoas e até que ponto suas necessidades são atendidas (BEATTIE et al., 2015).

Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*,

a experiência do paciente abrange a gama de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde, incluindo planos de saúde, médicos, enfermeiros, demais profissionais em hospitais, práticas médicas e outros serviços de saúde. Como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, a experiência do doente inclui vários aspectos da prestação de cuidados de saúde que os doentes valorizam muito quando procuram e recebem cuidados (AHRQ, 2017, tradução nossa).

A gestão da qualidade coloca a preocupação com o paciente em sua definição e como foco de suas ações. Apesar disso, poucas instituições têm sido capazes de levar em conta as expectativas dos pacientes e de posicionar os usuários no centro de suas atividades. Para reverter esse panorama, tem sido reforçada a ideia da “experiência do paciente”, inspirada em tendências do marketing (SCHIESARI, 2017).

Os termos "satisfação" e "experiência" são frequentemente usados como sinônimos, apesar de seus diferentes significados. Para Castellanos (2002, p. 27),

a concepção da satisfação/insatisfação como o resultado de uma experiência real, na qual o cliente baseado nas sensações de prazer e desconforto que um produto ou serviço lhe proporcionaram, faz um "julgamento" e lhes atribui um grau de qualidade.

A questão sobre o uso desses termos também é tratada por Rodrigues (2019), a autora explica que apesar serem utilizados indistintamente, não significam a mesma coisa. A autora explicita ainda que satisfação se refere às expectativas de um paciente sobre o serviço de saúde, enquanto a experiência está relacionada à qualidade dos cuidados de saúde.

Os pacientes tendem a exagerar quando se trata da satisfação, devido sobretudo ao viés de gratidão e é justamente por essa razão que a validade e a

utilidade dos dados de satisfação são limitadas, daí a importância da experiência do paciente na melhoria da qualidade dos cuidados aos pacientes (WILLIAMS; COYLE; HELAY, 1998).

Um dos motivos da importância da experiência do paciente é que a imagem da instituição de saúde para o exterior passa por esse aspecto, constituindo esse como um pilar fundamental da gestão e do marketing institucional, à medida em que corresponde à maneira como o usuário percebe os cuidados recebidos (IBSP, 2019).

A experiência do paciente, quando positiva, fideliza e gera nova procura futura. Nesse contexto é que se nota a necessidade de reavaliar continuamente a experiência do paciente e da família em cada etapa do processo, bem como a valorização da visão dos pacientes e de suas famílias para introduzir melhorias nas operações (TOTHY et al., 2017).

Assim sendo, a mensuração da experiência do paciente fornece elementos objetivos para melhorar os processos, apoiar a tomada de decisão, atender à expectativa dos pacientes e efetivamente gerenciar e monitorar o desempenho dos cuidados de saúde (LAVELA; GALLAN, 2014).

Ainda segundo os autores, a experiência do paciente pode ser utilizada para: facilitar a tomada de decisão pelo paciente sobre seus cuidados; comparar as experiências de cuidados prestados por diferentes organizações e sistemas; estabelecer comissões de supervisão do cuidado em saúde; identificar organizações de saúde que atendem com sucesso sua missão de prestação de cuidados de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar e discutir a satisfação e a experiência dos pacientes em uma organização hospitalar.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar a evolução da satisfação e da experiência dos pacientes por meio de instrumento de avaliação específico realizado no período entre 2017 e 2018;

- Identificar as ações de melhoria desencadeadas a partir da análise dos dados encontrados nesta avaliação.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

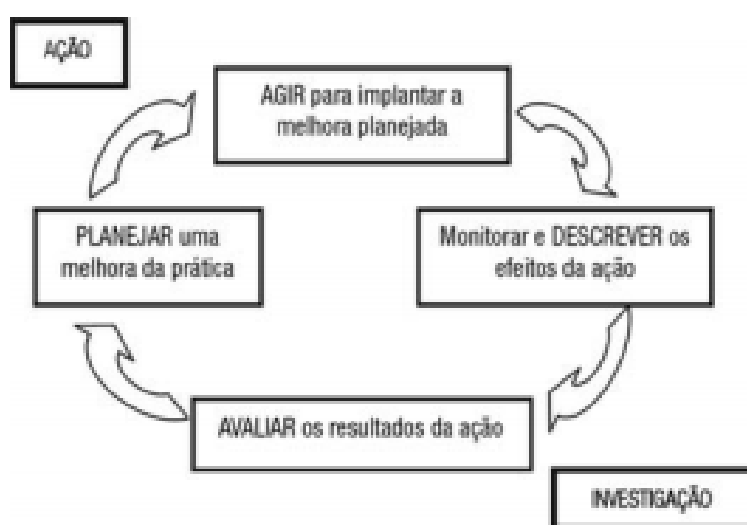
O propósito de um trabalho aplicado, como requisito básico para o cumprimento do mestrado profissional, é a identificação e intervenção em um problema institucional com a devida comunicação científica dos resultados e utilização de método científico pertinente (BRASIL, 2017).

O método utilizado neste estudo foi a Pesquisa-ação, oriundo da pesquisa social, que atua em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo (seja ele social ou institucional). Nessa concepção de investigação, o pesquisador e os participantes escolhidos para a resolução da situação problema estão envolvidos de forma cooperativa e participativa (THIOLLENT, 1986).

O pesquisador na Pesquisa-ação é parte integrante tanto do planejamento dos passos da intervenção, quanto da própria pesquisa na implementação da ação. Sua participação é intencional e pressupõe-se sua aproximação teórica e prática com a situação problema (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Segundo Tripp (2005), a Pesquisa-ação deve ser entendida como um processo de intervenção que segue o seguinte ciclo: planejamento – implementação – descrição – avaliação da mudança adotada para melhorar a prática. O importante é o aprendizado constante no decorrer desse processo, tanto no que diz respeito à prática, quanto à investigação.

**Figura 1** – Ciclo de ações da Pesquisa-ação.



**Fonte:** Tripp (2005).



Ainda para Tripp (2005) é importante diferenciar a Pesquisa-ação de outros métodos científicos ou de intervenções práticas rotineiras pelas seguintes características: trata-se de um método inovador, cuja atuação é contínua e não pontual e que está alinhado estrategicamente com a instituição. Além disso, é um método problematizador, intervencionista e participativo, que é documentado e disseminado em meio científico.

#### **4.1 Instituição onde a pesquisa foi conduzida**

O presente trabalho é baseado em pesquisa realizada em um Hospital Geral de grande porte situado na zona leste da cidade de São Paulo, prestador de serviço à saúde suplementar. Essa instituição pertence ao maior grupo de hospitais do país, fundado em 1977 e conta atualmente com 45 hospitais próprios, um hospital administrado e 33 clínicas, em diversos estados do Brasil. Cada hospital representa uma realidade diferente, seja por tipo de serviço oferecido, especialidade, complexidade do cuidado ou mesmo pela dimensão (em termos de tamanho).

O referido hospital iniciou suas atividades aproximadamente no ano 2000, como o primeiro hospital de grande porte na região a oferecer atendimento para a classe A/B da zona leste e possuindo ainda, como diferencial, uma arquitetura e infraestrutura de ponta.

A unidade possui 12 andares, 280 leitos, sendo 187 apartamentos, 42 leitos de UTI adulto geral, 18 leitos de UTI cardiológica, 22 de UTI neonatal e 11 de UTI infantil. O Centro Cirúrgico possui 12 salas e o centro obstétrico cinco, além de berçário admissional. Possui também conceito de hospital com atendimento de pronto socorro.

O perfil de atendimento do hospital estudado é o seguinte: 75% de pacientes clínicos e 25% de pacientes cirúrgicos, sendo 60% do sexo feminino e 40% masculino. Trata-se de um hospital com corpo clínico aberto, contabilizando 17.850 médicos cadastrados, com diversas especialidades e subespecialidades e 1.650 colaboradores CLT.

#### 4.1.1. Produção do hospital no período de análise desta pesquisa

**Quadro 2** – Produção hospitalar por setor nos anos de 2017 e 2018

	2017-TOTAL	2018-TOTAL
<b>PACIENTE DIA</b>	<b>79.191</b>	<b>80.283</b>
UTI	18.732	19.721
Unidade de internação	47.064	47.790
<b>CENTRO CIRÚRGICO</b>		
Nº Cirurgias	8.710	9.606
<b>HEMODINÂMICA</b>		
Hemodinâmica	671	810
<b>ATEND. EMERGÊNCIA</b>	<b>265.614</b>	<b>239.611</b>
Emergência Adulta	176.073	156.948
<b>AMBULATÓRIO</b>		
Atendimento de Ambulatório	14.384	52.448
<b>SADT</b>	<b>224.522</b>	<b>413.551</b>
Ressonância	7.050	8.212
Radiologia	101.284	107.030
Tomografia Computadorizada	50.907	43.931
Ultrassonografia	25.620	27.253
Cardiológicos	19.295	21.365
Outros	20.366	205.412

**Fonte:** Dados de produção hospitalar, 2017 e 2018.

A partir dos dados observa-se que o hospital apresentou uma queda no número de atendimentos no Pronto Socorro, porém, nota-se grande crescimento de atendimento ambulatorial – com a divulgação do ambulatório através de *folders*, estímulo de encaminhamento após alta hospitalar, inserção no site da rede hospitalar – além do crescimento das especialidades para atendimento.

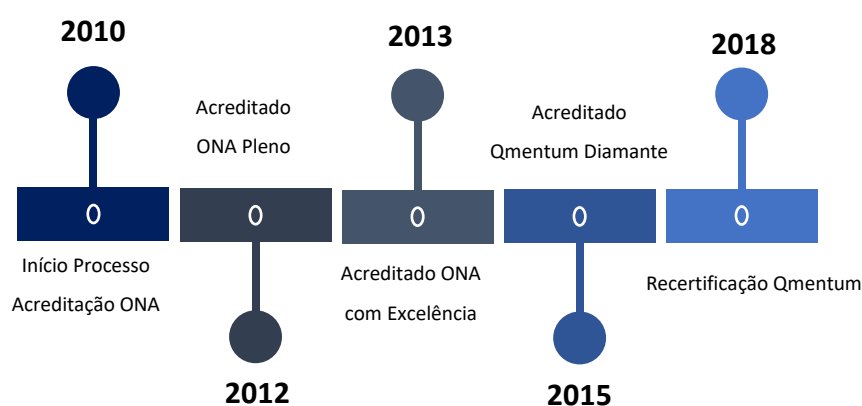
Com a abertura do Centro médico (Ambulatório) houve uma transição: os pacientes que procuravam o Pronto Socorro (Atendimento de Emergência) passaram a buscar consultas eletivas, justificando assim a queda naquele setor, aspecto positivo para o serviço.

Com o crescimento do atendimento ambulatorial foi possível aumentar o número de cirurgias e internações eletivas, além de aumentar também a quantidade de exames para controle e diagnóstico.

#### 4.1.2 Avaliação da qualidade no hospital

Em 2010 o hospital foi acreditado pelo sistema de avaliação externa de acreditação ONA 1, em 2012 ONA Pleno, em 2013 ONA com excelência, em 2015 com Qmentum Diamante e em 2018 recebeu a recertificação Qmentum Diamante, tal como ilustrado a seguir:

**Figura 2** – Cronologia da avaliação externa no hospital



Fonte: Escritório da qualidade, 2020.

O Escritório da Qualidade, criado em 2009, reporta à diretoria de qualidade corporativa e possui um papel central na avaliação da qualidade do hospital com funções bem definidas. É esse setor que: realiza a **Gestão de processos**, sendo ela, o desenho do macroprocesso da instituição, elaboração da matriz de priorização dos processos, modelagem dos processos finalísticos (definição de produto, cadeia cliente/fornecedor, indicadores, perigo/risco e barreiras) e contratualizações; acompanha a **Gestão por performance**, ou seja, faz os acompanhamentos de indicadores estratégicos, de processos e também os clínicos além do gerenciamento de protocolos; realiza o **Controle de documentos**, através da gestão de documentos, formatação das políticas, planos e protocolos, desenho das linhas estratégicas e perfil epidemiológico; participa de **Auditorias**, como auditoria interna, acompanhamento de oportunidades de melhoria da acreditação e acompanhamento de auditoria de fornecedores; participa da **Interface entre as comissões** de prontuários, de óbito, de farmácia terapêutica, de controle de infecção hospitalar, comitê de hemoterapia e comitê de terapia nutricional; realiza a **Gestão de risco**, por meio da aplicação de

política nacional de segurança do paciente, definição do núcleo de segurança do paciente, levantamento dos riscos, perigos, gerencia o sistema de notificação de ocorrências e não conformidades, além do indicador de segurança e elaboração do plano de segurança.

A unidade possui algumas práticas implementadas para melhorar a segurança do paciente e minimizar os riscos:

#### **Cultura de Segurança**

- Notificação de Eventos;
- Plano de Segurança do Paciente;
- Relatórios trimestrais sobre segurança do paciente;
- Análise prospectiva de segurança do paciente.

#### **Comunicação**

- Papel do paciente e familiares na segurança;
- Identificação do paciente;
- Abreviaturas perigosas;
- Reconciliação medicamentosa como prioridade estratégica;
- Reconciliação medicamentosa na admissão;
- Práticas de segurança no procedimento cirúrgico;
- Transferências das informações nas transições do cuidado.

#### **Uso de Medicamentos**

- Uso racional de antimicrobianos;
- Controle de eletrólitos concentrados;
- Segurança no uso de heparina;
- Medicamentos de alta vigilância (alto risco);
- Treinamento em bomba de infusão;
- Segurança no uso de narcóticos.

#### **Ambiente de Trabalho**

- Programa de manutenção preventiva;
- Treinamento em segurança do paciente.

#### **Prevenção e Controle de Infecção**

- Antibioticoprofilaxia cirúrgica;
- Conformidade na Higiene das mãos;
- Treinamento sobre Higiene das mãos;
- Diretrizes de controle de infecção;

- Taxas de infecção;
- Reprocessamento;
- Práticas de segurança na utilização de medicamentos injetáveis.

### **Avaliação de Risco**

- Estratégia de prevenção de quedas;
- Avaliação de riscos à segurança no domicílio;
- Prevenção de úlcera por pressão;
- Prevenção de suicídio;
- Profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV).

### **Protocolos de segurança**

- Protocolo de identificação do paciente;
- Protocolo de terapia medicamentosa;
- Protocolo de cirurgia segura;
- Protocolo de prevenção de úlcera por pressão e lesões de pele;
- Protocolo de prevenção queda;
- Protocolo de parto e nascimento seguro;
- Protocolo de monitoramento e manejo da dor;
- Protocolo de prevenção delirium;
- Protocolo de prevenção de broncoaspiração;
- Protocolo de controle glicêmico;
- Protocolo de transporte/ transferência da informação;
- Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso;
- Protocolo de reconhecimento precoce de deterioração clínica;
- Protocolo de jejum;
- Protocolo de uso racional do hemocomponentes;
- Protocolo de alergia ao látex;
- Protocolo de hipertermia maligna;
- Protocolo de prevenção de flebite;
- Protocolo de proteção renal;
- Protocolo de uso de contraste;
- Protocolo de sedação e analgesia;
- Protocolo de Profilaxia Cirúrgica;
- Protocolo de Antibioticoterapia Empírica;
- Protocolo de prevenção de suicídio;

- Protocolo de prevenção da infecção neonatal por *Streptococcus Agalactiae*;
- Protocolo de TEV.

O hospital realiza visita de segurança, buscando garantir que a estratégia da instituição seja disseminada de forma estruturada a todos os colaboradores, fortalecendo a liderança. As visitas de segurança do paciente iniciaram em 2017 da seguinte forma: ocorrem diariamente nas áreas assistenciais e de apoio que fazem interface com as áreas assistenciais e semanalmente nas áreas operacionais. Os encontros têm duração prevista de 10 minutos, podendo variar entre 5 e 10 minutos, de acordo com a área. O grupo é formado pela equipe da área, porém, é aberto a qualquer profissional interessado ou convidado pelos profissionais das áreas. A participação de todos é encorajada, objetivando discutir as questões de segurança e suas preocupações. O encontro acontece na área de atuação.

#### **4.2 Participantes da pesquisa**

Os participantes deste estudo, em concordância com o método da Pesquisa-ação, foram os integrantes das áreas gestoras da unidade hospitalar, os quais atuam diretamente na experiência do paciente. Nesse grupo dos participantes foi incluída a pesquisadora, que também é gestora de área. O referido grupo foi composto pelos seguintes profissionais: Diretores Geral, Médico e Operacional; Coordenadores Médico da Unidade de Internação, da Terapia Intensiva e do Pronto Socorro; Supervisores de Enfermagem da Qualidade, da Educação Permanente, da Unidade de Internação, da Terapia Intensiva, do Pronto Socorro, do Serviço Diagnóstico e ainda Supervisores das áreas de Administração, Hotelaria, *Concierge*, Ouvidoria, Nutrição e Manutenção.

#### **4.3 Período da pesquisa e formas de participação**

A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, os dados levantados no decorrer desse tempo foram tratados em dois fóruns distintos: um com periodicidade quinzenal no primeiro ano e mensal no segundo ano; e outro nas reuniões periódicas de lideranças do hospital, nas quais os resultados e intervenção propostos eram apresentados para deliberação.

Foi definido que o grupo faria também reuniões semanais para o desenvolvimento do projeto e que contaria com o envolvimento dos gestores das unidades de negócio, através do projeto piloto e da disseminação das práticas. Iniciava-se um novo ciclo de avaliação cada vez que haviam ações de melhoria relacionadas à avaliação da experiência e da satisfação do paciente naquele ciclo. O grupo teve como funções: aprofundar o conhecimento sobre satisfação e experiência do paciente; analisar os principais apontamentos da pesquisa de satisfação; planejar como realizar ações de melhoria; descrever as ações; agir para implantar a melhoria desejada; avaliar diariamente os resultados encontrados e realizar novos ciclos. Conforme os resultados obtidos, as ações eram direcionadas para o líder responsável, contemplando *status* e prazos para a realização. Ao todo foram realizados 8 ciclos de avaliação nesses dois anos.

#### **4.4 Fontes de dados sobre a experiência do paciente e sobre a sua satisfação com a instituição**

Foram encaminhados, de janeiro a dezembro de 2017, 176.073 questionários, e em 2018 houve um total de 156.948 – sobretudo através do envio de e-mails que era realizado após a alta hospitalar contendo um questionário de avaliação sobre a experiência do paciente e sobre sua satisfação com o serviço prestado. Para os pacientes internados foram encaminhados o questionário HCAHPS. As respostas foram dadas pelos próprios pacientes ou por seus responsáveis, os quais eram anunciados como tal durante a convivência com a instituição de saúde.

A média de respostas aos e-mails no já mencionado período foi de 3,5%, notou-se que a maioria dos pacientes que respondia a pesquisa era por um viés negativo, ou seja, maioria dos respondentes possuíam alguma queixa a relatar. A meta inicial era receber o retorno de 5% dos questionários. Os resultados foram tabulados em plataforma digital específica, contratada pela instituição de saúde. Trata-se de um *site* especializado na coleta de informações de saúde e na utilização dos dados por ferramentas validadas para o registro da experiência e satisfação do cliente. Por motivos contratuais e de sigilo operacional, o nome e detalhes da plataforma não foram autorizados para divulgação.

## 4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados: o *Net Promoter Score*; o instrumento de avaliação da satisfação e da experiência do paciente e também os depoimentos junto à ouvidoria.

### 4.5.1 *Net Promoter Score (NPS)*

A metodologia NPS foi criada pelo americano Fred Reichheld com o objetivo de mensurar o grau de lealdade do cliente com a empresa e, a partir da sua publicação em 2003 na *Harvard Business Review*, passou a ser utilizada por gestores de áreas distintas para avaliar a fidelização de clientes à marca (REICHHELD, 2003).

O NPS tem como base a seguinte questão: “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria a empresa citada para um amigo ou colega?”. A partir dessa pergunta é possível realizar o cálculo proposto pelo NPS, o qual classifica os clientes em: Detratores, Neutros e Promotores, conforme a avaliação que fizeram da empresa prestadora de serviço:

- Clientes Detratores: são aqueles que indicam um saldo negativo da empresa que lhes prestou serviço (Nota 0 - 6). Esses clientes expõem, de forma pública, sua insatisfação com a empresa e não voltam a utilizar seus serviços a menos que seja em situação muito extrema.
- Clientes Neutros: são aqueles que fazem uso dos serviços de uma empresa apenas quando necessário e não são fiéis à essa empresa (Nota 7 - 8).
- Clientes Promotores: são os leais, aqueles que ajudam a promover a empresa a melhores níveis (Nota 9 - 10). Relatam uma melhor qualidade após se relacionarem com a empresa, são entusiastas e oferecem *feedback* positivo.

Desse modo, o NPS é o resultado da subtração de detratores dos promotores:


$$\text{Net Promoter Score} = \% \text{ Promoters} - \% \text{ Detractors}$$

O resultado do cálculo é fragmentado em 4 zonas que estabelecem uma hierarquia no quadro de satisfação do cliente. As zonas se dividem em:



- Zona de Excelência – NPS entre 76 e 100;
- Zona de Qualidade – NPS entre 51 e 75;
- Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 2 e 50;
- Zona Crítica – NPS entre 0 e 1;

Realizar o cálculo NPS é simples e constitui-se numa estratégia muito eficaz para diagnosticar queda ou crescimento nas avaliações com a finalidade de encontrar soluções para os problemas apresentados em uma determinada empresa.

#### **4.5.2 Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)**

O HCAHPS é um instrumento de pesquisa desenvolvido pelo governo dos Estados Unidos para avaliar os hospitais e as instituições de saúde que atendem aos seguros de saúde governamentais, o *Medicare* e o *Medicaid*. Trata-se de um questionário com 32 perguntas, que devem ser respondidas apenas pelo paciente entre 48 horas e seis semanas após a alta. Essas perguntas abrangem os seguintes aspectos: comunicação com a enfermagem e com o corpo clínico, limpeza, ambiente, controle de dor e orientações recebida (IBSP, 2019).

O Anexo 2 contém o questionário traduzido, adaptado e utilizado pelo o Hospital em que foi realizada esta pesquisa.

Nos Estados Unidos, os resultados do HCAHPS alimentam um sistema público, que compara a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais e funciona como uma das ferramentas para ajudar pacientes a escolher as instituições de saúde em que querem ser atendidos. Simultaneamente, a divulgação pública também é uma maneira direta de estimular a qualidade e a transparência das instituições de saúde (IBSP, 2019).

#### **4.5.3 Depoimentos livres**

Os depoimentos livres dos pacientes foram registrados tanto pela plataforma *online* contratada, quanto pelo serviço de ouvidoria da instituição, disponibilizado gratuitamente em serviço 0800. Esses depoimentos complementaram qualitativamente as informações tabuladas de forma quantitativa e foram

fundamentais para a determinação das melhorias a serem realizadas após cada ciclo de análises.

#### **4.6 Questões éticas**

Esta investigação foi submetida ao Comitê de Ética do Hospital onde a Pesquisa-ação ocorreu e sua realização foi aprovada. Também foi enviada para o Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getulio Vargas e em reunião esse comitê deliberou pela dispensa de análise.

O Hospital autorizou a apresentação dos resultados desde que com a garantia do sigilo de suas informações estratégicas, bem como nome institucional e nome dos participantes da equipe gestora da pesquisa.

Os respondentes não são identificados e a pesquisadora teve acesso aos resultados fornecidos pela empresa de forma estruturada.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa estão organizados e apresentados em 3 seções. Na primeira são mostrados os dados coletados em janeiro de 2017, quando foi formado o grupo de trabalho. A segunda seção apresenta o planejamento e as ações geradas a partir dos dados monitorados de análise (ao todo 2 anos de monitoramento). Na terceira é mostrada a evolução dos dados levantados após as intervenções.

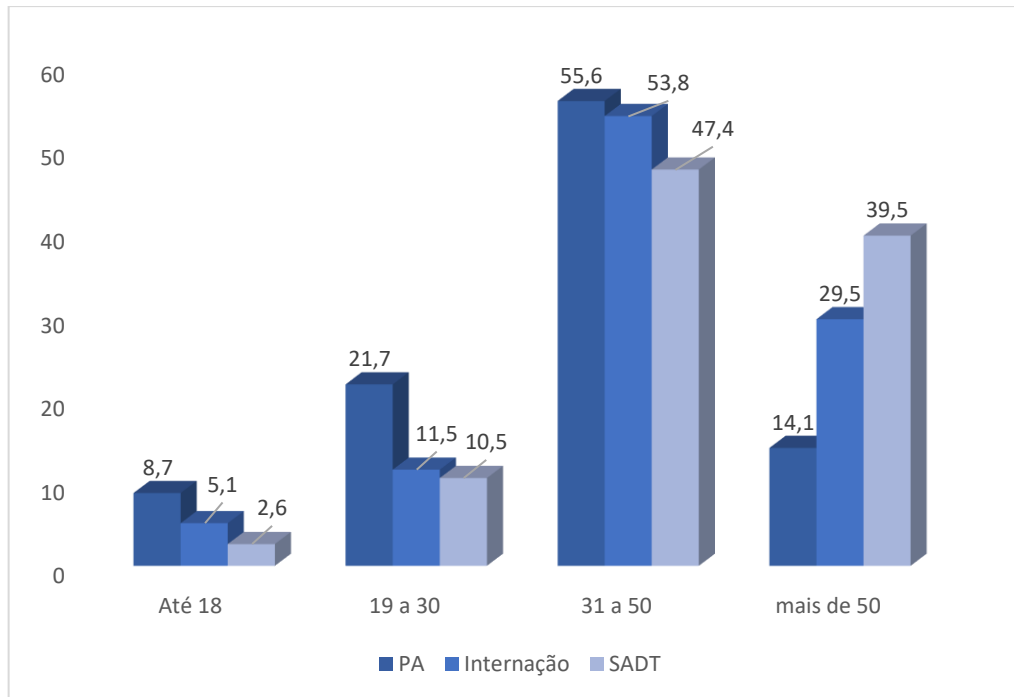
O trabalho foi realizado em três setores, a saber: o Setor de Internação; o Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e o Pronto Socorro

### 5.1 Dados iniciais levantados em janeiro de 2017

A primeira pesquisa foi aplicada no mês de janeiro de 2017 por meio de *e-mails* enviados para todos os pacientes que receberam alta e 3,8% desses pacientes responderam. Os dados abaixo referem-se aos pacientes que responderam aos questionários ou aos que entraram em contato direto com a ouvidoria e foram computados pela plataforma de tabulação de dados sobre experiência do paciente (gráficos 1 a 3).

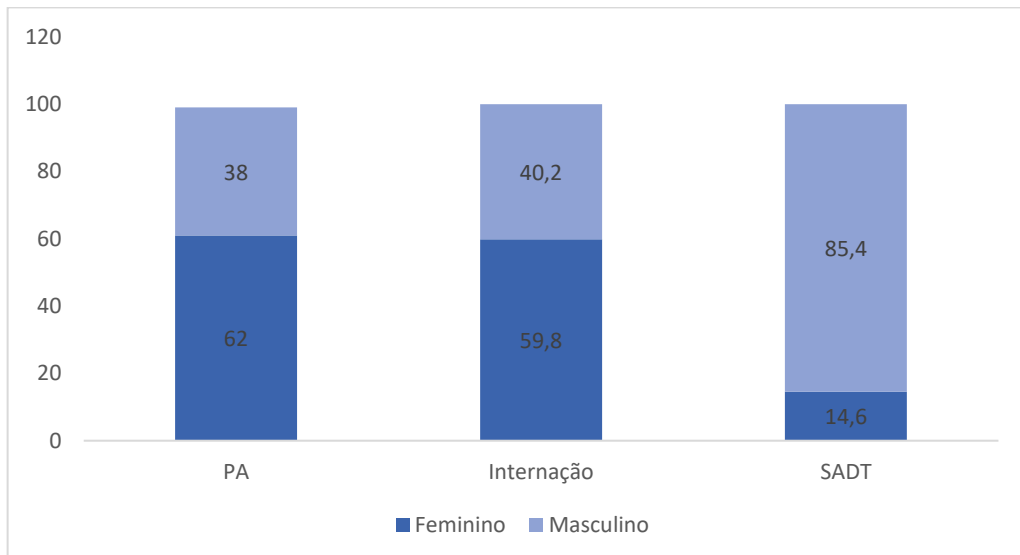
A faixa etária predominante corresponde a pessoas entre 31 e 50 anos (55,6% no pronto atendimento, 53,8% na internação, e 47,4% no SADT). Quando somados aos maiores de 50 anos, correspondem a mais de 70% das respostas retornadas por e-mail (gráfico 1). Quando comparado o perfil do hospital com relação à faixa etária, predomina as idades entre 25 e 35 anos. A maioria dos respondentes são do sexo feminino, sendo 61% no PA e 59,8% na Internação. No SADT 85,4% dos respondentes eram homens (gráfico 2), um percentual mais elevado do que o verificado em outras áreas – justificado pela abertura do serviço de cardiologia em 2016, incluindo consultas eletivas, o que gerou maior número de solicitações de exames, com maior procura por consulta por pacientes do sexo masculino.

**Gráfico 1** – Faixa etária dos respondentes atendidos por setor, pesquisa da qualidade percebida pelo paciente, Hospital, janeiro de 2017



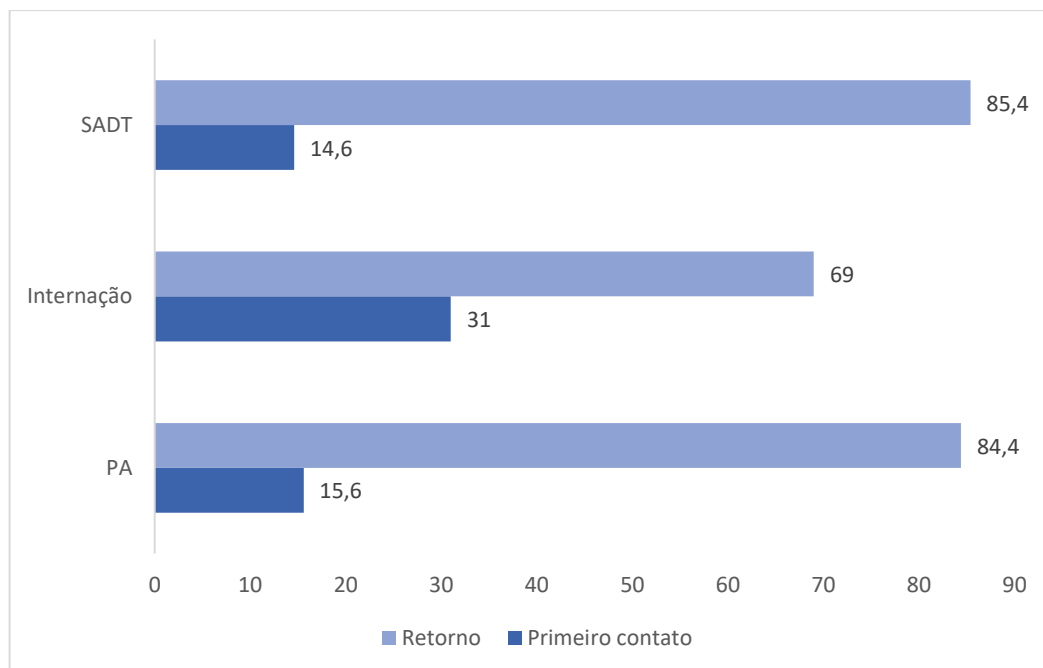
**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

**Gráfico 2** – Sexo dos respondentes atendidos por setor, pesquisa da qualidade percebida pelo paciente, Hospital, janeiro de 2017



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

**Gráfico 3** – Tipo de atendimento dos respondentes por setor, pesquisa de qualidade percebida, Hospital, janeiro de 2017

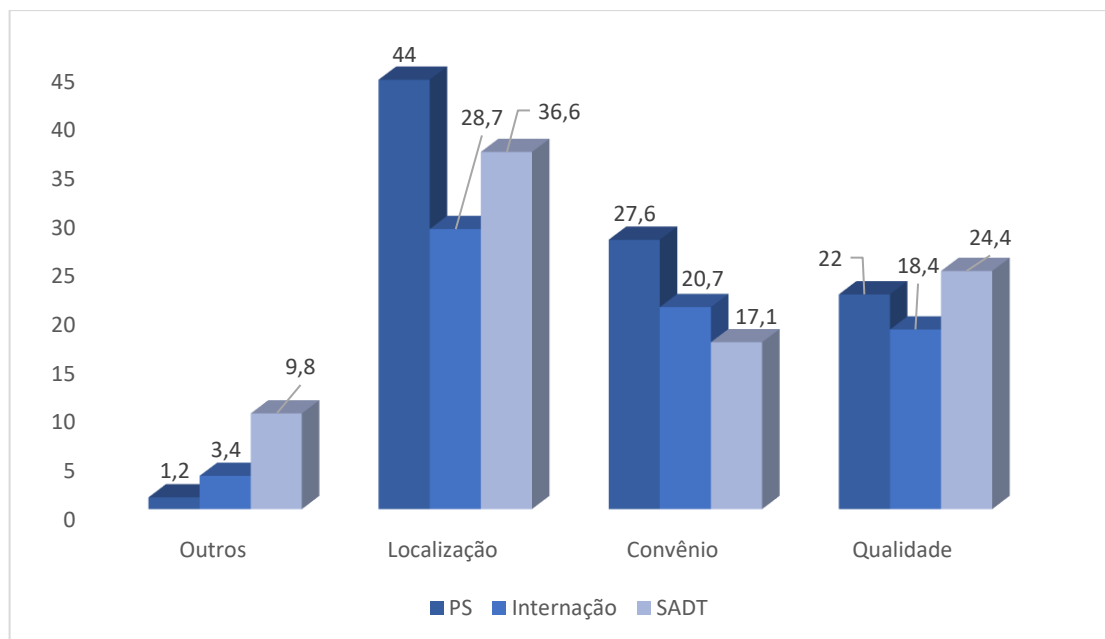


**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

No SADT, 14,6% dos respondentes foram atendidos pela primeira vez e 85,4% estavam retornando; no PA apenas 15,6% foram novos atendimentos, indicando um número elevado de pacientes que já haviam frequentado o serviço anteriormente. Na Internação, 31% dos respondentes eram pacientes novos e 69% retorno, ou seja, nesse setor há maior percentual de pacientes que nunca foram atendidos neste hospital antes (Gráfico 3).

Os motivos da escolha do hospital apontados pelos respondentes para os três tipos de atendimento foram, em ordem de importância: 1) Localização, 2) Atendimento ao convênio e 3) Qualidade percebida (gráfico 4). Ou seja, a escolha do usuário é feita, em primeiro lugar, considerando a localização e, posteriormente, a cobertura que seu plano de saúde proporciona, almejando o deslocamento mais adequado – e são esses dois primeiros aspectos que podem configurar a comunidade que o hospital atende, ponto importante para que a instituição priorize ações de fidelização em torno dessas pessoas. Cabe ressaltar ainda que os dados do gráfico não totalizaram 100% em sua soma por perda de dados de registro do sistema.

**Gráfico 4** – Motivo da escolha da unidade hospitalar por setor, pesquisa de qualidade percebida, Hospital, janeiro de 2017



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

A avaliação da percepção dos pacientes atendidos no Hospital em janeiro de 2017 é apresentada a seguir e contempla os domínios: Comunicação com o paciente (enfermagem e corpo médico); ambiência (quarto, banheiro e proximidades ao quarto); controle da dor e oferta de medicamentos; informação adequada durante estadia na unidade hospitalar e alta (Quadro 3).

**Quadro 3** – Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: dimensões da experiência do paciente, Hospital, janeiro 2017

Domínios	%
Comunicação da enfermagem foi "sempre" boa	83%
Comunicação do corpo médico foi "sempre" boa	85%
Tempo de resposta foi "sempre" bom	79%
A dor foi "sempre" controlada	76%
Orientação antes de medicação foi "sempre" feita	51%
Informações sobre pós-alta foram recebidas (% de Sim)	75%
"Concordo totalmente" que sabia do tratamento ao sair do hospital	54%

**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

No que diz respeito à comunicação com a equipe de Enfermagem, todos os indicadores superaram 80%, com exceção da “atenção na escuta ao paciente”, que teve resultado de 79%. Merece destaque o tratamento com cortesia e respeito que chegou a 87%. Esses dados talvez possam ser explicados pelo fato de que, num primeiro momento, as equipes buscam informar adequada e suficientemente os pacientes e é possível que escutá-los não seja inicialmente uma ação tão valorizada. Esse ponto merece destaque para aprimorar a experiência do paciente.

A comunicação com o corpo médico foi classificada da mesma forma: “com respeito e cortesia” em 88% dos casos e os demais indicadores desse item também tiveram valores superiores a 80%.

O item que mede a experiência do cliente relacionada à agilidade do atendimento, isto é, o tempo transcorrido entre a chamada até o recebimento da ajuda solicitada foi inferior a 80%, mais especificamente 77% dos pacientes que precisaram de ajuda com comadre ou auxílio para ir ao banheiro estimam tê-la recebido no tempo adequado. Esses dados apontam a dificuldade em atender rapidamente às demandas do paciente, no entanto, vale ressaltar que esta é uma medida de percepção e quando se pede algo, sobretudo numa situação de internação ou de atendimento em serviço de saúde, a expectativa é de atendimento imediato.

Avaliar precisamente o tempo decorrido entre a chamada e o atendimento só é possível se houver mensuração e caso esse aspecto seja muito relevante, uma possibilidade para conciliar as expectativas seria mensurar o tempo real por meio da disponibilização de relógios nos quartos – o que já é feito em algumas realidades, até para auxiliar o paciente e familiares a se localizar no tempo.

No que diz respeito à dor, que é uma situação importante com impacto na experiência do paciente, a percepção dos respondentes quanto aos itens que avaliam o manejo dela pela equipe assistencial foi inferior a 70%. A abordagem da intensidade da dor pela equipe ocorreu em 68% dos casos. Dor é hoje um aspecto fundamental do cuidado ao paciente, constituindo o 5º sinal vital.

A implementação bem sucedida do manejo da dor representa um processo longo e contínuo de aprimoramento do cuidado e requer ações deliberadas do corpo assistencial. Alguns hospitais adotaram a estratégia de grupos da dor que produzem orientações específicas para a abordagem do 5º sinal vital em suas unidades, com adaptação do cuidado às diferentes características de necessidades dos pacientes. Ainda com relação à essa questão, vale atentar para o que já se sabe: o instrumento

de manejo da dor é norte-americano e é justamente nos Estados Unidos que se discute sobre epidemia de opioide. É preciso ter atenção na implantação e acompanhamento do protocolo nas instituições.

No hospital em questão, o manejo de dor é realizado através de protocolo institucional, sendo disseminado em todos os setores. Em revisão de literatura sobre o tema, conduzida por Oliveira e colaboradores (2016) evidenciou-se que esse manejo ainda é incipiente e frágil no seu monitoramento, restringindo-se ao cumprimento de prescrição médica de analgésicos. Nesse mesmo estudo são relacionadas as barreiras para o manejo da dor:

relacionam-se ao próprio profissional (medo, insegurança, frustração, falta de empatia com cliente, entre outros), ao cliente (dificuldade em entender as escalas utilizadas, instabilidade clínica, relutância em aceitar opioide) ou às questões organizacionais da instituição, como deficiência nos processos de educação continuada sobre o tema, conflitos entre profissionais e gestores, alta demanda de pacientes, infraestrutura e organização do serviço (OLIVEIRA et al., 2016, p. 5)

Em outro estudo realizado em três unidades de saúde do Líbano, com 183 participantes, havia registro de escore numérico de dor em apenas 14,2% dos prontuários médicos dos pacientes. No total, 7,7% dos pacientes tiveram que esperar mais de 30 minutos para receber a medicação para dor. O índice de satisfação dos pacientes com o tratamento da dor foi de 85%. Entre as barreiras, os pacientes relataram medo de efeitos adversos, dependência e custos adicionais (TAWIL; IKDANDAR; SALAMESH, 2018).

Em relação à orientação sobre medicações, 65% dos respondentes alega ter recebido informação sobre o que era o medicamento e 38% deles responderam ter recebido informação sobre possíveis efeitos colaterais dos medicamentos. Ou seja, praticamente 6 em cada 10 pacientes não foram informados sobre os efeitos colaterais do que lhes estava sendo administrado. Isso se justifica pelo fato dessa prática não ser instituída entre os profissionais de saúde de modo geral. Além disso, é preciso lembrar que nem todas as profissões de saúde detêm este conhecimento. Assim sendo, para mudar esta prática e melhorar esse ponto da experiência do paciente será preciso capacitar os profissionais sobre comunicação de efeitos colaterais, sem contar o próprio conhecimento desses efeitos por grupo medicamentoso. Em algumas realidades, havendo farmacêutico clínico, esse profissional tem papel importante junto à equipe de saúde, informando o paciente e os familiares diretamente. Essa condição



da informação tem impacto direto no uso do medicamento pós alta. Em estudo realizado em hospital universitário com 264 pacientes, apenas 34% demonstraram bom nível de conhecimento sobre os medicamentos. Em 19%, a indicação de uso que o paciente anunciou, discordava da indicação médica (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000).

Havia também um item que tratava da ambiência, identificada em relação ao quarto, aos banheiros e às áreas próximas ao quarto, que recebeu nota inferior a 70%, principalmente no que diz respeito ao silêncio. A avaliação da limpeza dos locais constitui item importante dos questionários de avaliação da satisfação do paciente e para melhorar tais índices houve um esforço realizado junto ao serviço de higiene da organização no sentido de melhorar a limpeza dessas áreas, principalmente no Pronto Socorro devido ao alto fluxo de pacientes. Porém, no que diz respeito ao silêncio, o desafio é maior, é preciso conscientizar as equipes quanto à importância de um lugar sem ruídos/barulhos e também quanto aos cuidados com altura e tom da voz, com o tipo de calçado utilizado pelos profissionais de saúde, manutenção de portas de armários e dos quartos, tudo isso poderá auxiliar a adequar esse item às expectativas dos pacientes

Em relação à preparação para a alta, apenas 54% relataram estar bem informados a respeito de seu tratamento, 61% receberam informação a respeito dos medicamentos que teriam que tomar e 56% sobre sua corresponsabilidade no tratamento pós alta. Esses dados apontam que a informação para a alta é feita adequadamente em apenas aproximadamente metade dos casos, indicando a necessidade de sistematizar o processo de alta, incluindo esse item na rotina dos profissionais. É importante definir ainda qual profissional será o responsável por fornecer as informações ao paciente e o modo como será feito o monitoramento.

No que diz respeito à satisfação do paciente, 65% dos respondentes conferiram Nota 9 ou 10 ao hospital e 70% recomendariam o hospital a outras pessoas. É esperada nota acima de 80% para os hospitais da rede, sendo que em São Paulo a média é de 70%.

**Quadro 4** – Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: satisfação do paciente, Hospital, janeiro 2017

<b>Indicadores da satisfação do paciente</b>	<b>%</b>
Pacientes que deram nota 9 ou 10 ao hospital	<b>65%</b>
Pacientes que recomendariam o hospital "definitivamente sim"	<b>70%</b>
<b>Média para cálculo do Índice de Satisfação (IS)</b>	<b>70%</b>

**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

**Quadro 5** – Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: indicador da experiência do paciente, Hospital, janeiro 2017

<b>Indicador da Experiência do paciente</b>	<b>Percentual</b>
Comunicação da enfermagem foi "sempre" boa	<b>83%</b>
Com que frequência o pessoal de enfermagem o(a) tratou com cortesia e respeito?	<b>87%</b>
Com que frequência o pessoal de enfermagem o(a) escutou atentamente?	<b>79%</b>
Com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de forma que conseguisse entender?	<b>84%</b>
Comunicação do corpo médico foi "sempre" boa	<b>85%</b>
Com que frequência os médicos o(a) trataram com cortesia e respeito?	<b>88%</b>
Com que frequência os médicos o(a) escutaram atentamente?	<b>85%</b>
Com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?	<b>82%</b>
Tempo de resposta foi "sempre" bom	<b>79%</b>
Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?	<b>80%</b>
Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?	<b>77%</b>
A dor foi "sempre" controlada	<b>76%</b>
Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre a intensidade das dores que sentia?	<b>68%</b>
Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre como seriam tratadas as suas dores?	<b>83%</b>
Orientação antes de medicação foi "sempre" feita	<b>51%</b>
Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?	<b>65%</b>
Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?	<b>38%</b>
Quarto e sanitários estiveram "sempre" limpos	<b>68%</b>
Área próxima ao quarto esteve "sempre" silenciosa	<b>66%</b>
Informações sobre pós-alta foram recebidas (% de Sim)	<b>75%</b>
Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?	<b>70%</b>

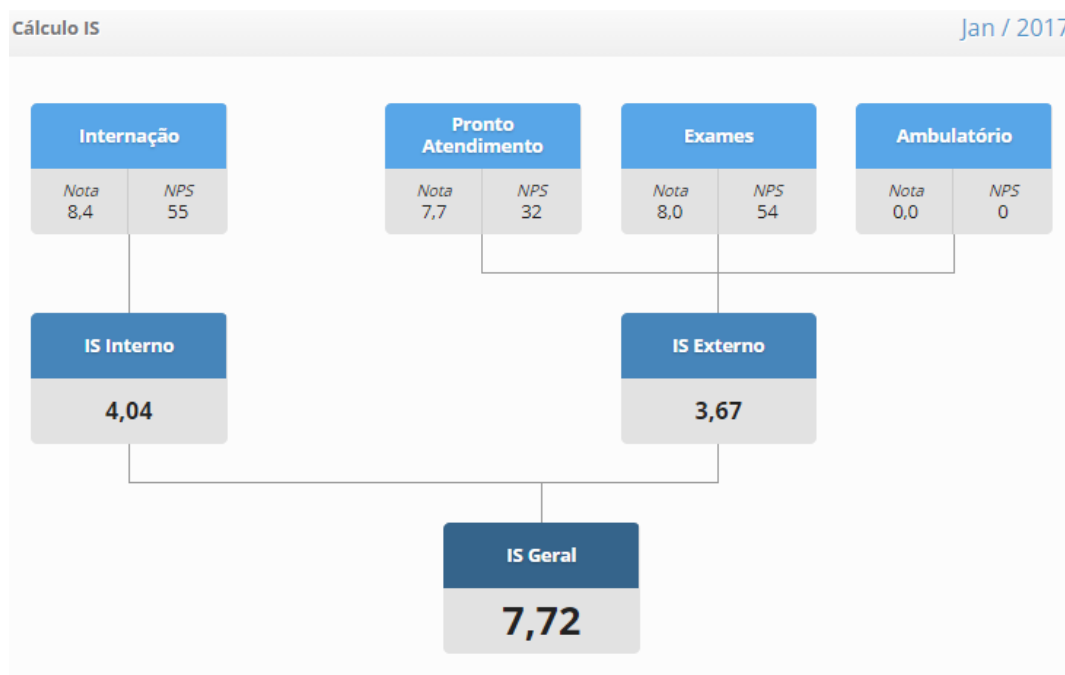
Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atenta depois de ter alta do hospital?	<b>80%</b>
"Concordo totalmente" que sabia do tratamento ao sair do hospital	<b>54%</b>
Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), a decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta	<b>44%</b>
Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde	<b>56%</b>
Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios	<b>61%</b>
Pacientes que deram nota 9 ou 10 ao hospital	<b>65%</b>
Pacientes que recomendariam o hospital "definitivamente sim"	<b>70%</b>
<b>Média para cálculo do IS</b>	<b>70%</b>

**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

A figura 3 apresentada a seguir aborda o índice de satisfação (IS) por áreas e o índice geral. Esse indicador é formado a partir do resultado da nota geral baseada na experiência do cliente em associação com o *Net Promote Score (NPS)*. Na configuração da nota geral o Setor de Internação tem peso 5.0, o Pronto Socorro peso 3.0 e o SADT peso 1.5.

Tal como ilustrado na figura, o melhor resultado é o do Setor de Internação que teve nota do HCAHPS de 8,4 e NPS de 55, correspondendo ao índice de 4,07 no componente interno. O Pronto Atendimento recebeu nota de 7,7 com NPS de 32 e o Setor de Exames nota 8.0 e NPS de 54. A meta corporativa é HCAPS com pontuação acima de 80%, NPS acima de 50 e IS acima de 8,4. É esperado que o NPS do Pronto Socorro seja mais baixo, pois o fluxo de atendimento do hospital é intenso e o nível de exigência dos pacientes elevado. Partimos do NPS de 38, no início do trabalho, e buscávamos a meta acima de 50, isto é, na zona de qualidade (51-75), para assim, na sequência atingirmos a zona de excelência, NPS acima de 76-100.

**Figura 3** – Índice de Satisfação dos pacientes por setor e geral, pesquisa de avaliação da qualidade percebida do paciente, Hospital, janeiro de 2017



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

## 5.2 Planejamento e ação do grupo de trabalho

Os dados da primeira etapa que estavam disponíveis na plataforma foram analisados e complementados pelas informações qualitativas e comentários obtidos via ouvidoria ou e-mail. Esses dados qualitativos (comentários) serviram para que houvesse um melhor entendimento dos indicadores que apontaram problemas a serem corrigidos para melhorar a experiência do paciente com a unidade hospitalar.

Aqui destacamos alguns comentários que auxiliaram na compreensão dos resultados da pesquisa e apoiaram a priorização das ações:

Gostaria de deixar uma observação referente à parte administrativa (recepção) do hospital. Cheguei com meu esposo às 5:30h conforme orientação do meu médico e reforçado na ligação pré-cirúrgica do hospital por telefone para a realização da cirurgia eletiva às 7h, porém ao chegar a recepção não fui atendida prontamente, pois meu atendimento atrasou 40 minutos devido a priorização de atendimento a uma paciente atrasada para um procedimento que chegou aproximadamente 20 minutos após minha entrada no hospital. Os funcionários da recepção a passaram na minha frente inicialmente sem nenhuma justificativa e após meu questionamento informaram que a paciente era prioridade porque estava "atrasada". Com essa falha no atendimento da recepção minha cirurgia atrasou em 1 hora, não deu para identificar os nomes dos funcionários, pois os mesmos

do período noturno do dia 25.02.2017 não utilizavam crachá, até questionei uma funcionária sobre o nome dela, pois todos estavam sem crachá de identificação. Como pode um cliente chegar no horário combinado para realizar cirurgia eletiva às 7h e atrasar 40 min. para ser atendido na recepção, porque outros pacientes se atrasaram e não cumpriram o horário? Qual o critério de atendimento? Referente a equipe médica e equipe de enfermagem somente tenho a agradecer o profissionalismo e dedicação conosco e com nossos familiares. Estes profissionais realmente estão realmente na área certa.

No teste ergométrico deveria ter mais que um médico atendendo, fiquei mais de duas horas esperando para fazer o exame.

De tudo tenho apenas uma reclamação, a qual é grave devido a importância da tecnologia nos dias de hoje. Fui informada que o Hospital todo tem Wi-Fi, porém somente no piso Mezanino do Hospital o Wi-Fi não funciona.

Equipe de atendimento do PA totalmente incompetente em prestar informação ao cliente, passei por um constrangimento pois minha empresa está trocando de convênio da operadora X para operadora Y, cheguei ao PA e fui informado que não poderia ser atendido por que o hospital não atende a modalidade do meu novo plano, sendo que informei que eu ainda era cliente da operadora X.

Os relatos tratam de situações diversas que envolvem a experiência do paciente com os setores hospitalares e abordam, por exemplo: críticas e sugestões aos critérios de classificação de risco e de espera por atendimento; o processo de comunicação e de identificação dos profissionais do hospital; a demora por atendimento especializado; a qualidade da rede *wi-fi* disponibilizada, além de outros assuntos. Os comentários foram considerados na análise e compuseram as informações para a tomada de decisão a respeito das modificações e intervenções a serem adotadas.

Os dados quantitativos extraídos da plataforma, associados aos dados qualitativos extraídos dos comentários e reclamações feitos na ouvidoria ou em resposta ao *e-mail*, foram a base para a identificação dos principais problemas de cada área e orientaram as intervenções propostas pelo grupo de trabalho.

Nesta etapa, após análise do sistema eletrônico de pesquisa do paciente, foram elencados diversos problemas para a busca de melhoria:

**Quadro 6** – Problemas levantados pelos pacientes, por setor, 2018.

<b>Médicos Pronto Socorro Adulto</b>
1 – Avaliação médica inadequada/Falta de Diagnóstico
2 – Demora para o primeiro atendimento médico
3 – Demora na reavaliação médica
4 – Postura
5 – Falta de Esclarecimentos no momento da alta
<b>Enfermagem Pronto Socorro Adulto</b>
1 – Demora na administração da Medicação
2 – Postura
3 – Habilidade na condução do atendimento, falha na comunicação
4 – Falta de esclarecimentos, entre as próximas etapas
<b>SADT- Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – Hospital</b>
1 - Demora para os resultados de exames
2 – Demora na realização de exames
3 – Demora na realização de exames para pacientes internados
4 – Enfermagem – Postura
<b>Nutrição – Hospital</b>
1 - Servido alimento inadequado ao diagnóstico
2 – Demora no atendimento principalmente: Almoço e Café da tarde
3 – Pouca variedade no cardápio
4 – Sabor ruim dos alimentos
5 – Apresentação dos alimentos ruins
6 – Falha na entrega programada das refeições
7 – Falha na assinatura dos protocolos

**Fonte:** Comentários e queixas obtidos por meio do espaço aberto da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente ou por *e-mail*, 2018.

A segunda etapa foi caracterizada por ações da equipe gerencial que utilizou as seguintes estratégias: reuniões de apresentação dos problemas listados; visitas externas a outras instituições com melhor desempenho nos problemas encontrados na unidade hospitalar; participação de convidados especialistas nos temas críticos levantados que atuaram como consultores para a resolução dos problemas listados.

Essas estratégias foram utilizadas como parte do planejamento preliminar à implementação das novas ações, as quais fizeram parte da etapa posterior, a terceira, através da qual houve a determinação de intervenções para melhorar a experiência do paciente na instituição, tanto em processos quanto em pessoas. O quadro 7 contém as ações realizadas para melhoria de processos gerais do hospital a partir dos problemas identificados.

**Quadro 7** – Ações realizadas para melhoria do processo geral do hospital, reuniões do grupo, Hospital, 2018.

O que fazer?	Como fazer:
<b>Avaliação diária dos resultados</b>	Acompanhar diariamente as notas do Pronto Socorro, através da pesquisa eletrônica consolidada no site, compartilhar com toda equipe na “visita de segurança” e atuar para não repetir erros e melhorar a performance.
<b>Divulgação da pesquisa de qualidade percebida</b>	Compartilhar com toda equipe a importância da qualidade percebida, os resultados e os depoimentos de forma coletiva e individualmente, através das “visitas de segurança”, conversas individualizadas, campanhas específicas, <i>folders</i> , dentre outros.
<b>Diminuição do tempo de abertura de ficha</b>	Mudança de estrutura, com instalação de equipamentos periféricos facilitadores, treinamento de pessoas e otimização de processos.
<b>Fortalecimento da cultura de segurança</b>	Visitas de Segurança nos 3 períodos, realizados pela equipe multidisciplinar com foco na percepção do cliente.
<b>Melhorar higiene do Pronto Socorro</b>	Reforçar quantidade e qualidade da limpeza de todo o espaço, principalmente dos banheiros, instituir rondas periódicas e implantação de campanhas locais.
<b>Agilizar processos de internação</b>	Instituído posto local de trabalho entre a equipe médica, enfermagem e administrativa, buscando maior interação entre as equipes e agilidade no processo de internação, como solicitação preenchimento de documentações e solicitação para o convênio.
<b>Melhorar os agendamentos pós consulta</b>	Criação de área para <i>checkout</i> , funcionário volante para agendamentos de consultas e exames, divulgação do centro médico.
<b>Melhorar apoio da equipe de nutrição aos pacientes do P.S.</b>	Busca ativa pela equipe de nutrição de pacientes e acompanhantes aguardando vaga de internação.

Fonte: Dados da planilha de melhoria dos gestores, 2017/2018.

Diversas ações foram tomadas buscando melhorar os resultados, dentre elas: diminuição no tempo de abertura de ficha; mudança na estrutura com instalação de equipamentos periféricos facilitadores e treinamento de pessoas e otimização de processos. No item “Acesso e espera” da pesquisa, foi possível notar um crescimento na nota, de 7,8 em janeiro de 2017 para 8,2 em dezembro de 2018, havendo uma variação positiva em 0,4 pontos após a implementação da melhoria. Quanto ao item “Melhorar a higiene no pronto socorro”, a quantidade e qualidade da limpeza do pronto socorro foram reforçadas, principalmente dos banheiros, foram instituídas rondas periódicas e campanhas locais. A nota geral para o tempo de atendimento à campanha era de 8,1 em janeiro de 2017 e foi para 8,4 em dezembro de 2018.

O quadro 8 contém ações realizadas na gestão de pessoas para melhorar a experiência do paciente:

**Quadro 8** – Ações de gestão de equipes e pessoas para melhoria da experiência do paciente – 2018

O que fazer? (Ação)	Como fazer:
<b>Otimizar escala médica</b>	Mapear períodos de maior demanda e realocar recursos médicos segundo necessidade melhorando a capacidade sem aumentar despesa.
<b>Otimizar escala enfermagem</b>	Mapear períodos de maior demanda e realocar recursos de enfermagem segundo necessidade melhorando a capacidade sem aumentar despesa.
<b>Otimizar escala administrativa</b>	Mapear períodos de maior demanda e realocar recursos da equipe administrativa segundo necessidade melhorando a capacidade sem aumentar despesa.
<b>Melhorar os agendamentos pós consulta</b>	Alocar funcionários para o agendamento pós alta do Pronto Socorro em carrinho volante na saída dos consultórios e na sala do check-out.

**Fonte:** Dados da planilha de melhoria dos gestores, 2017/2018.

Buscando otimizar recursos e melhorar a satisfação do paciente, a escala dos profissionais foi ajustada visando à redução do tempo de espera para atendimento. Sobre as notas dos itens relacionados à essas ações: “Tempo de espera para atendimento médico” em janeiro de 2017 pontuava 7,1 e após ações implementadas 8,0; “Tempo de espera para abertura de ficha” passou da nota 6,9 em janeiro de 2017 para 8,3 em 2018 e “Tempo total de atendimento” em janeiro de 2017 teve nota 6,3, e em dezembro de 2018 a nota foi de 7,5.

O quadro 9 contém ações de melhoria da estrutura identificadas a partir dos apontamentos realizados pelos pacientes:

**Quadro 9** – Melhorias estruturais baseadas na experiência do paciente, 2018.

O que fazer? (Ação)	Como fazer:
<b>Controle da luminosidade na sala de medicação do Pronto Socorro</b>	Instalação de “Dimmer” de controle de luminosidade.
<b>Melhorar a privacidade dos pacientes na sala de medicação e punção do Pronto Socorro</b>	Instalação de divisórias entre as poltronas.
<b>Otimizar a comunicação entre os pacientes e a equipe de enfermagem na sala de medicação</b>	Instalação de botão de chamada de enfermagem em cada poltrona de medicação.
<b>Otimizar processo de medicação</b>	Espaço dedicado para medicação intramuscular.
<b>Melhorar a estrutura do Pronto Socorro da Ginecologia</b>	Reforma e ampliação do consultório do Pronto Socorro de ginecologia, dentro a estrutura do Pronto Socorro Adulto.

**Fonte:** Dados da planilha de melhoria dos gestores, 2017/2018.



As Ações acima buscaram melhorar a percepção do paciente referente à estrutura do hospital. No quesito “Conservação dos móveis e aparelhos do hospital” em dezembro 2018 a nota foi de 8,5, sendo que em janeiro de 2017 foi de 7,9.

Os quadros 10, 11 e 12 apresentam ações direcionadas para setores específicos:

**Quadro 10** – Melhorias propostas para os processos no SADT

<b>O que fazer? (Ação)</b>	<b>Como fazer:</b>
<b>Melhorar a percepção do paciente quanto à informação do resultado de exame laboratorial</b>	Monitorar no sistema eletrônico a liberação dos resultados e imediatamente informar ao paciente que aguarda na sala de espera para ser atendido na reavaliação médica.
<b>Deixar o paciente ciente do tempo médio do resultado laboratorial</b>	Coletadora e equipe de Enfermagem do P.S. deverão informar ao puncionar que o tempo médio para o resultado, com exceções específicas, será de 01h30.
<b>Melhorar postura médica e de esclarecimentos prestados aos pacientes</b>	Compartilhar depoimentos da Pesquisa e registros da Ouvidoria com os médicos responsáveis pelo SADT abordando as práticas ideais para orientação e conceitos de atendimento ao cliente.
<b>Melhorar postura de enfermagem e de esclarecimentos prestados aos pacientes</b>	Compartilhar depoimentos da Pesquisa e registros da Ouvidoria com os enfermeiros do SADT abordando as práticas ideais para orientação e conceitos de atendimento ao cliente.

**Fonte:** Dados da planilha de melhoria dos gestores, 2017/2018.

No SADT, no item “Cordialidade da equipe de coleta” em janeiro de 2017 a nota recebida foi 7,9 evoluindo para 8,1 em dezembro de 2018. Quanto à “Cordialidade da equipe técnica” em janeiro de 2017 a nota era 7,9 e em dezembro de 2018 a pontuação foi de 8,0. Devido ao *turnover* e à atuação da equipe terceira não foi obtido muito êxito na melhoria desse tópico.

**Quadro 11 – Ações realizadas em gestão de pessoas – SADT, 2018**

<b>O que fazer? (Ação)</b>	<b>Como fazer:</b>
<b>Aumentar quadro de técnicos na Radiologia.</b>	Contratação de mais 02 técnicos de Raio-x para suprir as demandas internas e externas acompanhando o atual crescimento do atendimento da Unidade.
<b>Melhorar frequência de limpeza dos banheiros e sala de exames</b>	Deixar fixa uma colaboradora da higienização e em períodos de maior volume de atendimento acionar uma segunda colaboradora. Monitoramento dos cronogramas de higienização das salas.
<b>Demora na realização dos exames eletivos</b>	Revisão das agendas e monitoramento da dinâmica de atendimento.
<b>Monitoramento dos Absenteísmos dos agendamentos eletivos.</b>	Confirmação das agendas eletivas no dia anterior à realização do exame.
<b>Melhoria na comunicação com a equipe técnica do SADT</b>	Divulgação dos apontamentos e desempenho do SADT junto aos colaboradores nas visitas de Segurança com direcionamentos para atendimento com qualidade.
<b>Agilidade no atendimento dos exames de imagem do Pronto Socorro</b>	Alinhamento no cumprimento do fluxo de entrada do paciente, através dos colaboradores focados no monitoramento das filas de atendimento dos exames de imagem do PSA.
<b>Agilidade nos resultados dos exames de imagem do Pronto Socorro</b>	Alinhamento no fluxo de entrega dos resultados de exames, através dos colaboradores da reavaliação focados no monitoramento das liberações dos exames de imagem, comunicando a chefia da administração ou do SADT, caso algum resultado esteja passando o SLA contratado para laudos.
<b>Agilidade nos resultados dos exames laboratoriais do Pronto Socorro</b>	Alinhamento na dinâmica com colaboradores da reavaliação focados no monitoramento das liberações dos exames laboratoriais, comunicando o paciente quando liberado laboratório.

**Fonte:** Dados da planilha de melhoria dos gestores, 2017/2018.

Para “Tempo de espera para coleta de exame de laboratório (caso utilizado)”, a pontuação em janeiro de 2017 foi 7,1, evoluindo para 7,8; já o “Tempo de espera do resultado do exame de laboratório” obteve nota 6,4 em janeiro de 2017 e 7,0 em dezembro de 2018.

**Quadro 12 – Ações realizadas referentes à nutrição dos pacientes, 2018.**

<b>O que fazer? (Ação)</b>	<b>Como fazer:</b>
<b>Melhorar fluxo de comunicação ao paciente quanto a seus hábitos e preferências alimentares</b>	Elaborar documento a ser entregue aos pacientes internados. constando: Alergias / Aversões / Dieta / Diabetes / Hipertensão. Os documentos deverão ser entregues na Nutrição pelo mensageiro que conduzir o paciente para as alas de internação.
<b>Diminuir percepção dos pacientes quanto aos atrasos nas refeições</b>	Disponibilizar nos postos de enfermagem P.S e Internação, documento informando horários de corte do preparo das refeições, dessa forma, paciente será conscientizado pela Enfermagem/Médico quanto aos horários reais para a próxima refeição evitando também desperdícios.
<b>Melhorar conscientização do cardápio oferecido</b>	Alinhar conduta dietoterápica com as nutricionistas e reforçar as opções ao paciente nas visitas.
<b>Melhorar a montagem das bandejas evitando falhas percebidas pelos pacientes</b>	Treinamento contínuo com a equipe de produção de montagem e apresentação das bandejas.
<b>Evitar espera longa e ansiedade para pedidos extras</b>	Disponibilizar retorno do ramal da nutrição, nos quartos de internação.
<b>Melhorar qualidade do lanche servido no SADT pós exame (voucher)</b>	Alterar o atual “bolacha e suco” para “pão de queijo ou pão na chapa e bebida quente”. Será servido na lanchonete localizada no térreo.
<b>Acolher o acompanhante de pacientes de longa permanência.</b>	Servir refeições para os acompanhantes de longa permanência > 10 dias.
<b>Melhorar sabor e qualidade de apresentação dos alimentos</b>	Mudança da escala de cozinheiros com o objetivo de valorizar talentos.
<b>Adequação de fator RH</b>	Preenchimento das vagas abertas conforme solicitação.
<b>Atenção voltada ao cliente/paciente</b>	Comunicação efetiva enfermagem e Nutrição; Apontamentos nas visitas diárias dos andares e na Nutrição, acompanhamento e liberação das grandes refeições com dupla checagem com mais profissionais.

**Fonte:** Dados da planilha de melhoria dos gestores, 2017/2018.

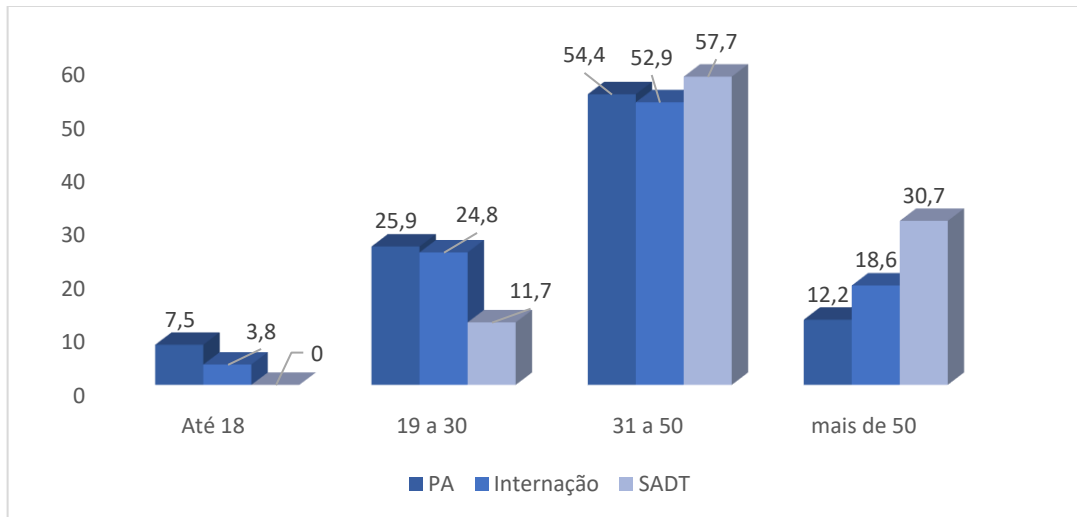
A “Avaliação geral da alimentação oferecida” recebeu nota 7,6 em janeiro de 2017 e 7,8 em dezembro de 2018.

### **5.3 Dados levantados em dezembro de 2018**

Após as análises e ações realizadas, em dezembro de 2018, foram levantados novamente os mesmos dados dos setores de Pronto Atendimento, Internação e SADT, com relação ao perfil dos pacientes que responderam ao *e-mail* contendo a

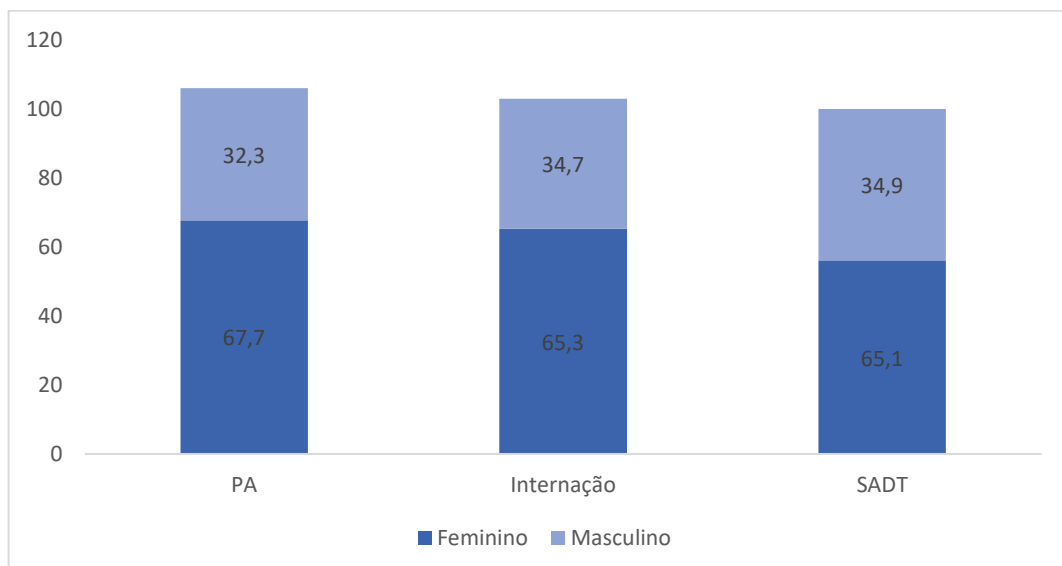
pesquisa ou que entraram em contato via ouvidoria, a faixa etária predominante, tal como em 2017, foi entre 31 e 50 anos. O que diferiu foi um aumento de pessoas entre 19 e 30 anos, principalmente na internação, que teve um acréscimo de 13,3%.

**Gráfico 5** – Faixa etária dos respondentes atendidos por setor, pesquisa da qualidade percebida pelo paciente, Hospital, dezembro de 2018



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

**Gráfico 6** – Sexo dos respondentes atendidos por setor, pesquisa da qualidade percebida pelo paciente, Hospital, dezembro de 2018



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

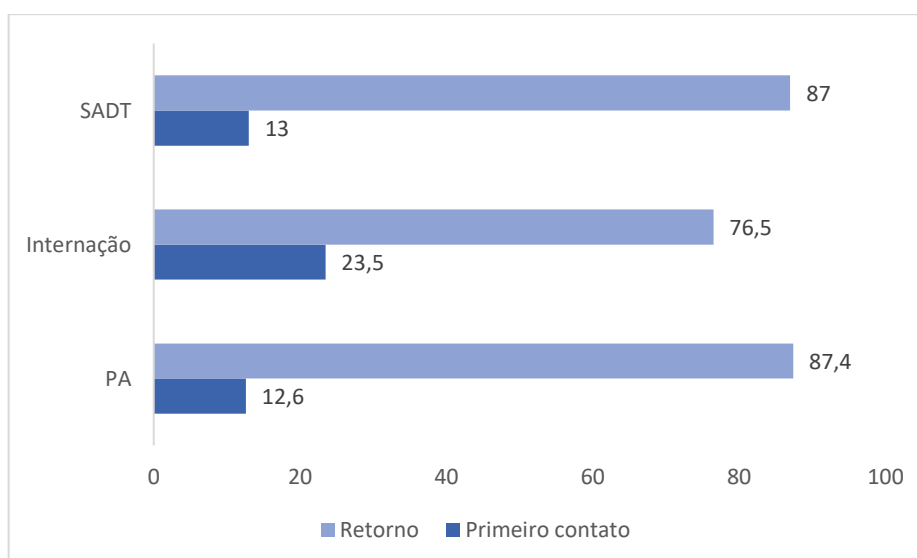
O Gráfico 6 evidencia que em todos os setores houve um aumento no número de pacientes mulheres (65,1% no SADT e 67,7% no PA). Em 2017, o SADT teve maior participação de homens.

O número de primeiros contatos em relação aos retornos teve queda nos três setores onde a pesquisa foi realizada (gráfico 7). O SADT diminuiu de 14,6% para 13%, o PA de 15,6% para 12,6% e a Internação de 31% para 23,5%, sendo essa a única mudança substancial neste último setor. Os dados em questão despertam a atenção para o fato de não haver aumento do número de pacientes novos, o que poderá comprometer futuramente o desempenho do hospital. Vale ressaltar que neste período, duas operadoras foram descredenciadas e saíram do hospital por possuírem hospitais próprios.

Com relação ao ano de 2017, houve uma mudança na ordem dos motivos que levaram à escolha da unidade hospitalar para atendimento, anteriormente a prioridade pela procura era a localização, depois o convênio e, por último, a qualidade. Em 2018, a localização continuou sendo o principal motivo pela procura, mas agora seguido por qualidade e a procura porque o convênio atende na unidade hospitalar passou a ser o último motivo.

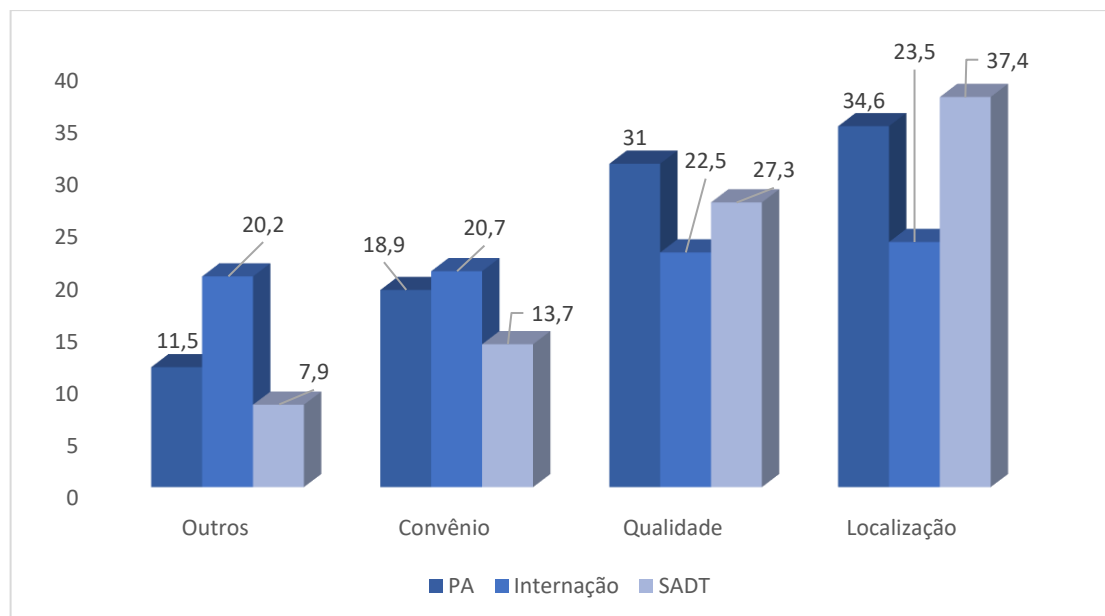
Importante mencionar ainda que em 2018 ocorreu agregação de equipes de referência no hospital como, por exemplo, uma nova equipe de clínica médica, neurocirurgia, cirurgia geral e subespecialidade na ortopedia

**Gráfico 7** – Tipo de atendimento dos respondentes por setor, pesquisa de qualidade percebida, Hospital, dezembro de 2018.



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

**Gráfico 8** – Motivo da escolha da unidade hospitalar por setor, pesquisa de qualidade percebida, Hospital, dezembro de 2018.



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

Em relação à avaliação da percepção do paciente sobre o atendimento ou sobre sua experiência, considerando as variáveis referentes à comunicação com equipe de enfermagem e com o corpo médico, ambiência e informação para a alta, a metodologia de coleta e análise dos dados pela plataforma foi a mesma e neste momento serão destacados os pontos que pioraram em relação a 2017.

**Quadro 13** – Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: dimensões da experiência do paciente, Hospital, janeiro 2017

Domínios	%
Comunicação da enfermagem foi "sempre" boa	84%
Comunicação do corpo médico foi "sempre" boa	86%
Tempo de resposta foi "sempre" bom	77%
A dor foi "sempre" controlada	63%
Orientação antes de medicação foi "sempre" feita	65%
Informações sobre pós-alta foram recebidas (% de Sim)	68%
"Concordo totalmente" que sabia do tratamento ao sair do hospital	63%

**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

Em comparação direta de percentuais, no aspecto comunicação com o paciente, foi registrada a piora da atuação da Enfermagem nas explicações dadas aos

pacientes (de 84% para 83%). Outro ponto que chamou a atenção foi a avaliação sobre a adequação do tempo de resposta às demandas do paciente de apoio para a locomoção até o banheiro ou auxílio no uso de comadres, com queda de 14 pontos percentuais

Mais um ponto crítico na experiência do paciente que teve queda na percepção foi a abordagem da dor, tanto o controle quanto a análise da intensidade e seu tratamento propriamente dito. Foi implantado no ano de 2017 o protocolo da dor em todo o hospital, porém houve grande dificuldade de execução no pronto socorro, devido à grande demanda de pacientes e ao alto número de profissionais com *turnover* intenso, característico para o setor.

Os aspectos referentes à ambiência, no quesito limpeza e silêncio próximo ao quarto, também tiveram quedas percentuais. Durante o período de estudo houve troca da equipe de limpeza terceirizada e notou-se o impacto negativo na entrada da nova empresa, apesar dos treinamentos serem realizados. Já no que diz respeito ao silêncio foi implementada uma campanha com ações diversas, porém a percepção do paciente não mudou.

Também nos itens referentes à informação para a alta, os resultados de 2018 foram piores que os de 2017.

Apesar das diferenças apresentadas, no resultado final o número de pacientes que atribui nota 9 ou 10 à unidade hospitalar subiu de 65% para 76%. E o percentual de pessoas que recomendariam o hospital subiu de 70% para 74%. No resultado geral, o resultado do Índice de Satisfação de 2018 foi 71% e o de 2017 foi de 70%.

**Quadro 14** – Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: satisfação do paciente, Hospital, dezembro 2018

<b>Indicadores da satisfação do paciente</b>	<b>%</b>
Pacientes que deram nota 9 ou 10 ao hospital	<b>76%</b>
Pacientes que recomendariam o hospital "definitivamente sim"	<b>74%</b>
<b>Média para cálculo do Índice de Satisfação (IS)</b>	<b>71%</b>

**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

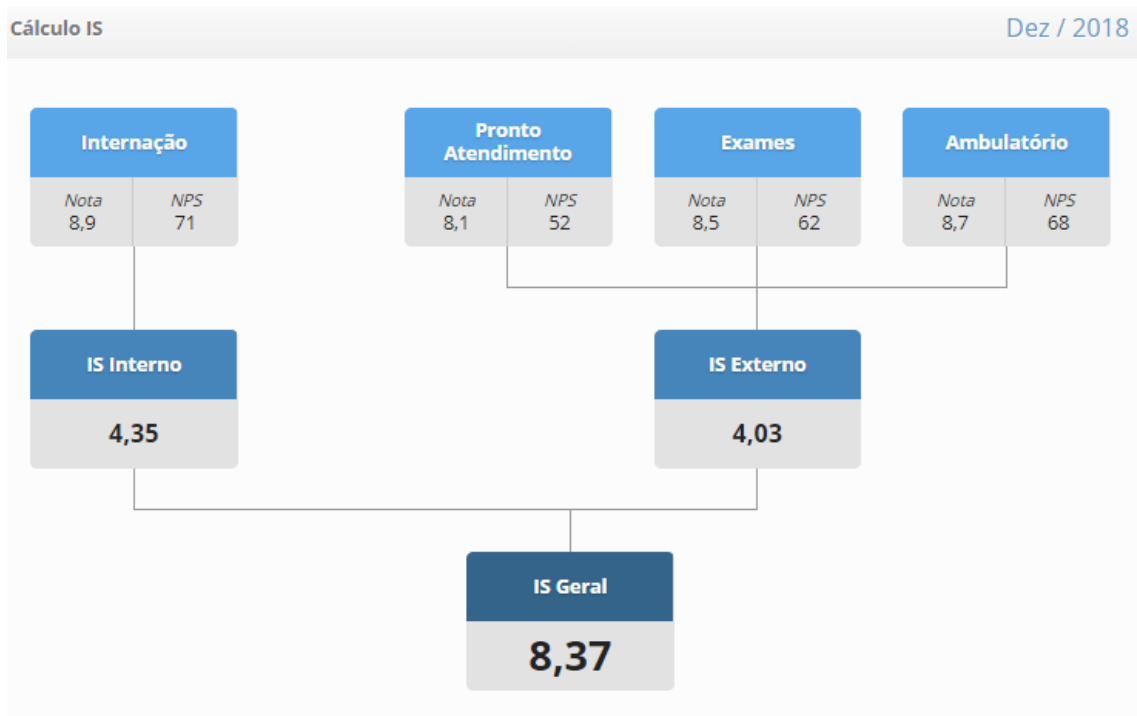
**Quadro 15** – Resultados da pesquisa de avaliação da qualidade percebida pelo paciente: indicador da experiência do paciente, Hospital, dezembro 2018

<b>Indicador da Experiência do Paciente</b>	
Comunicação da enfermagem foi "sempre" boa	<b>84%</b>
Com que frequência o pessoal de enfermagem o(a) tratou com cortesia e respeito?	<b>87%</b>
Com que frequência o pessoal de enfermagem o(a) escutou atentamente?	<b>81%</b>
Com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de forma que conseguisse entender?	<b>83%</b>
Comunicação do corpo médico foi "sempre" boa	<b>86%</b>
Com que frequência os médicos o(a) trataram com cortesia e respeito?	<b>89%</b>
Com que frequência os médicos o(a) escutaram atentamente?	<b>87%</b>
Com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?	<b>82%</b>
Tempo de resposta foi "sempre" bom	<b>77%</b>
Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?	<b>81%</b>
Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?	<b>63%</b>
A dor foi "sempre" controlada	<b>63%</b>
Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre a intensidade das dores que sentia?	<b>62%</b>
Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre como seriam tratadas as suas dores?	<b>64%</b>
Orientação antes de medicação foi "sempre" feita	<b>65%</b>
Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?	<b>76%</b>
Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?	<b>55%</b>
Quarto e sanitários estiveram "sempre" limpos	<b>64%</b>
Área próxima ao quarto esteve "sempre" silenciosa	<b>57%</b>
Informações sobre pós-alta foram recebidas (% de Sim)	<b>68%</b>
Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?	<b>64%</b>
Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atenta depois de ter alta do hospital?	<b>73%</b>
"Concordo totalmente" que sabia do tratamento ao sair do hospital	<b>63%</b>
Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), a decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta	<b>57%</b>
Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde	<b>66%</b>
Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios	<b>66%</b>
Pacientes que deram nota 9 ou 10 ao hospital	<b>76%</b>
Pacientes que recomendariam o hospital "definitivamente sim"	<b>74%</b>
<b>Média para cálculo do IS</b>	<b>71%</b>

**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.



**Figura 4** – Índice de Satisfação por áreas e geral, dezembro de 2018

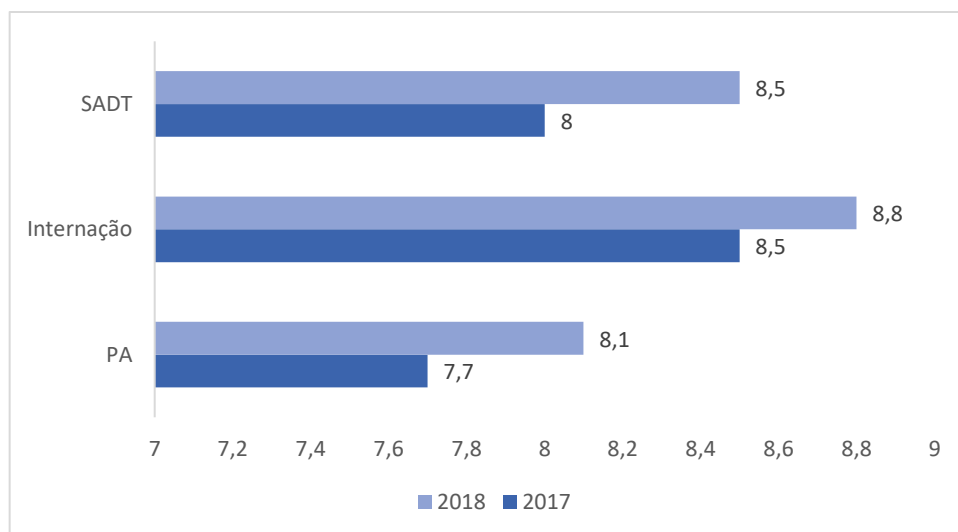


**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

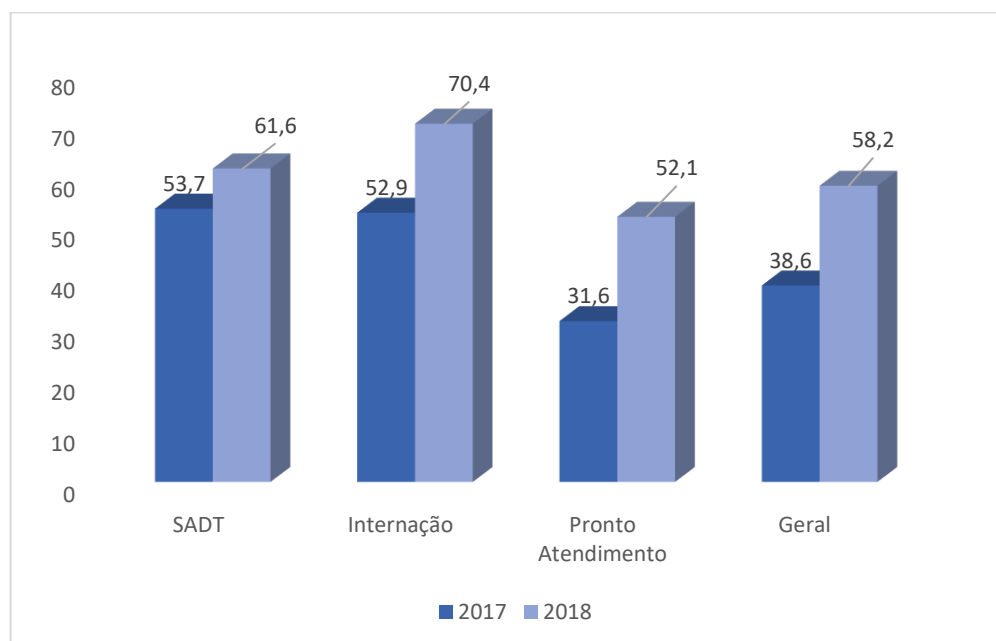
A partir da figura 4 é possível notar que o índice de satisfação geral subiu para 8,37 e que, inclusive, houve uma melhora nas notas individuais e no NPS dos três setores, resultado esse que se situa dentro da zona de qualidade.

Os gráficos 9 e 10 contêm a variação entre 2017 e 2018

**Gráfico 9** – Variação Nota geral por setores, janeiro de 2017 e dezembro de 2018



**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

**Gráfico 10** – Variação do NPS por setores, janeiro de 2017 e dezembro de 2020

**Fonte:** Plataforma Resultados da avaliação da qualidade percebida pelo paciente.

Em janeiro de 2017 o objetivo era alcançar a meta NPS de 50, estipulada pela presidência e, conforme explicado anteriormente, é mais difícil atingir esse número no Pronto Socorro. É necessário destacar que foi possível realizar todas as ações citadas, porém essas focaram na satisfação do cliente e não nos itens relacionados à experiência do paciente do questionário HCAHPS.

## 6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu a realização das propostas de ações de melhoria em torno dos problemas levantados, porém não ocorreram modificações significativas nas notas do HCAHPS, apenas do NPS. Com esse processo, foi possível aumentar a satisfação do paciente, sem melhorar a experiência – isso significa, em outras palavras, que existe a possibilidade do paciente se sentir satisfeito sem que a experiência seja melhor. Pode-se dizer ainda que a satisfação dos usuários é uma meta a ser alcançada pelos serviços e, desse modo, deve ser pesquisada visando ao aperfeiçoamento do atendimento, mas isso não significa que necessariamente será possível conseguir melhorar a experiência.

Os serviços de saúde, em sua busca por melhoria no atendimento ao paciente, utilizam com maior frequência os instrumentos de satisfação do paciente para monitorar seu progresso. Isso ocorre porque essas ferramentas se inspiraram em outras semelhantes, as quais são provenientes de diversos tipos de serviços e, por serem mais antigas e de certa forma mais fáceis de aplicar, são rapidamente adaptadas às diferentes realidades. A introdução do NPS na saúde simplificou a comparação de um mesmo serviço ao longo do tempo e também a comparação de diferentes serviços.

Os dados e as informações provenientes dos referidos instrumentos dependem, obviamente, dos itens que esses incluem, de modo geral, os conteúdos mais recorrentes relacionam-se ao atendimento médico, da enfermagem, da equipe de alimentação e de higiene, etc. Assim sendo, as perguntas referem-se à satisfação com os itens enumerados nos questionários e os espaços em branco fornecem subsídios interessantes sobre outros aspectos a serem explorados.

Os questionários de experiência do paciente utilizados pelo Hospital do presente estudo, tais como o proposto pelo HCAHPS, focam efetivamente no que o paciente vivenciou ao longo de sua jornada de cuidado na organização. Os itens abordados e a maneira como as perguntas ou afirmações são apresentadas permitem avaliar de forma mais objetiva o que de fato ocorreu durante a prestação dos cuidados de saúde, ou seja, a vivência do paciente. Já as dimensões abordadas são diferentes, dizem respeito às especificidades do cuidado em si.

Apesar do grande esforço desenvolvido pela organização ao longo destes anos, o grupo de líderes priorizou ações relacionadas à satisfação do cliente por

diferentes motivos, destaca-se ainda que essa prática está arraigada nas organizações sobretudo porque gera ações pontuais e mais rápidas, produzindo uma sensação de concretude das intervenções realizadas. Os achados relacionados à experiência do paciente trazem, de modo geral, questionamentos mais profundos quanto à operação e ao cuidado e sua qualidade. Melhorar a experiência do paciente requer algumas diretrizes, dentre elas: rever todas as práticas de informação e orientação ao paciente e seu familiar e, inclusive, as de comunicação efetiva intra e inter equipe, sem contar obviamente paciente e familiares; incrementar o trabalho em equipe; agilizar as respostas às solicitações dos pacientes e familiares; dispor de estratégias organizacionais para a gestão da dor enquanto quinto sinal vital, etc. Esses aspectos representam, há décadas, grandes desafios para o cuidado com qualidade e apesar de todas as estratégias e ações serem introduzidas pelos movimentos da qualidade em saúde, com reforço do movimento pela segurança do paciente, tais desafios persistem.

Ainda que muitos itens tenham sido bem solucionados, todos os apontados requerem gestão constante, havendo naturalmente oscilação nos graus de satisfação e na percepção sobre o desempenho de cada um deles. Assim sendo, para melhorar a experiência do paciente será preciso traçar planos para cada uma das dimensões apresentadas, tendo ações concretas e sistêmicas que permitam alcançar patamares superiores de qualidade.

A oscilação das notas e apontamentos tornam o desafio de manter a liderança motivada para a introdução de melhorias ainda maior. O dinamismo da vida organizacional, com *turnover* de pessoal e de equipes de terceiros, entre outros aspectos, dificulta a manutenção de algumas melhorias ao mesmo tempo facilita a introdução de algumas mudanças. De modo geral, as melhorias foram introduzidas de forma ágil, sobretudo as que não necessitavam de investimento financeiro, porém a adesão dos colaboradores às essas melhorias de processos nem sempre foi a esperada, tendo sido muitas vezes enfatizado o aumento da carga de trabalho.

Por outro lado, é possível que – com o elevado número de usuários frequentes do hospital que têm a possibilidade de comparação com outros serviços – as ações tomadas talvez tenham deixado de “encantar” o paciente e seu acompanhante. Será necessário, desse modo, pensar novas maneiras para tornar a experiência do paciente mais positiva, incluindo as denominadas “amenidades do cuidado”, valorizadas até mesmo por Donabedian (1990).

A aplicação da pesquisa e a discussão dos achados com o grupo de liderança representaram excelentes oportunidades de sistematização da avaliação da perspectiva dos pacientes, bem como de planejamento e acompanhamento de ações de melhoria. A avaliação realizada em equipe, de forma participativa, mostrou-se enriquecedora e demonstrou que conciliar a pressão por resultados superiores e avançar na implementação de ações de melhoria efetivas de forma colegiada contribuiu para trazer ganhos na cooperação e sinergia. Desse modo, o presente trabalho poderá contribuir para aprofundar a discussão do grupo de gestores, trazendo à tona aspectos menos perceptíveis na avaliação periódica, como a constatação da não abordagem de tópicos que podem melhorar a experiência do paciente. Obviamente que estes achados poderão igualmente contribuir para aprimorar o uso que a rede em questão faz destes questionários.

Em relação aos estudos futuros, é muito importante estimular pesquisas sobre a experiência do paciente, a começar pelas organizações que hoje já trabalham com o tema. Novos questionários de avaliação da experiência devem ser desenvolvidos para atender a realidade brasileira, permitindo assim transformar a experiência do paciente em um indicador da qualidade.

## 7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O questionário focado na experiência do paciente utilizado, apesar de ser completo, validado e muito utilizado nos Estados Unidos, mostrou-se confuso para alguns pacientes que relataram dificuldade em respondê-lo. As considerações sobre esse assunto abordavam o excesso de perguntas e a redação das questões do mesmo tema, porém de forma diferente.

Alguns pacientes não possuíam *e-mail*, principalmente os idosos e solicitava-se que o cadastro fosse preenchido com o e-mail de algum familiar, dificultando a resposta vinda do próprio paciente.

As perguntas tinham como resposta, no questionário, as notas 1, 2, 3, 4 e 5, dificultando o entendimento para os pacientes, que queriam dar uma nota maior e não entendiam porque o limite estipulado era o número 5, sendo que algumas outras perguntas admitiam respostas até a nota 10, causando ainda mais confusão. No decorrer do ano de 2019, já fora do período da pesquisa, o questionário evoluiu para os números e ao lado a figura de um rosto ilustrando o grau de satisfação e também uma evolução por cores (vermelho - insatisfeito, amarelo - neutro e verde - satisfeito).

A coleta das informações através dos canais de *e-mail* e da ouvidoria são vistos como limitantes, sobretudo pela vivência em uma sociedade cada vez mais conectada em redes sociais. Nesse sentido, acredita-se que a rede social das pessoas poderia ter sido utilizada como método de coleta de dados, aumentando o percentual de respostas aos questionários.

Outro ponto a se destacar é a necessidade de melhorias na plataforma gerenciadora dos dados, para que ela seja mais intuitiva e permita a análise de dados na série temporal que for escolhida e não com segmentação pré-determinada. É importante ainda que a própria plataforma permita o cruzamento de dados sem que esses precisem ser extraídos e incluídos em outros *softwares* para esse tipo de análise.

O presente estudo limitou-se a analisar um único hospital de uma grande rede de hospitais privados e, dessa forma, não se pode afirmar que o resultado será o mesmo quando aplicado em outros hospitais da mesma rede, mesmo com padrões de qualidade semelhantes.

Outro ponto importante é o fato de não ter sido realizada análise estatística para verificar se houve diferença significativa entre os resultados obtidos nos dois

momentos de aplicação do questionário. Uma análise nesse sentido teria permitido identificar os pontos que tiveram variação efetiva entre os dois momentos, tanto em relação à melhoria quanto à degradação da qualidade do cuidado prestado.

Por fim, como na pesquisa-ação o pesquisador é parte da pesquisa, o trabalho é obviamente pautado por sua visão, mesmo assegurando-se que a análise do grupo de gestores seja respeitada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHRQ. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. U.S. Department of Health & Human Services. **What Is Patient Experience?** 2017. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>. Acesso em: 25 abr. 2020.

BEATTIE, M. et al. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. **Systematic reviews**, 4, 97, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BERWICK, D. M. What “Patient-Centered” Should Mean: Confessions of An Extremist. **Health Affairs**, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 555–565, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19454528>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T.W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**. 2008;3:759–769J. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Acesso em: 5 abr. 2020.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O mundo da saúde**, São Paulo. 2011;35(5):319-31. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao\\_qualidade\\_saude\\_melhorando\\_assistencia\\_cliente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf). Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.390**, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 10 fev. 2020.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 14 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Portaria nº 389**, de 23 de março de 2017. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu. Brasília: Ministério da Educação, 2017. Disponível em: [http://www.capes.gov.br/tutorial-sucupira/documentos/Portaria389-2017\\_doutoradoprofissional.pdf](http://www.capes.gov.br/tutorial-sucupira/documentos/Portaria389-2017_doutoradoprofissional.pdf). Acesso em: 30 abr. 2020.

CASTELLANOS, P. L. **Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: EAESP/FGV, 2002. 128 p. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4724/1200200894.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CORTES, S. V. O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação. In: MADEIRA, L.M. (org.). **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**. 1978;200(4344):856-864. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/417400/>. Acesso em: 4 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). **Health Administration Press, Ann Arbor**, 1980. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356?dopt=Abstract>. Acesso em: 5 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. 1990; 114:1115-118. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>. Acesso em: 22 jan. 2020.

GURGEL, G. D; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e saúde coletiva**, v.7, n.2, p.325-334, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000200012&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000200012&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 20 fev. 2020.

IBSP. INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Experiência do paciente: o que os pacientes esperam do hospital?** São Paulo: IBSP, 2019. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/experiencia-do-paciente-o-que-os-pacientes-esperam-do-hospital/>, Acesso em: 20 fev. 2020.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: Building a Safer Health Care System**. Washington, DC: National Academy Press, 1999. Disponível em: [https://www.simlaweb.it/wp-content/uploads/2019/07/to\\_err\\_is\\_human.pdf](https://www.simlaweb.it/wp-content/uploads/2019/07/to_err_is_human.pdf). Acesso em: 4 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. 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 (US), 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274>. Acesso em: 30 jan. 2020.

LAVELA, S.; GALLAN, A. S. Evaluation and measurement of patient experience. **Patient Experience Journal**. 2014; 1(1):5.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/qualidade-gestao-local.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MINAYO, M.C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, P. E. P., et al. A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. 1-14, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37309>. Acesso em: 12 abr. 2020.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 30 abr. 2020.

REICHHELD, F. F. The one number you need to grow. **Harvard Business Review**, 81(12), 46-55, 2003. Disponível em <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow><https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RODRIGUES, K. C. A era da experiência dos pacientes. **GV EXECUTIVO**, v. 18, n. 1 jan./fev. 2019. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/78186/74899>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SAUT, A. M.; BERSANETI, F. T. B.; MORENO, M. C. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 29, Issue 5, October 2017, p. 713-721. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx094>. Acesso em: 5 abr. 2020.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 10. p. 4229-4234, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4229.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Cuidado com o Paciente. **GV Executivo**, v16, n4, p.18, 2017. Disponível em: [https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/cuidado\\_com\\_o\\_paciente.pdf](https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/cuidado_com_o_paciente.pdf). Acesso em: 25 abr. 2020.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 abr. 2020.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-455, June 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 abr. 2020.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAWIL, S.; IKDANDAR, K.; SALAMESH, P. Pain management in hospitals: patients' satisfaction and related barriers. **Pharmacy practice**, 16(3), 1268. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2018.03.1268>. Acesso em: 12 abr. 2020.

THIOLLENT. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

TOTHY, A.; SASTRY, S. K.; LIMPER, H. M.; SUETT, P.; SPRINGMAN, M. K. The Evolution and integration of patient-centric mapping tool (patient journey value mapping) in continuous quality improvement. **Patient Experience Journal**. 2017; 4(1):16.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, Dec. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022005000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000300009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 fev. 2020.

UCHIMURA, K. Y., BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2002;18(6):1561-9. DOI:10.1590/S0102-311X2002000600009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600009&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 jan. 2020.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(12):2891-2900. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200018&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 fev. 2020.

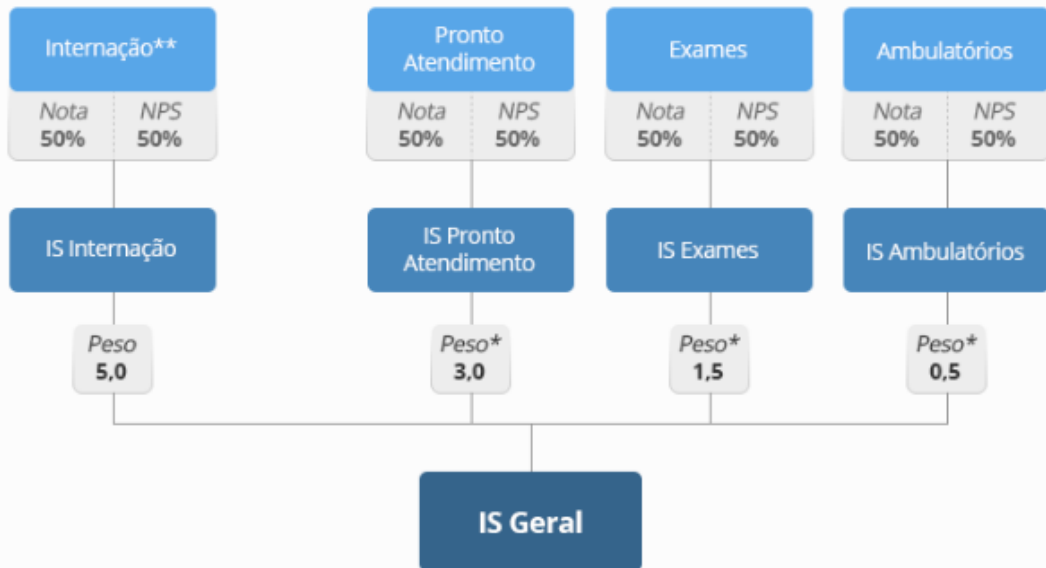
WILLIAMS, B.; COYLE, J.; HEALY, D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. **Soc Sci Med**. 1998; 47:1351–1359. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=doi:+10.1016/S0277-9536\(98\)00213-5.&hl=pt-BR&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.br/scholar?q=doi:+10.1016/S0277-9536(98)00213-5.&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart). Acesso em: 15 fev. 2020.

WOLF, J. A. et al. Operationalizing and defining the patient experience. *Patient Experience Journal*. 2014;1(1):7-19. Disponível em: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=journal>. Acesso em: 05 abr. 2020.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – MEMORIAL DE CÁLCULO DO IS GERAL

O cálculo de **IS Geral** é realizado conforme demonstrado abaixo:



**Fonte:** Plataforma online contratada pela unidade hospitalar, 2020.

## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO HACHPS

### Estudo HCAHPS (Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde)

#### INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Só deve preencher este estudo se for o paciente, durante a hospitalização, indicado na carta de apresentação. Não preencha este estudo se não for o paciente.
- ◆ Responda a todas as perguntas marcando o quadrado à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir, como por exemplo:
  - Sim
  - Não → *Se responder Não, vá para a Pergunta 1*

**Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.**  
*Nota: As perguntas 1 a 25 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981 (Vence 30 de novembro de 2021)*

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

#### OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Algumas vezes
- <sup>3</sup>  Habitualmente
- <sup>4</sup>  Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Algumas vezes
- <sup>3</sup>  Habitualmente
- <sup>4</sup>  Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguiu entender?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Algumas vezes
- <sup>3</sup>  Habitualmente
- <sup>4</sup>  Sempre

1. Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Algumas vezes  
<sup>3</sup>  Habitualmente  
<sup>4</sup>  Sempre  
<sup>9</sup>  Nunca pressionei o botão de chamada

### OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

---

2. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Algumas vezes  
<sup>3</sup>  Habitualmente  
<sup>4</sup>  Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Algumas vezes  
<sup>3</sup>  Habitualmente  
<sup>4</sup>  Sempre

4. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Algumas vezes  
<sup>3</sup>  Habitualmente  
<sup>4</sup>  Sempre

### AMBIENTE HOSPITALAR

---

5. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Algumas vezes  
<sup>3</sup>  Habitualmente  
<sup>4</sup>  Sempre

6. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Algumas vezes  
<sup>3</sup>  Habitualmente  
<sup>4</sup>  Sempre

### A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL

---

7. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

- <sup>1</sup>  Sim  
<sup>2</sup>  Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 12

8. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Algumas vezes  
<sup>3</sup>  Habitualmente  
<sup>4</sup>  Sempre

1. Durante esta hospitalização, sentiu dores?
- <sup>1</sup>  Sim
- <sup>2</sup>  Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 15
2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre a intensidade das dores que sentia?
- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Algumas vezes
- <sup>3</sup>  Habitualmente
- <sup>4</sup>  Sempre
3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre como seriam tratadas as suas dores?
- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Algumas vezes
- <sup>3</sup>  Habitualmente
- <sup>4</sup>  Sempre
4. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?
- <sup>1</sup>  Sim
- <sup>2</sup>  Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 18
5. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?
- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Algumas vezes
- <sup>3</sup>  Habitualmente
- <sup>4</sup>  Sempre
6. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?
- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Algumas vezes
- <sup>3</sup>  Habitualmente
- <sup>4</sup>  Sempre
- QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL**
7. Depois de ter tido alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?
- <sup>1</sup>  Própria casa
- <sup>2</sup>  Casa de outra pessoa
- <sup>3</sup>  Outra instituição de cuidados de saúde → Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 21
8. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?
- <sup>1</sup>  Sim
- <sup>2</sup>  Não
9. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?
- <sup>1</sup>  Sim
- <sup>2</sup>  Não



### CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

1. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

- <sup>0</sup>  0 O pior hospital possível  
<sup>1</sup>  1  
<sup>2</sup>  2  
<sup>3</sup>  3  
<sup>4</sup>  4  
<sup>5</sup>  5  
<sup>6</sup>  6  
<sup>7</sup>  7  
<sup>8</sup>  8  
<sup>9</sup>  9  
<sup>10</sup>  10 O melhor hospital possível

2. Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?

- <sup>1</sup>  Definitivamente não  
<sup>2</sup>  Provavelmente não  
<sup>3</sup>  Provavelmente sim  
<sup>4</sup>  Definitivamente sim

### ENTENDIMENTO DOS CUIDADOS PRESTADOS QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL

3. Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), na decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta.

- <sup>1</sup>  Discordo totalmente  
<sup>2</sup>  Discordo  
<sup>3</sup>  Concordo  
<sup>4</sup>  Concordo totalmente

4. Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde.

- <sup>1</sup>  Discordo totalmente  
<sup>2</sup>  Discordo  
<sup>3</sup>  Concordo  
<sup>4</sup>  Concordo totalmente

5. Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios.

- <sup>1</sup>  Discordo totalmente  
<sup>2</sup>  Discordo  
<sup>3</sup>  Concordo  
<sup>4</sup>  Concordo totalmente  
<sup>5</sup>  Não me foi dado qualquer remédio, quando tive alta do hospital

## A SEU RESPEITO

Faltam apenas algumas perguntas.

1. **Durante esta hospitalização, foi admitido neste hospital através da Urgência (Emergência)?**
  - Sim
  - Não
  
2. **Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?**
  - Excelente
  - Muito boa
  - Boa
  - Razoável
  - Fraca
  
3. **Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?**
  - Excelente
  - Muito boa
  - Boa
  - Razoável
  - Fraca
  
4. **Qual é o seu nível escolar?**
  - 8 anos de escolaridade ou menos
  - Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
  - Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)
  - Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
  - Curso universitário de 4 anos
  - Curso universitário com duração superior a 4 anos
  
5. **É de origem ou descendência espanhola, hispânica ou latina?**
  - Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina
  - Sim, de origem porto-riquenha
  - Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana
  - Sim, de origem cubana
  - Sim, outra origem espanhola/hispânica/latina
  
6. **Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.**
  - Branca
  - Negra ou afro-americana
  - Asiática
  - Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
  - Índia americana ou nativa do Alasca
  
7. **Qual é a língua mais falada em casa?**
  - Inglês
  - Espanhol
  - Chinês
  - Russo
  - Vietnamita
  - Português
  - Outra língua (escreva em letra maiúscula): \_\_\_\_\_