



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Bianca Gonçalves de Almeida Pereira

**Estratégias de gestão e competências profissionais para a melhoria da experiência do  
paciente em sua jornada hospitalar: percepção de gestores brasileiros**

Brasília – DF

2024

Bianca Gonçalves de Almeida Pereira

**Estratégias de gestão e competências profissionais para a melhoria da experiência do paciente em sua jornada hospitalar: percepção de gestores brasileiros**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília.

**Área de Concentração:** Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e em Enfermagem

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Brasília – DF

2024

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ge Gonçalves de Almeida Pereira, Bianca  
Estratégias de gestão e competências profissionais para a  
melhoria da experiência do paciente em sua jornada  
hospitalar: percepção de gestores brasileiros / Bianca  
Gonçalves de Almeida Pereira; orientador Thatianny Tanferri  
de Brito Paranaguá. -- Brasília, 2024.  
169 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Universidade de  
Brasília, 2024.

1. Segurança do Paciente. 2. Participação do Paciente. 3.  
Cuidado Centrado no Paciente. 4. Gestão em Saúde. I.  
Tanferri de Brito Paranaguá, Thatianny, orient. II. Título.

Bianca Gonçalves de Almeida Pereira

**Estratégias de gestão e competências profissionais para a melhoria da experiência do paciente em sua jornada hospitalar: percepção de gestores brasileiros**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá  
Universidade de Brasília  
Presidente da Banca

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Rodrigues  
Universidade de Brasília Membro  
Efetivo Interno

---

Prof. Dr. Francino Machado de Oliveira Filho  
Universidade Estadual de Goiás  
Membro Efetivo Externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helaine Carneiro Capucho  
Universidade de Brasília  
Membro Suplente

*Nunca foi minha intenção ingressar em um curso de mestrado tão somente para a obtenção de um título, mas sim, para fazer com o que meu trabalho, além de me desenvolver como profissional, também pudesse impactar a vida de outras pessoas, principalmente a vida dos pacientes.*

*Por isso, esse trabalho é dedicado a todos os pacientes, desde aqueles que estão dentro do ventre de suas mães até os que estão em cuidados de fim de vida. É por vocês que escolhi a minha profissão, por vocês que luto por uma assistência digna e segura em todos os níveis de atenção.*

*Que esse trabalho possa contribuir para que vocês tenham uma boa experiência quando precisarem de um serviço de saúde.*

*E não poderia deixar de dedicar esse trabalho aos meus filhos, Eduardo e Lavínia, que me proporcionam a melhor e mais desafiadora experiência de vida: a maternidade.*

## AGRADECIMENTOS

Como uma grande devota de Nossa Senhora, não poderia deixar de agradecer primeiramente à Ela, que cuidou de mim em cada etapa desse processo, que passou na frente de cada obstáculo e sempre segurou minha mão, enxugou minhas lágrimas e me guardou com seu manto sagrado.

Agradeço ao meu marido, Danilo, pelo companheirismo, apoio e dedicação. Sou grata pelas conversas, trocas de experiências e orientações que tanto contribuíram com o meu trabalho. Seu incentivo ao longo desses anos não me deixou desistir. Você me fez chegar até aqui! E foi com seu apoio que pude ressignificar o momento mais importante na vida de uma mulher: o nascimento de um filho. Obrigada por me oferecer essa experiência incrível.

Agradeço à minha mãe, Ana Beatriz, por ter me influenciado com seu exemplo de profissional dedicada ao longo de sua carreira. Se hoje eu sou enfermeira, é porque cresci dentro dos hospitais e serviços de saúde lá no sul de Minas Gerais, vendo minha mãe, apesar de tantos obstáculos pessoais, tornar-se uma referência no ramo materno-infantil. Por muitos anos me questionei se essa era a profissão que eu deveria exercer, mas hoje, não me vejo fazendo outra coisa. Obrigada por tudo!

Por falar em mãe, agradeço à minha mãe científica, Prof<sup>ª</sup> Dra. Thatianny Paranaguá, que foi minha orientadora nesse trabalho. Ao longo dessa construção, compartilhamos nossa gestação, fizemos reuniões produtivas com presença de crianças, vivenciamos algumas frustrações, muitos sucessos e crescimento, sempre com muita parceria e conhecimento. Agradeço por ser um exemplo de professora, mãe e esposa. Se todos tivessem uma orientadora como você, o mundo acadêmico seria muito, mas muito mais leve. Obrigada por todo respeito e paciência que você dedicou a mim. Obrigada por acreditar em mim e por me incentivar.

Agradeço à minha irmã, Gabriela, por ser minha incentivadora de vida e minha advogada nas horas vagas.

Agradeço ao meu tio Elias Rafael, também conhecido como “Tio Lia”, que na publicação de seus livros despertou em mim a paixão pela escrita e pesquisa.

Agradeço à CAPES por financiar meu projeto.

Não poderia deixar de agradecer imensamente a todos os entrevistados que contribuíram com a pesquisa. Era maravilhoso ver o brilho nos olhos de quem realmente é apaixonado por PX falar sobre o assunto. Que vocês tenham forças para continuar entregando valor aos seus pacientes, mesmo com tantos desafios. Vocês são a nossa esperança! Desejo

que vocês nunca percam a motivação, pois a mudança do sistema depende de pessoas como vocês!

E, por fim, agradeço a todos os gestores que, de maneira direta ou indireta, cruzaram na minha trajetória profissional. Agradeço a todos, sem exceção. Às vezes, o mal exemplo também é uma ótima oportunidade de aprendizado, servindo como alerta sobre “como não ser”.

## **If I can dream**

*There must be lights burning brighter somewhere  
Got to be birds flying higher in a sky more blue  
If I can dream of a better land  
Where all my brothers walk hand in hand  
Tell me why, oh why, oh why can't my dream come true  
Oh why  
There must be peace and understanding someti-me  
Strong winds of promise that will blow away the doubt and fear  
If I can dream of a warmer sun  
Where hope keeps shining on everyone  
Tell me why, oh why, oh why won't that sun appear  
We're lost in a cloud  
With too much rain  
We're trapped in a world  
That's troubled with pain  
But as long as a man  
Has the strength to dream  
He can redeem his soul and fly  
Deep in my heart there's a trembling question  
Still I am sure that the answer, answer's gonna come somehow  
Out there in the dark, there's a beckoning candle, yeah  
And while I can think, while I can talk  
While I can stand, while I can Walk  
While I can dream  
Oh, please let my dream  
Come true  
Right now  
Let it come true right now*

*Elvis Presley, 1968*

## RESUMO

PEREIRA, B. G. A. **Estratégias de gestão e competências profissionais para a melhoria da experiência do paciente em sua jornada hospitalar: percepção de gestores brasileiros.** 2024. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2024.

**Introdução:** A experiência do paciente é um indicador de qualidade nos serviços de saúde, enfatizando a importância de considerar sua perspectiva para promover melhorias significativas. **Objetivo:** Este estudo buscou desvelar competências profissionais e estratégias de gestão utilizadas para engajar as equipes de saúde em ações que melhorem a experiência do paciente durante sua jornada nos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, realizado com 19 profissionais ligados à gestão hospitalar de serviços públicos e privados de saúde, em diferentes regiões do Brasil. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista individual, semi-estruturada, utilizando tecnologia de informação digital, entre março e abril de 2023. Realizou-se análise de conteúdo, modalidade temática, conforme referencial teórico de Bardin. **Resultados:** A análise revelou três categorias temáticas: “Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores”, “Engajamento na melhoria da jornada e experiência do paciente: como fazer?” e “Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente”. Identificou-se uma falta de compreensão do conceito de experiência do paciente, o que influencia a resistência dos profissionais de saúde ao engajamento, principalmente da alta gestão. O estudo também destacou fatores que influenciam a melhoria da experiência do paciente e estratégias de gestão para engajar os profissionais nessas práticas. **Conclusão:** A experiência do paciente foi considerada um elemento intrínseco à qualidade do atendimento, destacando a importância de uma abordagem centrada no paciente para o alcance de resultados positivos. Para o engajamento das equipes de saúde nesse processo foram destacadas liderança inspiradora, cultura organizacional centrada no paciente, inovação, integração de *feedback* contínuo, capacitação constante e adesão às boas práticas. O conhecimento técnico, a empatia, a comunicação eficaz e a capacidade de trabalho em equipe foram identificadas como competências-chave entre os profissionais de saúde que favorecem uma melhor experiência ao paciente.

**Palavras-Chave:** Segurança do Paciente; Participação do Paciente; Cuidado Centrado no Paciente; Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

PEREIRA, B. G. A. **Management Strategies and Professional Competencies for Improving the Patient Experience in Their Hospital Journey: Perception of Brazilian Managers.** 2024. 169 p. Dissertation (Master's in Nursing) – Faculty of Health Sciences, University of Brasília, 2024.

**Introduction:** Patient experience is a quality indicator in healthcare services, emphasizing the importance of considering their perspective to promote significant improvements. **Objective:** This study sought to unveil professional competencies and management strategies used to engage healthcare teams in actions that enhance the patient experience during their journey in healthcare services. **Methodology:** It is a descriptive, exploratory, and qualitative study conducted with 19 professionals linked to hospital management in public and private health services, in different regions of Brazil. For data collection, the technique of individual, semi-structured interviews was used, employing digital information technology, between March and April 2023. Content analysis, thematic modality, according to Bardin's theoretical framework, was carried out. **Results:** The analysis revealed three thematic categories: "Essence of the patient journey and experience from the managers' perspective", "Engagement in improving the patient journey and experience: how I do it", and "Competencies for improving the patient journey and experience". A lack of understanding of the patient experience concept was identified, which influences the resistance of healthcare professionals to engagement, especially among senior management. The study also highlighted factors that influence the improvement of the patient experience and management strategies to engage professionals in these practices. **Conclusion:** Patient experience was considered an intrinsic element to the quality of care, highlighting the importance of a patient-centered approach to achieve positive results. For the engagement of healthcare teams in this process, inspiring leadership, a patient-centered organizational culture, innovation, integration of continuous feedback, ongoing training, and adherence to best practices were highlighted. Technical knowledge, empathy, effective communication, and teamwork were identified as key competencies among healthcare professionals that favor a better patient experience.

**Keywords:** Patient Safety; Patient Engagement; Patient-Centered Care; Healthcare Management.

## RESUMEN

PEREIRA, B. G. A. **Estrategias de gestión y competencias profesionales para la mejora de la experiencia del paciente en su jornada hospitalaria: percepción de gestores brasileños.** 2024. 169 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, 2024.

**Introducción:** La experiencia del paciente es un indicador de calidad en los servicios de salud, enfatizando la importancia de considerar su perspectiva para promover mejoras significativas. **Objetivo:** Este estudio buscó desvelar competencias profesionales y estrategias de gestión utilizadas para involucrar a los equipos de salud en acciones que mejoren la experiencia del paciente durante su jornada en los servicios de salud. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y de enfoque cualitativo, realizado con 19 profesionales vinculados a la gestión hospitalaria de servicios públicos y privados de salud, en diferentes regiones de Brasil. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista individual, semi-estructurada, utilizando tecnología de información digital, entre marzo y abril de 2023. Se realizó análisis de contenido, modalidad temática, según el referencial teórico de Bardin. **Resultados:** El análisis reveló tres categorías temáticas: "Esencia de la jornada y experiencia del paciente en la percepción de los gestores", "Involucramiento en la mejora de la jornada y experiencia del paciente: ¿cómo hacerlo?" y "Competencias para la mejora de la jornada y experiencia del paciente". Se identificó una falta de comprensión del concepto de experiencia del paciente, lo que influye en la resistencia de los profesionales de la salud al involucramiento, principalmente de la alta gestión. El estudio también destacó factores que influyen en la mejora de la experiencia del paciente y estrategias de gestión para involucrar a los profesionales en estas prácticas. **Conclusión:** La experiencia del paciente fue considerada un elemento intrínseco a la calidad de la atención, destacando la importancia de un enfoque centrado en el paciente para lograr resultados positivos. Para el involucramiento de los equipos de salud en este proceso se destacaron el liderazgo inspirador, la cultura organizacional centrada en el paciente, la innovación, la integración de retroalimentación continua, la capacitación constante y la adhesión a las buenas prácticas. El conocimiento técnico, la empatía, la comunicación eficaz y la capacidad de trabajo en equipo fueron identificadas como competencias clave entre los profesionales de la salud que favorecen una mejor experiencia para el paciente.

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente; Participación del Paciente; Atención Centrada en el Paciente; Gestión en Salud

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 – <i>Triple Aim</i> (“Meta tripla”)</b> .....	<b>31</b>
<b>Figura 2 – <i>Quintuple Aim</i></b> .....	<b>32</b>
<b>Figura 3 – Pilares Estratégicos da Experiência do Paciente</b> .....	<b>33</b>
<b>Figura 4 – Mapa Estratégico sobre a percepção de gestores brasileiros em relação à experiência e jornada hospitalar do paciente</b> .....	<b>61</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 – Dimensões do Cuidado Centrado na Pessoa.....</b>	<b>37</b>
<b>Quadro 2 – Principais dimensões dos desfechos reportados pelo paciente.....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 3 – Principais vantagens do PRO, na perspectiva dos profissionais de saúde (<i>stakeholders</i>).....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 4 – Tipos de PROMS e suas ferramentas.....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 5 – Categorias e variáveis estruturais da ferramenta HCAHPS. ....</b>	<b>43</b>
<b>Quadro 6 – Categorias e variáveis estruturais da ferramenta PPE.....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 7 – Ferramentas de análise de experiência do paciente (PX) mais utilizadas.....</b>	<b>45</b>
<b>Quadro 8 – Especialização dos participantes da pesquisa.....</b>	<b>57</b>
<b>Quadro 9 – Categoria temática: Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores .....</b>	<b>58</b>
<b>Quadro 10 – Categoria temática: Engajamento na melhoria da jornada e experiência do paciente.....</b>	<b>59</b>
<b>Quadro 11 – Categoria temática: Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente .....</b>	<b>59</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Abordagens (definições) da Qualidade .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 2 – Dimensões da Qualidade. ....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 3 – Os sete pilares da qualidade.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 4 – Caracterização dos gestores participantes .....</b>	<b>56</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSQHC	<i>Australian Commission on Safety and Quality In Health Care</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCP	Cuidado Centrado no Paciente
CIHI	<i>Canadian Institute for Health Information</i>
CMPA	<i>Canadian Media Producers Association</i>
CMS	<i>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services</i>
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies</i>
CPES-IC	<i>Canadian Patient Experiences Survey on Inpatient Care</i>
EUA	Estados Unidos da América
FFS	<i>Fee-For-Service</i>
FINATEC	Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos
HCAHPS	<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
HHS	<i>United States Department of Health and Human Services</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPFCC	<i>Institute for Patient- and Family-Centered Care</i>
IPPS	<i>Inpatient Prospective Payment System</i>
JCI	<i>Join Commission International</i>
MIT	<i>Massachusetts Institute of Technology</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NPS	<i>Net Promoter Score</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPACA	<i>Patient Protection and Affordable Care Act</i>

PPE	<i>Picker Patient Experience Questionnaire</i>
PREMs	<i>Patient Reported Experience Measures</i>
PRO	<i>Patient-Reported Outcomes</i>
PROMs	<i>Patient Reported Outcome Measures</i>
PX	<i>Patient Experience</i>
SOBRASP	Sociedade Brasileira para o Cuidado e Segurança do Paciente
TCD	Tomada de Decisão Compartilhada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VBHC	<i>Value Based Health Care</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
2.1. Objetivo geral .....	27
2.2. Objetivos específicos.....	27
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>28</b>
3.1. Valor entregue aos pacientes e qualidade em saúde: breve histórico .....	28
3.2. Definindo a Experiência do Paciente .....	32
3.3. A experiência do paciente e sua interface com o cuidado centrado no paciente (CCP).....	35
3.4. Métricas e fatores associados à experiência do paciente.....	38
3.5. Competências profissionais e sua interface com a promoção de experiências positivas.....	46
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
4.1. Tipo de estudo .....	<b>49</b>
5.1. Cenário de estudo .....	49
5.2. População do estudo.....	50
5.3. Procedimentos para coleta de dados.....	50
5.4. Análise dos dados.....	53
5.5. Aspectos Éticos .....	54
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
6.1. Caracterização dos profissionais .....	56
6.2. Categoria de análise .....	58
6.3. CATEGORIA TEMÁTICA 1 – ESSÊNCIA DA JORNADA E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES.....	62
6.3.1. Subcategoria 1: Significado da experiência do paciente .....	62
6.3.2. Subcategoria 2 – Percepção dos gestores em relação ao conhecimento das equipes sobre experiência do paciente .....	64
6.3.3. Subcategoria 3 – Aspectos que influenciam positivamente na experiência e na jornada do paciente .....	66
6.3.4. Subcategoria 4 – Desafios para a melhoria da experiência do paciente	

nos serviços de saúde.....	72
6.4. CATEGORIA TEMÁTICA 2: ENGAJAMENTO NA MELHORIA DA JORNADA E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE – COMO FAZER? .....	77
6.4.1. Subcategoria 1 – Estratégias de gestão organizacional focada na experiência do paciente .....	78
6.4.2. - Subcategoria 2 – Estratégias de gestão de equipes para a melhoria da experiência do paciente .....	83
6.4.3. - Subcategoria 3 – Estratégias de gestão para a melhoria da experiência direcionadas ao paciente.....	85
6.5. CATEGORIA TEMÁTICA 3: Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente .....	90
6.5.1. Subcategoria 1 – Competência dos profissionais assistenciais.....	90
6.5.2. Subcategoria 2 – Competência dos gestores.....	93
<b>7. DISCUSSÃO .....</b>	<b>99</b>
7.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	124
<b>8. CONCLUSÃO .....</b>	<b>126</b>
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>128</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>156</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de caracterização dos     profissionais.....</b>	<b>156</b>
<b>APÊNDICE B – Entrevista semi estruturada.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>158</b>
<b>APÊNDICE D – Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>160</b>

## APRESENTAÇÃO

Nascida em São Paulo e criada em Minas Gerais, minha jornada como enfermeira se iniciou no ano de 2007 na cidade de São João da Boa Vista, em São Paulo, onde me formei no Centro Universitário da Fundação de Ensino Octavio Bastos (UNIFEOB). A escolha do curso se deu sob forte influência da minha mãe, que era técnica de enfermagem.

O ano de 2012 me levou à Brasília, uma cidade que inicialmente me acolheu com desconhecidos horizontes. No início, adaptar-me a essa nova região foi um desafio considerável, especialmente pela falta de conhecimento prévio sobre o ambiente local. Encontrar meu caminho em uma cidade tão dinâmica e diversificada não foi fácil, mas essa experiência me ensinou a importância da adaptabilidade e da resiliência.

No ano de 2016, concluí a pós-graduação em Gestão da Qualidade em Saúde e Acreditação Hospitalar. Com isso, nasceu em mim a necessidade de compreender sobre o tema de economia quando, em 2019, concluí uma pós-graduação em Gestão de Negócios, Controladoria e Finanças Corporativas.

Minha carreira profissional floresceu em diferentes hospitais, tanto públicos quanto privados, com destaque para a minha atuação no Hospital de Base do Distrito Federal. Neste ambiente desafiador, onde tive a honra de compor a equipe da gerência de enfermagem, aprendi lições valiosas sobre liderança, gestão eficaz e a importância da segurança na assistência ao paciente. Estive à frente de cinco linhas terapêuticas durante a pandemia por SARS-CoV-2, onde conheci o verdadeiro poder e a força da enfermagem. Foi a fase mais difícil de toda a minha vida profissional, mas que me mostrou o quanto eu sou orgulhosa da minha profissão, da garra e do empenho de cada um que esteve na assistência durante a pandemia.

Cada hospital onde trabalhei proporcionou uma visão única sobre a prática da enfermagem, ampliando meu conhecimento e consolidando minha paixão pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante minha jornada acadêmica, enfrentei adversidades significativas, especialmente em relação a gestores despreparados que, por vezes, não compreendiam o valor do aprimoramento educacional e acadêmico de seus profissionais. No entanto, essas dificuldades fortaleceram minha determinação em buscar o conhecimento e de desenvolver minhas habilidades, reforçando meu compromisso com a excelência na enfermagem.

Ao longo de minha jornada, pude constatar a relevância da segurança e da experiência do paciente no contexto hospitalar. Essa constatação moldou meu propósito

profissional, levando-me a escolher a segurança do paciente como tema central de minha pesquisa no mestrado.

A busca pelo mestrado foi decisiva em minha jornada profissional. Este programa de pós-graduação em me permitiu aprofundar meus conhecimentos, desenvolver habilidades de pesquisa e ampliar a minha compreensão sobre as práticas de enfermagem baseadas em evidências. Mais do que isso, abriu novos horizontes e possibilitou um crescimento significativo, tanto pessoal quanto profissional. Integrei a equipe do Laboratório de Gestão (LABGEST) e participei ativamente da comissão organizadora do “I Congresso de Gestão em Saúde para Qualidade e Segurança da Assistência do Centro Oeste Brasileiro”, realizado em 2021, com o apoio da Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal de Goiás (UFG) e Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC), em Brasília. Além disso, tive a honra de integrar a Comissão Executiva do “III Congresso Internacional da Rede Brasileira em Enfermagem e Segurança do Paciente”, que ocorreu em Brasília no ano de 2022. Contribuí também como autora do Capítulo XI do livro “Saúde e Tecnologias Educacionais: dilemas de um futuro presente”. Também tive a oportunidade de ser uma das autoras do capítulo “Cuidado Centrado no paciente”, no Marco Teórico elaborado pela Sociedade Brasileira para o Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP).

Como palestrante, tive a oportunidade de compartilhar meu conhecimento no evento “A Arte de Cuidar e Esperançar no Mundo em Transformação”, organizado pela UnB em 2021, abordando o tema “Visitantes inesperados: Um cuidado de Outro Mundo”. Além disso, participei como palestrante no “I Simpósio de Segurança do Paciente da Liga Geração de Valor em Saúde”, com a apresentação sobre a “Experiência do Paciente”, evento organizado pela UnB e pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), também em 2021.

Junto a colegas de curso, tivemos a oportunidade de publicar o trabalho intitulado “Entraves na comunicação dos profissionais de saúde da linha de frente da COVID-19: Revisão Integrativa”, na modalidade E-pôster, durante o 72º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em agosto de 2021. E no ano de 2023, apresentamos o trabalho “Incidentes de segurança do paciente relacionados ao gerenciamento organizacional em serviço de emergência”, também na modalidade E-pôster, durante o 22º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, em Julho de 2023. Recentemente, o trabalho “Transformando a assistência em saúde pública: a imperativa inclusão da disciplina de segurança do paciente na graduação” foi aceito no 74º Congresso Brasileiro de Enfermagem, o qual foi elaborado a partir das reflexões constatadas na construção dessa dissertação.

No ano de 2021, fui aceita como aluna especial de Mestrado do Programa de Pós-

Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na disciplina “Modelos Gerenciais e ferramentas de Gestão de Recursos Humanos”, a qual contribuiu com conhecimentos, evidências e aspectos gerenciais desse trabalho.

Minha ambição é aplicar o conhecimento adquirido durante este curso de Mestrado para contribuir para a formação de enfermeiros altamente qualificados e comprometidos com a assistência segura e eficaz. Tenho o firme propósito de seguir uma carreira acadêmica, dedicando-me ao ensino e à pesquisa para promover avanços significativos na enfermagem e na qualidade dos cuidados ao paciente.

O tema de pesquisa desta dissertação possui uma relevância inegável para o cenário estudado. Acredito que os resultados obtidos poderão contribuir para a obtenção de melhorias substanciais no cuidado ao paciente, influenciando positivamente na satisfação daqueles que confiam em nossos serviços.

Sob a influência de todas essas variáveis, pessoais e profissionais, realizei este trabalho de pesquisa, o qual passo agora a dissertar. Este estudo está estruturado conforme as etapas de um estudo científico, e está em total acordo com as recomendações do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

## 1. INTRODUÇÃO

A experiência do paciente tem sido discutida como um importante aspecto na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, enfatizando a necessidade de considerar a perspectiva daquele que recebe o cuidado para fins de promover melhorias que impactem positivamente em sua jornada (Costa *et al.*, 2020). Compreender as experiências dos pacientes orienta a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade e é, portanto, uma prioridade crescente para as organizações de saúde que se envolvem numa cultura que reconhece modelos de prestação de cuidados centrados no paciente (Coulter *et al.*, 2014).

Esse conceito se centraliza no campo assistencial, não se limitando a procedimentos médicos, diagnósticos e tratamentos. São as relações e impressões que um paciente experimenta, desde o primeiro contato com a instituição até o momento em que recebe alta (Gualandi *et al.*, 2019). Sendo assim, garantir uma melhor experiência ao paciente é uma responsabilidade compartilhada, e que abrange ações individuais dos gestores, dos profissionais de saúde e da própria instituição hospitalar (Boher *et al.*, 2016).

Os gestores desempenham um papel crítico na promoção de uma experiência positiva, contribuindo com a cultura organizacional que favoreça a assistência segura, através de políticas, incentivos e disseminação de conhecimentos. A liderança eficaz demonstra compromisso com a segurança, qualidade e cuidado centrados no paciente, utilizando ferramentas como treinamento e desenvolvimento de equipes, fortalecendo a comunicação efetiva e o respeito, e garantindo recursos para oferecer um ambiente seguro e acolhedor (Xie *et al.*, 2021).

A visão, missão e valores institucionais sustentam a experiência do paciente, incluindo a eficiência e a agilidade do atendimento, a disponibilidade de serviços de apoio, a higiene e a segurança das instalações. Além disso, a transparência na prestação de serviços e a capacidade de gerenciar reclamações e *feedback* são vitais para a confiança do paciente. Uma cultura de melhoria contínua, baseada em dados e pesquisa, é necessária para se identificar áreas que requerem aprimoramento e implementar mudanças eficazes (Lloyd *et al.*, 2018). Segundo Nunes e Gaspar (2016), o direcionamento realizado através do planejamento estratégico é crucial para a formação e fortalecimento da cultura institucional, aliado ao comprometimento da alta gestão e a disseminação de valores que foquem na garantia de valor entregue ao paciente.

Componentes tangíveis cooperam na percepção do paciente durante a sua jornada (Cherup, 2020). Nesse sentido, o conceito de *healthscape*, que na tradução livre traz o

significado de “paisagem em saúde”, ou “cenário em saúde”, tem um impacto substancial na experiência do paciente, visto que o ambiente influencia, direta e indiretamente, como os pacientes percebem e interagem com os serviços de saúde (Suess; Mody, 2017). O *servicescape*, conceito que deu origem ao *healthscape*, descreve-se em três dimensões: condições ambientais (por exemplo: temperatura, ruído, aroma); organização do ambiente (por exemplo: layout, mobiliários, estrutura); e elementos de sinais, símbolos e artefatos, tais como decoração e sinalização (Bitner, 1992). O ambiente físico desempenha um papel significativo: um espaço limpo, bem iluminado e organizado proporciona uma sensação de conforto e segurança, contribuindo para a diminuição da ansiedade dos pacientes. Além disso, áreas que asseguram a privacidade reforçam o respeito à dignidade dos pacientes, enquanto espaços acessíveis tornam mais fácil a navegação no ambiente de saúde, melhorando a experiência (Huisman *et al.*, 2012). Este conceito favorece a percepção dos profissionais de saúde em relação ao ambiente de trabalho, que podem trazer impactos positivos na assistência ao paciente e no fortalecimento psicológico (Quadros *et al.*, 2022).

Os profissionais de saúde, incluindo toda a equipe multiprofissional, são a face mais visível da experiência do paciente. Cada interação com um paciente é uma oportunidade para construir confiança, fornecer informações claras e oferecer apoio emocional, podendo ter forte relação com o sucesso terapêutico, pois pacientes munidos de informação têm maior probabilidade de compreensão e, conseqüentemente, uma maior adesão nos planos de tratamento, melhorando não apenas sua experiência, mas também seus resultados de saúde (Lilly *et al.*, 2023).

Assim sendo, garantir uma melhor experiência ao paciente se relaciona ao seu direito em receber informações claras sobre seu diagnóstico, tratamento e progresso, bem como de ser ouvido em suas preocupações e perguntas, fazendo que ele seja colocado no centro do cuidado, baseado em uma assistência empática e respeitosa (Albuquerque, 2023). A segurança do paciente desempenha um papel central na qualidade e na percepção dos pacientes. Além da prevenção de eventos adversos, a adoção de protocolos é uma maneira de aumentar a percepção dos pacientes na entrega de valor, contribuindo para que eles se sintam protegidos, confiantes e respeitados durante sua jornada. Essa sensação de segurança, por sua vez, favorece a relação de confiança entre paciente e instituição, criando uma base sólida para uma experiência positiva (Báo *et al.*, 2023).

A melhoria da experiência do paciente tornou-se uma prioridade tanto em nível nacional quanto internacional, transformando a forma como os serviços de saúde são concebidos e entregues em todo o mundo. Internacionalmente, essa mudança é ainda mais

evidente, devido ao impacto direto nos modelos de remuneração das instituições de saúde, que são frequentemente vinculados à qualidade da experiência do paciente, além dos resultados clínicos (Caron, 2019). A abordagem de Saúde Baseada em Valor, adotada em muitos países, coloca um foco renovado na qualidade da assistência ao paciente. Isso significa que as instituições de saúde são incentivadas a proporcionarem uma experiência positiva aos pacientes, não apenas para melhorar o seu bem-estar, mas também porque isso afeta diretamente o financiamento que recebem (Uzuelli *et al.*, 2019).

No Brasil, entretanto, a implementação plena dessa abordagem enfrenta diversos desafios, ainda mais evidentes em hospitais públicos, onde questões como falta de financiamento adequado e infraestrutura deficiente dificultam a criação de uma experiência do paciente verdadeiramente centrada no valor (Ribeiro *et al.*, 2021). Além disso, há uma necessidade urgente de melhoria na formação dos profissionais de saúde, para garantir que estejam aptos a proporcionarem cuidados que vão além da eficácia clínica, incorporando também a humanização e a atenção às necessidades individuais dos pacientes (Paull *et al.*, 2023; Uchoa *et al.*, 2023). Apesar dos desafios, o movimento em direção à experiência do paciente como um indicador de qualidade, tanto nacional quanto internacionalmente, é uma mudança positiva, não apenas redefinindo os padrões de atendimento, mas também reforçando a importância de uma abordagem holística para a saúde (Doyle *et al.*, 2013; Prince *et al.*, 2014).

Sob a perspectiva de responder às necessidades no cenário mundial, destaca-se que desenvolver pesquisas sobre a experiência do paciente desempenha um papel crucial na promoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os ODS são uma série de metas globais que visam abordar uma gama de desafios, desde a erradicação da pobreza até a proteção do meio ambiente (ONU, 2015). Embora a relação direta entre a experiência do paciente e os ODS possa não ser óbvia à primeira vista, uma análise mais aprofundada revela como uma experiência positiva no setor de saúde pode contribuir para esses objetivos de maneira significativa.

Primeiramente, o ODS 3, “Saúde e Bem-Estar”, é diretamente impactado pela experiência do paciente. Como dito anteriormente, uma experiência positiva está associada a uma melhor adesão ao tratamento e, portanto, a melhores resultados de saúde. Quando os pacientes se sentem satisfeitos com o atendimento e têm uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde, são mais propensos a seguirem os planos de tratamento, o que, por sua vez, leva a uma melhor condição de saúde. Além disso, uma experiência positiva do paciente

pode incluir a educação sobre sua condição, tratamento e prevenção, contribuindo para a promoção de estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, para a prevenção de doenças (Seidman, 2017).

No que diz respeito ao ODS 4, “Educação de Qualidade”, uma experiência positiva do paciente pode ser um veículo para a sua educação. Os profissionais de saúde que se envolvem ativamente na educação dos pacientes sobre sua condição, tratamento e autocuidado estão contribuindo para uma sociedade mais bem informada sobre saúde. Essa educação pode ser uma ferramenta poderosa para capacitar as pessoas a tomarem decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar.

Além disso, a experiência do paciente também tem implicações para o ODS 5, “Igualdade de Gênero”. Uma experiência positiva do paciente é caracterizada por um tratamento respeitoso e empático por parte dos profissionais de saúde. Isso é fundamental para garantir que o atendimento seja igualmente acessível e satisfatório para todas as pessoas, independentemente de seu gênero. O respeito e a igualdade no atendimento contribuem para uma sociedade mais justa e inclusiva.

Ainda sob a óptica de atender necessidades mundiais, a presente pesquisa atende o Plano Global para a Segurança do Paciente, uma iniciativa lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e considerada um marco fundamental no esforço global para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. Lançado em 2019, este plano aborda uma série de desafios que afetam a segurança do paciente em todo o mundo, desde a prevenção de infecções hospitalares, até a redução de erros médicos e a promoção de uma cultura de segurança. Um dos princípios norteadores deste plano é o de “Usar tanto o conhecimento científico quanto a experiência do paciente para aprimorar a segurança”. Este princípio destaca a importância de abordar a segurança do paciente de maneira holística, integrando uma base de evidências científicas com a perspectiva e o *feedback* direto dos pacientes. Essa abordagem é essencial, uma vez que dá voz aos pacientes e a suas experiências, que podem ser ferramentas vitais na identificação de áreas de melhoria, na prevenção de erros e na promoção de uma cultura de segurança centrada no paciente (OMS, 2019).

Com o intuito de fortalecer essa cultura e para ampliar processos de trabalho que valorizem a experiência do paciente, é indiscutível a importância do engajamento dos profissionais de saúde e do suporte organizacional para esse processo. Engajar profissionais da assistência na melhoria da experiência do paciente requer um olhar holístico sobre o paciente, e não tão somente uma visão limitada do período de internação, possibilitando ofertar um suporte mais integral (Silva; Cardoso; Santos, 2018).

Para a melhoria da experiência do paciente e obtenção de resultados de qualidade, é necessário elucidar gestores e equipes sobre o Cuidado Centrado no Paciente (CCP), levando em conta toda a sua jornada e elencando os pontos nela importantes, que irão fortalecer ou enfraquecer essa experiência. Saber sobre a opinião dos gestores em relação à experiência do paciente e sua abrangência é determinante para a reflexão de como a entrega de valor dos serviços de saúde está progredindo (Cummings, 2017).

Frente à crescente e imponente importância do conceito de experiência do paciente, há a necessidade de melhor compreender essa prática, e como ela se insere nos serviços de saúde. Considerada uma lacuna científica, pergunta-se: quais as competências necessárias ao profissional e estratégias de gestão utilizadas para engajar as equipes de saúde em processos de melhoria da experiência do paciente adulto hospitalizado?

O presente estudo se insere no contexto de avaliação dos serviços de saúde, com ênfase na geração de valor para o paciente. Sua relevância está na possibilidade de gerar respostas e levantar concepções relacionadas à compreensão das experiências que gestores dos serviços de saúde vivenciaram em seus cenários de atuação em relação ao processo de engajamento das equipes de saúde na melhoria da experiência do paciente.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Desvelar competências profissionais e estratégias de gestão utilizadas para engajar as equipes de saúde em ações que melhorem a experiência do paciente durante sua jornada nos serviços de saúde.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Levantar a percepção dos gestores em saúde sobre o significado da experiência do paciente na prática dos serviços hospitalares;
- Identificar as competências necessárias ao profissional de saúde para promover melhoria da experiência do paciente;
- Verificar estratégias de gestão utilizadas para o engajamento das equipes de saúde em ações que melhorem a experiência do paciente.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1. VALOR ENTREGUE AOS PACIENTES E QUALIDADE EM SAÚDE: BREVE HISTÓRICO

Certamente, considerar-se-ia um lapso significativo iniciar um estudo sobre o conceito de valor sem fazer menção inicial ao nome do autor Michael Porter, dada a sua contribuição relevante e significativa para esse tema. Em 1985, Porter desenvolveu o termo “Cadeia de Valor”, no qual representa uma sequência de ações necessárias para desenvolver ou ofertar um produto ou serviço, como no caso das instituições de saúde. De acordo com esse conceito, a percepção do cliente é o fator que orienta a análise e quantificação das atividades envolvidas (Porter, 1985).

Posteriormente, observa-se uma evolução no conceito de cadeia de valor no qual, segundo Porter, é possível que diferentes organizações se unam para formar uma única cadeia de valor. Tal união transcende os limites de uma única organização, e é então considerada como a formação de um sistema de valor. Podemos exemplificar tal conceito na relação com a área de saúde envolvendo hospitais, planos de saúde e fornecedores de materiais hospitalares, onde todos se unem em prol do paciente. Diante dos aspectos delineados, a cadeia de valor é conceituada como um sistema no qual a satisfação do consumidor final (o valor) é buscada, e simultaneamente são atendidos os objetivos dos demais atores envolvidos, os chamados *stakeholders*. Essa abordagem visa harmonizar os interesses de todos, culminando em um alinhamento de propósitos e maximização dos benefícios gerados pelo sistema (Porter, 2011).

O conceito de valor não deve ser separado do conceito de qualidade, principalmente quando analisado sob a ótica de sistemas de saúde. Através do artigo “*What does ‘product quality’ really mean?*”, publicado na renomada revista *MIT Sloan Management Review*, em 15 de outubro de 1984, David A. Garvin, considerado autor de referência em qualidade, definiu as abordagens da qualidade (Tabela 1), bem como as suas dimensões (Tabela 2).

Tabela 1 – Abordagens (definições) da Qualidade. (Continua)

<b>Abordagem</b>	<b>Definição</b>
<b>Transcendental</b>	Característica inerente e não mensurável na qualidade. Essa qualidade só pode ser reconhecida pelo cliente através da sua experiência com o produto/serviço.
<b>Centrada no Produto</b>	Qualidade mensurável e pode ser observada no conjunto das características e atributos de um produto.

Tabela 1 – Abordagens (definições) da Qualidade. (Conclusão)

<b>Abordagem</b>	<b>Definição</b>
<b>Centrada na Fabricação</b>	Qualidade é associada a conformidade com requisitos, conforme estabelecido pelo projeto do produto.
<b>Centrada no Cliente</b>	Qualidade definida pelo atendimento das necessidades do cliente, sendo subjetivo, pois são individuais.
<b>Centrada no Valor</b>	Relaciona qualidade utilizando quaisquer das medidas acima e relacionando-a com custo do produto.

Fonte: Adaptado de Garvin (1984).

Tabela 2 – Dimensões da Qualidade.

<b>Desempenho (Performance)</b>	<b>Atributos básicos operacionais de um produto</b>
<b>Características</b>	Abrange aspectos complementares ao essencial, no qual os produtos podem ser diferenciados.
<b>Conformidade</b>	Grau de adesão do produto a determinados padrões.
<b>Confiabilidade</b>	Relacionado a probabilidade de funcionamento do produto.
<b>Durabilidade</b>	Tempo de utilização, vida útil do produto.
<b>Atendimento</b>	Fator que pode afetar a percepção do cliente.
<b>Estética</b>	Aparência, sentimento ou sensação que o produto provoca. Mensuração baseada na opinião pessoal do cliente.
<b>Qualidade Percebida</b>	Relacionada a percepção do consumidor e diretamente ligada a transcendência.

Fonte: Adaptado de Garvin (1984).

Em linhas gerais, o propósito de um sistema de qualidade, quando aplicado aos cuidados de saúde, deve ser o de otimizar a eficácia e eficiência da assistência oferecida, promovendo a melhoria da saúde e a satisfação dos indivíduos e da população em geral, dentro dos limites de custos aceitáveis pela sociedade. Dessa forma, o objetivo almejado é alcançado por meio da qualidade do cuidado, a qual se reflete como uma medida que engloba o bem-estar do paciente, considerando cuidadosamente o equilíbrio entre os benefícios e os possíveis prejuízos esperados ao longo do processo (Donabedian, 1980). Em 1990, Donabedian amplia estrategicamente o conceito de qualidade em cuidado, propondo a teoria dos “sete pilares da qualidade” conforme a Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Os sete pilares da qualidade. (Continua)

<b>Pilar</b>	<b>Definição</b>
<b>Eficácia</b>	Definida pela capacidade de produção de impacto potencial por determinada intervenção Equidade Relação de conformidade com a distribuição equânime do cuidado.
<b>Efetividade</b>	Grau de melhoria em saúde atingido. Relaciona o impacto real produzido, com o impacto potencial esperado.
<b>Eficiência</b>	Capacidade de redução de custo sem comprometimento da melhoria obtida.

Tabela 3 – Os sete pilares da qualidade. (Conclusão)

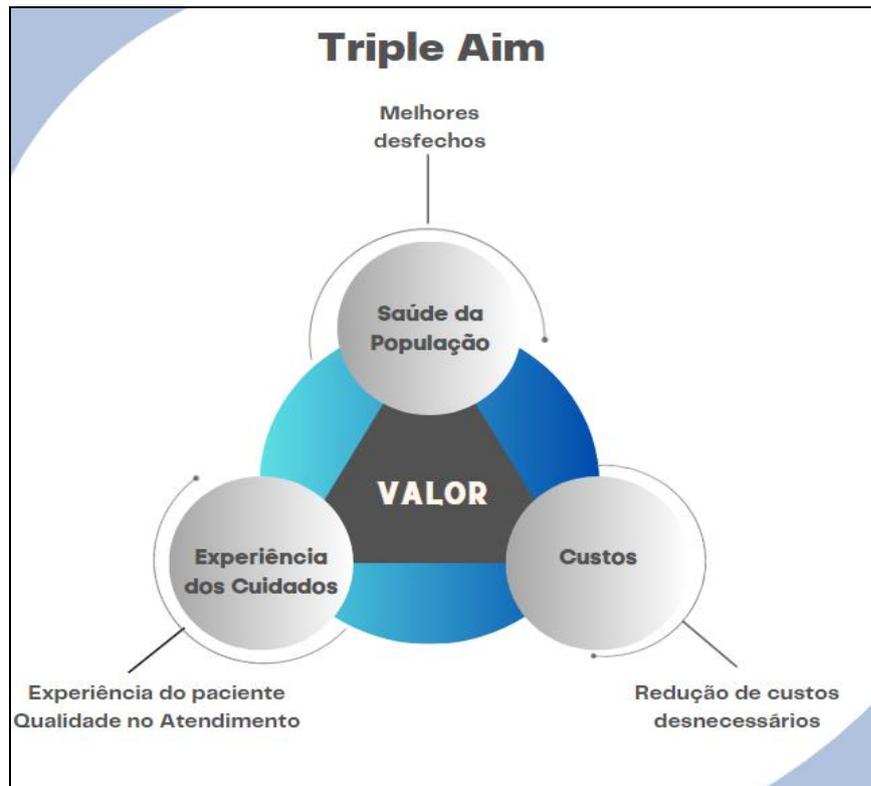
<b>Pilar</b>	<b>Definição</b>
<b>Otimização</b>	Otimização Relação entre melhorias obtidas e custo para alcançá-las.
<b>Aceitabilidade</b>	Relação de conformidade entre expectativa e valores dos pacientes e familiares; acessibilidade; relação profissional de saúde-paciente.
<b>Legitimidade</b>	Relação de conformidade com normas/preferências sociais, valores, leis e regulação.
<b>Equidade</b>	Relação de conformidade com a distribuição equânime do cuidado.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1990).

Em 2001, o *Institute of Medicine* (IOM), por meio do texto “*Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century*”, defende que a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade, bem como o cuidado centrado no paciente. A proposta de incorporar os atributos mencionados foi amplamente aceita, pois ao atender as categorias propostas o sistema de saúde estaria em melhores condições para entregar valor aos pacientes, proporcionando uma assistência mais segura, confiável, responsiva, integrada e acessível ao paciente, impactando na sua experiência. Impulsionando a relação entre valor e a visão do usuário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou três objetivos necessários para os sistemas de saúde global. São eles: melhoria da saúde da população; resposta às expectativas das pessoas; e proteção financeira contra o custo de problemas de saúde (OMS,2000).

Em 2008 foi publicado o artigo “*The triple aim: care, health, and cost*”. O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), representado pelos pesquisadores que foram autores do estudo, tem por objetivo fornecer ações para melhorar o sistema de saúde, propondo o chamado “*Triple Aim*” – traduzido para o português como “Meta tripla” –, sendo direcionada pelos três eixos: melhorar a experiência do atendimento, melhorar a saúde das populações e reduzir os custos per capita dos cuidados de saúde, representada pelo *framework* apresentado na Figura 1.

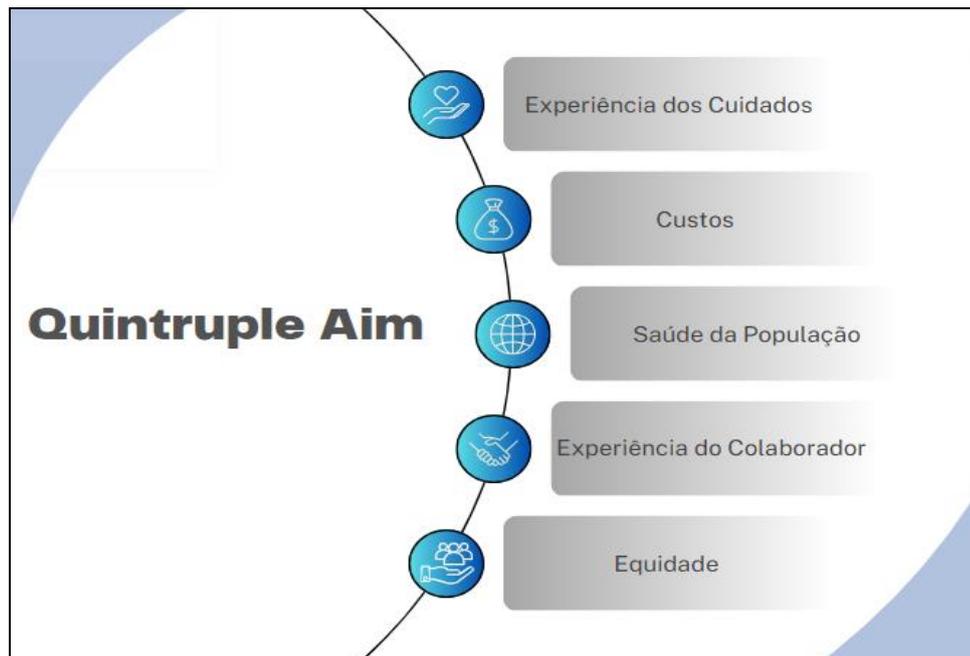
A estrutura adotada pelo IHI em relação à experiência de atendimento abrange duas perspectivas distintas: a experiência do paciente e a qualidade do atendimento. A experiência do paciente refere-se à visão do indivíduo que interage com o sistema de saúde, e que avalia a qualidade do cuidado recebido de acordo com as suas expectativas prévias. A qualidade no atendimento concentra-se no sistema de saúde em si, com o objetivo de projetar uma experiência de atendimento de excelência para os pacientes. Essa experiência é definida com base nas seis principais dimensões de melhoria estabelecidas pelo IOM, que são: segurança, eficácia, pontualidade, eficiência, equidade e centralização no paciente (Stiefel; Nolan, 2012).

Figura 1 – *Triple Aim* (“Meta tripla”).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, com base no IHI (2008).

Mesmo em meio a alguns obstáculos para implantação nos sistemas de saúde norte-americanos (Berwick; Nolan; Whittington; 2008), o *Triple Aim* traz consigo uma sequência de casos de sucesso (Kokko, 2022). Em 2010, a Nova Zelândia adotou esse conceito em todo o sistema de saúde do país (Merry; Shuker; Hamblin; 2017). Em 2013, Conselho de Saúde do Canadá recomendou o *Triple Aim* como uma estrutura nacional relevante para a reforma da saúde e para a criação de valor para o país (Roy *et al.*, 2014). Esse conceito também teve grande notoriedade nos Estados Unidos durante a era Obama, fase essa em que se inicia a reforma da saúde, abordando fortemente o valor em saúde e a experiência do paciente no documento “*Patient Protection and Affordable Care Act*” (PPACA), ou traduzido para o português – Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis (EUA, 2010).

Posteriormente, em 2017, o IHI incluiu mais uma esfera no conceito original, trazendo aspectos sobre a abordagem do esgotamento clínico. As organizações passaram a defender que é necessário ter equipes alegres, satisfeitas e motivadas no trabalho (“*joy in work*”). Com essa inclusão, passou-se a se discutir o *Quadruple Aim* (Fitzpatrick *et al.*, 2019). Recentemente, o IHI passou a considerar *Quintuple Aim*, representado na Figura 2, com o objetivo de considerar também a equidade em saúde (Nundy; Cooper; Mate, 2022).

Figura 2 – *Quintuple Aim*.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, com base no IHI (2008).

Portanto, conclui-se que a entrega de valor nos serviços de saúde está diretamente relacionada à segurança e experiência do paciente durante sua jornada.

### 3.2. DEFININDO A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Em 1999, foi publicado pela revista *Harvard Business Review* o artigo “*Welcome to the Experience Economy*”, onde os autores Pine e Gilmore analisam o início do conceito de “Progressão do valor econômico”, trazendo importantes reflexões sobre a mudança no estilo do cliente, e valorizando pela primeira vez a experiência do cliente. Segundo os autores, uma experiência é criada quando uma empresa conscientemente transforma seus serviços e produtos em algo impactante, buscando envolver cada cliente individualmente, a fim de proporcionar um evento inesquecível (Pine; Gilmore, 1999).

No campo da saúde, o artigo “*Defining Patient Experience*” (Wolf *et al.*, 2014), publicado pela *Patient Experience Journal*, faz uma síntese entre os anos de 2000 a 2014 sobre as fontes que foram utilizadas para conceituar a experiência do paciente. A conclusão desse estudo é de que ainda há a necessidade de uma definição clara e concisa sobre o conceito. Contudo, o documento traz aspectos que norteiam a compreensão da temática, que incluem continuidade no cuidado, foco nas expectativas, cuidado centrado no paciente, atendimento individualizado, e reforça que experiência deve ser algo maior do que a

satisfação do paciente (Wolf *et al.*, 2014).

Para o *The Beryl Institute*, instituição de saúde referência no assunto, a experiência do paciente é definida pela “somatória de todas as interações do paciente durante seu tempo de permanência na instituição, moldadas pela cultura organizacional, que influencia as percepções do paciente em todo o processo de atendimento” (The Beryl Institute, 2021, n.p.). Por sua vez, os autores Medina e Castellano (2022), relatam que a experiência do paciente pode ser moldada através do contato direto com a instituição (hospitalização, por exemplo) e contato indireto, através de referências (outros pacientes, redes sociais, reputação, etc.).

Em contexto de cuidados de saúde, a compreensão da experiência do paciente desempenha um papel vital, abrangendo uma série complexa de interações entre os pacientes e o sistema de assistência médica. Em concordância com o *The Beryl Institute*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* destaca que a experiência do paciente vai além da prestação simples de serviços, sendo um componente integral da avaliação da qualidade dos cuidados, bem como um passo crucial em direção ao modelo de Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) (Avlijas *et al.*, 2023).

No Brasil, a empresa de consultoria *Patient Centricity Consulting*, pioneira na implementação do conceito de experiência do paciente nos hospitais brasileiros, por meio de seus pesquisadores, desenvolveu os três pilares estratégicos da experiência do paciente, como representado na Figura 3.

Figura 3 – Pilares Estratégicos da Experiência do Paciente.



Fonte: Adaptado de Rodrigues (2023).

O conceito de qualidade nos abre portas para refletir sobre as ações de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Embasado pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a

segurança do paciente é definida como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. A influência da cultura organizacional, processos, comportamentos e tecnologias são aliadas na redução do risco. A implementação de protocolos também contribui para o fortalecimento da cultura de segurança como auxiliar na redução de erros e incidentes, de melhoria da comunicação da equipe, melhoria na qualidade assistencial, continuidade no cuidado, respeito aos direitos do paciente e seu empoderamento, além de favorecer a prática de higiene de mãos, cirurgia segura, segurança na cadeia medicamentosa, identificação do paciente, prevenção de quedas e lesão por pressão (Brasil, 2013b).

Na busca de esclarecer e continuar discutindo o conceito de experiência do paciente, cabe resgatar que os termos “Experiência do Paciente” e “Satisfação do Paciente” são usados, frequentemente, de maneira indiscriminada e equivocada pelos profissionais de saúde. São conceitos diferentes, que não devem ser confundidos (Ferreira et al, 2023).

Para Rodrigues (2023), a satisfação do paciente está relacionada aos desejos do paciente, o que ele espera em relação aos serviços que saúde que ele irá receber. Segundo Esperidião e Trad (2006), a satisfação dos serviços de saúde está vinculada a referenciais da psicologia social e do marketing, que trazem a teoria da atitude, a teoria da discrepância e a teoria da realização (de expectativas e de necessidades). Na teoria da atitude, a satisfação é medida em relação à atitude dos profissionais, ou algum aspecto do serviço, podendo ser positiva ou negativa, com base na crença e valores de cada indivíduo. A teoria da discrepância é a mais utilizada nas pesquisas de satisfação, pois ela mensura a diferença entre as expectativas do indivíduo e o resultado das interações que o paciente teve com os serviços de saúde. Já a teoria da realização se resume simplesmente pela diferença entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido, excluindo-se a análise da experiência do serviço.

Não é de hoje que os estudos reforçam que a satisfação está relacionada diretamente à expectativa (Baron-Epel, Dushenat, Friedman, 2001; Kravitz, 2001; Rao, Weimberger, Kroenke, 2000; Staniszewska, Ahmed, 1999). Porém, alguns autores refutam essa ideia, referindo que é possível haver satisfação com algum componente do serviço sem que haja expectativa, ou até mesmo conhecimento da sua existência (Aspinal *et al.*, 2014; Owens, Bachelor, 2016).

Diante do exposto, observa-se uma falta de uniformidade na definição precisa de experiência do paciente, resultado de sua natureza multifacetada e multidimensional. Fatores como elementos culturais, contextos sociais e situações individuais contribuem para a complexidade dessa compreensão. Acrescenta-se, ainda, que a experiência do paciente pode

abranger desde a dimensão psicológica da doença até a vivência como usuário do sistema de saúde, e a experiência contínua de o paciente conviver com uma condição de saúde específica (Oben, 2020).

A compreensão da experiência do paciente e sua influência na jornada do paciente pelo serviço de saúde, sem dúvida, pode ser um caminho promissor na busca de melhorias do processo de trabalho e na obtenção de melhores desfechos assistenciais. Assim como uma abordagem da qualidade, a experiência do paciente também traz o paciente como centro do seu cuidado, tornando-o ator principal no seu tratamento. Faz-se necessário enfatizar que ainda não há um consenso sobre qual a terminologia exata para essa abordagem, abrindo portas para novas expressões, tais como: cuidado centrado no relacionamento, cuidado personalizado, cuidado centrado no usuário/cliente e cuidado centrado na pessoa (Pluut, 2016; Scholl *et al.*, 2014). Esse modelo busca elucidar o paciente nas questões acerca de sua condição clínica, estabelecendo uma relação de corresponsabilização entre ele e a equipe de saúde. Isto possibilita ao profissional ofertar assistência personalizada, levando em consideração as preferências, crenças e valores do paciente (Ahn; Eun, 2021).

### 3.3. A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SUA INTERFACE COM O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE (CCP)

Voltando para a década de 1960, Edith Balint define pela primeira vez o conceito de Cuidado Centrado no Paciente (CCP) como a compreensão da individualidade de cada ser humano (Balint, 1969). A *The Health Foundation* define o cuidado centrado no paciente como um modelo de prestação de cuidados de saúde, que coloca o paciente no centro do processo de tomada de decisões sobre sua própria saúde. Nesse modelo, os pacientes são vistos como parceiros ativos em sua jornada de saúde, em vez de meros receptores passivos de tratamento.

De acordo com o relatório da *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC), de 2010, o cuidado centrado no paciente é uma abordagem de saúde que prioriza o respeito e a resposta às preferências, necessidades e valores dos pacientes. Essa abordagem abrange várias dimensões, incluindo respeito, apoio emocional, conforto físico, informação e comunicação, continuidade e coordenação dos cuidados, envolvimento da família, cuidadores e acesso aos cuidados (Luxford *et al.*, 2010).

O *Institute for Patient- and Family-Centered Care* (IPFCC), no qual seguiu com o legado do Dr. Harvey Picker, pioneiro nas ações de cuidado centrado no paciente, defende

que o cuidado centrado no paciente e na família é uma abordagem colaborativa no planejamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde (IPFCC, 2004). Baseia-se na parceria entre prestadores de cuidados de saúde, pacientes e famílias, permitindo que eles participem ativamente nas decisões de cuidado. Essa perspectiva valoriza o respeito pelas escolhas e as perspectivas dos pacientes, promovendo compartilhamento completo de informações, participação ativa nos cuidados e colaboração em políticas, pesquisa e desenvolvimento de instalações de saúde. Ao adotar essa abordagem, os resultados de saúde melhoram, a experiência do paciente e da família é aprimorada, os profissionais de saúde estão mais satisfeitos e os recursos são alocados de forma mais sensata.

Diversas pesquisas já foram realizadas com o intuito de aperfeiçoar esse inovador padrão de atendimento em diferentes nações. Entre elas, citam-se aquelas desenvolvidas na Holanda (Schoot; Proot. De Witte, 2006), Inglaterra (National Health Service, 2000), Canadá (Romanow, 2002), EUA (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014), e no Brasil, conforme veremos adiante.

Esse movimento, que exige a participação ativa do paciente, ganhou força a partir de uma das ações promovidas pela *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente), denominada “Pacientes pela Segurança do Paciente”, cujo principal propósito é garantir que a voz do paciente seja alicerce do movimento em prol da segurança, auxiliando na prevenção e na redução de danos (WHO, 2008). Essa ação deu início ao fortalecimento de parcerias entre prestadores de serviço, pacientes e familiares. No Brasil, em consonância às tendências mundiais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou prioridades a serem desenvolvidas para a segurança do paciente, dentre as quais se destaca a necessidade de envolver pacientes e seus familiares nas ações de segurança, ampliar o acesso da sociedade a informações sobre a temática e estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada (Brasil, 2013a; 2013b). Entende-se que oportunizar o protagonismo do paciente durante os aspectos da assistência, incluindo em ações que conferem qualidade e segurança do cuidado, influencia todo o processo de percepção do paciente quanto a sua experiência durante sua jornada nos serviços de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003. Conhecida também como “HumanizaSUS”, ela aborda os conceitos de CCP em muitos de seus princípios e diretrizes, através do fortalecimento da participação e do engajamento do paciente, além da valorização da assistência com foco na comunicação (Brasil, 2013).

Em 2015, o *Institute of Medicine* (IOM) enumerou as oito dimensões do cuidado centrado na pessoa, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões do Cuidado Centrado na Pessoa.

<b>Dimensão</b>	<b>Objetivo</b>
Respeito pelos valores, preferências e necessidades dos pacientes	Reconhecer cada paciente como único e seguir um plano que atenda a suas especificidades
Coordenação e integração do cuidado	Reduzir o sentimento de vulnerabilidade dos enfermos
Informação e educação	Aprimorar o conhecimento dos pacientes sobre suas condições e tratamentos possíveis
Conforto físico	Melhorar a experiência do paciente
Auxílio emocional e alívio do medo e ansiedade	Empoderar o paciente
Envolvimento de familiares e amigos	Reconhecer que eles assumem papel fundamental na experiência do paciente
Continuidade e transição	Oferecer aos pacientes condições para que façam parte do cuidado
Acesso ao cuidado	Fazer com que os pacientes possam acessá-lo quando necessário.

Fonte: Adaptado de *Institute of Medicine (IOM, 2015)*.

Esse movimento, que coloca o paciente como protagonista, e chamado “revolução do paciente”, deu luz ao movimento de cuidado centrado na pessoa, tomada de decisão compartilhada, da participação e do engajamento do paciente, e do direito do paciente (Albuquerque, 2023).

A conexão entre a experiência do paciente e os direitos do paciente se estabelece através do arcabouço do cuidado centrado na pessoa, tomada de decisão compartilhada (TDC), e da colaboração entre paciente/familiares e os profissionais de saúde. Ambos se fundamentam na visão do paciente como um indivíduo singular em cada interação, reconhecendo sua dimensão biopsicossocial. Essa visão é congruente com a experiência do paciente, que é individualizada e personalizada, e com os direitos do paciente, que reconhecem o paciente como um agente moral, epistêmico e mental (Wolf *et al.*, 2021). Assim, a experiência do paciente e os direitos do paciente estão intrinsecamente ligados por meio de seus princípios e objetivos compartilhados, bem como pela abordagem centrada no indivíduo, resultando em um enfoque coeso na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Como uma proposta de ação para o modelo de CCP, o engajamento do paciente no seu cuidado vem sendo bastante discutindo. Apoiando esse movimento, a OMS sugeriu que o tema do “Dia mundial da segurança do paciente” do ano de 2023, comemorado dia 17 de setembro, fosse “Engajar os pacientes para a segurança do paciente”.

### 3.4. MÉTRICAS E FATORES ASSOCIADOS À EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

A experiência do paciente é um indicador de processo, que pode refletir os pontos comuns entre os próprios pacientes em relação ao atendimento recebido. Esse indicador pode ser composto por três esferas: Comunicação eficaz; Respeito/dignidade; e Suporte emocional (Larson *et al.*, 2019). A internação pode representar para o paciente um período intenso, que desencadeia sentimentos estressores devido ao cenário vivido, repleto de novas tecnologias e técnicas assistenciais que eliciam diversos sentimentos, entre eles a ansiedade (Gomes; Carvalho, 2019). Como estratégia de melhorar a experiência do paciente, medidas de conforto devem ser ofertadas. Diminuir as causas que geram ansiedade para o paciente é uma estratégia de valor, visto que essa é uma característica comum no período de internação: dados mostram que de 33,7% a 46% dos pacientes hospitalizados se sentem ansiosos (Delfini; Roque; Peres, 2009; Gullich, 2013; Hernández *et al.*, 2005). Nesse aspecto, faz-se necessário que os profissionais de saúde, principalmente psicólogos, alinhem o contexto técnico à atenção afetiva, com ações que transcendam o processo terapêutico, incluindo aspectos psicológicos (Santos *et al.*, 2011).

Contudo, esses aspectos podem sofrer interferência direta de outros fatores, como as características das instalações (número de leitos, dimensionamento de pessoal e disponibilidade de recursos); características dos pacientes (sociodemográficas, experiências anteriores, idade, escolaridade e renda); e o tipo de serviço (eletivo ou emergência). Esses fatores ainda podem estar associados ao cenário onde a instituição está inserida, tendo forte relação com o contexto do país e do sistema de saúde. Essa estrutura de fatores pode moldar as necessidades, expectativas e valores dos pacientes (Larson *et al.*, 2019).

Considerando a cultura organizacional, verifica-se, portanto, uma estreita relação entre a experiência do paciente e o compromisso institucional com o tipo de produto entregue ao paciente. Em 2006, foi lançado o livro “*Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*” (Porter; Teisberg, 2006) e, em 2007, relançado no Brasil com o título “Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos” (Porter; Teisberg, 2007). O material faz um convite às instituições de saúde a repensarem o processo de trabalho e os modelos de atenção, considerando o “valor entregue ao paciente” e como ele pode ser desenvolvido e melhorado.

Nesse contexto, o modelo de Saúde Baseada em Valor (SBV), ou *Value Based Health Care* (VBHC), representa uma quebra de paradigma e uma inovação aos modelos de remuneração ainda predominantes (Porter; Teisberg, 2006), tais como o pagamento de taxa

por serviço, também conhecido por *fee-for-service* (FFS), ainda hegemônico no meio público e privado (Oliveira; Veras; Cordeiro, 2018). Esse modelo sofreu duras críticas, principalmente por estimular o comportamento de despesas desnecessárias, pois o raciocínio era quanto mais procedimentos realizar, mais o hospital receberá (Schroeder; Frist, 2013). Além disso, esse modelo tem a desvantagem de não ser um modelo aliado à segurança do paciente, devido ao estímulo à quantidade e não à qualidade dos serviços prestados (Porter; Kaplan, 2016).

Diante dessa problemática, e associada às diversas recomendações governamentais, nacionais e internacionais, para aumentar a participação do paciente nas questões do cuidado, a entrega de valor ao paciente tem sido um caminho necessário e sem volta para as instituições de saúde. O modelo de saúde baseada em valor, na esfera da experiência do paciente, tem avançado em alguns países como Reino Unido e Suécia. Ainda no desenvolvimento de ações, temos países como Austrália, Colômbia, França, Alemanha, Japão, Holanda, Polônia, Coreia do Sul e Estados Unidos. O Brasil está na lista de países com baixa adoção de ações que melhorem a experiência do paciente nos serviços de saúde, juntamente com Chile, China, Egito, Índia, Indonésia, México, Nigéria, Rússia, África do Sul, Espanha, Turquia e Emirados Árabes (Montaño *et al.*, 2017).

Esse atraso registrado nos países citados pode ser decorrente do próprio modelo de atenção em saúde que ainda está enraizado em processos paternalistas. Falar da experiência do paciente, considerar suas particularidades, necessidades e valores em cada etapa do cuidado converge para um modelo de atenção centrado no paciente. O IOM, por meio da declaração de consenso publicada pelos autores Chassin e Galvin (1998), definiu o cuidado centrado no paciente como o “cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas”.

A perspectiva dos pacientes em relação aos serviços é diferente da perspectiva dos profissionais. Por isso, é necessário explorá-la com base nos cuidados vivenciados, em busca de contribuições para melhorar a segurança e, portanto, a experiência do paciente. Os pacientes são fontes de constante aprendizado, mas ainda pouco exploradas (O'hara *et al.*, 2018).

Estudo multicêntrico realizado no Reino Unido mostrou que, surpreendentemente, a falta de habilidade e crenças negativas da equipe assistencial foram barreiras do envolvimento do paciente no seu próprio cuidado (Liang *et al.*, 2018). No Brasil, essa prática ainda se depara com obstáculos no sistema de saúde, e é pouco identificada como uma dimensão da qualidade dos cuidados de saúde. Corroborando, o número de trabalhos científicos voltados

para esse assunto ainda é escasso (Rodrigues; Portela; Malik, 2019).

Em 1983, através do relatório Griffith, a visão do usuário em relação aos serviços de saúde prestados ganhou destaque. A recomendação, entre diversas realizadas no relatório, era da necessidade de coleta de dados sobre a experiência e percepção dos usuários do sistema de saúde do Reino Unido pelo *National Health Service* (NHS) (Griffiths Report, 1983).

Compreender a visão dos pacientes em relação aos cuidados que lhes são prestados é de suma importância para identificar oportunidades de melhoria e para fomentar a qualidade excepcional no atendimento. Além disso, esse processo inaugura um ponto de partida para a compreensão da percepção e da satisfação dos pacientes em relação aos sistemas de saúde (Farias *et al.*, 2022).

Para iniciar a discussão sobre as avaliações, faz-se necessário citar o autor Lincoln Murphy (2016), que em seu livro “*Customer Success: How Innovative Companies Are Reducing Churn and Growing Recurring Revenue*” (traduzindo para o português: “Sucesso do Cliente: como as companhias inovadoras estão diminuindo o abandono dos clientes e aumentando a receita recorrente”), traz pela primeira vez o termo “Sucesso do cliente”, definido pelo alcance do objetivo desejado pelo cliente através das interações com a instituição. Na perspectiva do cenário hospitalar, podemos ilustrar esse conceito através de um caso hipotético, de um paciente que precisou de um procedimento cirúrgico para correção de fratura na perna. Na cirurgia ortopédica, o paciente está submetido a riscos, tais como infecção de sítio cirúrgico (Oliveira *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2021), risco de tromboembolismo venoso (Majima; Oshima, 2021), e os demais riscos preditores como infartos, pneumonia, etc. (Gonçalves; Massao, 2022). Suponhamos que esse paciente receba alta dentro do prazo previsto, sem alterações clínicas e com boa recuperação. Caso isso aconteça, mesmo com todos os riscos citados, podemos dizer, através do conceito de Murphy, que esse cliente obteve sucesso terapêutico, pois ele alcançou seu objetivo. Porém, algumas situações requerem acompanhamento de longo prazo para serem melhor analisadas, sendo fundamental mensurar o desfecho do paciente. Para acompanhar e mensurar esses desfechos de maneira estruturada, utilizamos o conceito de “*patient-reported outcomes*” (PRO), ou “desfechos reportados pelos pacientes”. Destaca-se a importância desse recurso complementar como maneira de agregar valor além das tradicionais ações de segurança do paciente (Weszl; Rencs; Brodszky, 2019). O Quadro 2 ilustra as principais dimensões dessa mensuração.

Quadro 2 – Principais dimensões dos desfechos reportados pelo paciente.

<b>Principais Dimensões PRO</b>	
<b>Cuidado Centrado no Paciente</b>	Qualidade de vida
	Diminuição da ansiedade
	Adesão Terapêutica
	Avaliação dos sintomas a longo prazo
	Satisfação com os cuidados
	Adaptação social
	Funcionalidade
	Satisfação com sistemas de saúde
	Utilidade e preferências ouvidas

Fonte: Adaptado de Anker *et al.* (2014).

O Quadro 3 ilustra as vantagens do PRO na perspectiva das instituições de saúde, envolvendo seus *stakeholders*.

Quadro 3 – Principais vantagens do PRO, na perspectiva dos profissionais de saúde (*stakeholders*).

<b>As principais vantagens do PRO – Profissionais de Saúde</b>	
<b>Saúde Baseada Em Valor Vantagem Competitiva</b>	Retrato do Estado de Saúde
	Avaliação de mudanças
	Monitoração de resultados
	Eficácia/Efetividade
	Eficiência
	Prognóstico
	Processo de Decisão
	Indicador de Qualidade
	Avaliação de Terapias/Tecnologias
	Políticas em Saúde

Fonte: Adaptado de Anker *et al.* (2014) e Silva (2019).

Esses desfechos se dividem em duas medidas:

**1) PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*):** Traduzindo para o português, as “Medidas de desfechos reportados pelo paciente” avaliam os desfechos clínicos, de maneira científica e com validação psicométrica, considerando os impactos na vida desse paciente (Bohm *et al.*, 2021). Eles são divididos em três subgrupos, conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4 – Tipos de PROMS e suas ferramentas. (Continua)

<b>Grupo</b>	<b>Descrição/Aplicabilidade</b>	<b>Exemplo de Ferramenta</b>
<b>Genéricos</b>	O questionário pode ser aplicado em um grupo diversificado de pessoas. São avaliados aspectos como qualidade de vida, funcionalidade física, saúde mental e emocional, adaptação social e dor.	HRQoL Short Form-36 (SF-36) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

Quadro 4 – Tipos de PROMS e suas ferramentas (Conclusão)

<b>Grupo</b>	<b>Descrição/Aplicabilidade</b>	<b>Exemplo de Ferramenta</b>
<b>Específicos por grupo de condições ou doenças</b>	O questionário pode ser aplicado em um determinado grupo com condições de saúde ou doenças similares	(Pacientes Oncológicos) European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ-C30)
<b>Específicos por condição/doença ou tratamento</b>	O questionário é desenvolvido para avaliar sintomas, tratamento de uma determinada condição ou doença.	(Pacientes Renais) ESAS-r: Renal IPOS-Renal

Fonte: Adaptado de Bienassis *et al.* (2022) e Davison *et al.* (2021).

**2) PREMs (*Patient Reported Experience Measures*):** Traduzindo para o português como “Medidas de experiência reportadas pelo paciente”, avaliam a qualidade do atendimento a partir da experiência do paciente durante o processo de internação (Sundaram *et al.*, 2022), por meio da análise da comunicação estabelecida com os profissionais de saúde, disponibilidade dos serviços, assistência fornecida pelos colaboradores e demais elementos associados à vivência do paciente no âmbito do sistema de saúde. Além disso, os PREMs podem fornecer dados confiáveis para elaboração de relatórios públicos, favorecendo o *benchmarking* entre instituições (Bull *et al.*, 2019).

O *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) desenvolveu uma ferramenta, chamada *Canadian Patient Experiences Survey on Inpatient Care* (CPES-IC), para mensurar PREMs nos hospitais canadenses onde os pacientes foram alojados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Essa ferramenta foi testada, validada em campo e endossada pela *Health Standards Organization and Accreditation Canada*. Segundo seu manual (CPES-IC, 2019) ela se baseia nos seguintes tópicos:

- Processo de admissão;
- Comunicações;
- Envolvimento nas decisões e respeito pelas preferências do paciente;
- Coordenação de cuidados;
- Processo de alta; e,
- Experiência geral de atendimento.

Existem vários métodos e ferramentas que podem ser utilizados para coletar dados sobre experiências dos pacientes, cada uma com sua especificidade. Salientamos que o presente estudo não tem como foco analisar detalhadamente cada uma delas; porém, faz-se necessário mencionar as mais utilizadas, a fim de trazer mais informações ao leitor, além de

fomentar ações relacionado ao tema de pesquisa.

A ferramenta mais conhecida e utilizada para medir a experiência do paciente em ambiente hospitalar é o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*, definido pela sigla HCAHPS, e na tradução ao português “Avaliação do Consumidor de Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde” (Hurwitz; Mercer; Rose, 2023). Trata-se de uma pesquisa vinculada ao *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS, 2023), agência federal do *United States Department of Health and Human Services* (HHS), que administra o *Medicaid*. Em 2002, o CMS firmou parceria com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), também vinculada ao HHS, para desenvolver e testar a pesquisa HCAHPS. Em 2005, obteve o aval do *National Quality Forum* (NQF), sendo aprovado também pelo Escritório Federal de Administração e Orçamento para publicação de relatórios públicos. Os hospitais norte-americanos, submetidos ao *Inpatient Prospective Payment System* (IPPS), passaram a receber incentivos adicionais com base nos resultados divulgados no HCAHPS. De acordo com a Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis, de 2010, os hospitais norte-americanos, vinculados ao programa *Hospital Value-Based Purchasing*, também passaram a calcular o repasse dos incentivos baseados no HCAHPS, através dos resultados coletados em 2012. A pesquisa é constituída por 29 perguntas, direcionadas aos pacientes no seu pós-alta, entre 48h e seis semanas a partir do evento, podendo ser coletado por correio, telefone, correio com acompanhamento por telefone ou reconhecimento de voz interativo (CMS, 2023).

O questionário avalia questões comportamentais, de comunicação e interação, de avaliação do cuidado e de gerenciamento da dor, entre outras. O Quadro 5 ilustra a suas categorias e as variáveis mensuradas. Para cada variável, é destinada uma série de questões.

Quadro 5 – Categorias e variáveis estruturais da ferramenta HCAHPS.

<b>Categoria</b>	<b>Variável</b>
Alta hospitalar e transição dos cuidados	Informações sobre alta e transição do atendimento e cuidados
Ambiente Hospitalar	Limpeza e tranquilidade do ambiente hospitalar
Comunicação e Informação	Comunicação com a equipe assistencial
Equipe Hospitalar	Capacidade de Resposta da Equipe
Qualidade e Serviços	Classificação Geral do Hospital
Sentimentos e Comportamentos	Possibilidade de Recomendação

Fonte: Adaptado de Bernardo (2021).

Uma pesquisa publicada em 2022 pelo *Patient Experience Journal*, vinculada ao *Beryl Institute* e autoria de Gallan, Niraj e Singh, traz uma importante reflexão sobre o

HCAHPS. Foi analisado um grande conjunto de pesquisas de pacientes internados, totalizando 48.592 pacientes, e gerando 65.998 comentários. Com auxílio da tecnologia, a pesquisa aponta que existem informações importantes sobre a percepção dos pacientes, que instrumentos estruturados (como o HCAHPS) não são capazes de coletar e, portanto, não são mensurados. Para isso, é necessário avaliar os comentários dos pacientes. Esses 65.998 comentários analisados fornecem uma compreensão mais sutil sobre as experiências hospitalares dos pacientes, incluindo informações importantes sobre a capacidade de diagnóstico médico, questões sobre a humanização e cuidado respeitoso, habilidades de equipes, colegas de quarto, entre outros. Os pesquisadores recomendam que é preciso extrair os *insights* desses comentários, e que seus processos, recursos e capacidades resultem em ações de melhoria nas instituições (Gallan; Niraj; Singh, 2022).

Outra ferramenta dedicada a mensurar a experiência do paciente hospitalar é o *Picker Patient Experience Questionnaire* (PPE) (Reeves *et al.*, 2002). Originado na Inglaterra em 2002, foi aplicado em outros países como: Reino Unido, Alemanha, Suécia, Suíça e Estados Unidos. Esse instrumento é composto de 15 questões, e tem como proposta a agilidade em sua aplicação, bem como uma análise simplificada da sua pontuação, além de permitir ser altamente adaptável, a depender das necessidades das instituições (Jenkinson; Coulter; Bruster, 2002). Assim como o HCAHPS, o PPE é dividido por categorias e variáveis, conforme descrito no Quadro 6.

Quadro 6 – Categorias e variáveis estruturais da ferramenta PPE.

<b>Categoria</b>	<b>Variável</b>
Alta hospitalar e transição de cuidados	Continuidade e Transição
Ambiente Hospitalar	Conforto Físico
Comunicação e Informação / Equipe Hospitalar	Informação e Educação
Cuidados e Segurança	Coordenação dos Cuidados
Equipe Hospitalar	Suporte Emocional
	Respeito pela solicitação do paciente
Experiência	Impressão Geral
Trato com o paciente e familiares	Envolvimento de familiares e amigos

Fonte: Adaptado de Bernardo (2021).

Um *Scoping Review* realizado por Bernardo, em 2021, por sua vez, aponta que predominam métodos quantitativos para mensuração da experiência do paciente (*patient experience* ou PX), seguindo a ordem de utilização em hospitais, conforme apresentado no Quadro 7.

Quadro 7 – Ferramentas de análise de experiência do paciente (PX) mais utilizadas.

<b>Classificação</b>	<b>Ferramenta</b>
1	HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)
2	PPE–15 ou PPE–33(Picker Patient Experience Questionnaire)
3	QPP (Quality of care from the patient's Perspective)
4	HKIEQ (Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire)
5	PEECH (Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation)
6	PPQ (Patient Perceptions of Quality)
7	Press Ganey
8	Own Questionnaire
9	CCAENA (Questionnaire of Continuity between Care Levels)
10	CEFIT (Care Experience Feedback Improvement Tool)
11	CEPS IC (Canadian Patient Experience Survey–Inpatient Care)
12	CollaboRATE
13	Diary of patient (escrito pelo próprio paciente)
14	Emotional Touchpoint
15	EUROPEP Questionnaire
16	EXQ (Customer Experience Quality)
17	FPS (Flemish Patient Survey)
18	I-PAHC (Patient Assessment of Healthcare for Inpatient Care)
19	JPCAT (Primary Care Assessment Tool)
20	NORPEQ (Norwegian patient experience questionnaire)
21	O-PAHC (Patient Assessment of Healthcare for Outpatient Care)
22	PEQ (Patient Experience Questionnaire)
23	SERVQUAL

Fonte: Adaptado de Bernardo (2021).

O *Net Promoter Score* (NPS) é adotado por vários serviços de saúde como forma de analisar a satisfação do cliente (Alismail *et al.*, 2020; Bitencourt *et al.*, 2023; Hamilton *et al.*, 2014; Koladycz *et al.*, 2018; Wilberforce *et al.*, 2019). Porém, com base no item 3.1, é preciso diferenciar satisfação do cliente de experiência do cliente. Estudo realizado na Holanda aponta pouca relação entre o NPS e indicadores de qualidade, tanto em ambientes hospitalares, quanto ambulatoriais (Krol *et al.*, 2014). A mensuração da experiência do paciente por meio de ferramentas específicas desempenha um papel vital na melhoria da jornada do paciente, que oferecem *insights* valiosos sobre diversos aspectos, desde a qualidade do atendimento até a satisfação do paciente. No entanto, para extrair o máximo dessas ferramentas, é necessário desenvolver competências específicas que agreguem valor ao processo.

### 3.5. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E SUA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DE EXPERIÊNCIAS POSITIVAS

Inicialmente, a competência é definida como a capacidade de uma pessoa para realizar uma tarefa, sendo seu oposto associado à falta de habilidades e marginalização social, e ganhou destaque em discussões acadêmicas e empresariais, abrangendo níveis pessoais, organizacionais e nacionais. A discussão visa compreender a competência em diversos níveis, e como ela se relaciona com estratégias organizacionais e processos de aprendizagem (Fleury; Fleury, 2001).

O debate sobre competência teve início nos Estados Unidos em 1973, quando McClelland publicou o artigo “*Testing for Competence rather than Intelligence*”. Ele diferenciou competência de aptidões, habilidades e conhecimentos, estabelecendo que a competência é fundamental para um desempenho superior.

Durante a década de 1980, Richard Boyatzis identificou características e traços que definem um desempenho superior, contribuindo significativamente para a literatura sobre competência. Nesse contexto, a competência é vista como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que fundamentam o alto desempenho, com ênfase na inteligência e na personalidade das pessoas.

No entanto, a maioria dos autores americanos associa a competência às necessidades dos cargos nas organizações, seguindo princípios do taylorismo-fordismo (McLagan, 1996; Mirabile, 1997; Spencer; Spencer, 1993). Contrapondo-se a essa visão, autores como Lawler (1998) e Albuquerque e Oliveira (2001) argumentam que as organizações precisam competir por meio de competências complexas em um mundo globalizado, em vez de apenas seguir os requisitos dos cargos.

O conceito de competência na literatura francesa dos anos 1990 ultrapassa a qualificação, e enfatiza a capacidade de lidar com situações imprevistas, a comunicação e o foco no serviço. O trabalho deixa de ser apenas um conjunto de tarefas associadas ao cargo, e se torna uma extensão direta da competência do indivíduo diante de situações mutáveis (Le Boterf, 1995).

Nesse sentido, é consentâneo considerar o debate sobre *soft skills* e *hard skills*. Enquanto as *hard skills* representam habilidades técnicas e conhecimentos específicos, as *soft skills* englobam habilidades interpessoais, comportamentais e emocionais. Ambos desempenham papéis essenciais no desenvolvimento das competências dos indivíduos. As *hard skills* são as competências técnicas e especializadas, as quais os profissionais adquirem

ao longo de suas formações e carreiras. Essas habilidades são tangíveis e mensuráveis, incluindo, por exemplo, conhecimentos em programação, habilidades cirúrgicas, proficiência em matemática, entre outras. Elas são fundamentais em muitas áreas profissionais, e são muitas vezes o qualificador de entrada em determinadas carreiras. Por outro lado, as *soft skills* são mais sutis, mas igualmente importantes. Elas envolvem competências como comunicação eficaz, trabalho em equipe, empatia, adaptabilidade, resolução de conflitos e liderança. Essas habilidades não são tão facilmente mensuráveis como as *hard skills*, mas têm um impacto significativo no sucesso profissional, especialmente em ambientes onde a interação humana desempenha um papel central, como no cenário hospitalar (Lista *et al.*, 2022; Putra *et al.*, 2020).

Na perspectiva anteriormente discutida, a competência profissional se desenha como uma capacidade dinâmica e multifacetada, que vai além de um mero acúmulo de conhecimentos ou habilidades. Essa concepção, quando aplicada no cenário hospitalar, não se limita ao domínio de teorias e técnicas, mas antes envolve a aplicação inteligente desses conhecimentos em cenários desafiadores e complexos. Em saúde, a competência é a capacidade de responder de maneira eficaz a situações que frequentemente se caracterizam pela imprevisibilidade e pela necessidade de tomada de decisões críticas. Profissionais de saúde devem possuir uma inteligência prática, que lhes permita adaptar e aplicar seu conhecimento teórico e prático a uma ampla gama de contextos clínicos e desafios emergentes. A competência no campo da saúde está intrinsecamente ligada à habilidade de integrar conhecimentos multidisciplinares, compreender a individualidade de cada paciente e aplicar abordagens personalizadas de cuidados. Isso não se limita aos procedimentos clínicos, mas abrange também habilidades de comunicação, ética e tomada de decisões informadas. (Campbell, 1990; Samsir, 2018; Schuckert *et al.*, 2018; Villaluz, Hechanova, 2019).

O desenvolvimento de competências específicas durante o processo de formação e de qualificação de profissionais, visando a ampliação da capacidade das equipes de saúde responderem às necessidades vigentes no contexto de melhoria da experiência do paciente tem sido necessário. Além disso, a aprendizagem contínua e a capacidade de se adaptar a avanços constantes são fundamentais para a manutenção da competência no campo da saúde. Verifica-se a notoriedade de constante atualização, desenvolvendo uma visão estratégica de como suas competências se alinham com as necessidades dos pacientes e das instituições de saúde (Polonia, Santos, 2020; Oliveira, Lacerda, 2007).

A empatia é um instrumento terapêutico, podendo ser utilizada de forma verbal ou não verbal. Contudo, para que ocorra sua aplicação, o profissional deve desenvolver um

relacionamento com base no respeito e cuidado individualizado, considerando as crenças, valores e preferências de cada paciente (Takaki; Sant'ana, 2004). Demonstrar a importância do envolvimento do paciente no plano terapêutico, e dar voz a ele durante as reuniões na beira leito, oportunizam a criação de vínculos de confiança e credibilidade, que são imprescindíveis para o sucesso do cuidado centrado no paciente (Liang *et al.*, 2018). A comunicação eficaz também permite o compartilhamento de saberes entre profissionais e pacientes, minimizando ruídos e contribuindo para a melhor compreensão e definição dos aspectos envolvidos no cuidado (Coriolano-Marinus *et al.*, 2014).

As competências da equipe exercem um papel fundamental na experiência do paciente, moldando não apenas a qualidade do cuidado prestado, mas também o impacto emocional e psicológico do paciente durante o processo de tratamento. Para além do desenvolvimento de competências, também é necessário desvelar quais são as estratégias de gestão que podem ser utilizadas para engajar as equipes de saúde, a adotarem e assumirem comportamentos coerentes aos processos de melhoria da experiência do paciente.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Justifica-se essa escolha devido ao objetivo central da pesquisa, que se orienta pela análise das competências e estratégias de gestão para o engajamento de equipes na experiência do paciente, a partir da percepção daqueles que vivenciam esse processo.

Uma pesquisa qualitativa é uma abordagem metodológica, que visa compreender, explorar e interpretar fenômenos complexos e contextuais, muitas vezes em ambientes naturais. Em contraste aos métodos quantitativos, que buscam medir e quantificar variáveis, os estudos qualitativos buscam capturar a riqueza e a profundidade das experiências humanas, permitindo uma compreensão mais aprofundada dos significados, perspectivas e contextos envolvidos. Essa abordagem frequentemente utiliza técnicas como entrevistas, observação do participante, análise de conteúdo e estudos de caso (Braun; Clarke, 2019; Denzin; Lincoln, 2018).

Como instrumento auxiliar na descrição do relatório dessa pesquisa, foi utilizado o *checklist* do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

### 5.1. CENÁRIO DE ESTUDO

A experiência do paciente pode ser encontrada em todos os níveis de atenção à saúde, independentemente do seu tempo de permanência. O presente estudo se limitou ao cenário hospitalar, incluindo todos os níveis de complexidade e especialidades. Fez-se necessário abranger a pesquisa para hospitais públicos e privados, a fim de buscar maior diversificação de cultura e perfis de liderança, contribuindo para o enriquecimento da discussão da pesquisa.

Com o intuito de abranger um espectro mais amplo, e considerando a influência cada vez mais significativa da tecnologia digital na pesquisa contemporânea, este estudo optou por não impor limites geográficos específicos. Dessa forma, o cenário da pesquisa foi delineado por meio de uma abordagem digital, capitalizando as ferramentas tecnológicas disponíveis para a coleta e análise de dados.

É relevante destacar que a escolha por não definir fronteiras geográficas visa

explorar as complexidades e dinâmicas que permeiam diferentes regiões do Brasil. No contexto da saúde, o país apresenta uma diversidade notável, que de acordo com o CONASS, em 2021, o Brasil tinha cerca de 8.870 estabelecimentos hospitalares.

A ênfase na tecnologia digital como meio para a definição do cenário destaca a capacidade de superar barreiras físicas, permitindo uma abordagem mais inclusiva e eficiente na coleta de dados. Dessa forma, este estudo busca aproveitar as vantagens oferecidas pela conectividade digital, contribuindo para uma compreensão abrangente e aprofundada das questões investigadas, ao mesmo tempo em que incorpora a rica diversidade do contexto hospitalar brasileiro e suas particularidades.

## 5.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população participante foi formada por gestores da área de saúde, vinculados a hospitais, sendo indiferente sua área de atuação (internação, centro cirúrgico, segurança do paciente, etc.). A escolha dos gestores se deu pelos seguintes critérios de inclusão: ter experiência em gestão, por período igual ao superior ao período de 6 meses; e atuar presentemente em instituição hospitalar. A seleção de um período de atuação mínimo foi feita com a finalidade de permitir que os profissionais de saúde tivessem uma percepção mais autêntica sobre a prática e outros aspectos associados à gestão e à experiência do paciente. Os critérios de exclusão foram: estar afastado das atribuições do cargo, por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados.

Um total de 19 profissionais participaram do estudo, sendo os convites para participação na pesquisa interrompidos após a saturação teórica dos dados. Esta técnica envolve a interrupção da coleta de informações assim que se constata que não surgirão mais elementos novos no campo observado para embasar a teorização desejada (Fontanella *et al.*, 2011).

## 5.3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento construído especificamente para essa pesquisa (ver detalhes no Apêndice A). O instrumento foi avaliado quanto à clareza, objetividade e eficiência, visando proporcionar uma experiência mais robusta e informativa para as partes envolvidas. Após entrevista piloto, foi detectada a necessidade de tornar as questões mais claras e compreensíveis, eliminando qualquer ambiguidade que pudesse surgir

durante a entrevista. O novo instrumento foi cuidadosamente revisado, para garantir que as perguntas fossem formuladas de maneira direta, facilitando a compreensão por parte dos entrevistados. A imparcialidade foi fundamental em qualquer processo de avaliação. Diante disso, ajustes foram realizados para assegurar que as perguntas fossem formuladas de maneira neutra, evitando qualquer viés que pudesse influenciar as respostas dos participantes. Isso contribuiu para que o processo de entrevista fosse justo e preciso.

O instrumento final foi composto por duas partes. A primeira investigou a caracterização do participante, com questões sobre região do país onde reside, cor, gênero, estado civil, idade, escolaridade, tempo de formação, curso de formação e/ou pós-graduação, tempo de casa, tempo de gestão, e se era a primeira experiência como gestor. A segunda parte se compôs das seguintes questões norteadoras:

- Para você, qual o significado da experiência do paciente durante o processo de hospitalização?
- Qual importância você como gestor atribui a processos e ações que consideram a experiência do paciente?
- Como você descreve a percepção da sua equipe de saúde em relação à experiência do paciente durante o processo de hospitalização?
- Quais competências, do ponto de vista de conhecimento, habilidades e atitudes, o profissional de saúde precisa ter para melhorar a experiência do paciente durante a hospitalização? e;
- O que você faz e o que pode ser feito para engajar as equipes de saúde em processos que melhorem a experiência do paciente?

Durante os meses de janeiro e abril de 2023, foram enviados 102 convites à população que cumpriu os critérios de inclusão. Os profissionais foram contatados, principalmente, via LinkedIn, onde foi possível realizar o primeiro contato via mensagem direta. Também foi possível contactar os profissionais pelo site institucional dos hospitais, quando foi enviado um e-mail para o endereço disponibilizado explicando o motivo do contato e, assim, solicitando o contato direto do gestor. A terceira estratégia para convidar os participantes foi por indicação direta de outras pessoas, por parte dos entrevistados, utilizando a técnica de *snowball sampling*.

Dos convites enviados, 58 contatos nunca estabeleceram comunicação em resposta a diversas tentativas, enquanto 16 decidiram não dar continuidade à pesquisa, registrando

desistência. Além disso, 15 manifestaram recusa em participar e 8 deixaram de responder ao termo de consentimento. Outras 5 entrevistas não puderam ser realizadas devido a conflitos de agenda com os participantes.

A principal razão para as desistências pareceu estar associada ao desejo dos participantes de atuarem como coautores da pesquisa, o que não foi concedido. Por outro lado, a principal causa de recusa está relacionada ao incômodo sentido por alguns candidatos em abordar questões sobre suas respectivas instituições de trabalho, bem como à percepção de uma possível deficiência de competência técnica para participar das entrevistas. Isso ocorre especialmente em virtude do tema – “Experiência do Paciente” – ser relativamente recente no contexto das instituições de saúde. Esses candidatos foram orientados quanto à condução da pesquisa, porém, sem sucesso.

Após o contato prévio e aceite do candidato, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando todos os procedimentos da pesquisa e reforçando a disponibilidade dos pesquisadores para o esclarecimento de dúvidas. Nos casos de aceite, e após a devolução do TCLE assinado, a entrevista foi agendada mediante compatibilidade de agenda do entrevistado e pesquisadora.

A captação dos dados se deu pela técnica de entrevista individual, semiestruturada, gravada com autorização prévia do participante, para evitar perda de dados, utilizando tecnologia digital de comunicação e informação. A escolha da tecnologia foi realizada pelo entrevistado, que optava pela plataforma que possuísse maior habilidade.

Com o avanço das tecnologias de comunicação e informação, bem como a facilidade de acesso a recursos digitais, tem sido cada vez mais frequente o uso de meios *on-line* no âmbito da pesquisa, incluindo em coleta de dados qualitativos (Salvador *et al.*, 2020). A técnica de realização de entrevistas *on-line* também não é nova. Uma pesquisa publicada em 2007, que compreendeu os anos de 2001 a 2004, analisou que esse método para coleta de dados teve boa aceitação entre os participantes, principalmente pela facilidade em conseguir captar mais indivíduos e de diversos locais. Além disso, os participantes consideraram a internet como um meio facilitador de comunicação (Duarte, 2007).

As entrevistas tiveram, em média, a duração de 20 minutos. O período de coleta dos dados compreendeu os meses de março e abril de 2023.

As entrevistas estruturadas foram conduzidas pela pesquisadora principal, que é mestranda no programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), com participação de duas auxiliares de pesquisa. A entrevistadora possuía familiaridade com o tema da pesquisa e compreendia os princípios que orientam a técnica de

entrevista para coleta de dados. É importante destacar que a entrevistadora não tinha qualquer vínculo com os participantes das entrevistas, nem com os hospitais onde atuavam. O interesse na pesquisa surgiu devido à natureza subjetiva e complexa das ações de liderança relacionadas ao tópico de estudo.

#### 5.4. ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas e analisadas à luz do referencial de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2010). Nesse método, a investigação tem como propósito primordial realizar uma análise objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo explícito presente na comunicação. Para conduzir essa análise, são aplicados procedimentos minuciosos e imparciais, os quais têm por finalidade descrever em detalhes o conteúdo das mensagens. Esses procedimentos englobam indicadores variados, abarcando tanto elementos quantitativos quanto qualitativos. Através do emprego desses indicadores, torna-se possível inferir informações que estão intrinsecamente ligadas às circunstâncias nas quais as mensagens foram produzidas e recebidas (Bardin, 2010).

A abordagem de análise de conteúdo, como delineada por Bardin, emerge como particularmente recomendável para esse tipo específico de pesquisa, dado que ela não apenas enriquece a fase exploratória do estudo, mas também amplia consideravelmente as perspectivas de efetuar descobertas relevantes. Adicionalmente, a abordagem valoriza tanto as formas de comunicação orais quanto escritas, e possibilita que questões preliminares desempenhem um papel orientador, conduzindo o desenvolvimento da pesquisa para a confirmação ou refutação de hipóteses (Silva; Gobbi; Simão, 2005).

O processo delineado por Bardin desenrola-se em torno de três fases cronológicas distintas: a pré-análise, que envolve a meticulosa preparação e organização dos dados coletados; a exploração do material, que representa a etapa de análise em si; e o tratamento dos resultados, o qual pavimenta o caminho para a fase subsequente de inferência e interpretação.

##### – 1ª Etapa: Pré Análise

Nessa fase, foram realizadas as transcrições dos áudios. Para melhor análise, o documento foi organizado de tal forma que todas as respostas realizadas para a mesma pergunta ficassem em sequência, ou seja, todas juntas. Foi feita a leitura flutuante, buscando se familiarizar com as informações e identificar aspectos relevantes, que poderiam se tornar unidades de análise posteriormente. Procedeu-se com a constituição *do corpus* da análise que

se deu pela pertinência e homogeneidade.

– *2ª Etapa: Codificação do material e categorização*

O material foi explorado, sendo realizado o recorte do conteúdo e elencadas as unidades de registro, conforme o tema das perguntas realizadas. Nessa fase, conforme foram identificadas as unidades de registro, formaram-se indicadores qualitativos que foram agrupados considerando o critério semântico, surgindo a categoria temática.

– *3ª Etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*

Através da análise de conteúdo, com base nos dados obtidos, tornou-se viável a formulação de inferências e interpretações, alinhadas com os objetivos estabelecidos na pesquisa, e estabelecendo um diálogo com os autores que abordaram os temas identificados.

## 5.5. ASPECTOS ÉTICOS

A execução deste projeto de pesquisa foi conduzida em estrita conformidade com princípios éticos fundamentais, considerando a busca de conhecimento e a coleta de dados que impactam indivíduos e comunidades. No âmbito da pesquisa de mestrado, a integridade ética foi um elemento essencial para garantir a credibilidade do estudo e o respeito pelos direitos dos participantes.

Um dos aspectos éticos fundamentais, que foi cuidadosamente abordado, foi o consentimento informado. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, garantindo que pudessem tomar decisões conscientes sobre sua participação.

A confidencialidade e o anonimato dos dados coletados foram rigorosamente assegurados. As informações foram tratadas de forma sigilosa, resguardando a identidade dos participantes e garantindo o anonimato, evitando qualquer associação das respostas a informações pessoais específicas. Os métodos empregados foram concebidos com a finalidade de garantir a segurança dos participantes, e de contribuir para o avanço do conhecimento, sem causar prejuízos injustificados.

É relevante destacar que este projeto foi submetido à análise ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília, garantindo a aderência aos padrões éticos estabelecidos. Adicionalmente, o projeto foi devidamente registrado na Plataforma Brasil, evidenciando o compromisso com a integridade e ética na condução do estudo.

A integridade ética, desde a concepção até a divulgação dos resultados, foi uma prioridade durante todas as fases do projeto. A pesquisadora aderiu a padrões éticos rigorosos,

reportando de maneira honesta os métodos, resultados e interpretações, evitando práticas questionáveis, como fabricação, falsificação ou plágio.

Para garantir sigilo quanto à exposição da identidade do participante, os relatos foram organizados numericamente, por ordem de participação, atribuindo a letra P de participante, seguida de um número ordinal.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Participaram do estudo 19 gestores, com perfil profissional variado. A caracterização profissiográfica está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização dos gestores participantes. (Continua)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	13	68,42
Masculino	06	31,58
<b>Cor</b>		
Branca	14	73,68
Parda	05	26,32
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	13	68,42
Casado	02	10,53
União Estável	04	21,05
<b>Faixa Etária</b>		
Entre 31 e 35 anos	07	36,84
Entre 36 e 40 anos	06	31,58
Acima de 40 anos	06	31,58
<b>Região</b>		
Centro-oeste	06	31,58
Nordeste	02	10,53
Sudeste	06	31,58
Sul	05	26,32
<b>Maior titulação</b>		
Especialização	12	63,16
Graduação	01	5,26
Mestrado	03	15,79
Doutorado	03	15,79
<b>Formação</b>		
Enfermagem	06	31,58
Medicina	04	21,05
Fisioterapia	02	10,53
Serviço Social	02	10,53
Outros*	05	26,32

Tabela 4 – Caracterização dos gestores participantes. (Conclusão)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Tempo de atuação em cargo de gestão</b>		
Entre 1 e 5 anos	08	42,11
Entre 5 e 10 anos	05	26,32
Mais de 10 anos	06	31,58
<b>Primeira experiência em gestão?</b>		
Não	11	57,89
Sim	08	42,11
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Nota: (\*) No campo “Outras”, relacionado à formação, foram observados os seguintes cursos: Direito, Engenharia Agrônômica, Farmácia, Fonoaudiologia e Tecnologia da Informação.

O Quadro 8 apresenta a discriminação das áreas de especialização relatadas pelos participantes, com exceção de um participante (código P09), o qual informou não ter especialização.

Quadro 8 – Especialização dos participantes da pesquisa. (Continua)

<b>Código do Participante</b>	<b>Especialização</b>
P01	Docência; Qualidade e acreditação em saúde; Gestão e controle de infecção.
P02	Doutorado em Enfermagem – Área temática: Segurança do Paciente.
P03	Pós-graduação em Gestão Estratégica de Pessoas; Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS; Especialização em Gestão em Saúde; Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família; Mestrado em Saúde Pública.
P04	Residência em Clínica médica; Residência em medicina intensiva; Pós-graduação em experiência do paciente.
P05	Residência em Clínica médica; Mestrado em Cuidado paliativo.
P06	Doutorado em Microbiologia clínica; Pós-graduação em Experiência do Paciente.
P07	Pós Graduação em Experiência do paciente.
P08	Pós-graduação em Terapia Intensiva.
P10	Pós Graduação em Disfagia; Pós-graduação em Cuidados Paliativos.
P11	Pós-graduação em Pediatria, neonatologia; Pós-graduação em Gestão Hospitalar.
P12	Pós-graduação em Controle de Infecção.

Quadro 8 – Especialização dos participantes da pesquisa. (Conclusão).

<b>Código do Participante</b>	<b>Especialização</b>
P13	Mestrado em Fisiologia; Pós-graduação em gestão em saúde.
P14	Pós-graduação em Experiência do Paciente e Cuidado Centrando na Pessoa; Pós graduação em Oncologia; Pós graduação em Urgência e Emergência.
P15	Pós graduação em Experiência do Paciente.
P16	Residência em Clínica Médica; Residência em Medicina Intensiva; Pós-graduação em Nutrologia e Terapia Nutricional.
P17	Doutorado em Oncologia.
P18	Pós-graduação em farmácia hospital e oncologia; Pós-graduação em espiritualidade; Pós-graduação em segurança do paciente e gerenciamento de risco.
P19	Pós-graduação em Gestão de pessoas; Pós-graduação em governança em saúde.

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2023).

## 6.2. CATEGORIA DE ANÁLISE

A análise dos relatos dos participantes desvelou três categorias temáticas: “Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores”; “Estratégias de gestão para a melhoria da jornada e experiência do paciente”; e “Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente”. Os Quadros 9, 10 e 11 detalham a estrutura de construção de cada uma das categorias temáticas, a partir da análise das unidades de registro e suas subcategorias.

Quadro 9 – Categoria temática: Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores. (Continua)

<b>Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores</b>	
Subcategoria 1 – Significado da Experiência do Paciente	<b>Unidades de registro:</b> Compaixão e dignidade humana; Entrega de valor; Interação com o serviço e profissionais; Paciente no centro do cuidado; Pilar organizacional.
Subcategoria 2 – Percepção dos gestores em relação ao conhecimento das equipes sobre experiência do paciente	<b>Unidades de registro:</b> Incompreensão do conceito; Resistência; Transfiguração entre iniciativa pública e privada.
Subcategoria 3 – Aspectos que influenciam positivamente na experiência e na jornada do paciente	<b>Unidades de registro:</b> Agilidade; Confiança na marca; Cuidados individualizados; Cultura organizacional; Empoderamento do paciente; Engajamento de equipes; Envolvimento dos familiares; Escuta ativa; Evidência científica; Letramento em saúde; Segurança do paciente; Tecnologia; Diagnóstico preciso; Continuação do cuidado; Sucesso do cliente e Linha terapêutica.

Quadro 9 – Categoria temática: Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores, (Conclusão)

<b>Categoria temática: Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores</b>	
Subcategoria 4 – Desafios para a melhoria da experiência do paciente nos serviços de saúde	<b>Unidades de registro:</b> Paternalismo; Falta de engajamento; Alta rotatividade de profissionais; Falta de cortesia; Falha de comunicação; Variação de comportamento do profissional conforme o turno; Comportamento contraproducente dos gestores; Falta de instrumentos de avaliação; Dificuldade em compreender as necessidades do paciente; Incompreensão do termo; Inexperiência prática; Política de gestão; Sobrecarga profissional; Incapacidade dos pacientes de avaliar o serviço; Falta de feedback dos pacientes; Nível de atenção à saúde; Limitações trazidas pela própria doença; Falta de abordagem do conteúdo em disciplinas de graduação e Relacionamento interprofissional.

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2023).

Quadro 10 – Categoria temática: Engajamento na melhoria da jornada e experiência do paciente.

<b>Categoria temática: Engajamento na melhoria da jornada e experiência do paciente – Como fazer?</b>	
Subcategoria 1 – Estratégias de gestão organizacional focada na experiência do paciente	<b>Unidades de registro:</b> Mapeamento de jornada; Ações multifacetadas; Inovação; Integração de processos; Conselho Consultivo; Mensuração de desfecho Clínico; Seleção de gestores; Articulação entre redes de atenção primária, secundária e terciária; Fornecedores; Sustentabilidade; Marketing; Conhecimento de mercado/ clientes; Convênio; Canais de comunicação.
Subcategoria 2 – Estratégias de gestão de equipes para a melhoria da experiência do paciente	<b>Unidades de registro:</b> Experiência do Colaborador; Desenvolvimento de equipe; Corresponsabilização; Compromisso da alta gestão.
Subcategoria 3 – Estratégias de gestão para a melhoria da experiência direcionadas ao paciente	<b>Unidades de registro:</b> <i>Disclousure</i> ; Disponibilidade; Resolução de problemas; Personificação; Previsibilidade; Alívio do medo; Materiais de Orientação; Alinhamento de expectativas.

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2023), com base em Fleury (2001).

Quadro 11 – Categoria temática: Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente (Continua)

<b>Categoria temática: Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente</b>	
Subcategoria 1 – Competência dos profissionais assistenciais	<b>Unidades de registro:</b> Empatia; Ética; Trabalho em equipe; Paciência; Atenção aos detalhes; Proatividade; Compaixão.

Quadro 11 – Categoria temática: Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente  
(Conclusão)

Subcategoria 2 – Competência dos gestores	<b>Unidades de registro:</b> <i>Hard Skills</i> – Conhecimento Técnico e de Processos; Atualização Constante; <i>Soft Skills</i> – Aceitação do conceito e da importância; Proatividade; Resiliência; Inteligência Emocional; Compreensão das individualidades dos membros da equipe; Liderança empática; Liderança Transformacional; Liderança Participativa; Comunicação Assertiva; Respeito; Comprometimento; Confiança; Entusiasmo; Visão Estratégica; Delegação; Flexibilidade; Adaptabilidade.
--	--

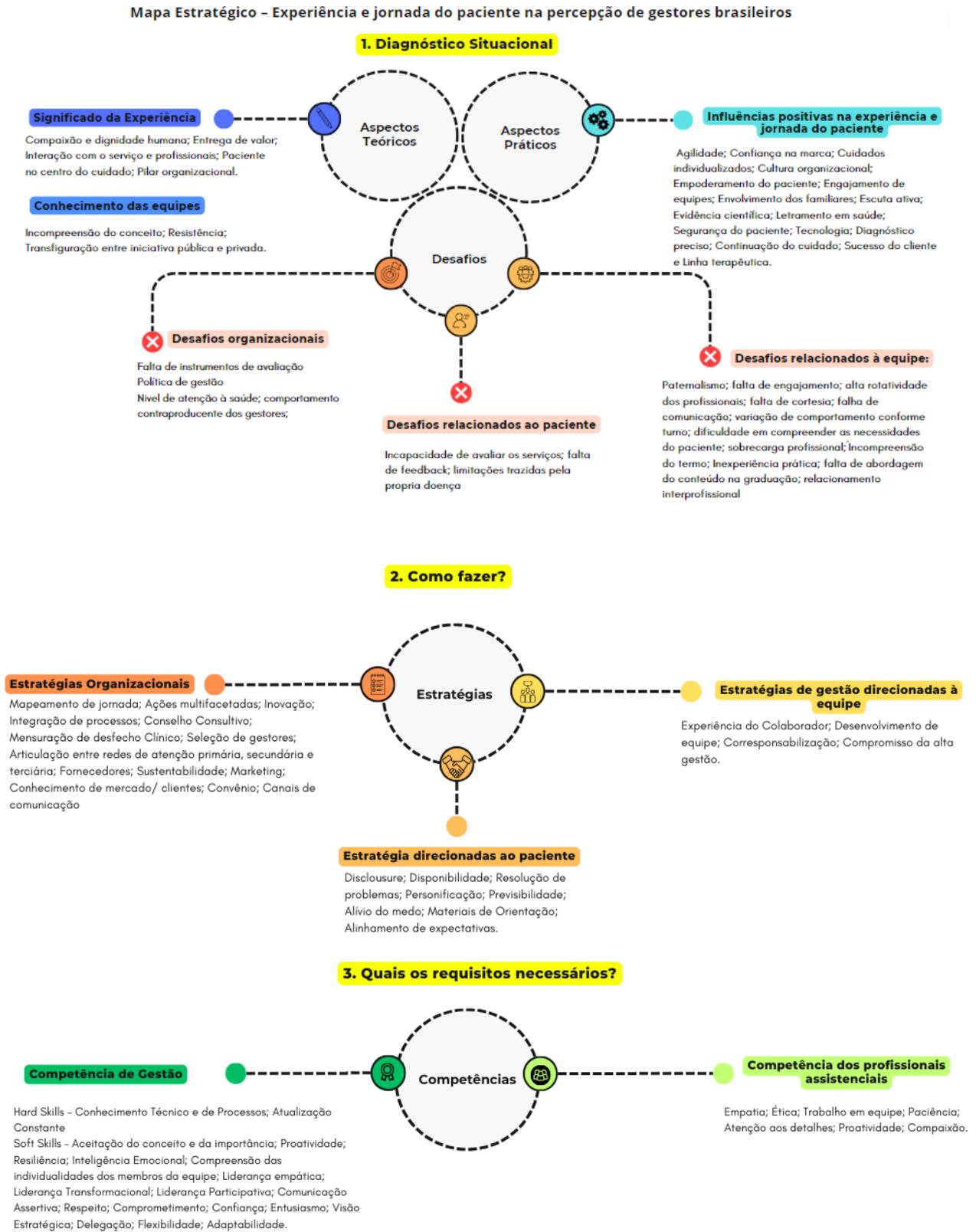
Fonte: elaborado pela pesquisadora (2023).

A partir das categorias temáticas exploradas, foi possível adquirir informações que serviram como base para a elaboração de um *framework*, materializado na forma de um mapa estratégico. Reconhecemos que a representação visual desse mapa não apenas facilita a compreensão, mas também o torna acessível e aplicável, tanto no âmbito acadêmico quanto no mercado.

O mapa estratégico foi elaborado tendo como referência as categorias temáticas identificadas, dividindo-se em três fases distintas para uma abordagem abrangente e sistemática. A primeira fase, intitulada “Diagnóstico Situacional”, focalizou-se na análise da implantação da melhoria da experiência do paciente. Nesta etapa, foram contemplados aspectos teóricos, tais como o conceito de experiência do paciente e a percepção dos gestores em relação ao conhecimento das equipes. Além disso, foram identificadas as influências positivas na experiência do paciente, que podem ser consideradas como objetivos a serem alcançados, e os desafios que se apresentam para atingir tais objetivos. A segunda fase, intitulada “ Como fazer? ”, representa um prisma instrumental, no qual foram delineadas estratégias organizacionais direcionadas tanto ao paciente quanto à equipe. Por fim, a terceira fase aborda os requisitos necessários para alcançar as melhorias desejadas, enfatizando as competências necessárias da gestão e dos profissionais assistenciais.

Embora o tema permite apresentar um aprofundamento, o mapa estratégico apresentado se limita aos dados desvelados a partir dessa pesquisa. É imprescindível ressaltar que as fases delineadas no mapa estratégico não necessariamente correspondem aos nomes das categorias temáticas investigadas. Sua finalidade primordial foi proporcionar uma visão panorâmica e acessível das estratégias e diretrizes identificadas, de modo a facilitar a interpretação e orientar as ações dos gestores no contexto organizacional, com base nos resultados encontrados.

Figura 4 – Mapa Estratégico sobre a percepção de gestores brasileiros em relação à experiência e jornada hospitalar do paciente



### 6.3. CATEGORIA TEMÁTICA 1 – ESSÊNCIA DA JORNADA E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES

A gestão desempenha um papel fundamental no sistema de saúde, uma vez que influencia diretamente a relação entre os pacientes e as instituições. Isso, por sua vez, impacta diretamente na avaliação da experiência e da jornada durante o processo de hospitalização. Ter líderes comprometidos e dedicados à melhoria contínua é essencial para atingir a excelência na área da saúde. Portanto, é de suma importância considerar a perspectiva dos gestores sobre a importância da jornada e da experiência do paciente.

#### 6.3.1. Subcategoria 1: Significado da experiência do paciente

Ao discutir sobre o significado da experiência do paciente, os gestores trouxeram reflexões conceituais, associando a experiência com o paciente no centro do cuidado, a entrega de valor e o resultado da interação com o serviço e com profissionais de saúde.

*É uma jornada adequada, é o paciente no centro do cuidado, seu familiar, seu acompanhante. E a segurança assistencial, né? Sem a segurança assistencial a gente não tem condição de fazer nada. (P07)*

*E quando falamos de experiência, eu estou olhando o que é valor para o cliente. Às vezes ele não está querendo só estrutura bonita, ele quer atenção, ele quer o cuidado. E aí que vem a experiência do paciente. É nessa jornada que ele vai experimentar tudo isso de acordo com o que é necessidade para ele, expectativa dele em ser atendido ou não. (P13)*

*A experiência do paciente é um conceito semelhante à experiência do cliente ou ao sucesso do cliente em alguns aspectos. Assim como na experiência do cliente, a experiência do paciente se refere à jornada que uma pessoa percorre ao interagir com um serviço de saúde ou receber cuidados médicos. O objetivo é proporcionar uma experiência positiva e satisfatória para o paciente. (P17)*

*A experiência do paciente abrange desde o primeiro contato com o sistema de saúde, como marcar uma consulta, até a interação com os profissionais de saúde, a qualidade dos cuidados, a comunicação, o acesso aos serviços, a eficiência do atendimento, o ambiente físico e até mesmo aspectos emocionais, como empatia e apoio psicológico. (P18)*

Também se revelou a diferenciação do conceito de experiência do paciente com a satisfação e humanização do cuidado, mas se levantou a aproximação com a compaixão e a dignidade humana:

*Parece que é chegado o momento de uma maior aceitação desse termo “experiência do paciente” do que “humanização”, que provoca tantas discordâncias, devido à*

*polissemia de significados, e a gente percebe que ela, ao longo do tempo, o quanto que ela é banalizada, ridicularizada, aquela questão do “bonzinho” e não é nada disso! (P03)*

*A gente sabe que a experiência do paciente não é igual a satisfação, é muito maior que isso. (P13)*

*A satisfação lida com as expectativas desse paciente sobre o atendimento prático dele, sobre os pontos de contato dele com cada setor, né. Mas a experiência, ela é mais que isso, ela envolve os desfechos clínicos que, mesmo não sendo positivos, muitas vezes, não é aquilo que a gente quer, né, que finalize daquela forma, mas que a gente tenha condição de ter uma experiência digna, né, que tenha compaixão envolvida. (P7)*

O significado da experiência do paciente foi interpretado como um pilar importante para a gestão organizacional, e que sua incorporação no processo de trabalho permite a promoção de melhorias para o serviço de saúde:

*A experiência do paciente tem um significado altamente relevante para a minha performance de trabalho e só vou ter uma boa performance de trabalho quando o meu paciente se sente seguro e sentir que teve um atendimento de qualidade, que a expectativa dele foi suprida. (P11)*

*Faz parte de um dos pilares de gestão governamental de uma empresa. Então, assim como a qualidade técnica e a rentabilidade, a gente entende que a experiência do paciente é uma base para que a gente consiga alavancar cada vez mais o nosso processo. (P09)*

*Realmente é a mola propulsora para a gente conseguir identificar onde estão os gaps da nossa jornada, para que a gente consiga oferecer a melhor jornada possível, a mais confortável possível, trazendo as preferências do paciente. (P14)*

Portanto, a experiência do paciente, para os gestores, representa um pilar organizacional fundamental. Colocar o paciente no centro do cuidado é o ponto mais importante, por meio das mudanças das práticas e da cultura das instituições de saúde.

Nesse contexto, a entrega de valor é um objetivo-chave. Os gestores compreendem que proporcionar cuidados eficazes e eficientes não se resume apenas aos aspectos clínicos, mas também à forma como o paciente percebe e vivencia esses mesmos cuidados. A experiência do paciente é, portanto, um indicador crítico de sucesso na entrega de valor.

A interação entre os pacientes, os serviços de saúde e os profissionais é o cerne dessa experiência. Os gestores reconhecem que a qualidade dessa interação é um fator determinante na satisfação e na confiança do paciente. A comunicação aberta, a empatia e a prontidão em responder às necessidades do paciente são importantes para criar uma experiência positiva.

Compaixão e dignidade humana são princípios inegociáveis nessa equação. Os gestores compreenderam que tratar cada paciente com respeito, compreensão e consideração é

essencial para preservar a dignidade do indivíduo, em um ambiente muitas vezes vulnerável. A compaixão não apenas melhora a experiência do paciente, mas também fortalece a relação de confiança entre o paciente e o profissional, podendo resultar em uma melhor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, em uma recuperação satisfatória.

Portanto, na visão dos gestores, a experiência do paciente não é apenas um objetivo a ser alcançado, mas sim um compromisso arraigado com a humanização dos cuidados de saúde. Colocar o paciente no centro do cuidado, proporcionando uma experiência que respeite sua dignidade e que valorize sua perspectiva, é a base sobre a qual se constrói um sistema de saúde de alta qualidade e compassivo. É, em última análise, uma demonstração de respeito pelo ser humano, que busca cuidados e um testemunho do compromisso contínuo com a melhoria da assistência à saúde.

### **6.3.2. Subcategoria 2 – Percepção dos gestores em relação ao conhecimento das equipes sobre experiência do paciente**

Para os gestores, o significado da experiência do paciente ainda é desconhecido pelos profissionais de saúde, e a falta de clareza sobre a sua importância gera resistência no engajamento de ações que favoreçam a melhoria da experiência.

*É um tema muito novo. Tanto é que quando eu falo que uma das próximas etapas que a gente vai ter lá no hospital é montar o escritório de experiência do paciente, a grande maioria ainda não conhece. Na verdade, eu conto nos dedos aqui, quem conhece hoje dentro da minha unidade o que significa experiência do paciente. Raríssimas pessoas. (P01)*

*Causa um estranhamento no sentido de que “é mais uma coisa pra gente fazer”. Eles estavam resistentes, “nossa, mas o que será que o paciente vai falar?”, “Mas ele não sabe nada do SUS? Tem que ficar explicando?”, “Nossa, mas ele vai saber quais são os nossos problemas, as nossas vulnerabilidades. Não, mas não vai dar certo.” (P04)*

*A gente está no processo deles entenderem o que é uma experiência do paciente. Então, às vezes, eles não se comportam, ou eles não executam, não é porque não querem ou por má vontade. É por desconhecimento da experiência. E a experiência ruim, que para nós é uma situação construtiva, às vezes pode ser uma polêmica para eles. (P08)*

*A minha equipe está reconhecendo cada vez mais a importância da experiência do cliente. Eles entendem que fornecer uma experiência positiva pode impactar diretamente a satisfação, a fidelidade e o sucesso dos clientes, bem como na acreditação e os resultados financeiros da empresa. (P17)*

Desvelou-se, ainda, que o conhecimento sobre o significado da experiência do paciente pelos profissionais assistenciais varia de acordo com a iniciativa institucional, pública ou privada, e muitas vezes está mais bem disseminado entre instituições acreditadas:

*E vai da diferença entre público e privado. No privado com certeza já está bem difundida essa questão, até mesmo por conta da própria concorrência que provoca isso. No público não, eles ainda têm a percepção de que apenas receber o cuidado já é suficiente, tanto os pacientes quanto os profissionais. Ainda têm essa limitação de percepção. Eu acho que no público falta, talvez, no próprio direcionamento das instituições, da liderança, de realmente levar esse conceito pra [sic] a ponta, compartilhar experiência de outros hospitais. Mas, em todos, eu acho que é possível, mas faltam ações nesse sentido. Até mesmo a ação do governo em colocar isso como meta, porque senão o próprio time não tem iniciativa de ir atrás. (P02)*

*É visível que as pontas da assistência não sabem como fazer isso, mas eles sabem o que significa o conceito. Mas o desdobramento estratégico de como produzir isso é muito difícil chegar na ponta. Não consigo ver nenhum dos lugares que eu passo. Por outro lado, em hospital que é JCI mais ONA 3, aí sim, eu consigo observar na ponta a discussão de como produzir uma jornada diferente. E olha a discussão é: “ah, em vez de bloquear essa visita, abra a visita agora, não tem problema.” “Poxa, paciente, está pedindo uma comida diferente. Sim, existe uma regra, mas vamos tentar melhorar essa comida, mudar comida”. Ou ainda pensando em coisas mais assistenciais mesmo: “Poxa, será que eu preciso furar 2 vezes, se consigo diminuir pra uma furada, uma punção só?”. Então, sim, eu acho que dá pra [sic] ver isso na ponta em hospital com JCI. Verdadeiramente, observei que o desdobramento foi melhor. A ONA me pareceu uma gestão de indicadores de processo. A JCI me mostrou um padrão de indicadores de resultados. É, assim, acho que isso foi uma grande mudança de um para o outro. Além disso, somado a isso, agregado a isso, uma partiu de cima para baixo e a outra de baixo para cima. (P05)*

*É, eu acho que ainda é uma percepção ruim, de forma geral, quando a gente fala saúde em nível Brasil. É com algumas diferenças de hospitais e sistemas de saúde que estejam mais ligados a isso e preocupados com essa questão da experiência, principalmente já dentro de uma linha, de um norte, de praticar um cuidado baseado no conceito do cuidado centrado no paciente. Tirando essas exceções aí que, infelizmente, acho que hoje ainda são exceções em relação à quantidade de hospitais e serviços de saúde que a gente tem. Em geral, eu acho que essa percepção ainda é muito ruim. Eu acho que isso ainda não faz parte da cultura, do imaginário dos nossos profissionais de saúde e por conta disso, infelizmente, ainda é muito fácil você colecionar experiências ruins dentro do sistema de saúde brasileiro. Com algumas exceções, onde você tem hospitais que tem programas de qualidade, de acreditação, onde isso começa realmente a se diferenciar, a se apresentar de uma forma um pouco mais positiva e diferenciada, e voltada para esse campo de tentar... nesse momento tão difícil da vida das pessoas, que é buscar o serviço de saúde, você tentar oportunizar para que a pessoa tenha uma experiência boa, sempre quando possível. (P06)*

A partir dos relatos, observa-se que a falta de compreensão do conceito e a resistência dos profissionais podem afetar alguns aspectos que influenciam a experiência e a jornada do paciente.

### 6.3.3. Subcategoria 3 – Aspectos que influenciam positivamente na experiência e na jornada do paciente

A jornada do paciente é complexa e multifacetada, sendo influenciada por diversos aspectos ao longo do processo de cuidados de saúde, bem como a experiência do paciente. Refletir sobre esses aspectos nos permite compreender os melhores desafios e as oportunidades que os pacientes enfrentam ao procurar a assistência médica.

Na discussão acerca dessas influências, foram levantados pontos relacionados à percepção do paciente a respeito da imagem institucional:

*E eu acredito que a marca, o nome do hospital também influencia na experiência do paciente, porque essa experiência dela vai ser muito direcionada pela expectativa. Então, se a gente tem um hospital com renome, com acreditação, onde a gente vende valores de qualidade técnica ou até financeiro, o paciente tende a ter uma expectativa maior. E aí, quando você vai fazer as perguntas para entender como foi a experiência, ele se baseia naquilo que ele estava esperando ser recebido, entendeu? Da forma como ele esperava ser atendido. (P09)*

*Hospitais que têm o maior renome, a expectativa do cliente, desse paciente é maior. E aí, com certeza, na hora de julgar e na hora de pontuar alguma questão vai ser mais crítico. Aquele hospital que já não vai ter tanto reconhecimento, normalmente, recebe também clientes que não tem tanto entendimento do que ele deve, qual é o direito dele, qual é o papel ali... Então, acaba que a expectativa dele não é tão grande. (P10)*

*E com certeza se eu tenho uma marca, onde as pessoas referenciam essa marca, isso com certeza influencia na experiência do paciente. (P14)*

Foi possível observar que questões de qualidade e segurança do paciente também estão associadas à experiência do paciente, tendo como sustentação as práticas acordadas nos protocolos institucionais:

*Para que este momento seja mais agradável, é muito importante que a gente primeiro [o] torne mais seguro, porque talvez as pessoas, o paciente, ele não tem a noção da periculosidade que é entrar dentro de uma unidade hospitalar. (P01)*

*Essa percepção de qualidade que vai vir, que é um algo a mais, ele tem que vir baseado em evidências seguras, em evidências científicas seguras, como os protocolos gerenciados, como os protocolos de segurança mesmo. (P02)*

*Eu acho que quando o núcleo de segurança funciona bem, a gente entrega experiência positiva. Porque é onde a gente vai fazer, né, a gente vai trabalhar em cima das metas, em cima das campanhas, a conscientização, as rondas educativas. Com isso, a gente entrega uma assistência de qualidade. Consequentemente, o paciente vai ter uma experiência positiva. (P14)*

*A gente trabalha com todos os protocolos de segurança. Então a gente está revendo todos os protocolos para que a gente apresente o fornece uma assistência de*

*qualidade segura para o paciente, para que essa percepção de segurança chegue até o paciente. Isso pode deixá-lo mais confortável, ele se sente melhor, tendo uma jornada mais segura. (P15)*

O empoderamento do paciente foi mencionado, relacionando-se com a participação do cuidado. Nesse contexto, o empoderamento do paciente surge nos relatos dos gestores como a capacidade do paciente de desempenhar um papel ativo e participativo em sua própria jornada de cuidados de saúde:

*Então, empoderar o paciente de informações, ter essa valorização, esse olhar, é algo que é indispensável, hoje, na instituição de saúde. Então, para mim, o primeiro passo é a gente lutar por isso, e ter pessoas engajadas. (P14)*

*Existe um movimento diferente na saúde por parte do empoderamento dos pacientes e dos familiares. Nos últimos anos e na pandemia, apesar de todas as dificuldades e todas as tristezas, que a gente nem precisa comentar aqui que trouxe para a gente, mas ela trouxe também um cenário bem diferente, que o paciente já não se convence mais daquilo que a gente só diz. Então, hoje, é um paciente que ele pesquisa antes de ir numa [sic] consulta. Então, eu acho que esse movimento tem, sim, a parte positiva dele, porque tira a gente mesmo da zona do conforto, trazendo a importância de o paciente participar ativamente desse cuidado, dar a opinião dele, saber o que é que está acontecendo com ele, qual é o tratamento que está sendo planejado para ele. Então, eu acho que isso faz com que a discussão realmente traga o paciente para o centro do cuidado e que ele participe ativamente disso, né? Assim como também os seus familiares. E essa participação no cuidado pode refletir na jornada dele no hospital. (P07)*

Convergindo com a percepção do significado de experiência do paciente, como relatado pelos gestores, a prestação de um cuidado centrado na pessoa foi levantada como fator que influencia a experiência do paciente, enfatizando-se aspectos como escuta ativa, letramento em saúde e envolvimento dos familiares, o que também favorecem a participação ativa do paciente no cuidado:

*Na escuta ao paciente, eu acho que mais vai influenciar esse cotidiano em cada momento que ele está aqui na instituição, desde a hora que ele chega. Como que ele é recepcionado? Como ele é acolhido, como que ele é direcionado àquele hospital que é imenso? E como que se dá essa relação entre profissional e paciente? Considerando que ele também já traz essa comunicação e, por exemplo, “ai, doutor, porque eu vi alguma coisa no Google” e o médico já cortar, não incluiu o que ele tem de conhecimento, né? Sendo parcial. (P03)*

*Toda essa questão de revisão de materiais de educação, baseados em letramento em saúde, linguagem simples. Então é refletir “pra quem que a gente está fazendo tudo isso?” (P02)*

*A gente tem essa coisa do automático, de falar termos técnicos, e eu sempre oriento a equipe a envolver a família, então, muitas vezes, a família é leiga né? Então a gente precisa falar claramente. O letramento em saúde vem para ensinar a gente nisso. Ele é um auxiliar para que o paciente tenha uma boa experiência no nosso hospital. (P15)*

*A gente vai fazer, por exemplo, a reunião de cuidados paliativos, eu e a médica. Então [eu] já oriento que mesmo que ela vá usar termos técnicos, ela explique o que isso quer dizer. O diagnóstico é um termo técnico e ela tem que falar, mas ela precisa explicar, de uma maneira bem clara o que isso quer dizer. E no que, provavelmente, vai impactar para familiar. Cuidados de fim de vida: a família quer que o paciente faleça em casa, ok! Mas sabemos o que que isso vai implicar? Essa doença que ele tem, como é que vai ser o fim de vida dele? O profissional tem que dizer, “Ele vai apresentar isso, ele vai começar a engasgar, ele pode vomitar sangue, a senhora está preparada para que isso aconteça?”. A gente vai estar dando [sic] suporte para a família o tempo inteiro, mas a gente precisa saber se ela vai estar preparada para que, numa situação que, quando isso chegar, a família não fique desesperada. Eu acredito que quanto mais informações você dá, da maneira mais empática possível, mais clara, você diminui essa questão da angústia. A falta de informação, isso em qualquer ambiente, causa angústia. Para diminuir a angústia, usamos o letramento em saúde. É o cuidado centrado no paciente e na família. Isso faz parte da experiência do paciente, principalmente em cuidados paliativos. (P16)*

*E quando falamos de envolvimento nos cuidados paliativos, podemos pensar na família como protagonista inclusive, né? A grande chave do paliativo dá certo, é quando a gente – na verdade não só o paliativo, mas o cuidado e experiência do paciente – a gente envolve a família como corresponsável no cuidado, né, família e paciente, né? (P05)*

*Algumas UTI's têm a presença do familiar, mas não são todas. Então o cuidado humanizado e envolver a família no cuidado, no processo. Acolher a família porque, de alguma forma, vai reportar experiência pelo paciente, no momento que ele não vai conseguir ter uma avaliação e dá uma opinião sobre a assistência. (P16)*

*Existe uma cultura muito negativa dos hospitais ainda que é excluir a família ou cuidadora. Às vezes é cuidador, não é família. Às vezes, por isso que eu não gosto de colocar isso, mas ali o circuito de cuidado desse paciente, a gente costuma excluir. Assim, se ela não participa do banho, sai na hora de pegar o acesso, não participa do plano, não participa assistindo alguns procedimentos simples. Acho que o primeiro passo, é a gente quebrar isso com a nossa equipe, não é? Sim. A família ou o circuito de cuidado ali precisa sim participar do banho, porque quando esse paciente for para casa, quem vai dar banho são eles, né? Então sim, precisa participar e observar como é que faz medicação, quem faz a medicação. Sabe aquela coisa de segurança do paciente, confirmar nome e tudo mais. Quando algum familiar pergunta, geralmente fica ofendida, tipo, como assim você está me perguntando o que eu estou fazendo. Mas é quebrar isso, né? E isso vai aproximando eles [sic] do cuidado e gerando uma boa experiência para o paciente. (P05)*

A cultura organizacional surgiu como uma influência significativa nos padrões de trabalho, sendo moldada pelos valores e crenças da instituição. Esses elementos orientam os objetivos e estratégias, refletindo-se diretamente no engajamento dos colaboradores para a melhoria da experiência do paciente:

*O cenário aqui, o planejamento estratégico está vindo muito mais forte o foco do cliente. Quando eu falo do foco do cliente, eu estou falando realmente do que é valor para ele. E, com isso, vai se formando uma cultura organizacional. E isso é essencial para a experiência dele na nossa instituição. A cultura da instituição ir de encontro com o valor percebido. (P13)*

*Aquilo que é mais importante é a interação humana, especialmente comunicação. Então, sem sombra de dúvidas, são importantes, mas você tem uma gama de fatores que são extremamente importantes dentro da experiência do paciente, a saber: engajamento do colaborador, engajamento do paciente familiar, daí vem estrutura física, inovação e tecnologia. Mas, se você me perguntar quais são os que mais influenciam na minha opinião particular, eu diria que a cultura, engajamento do colaborador, engajamento do paciente familiar. Eu acho que esses são os 3 mais importantes. (P04)*

*Uma equipe engajada, uma equipe que sabe quais são suas metas, objetivos e tem know how técnico referente às necessidades de demanda do paciente resultam sim em um bom posicionamento, numa boa trilha do paciente e, conseqüentemente, melhores desfechos, né? (P05)*

A influência da tecnologia na área da saúde foi significativa aos olhos dos gestores, na qual molda, de várias maneiras, como os pacientes interagem com os serviços de saúde e como recebem cuidados. Aponta-se, como resultado da tecnologia, a agilidade e eficiência nos processos assistenciais, facilitando o acesso aos serviços de saúde, otimizando os processos de trabalho e diminuindo tempos de espera:

*Outros setores que trazem a questão da experiência: tecnologia, você ter uso, né? Então esse acesso à informação, [à] agilidade na hora de uma marcação de atendimento. Temos o exemplo da telemedicina que traz essa condição de experiência. Então o perfil do cliente hoje é um perfil de cliente mais conectado, que quando ele vai procurar um hospital em algum lugar, ele não quer ficar falando em telefone, em whatsapp. Ele quer uma ferramenta ágil, sem muitos contatos, que forneçam comprovantes da solicitação que ele fez, seja de marcação de consulta, de exames, ou até mesmo simples informações. Não ter a burocracia de ter que ir presencial, tem que assinar, ter que trazer a cópia de documentos, depois quer que ficar esperando alguém ligar para falar sobre o preparo do exame, ter que assinar um termo bem aqui... enfim... Então essa parte do pré-atendimento ou um atendimento diferenciado, também faz parte dessa jornada, dessa experiência, né? É quando a gente fala também de experiência: Na hora que eu quero uma informação, eu vou na internet e eu acho a informação precisa. Isso também faz parte dessa experiência. O cliente que é culto, que está acostumado a viajar ou fazer outros processos pela internet, ele já tem toda essa percepção de facilidade. Então ele vai exigir cada vez mais essa interface de agilidade para não ficar perdendo tempo, com a sensação de que “eu vou sair do trabalho, eu vou ter que ir lá”... não precisa disso! Então, até a teleconsulta, a telemedicina favorece essa agilidade. Não é que eu vou fazer todo dia telemedicina, mas lá eu tenho uma pessoa dizendo: “olha, você vai ter que vir passar com um especialista”, mas eu já fiz um caminho antes para não ter que ir lá, pegar uma fila, passar no clínico geral, perder tempo e depois tem que marcar e me direcionar para um especialista. Esse fluxo nessa jornada desde a hora que eu começo a buscar, tem toda uma influência. Um agendamento ou um atendimento na recepção do hospital, e que eu tenho acesso por uma biometria, reconhecimento ocular quando eu estou indo visitar alguém que tá internado, que eu faço o cadastro...agilidade! (P13)*

*Então acho que a gente tem que avaliar todos os pontos dessa experiência dele, seja na hora que ele é acolhido, seja as interações que ele tem com sistemas, por aplicativo ou soluções em tela ou as interações pessoais. Então todos esses aspectos que têm que ser considerados. A tecnologia tem que vir como facilitador para a jornada do paciente, e não como barreira. Para isso, eu tenho que conhecer o perfil de paciente que eu estou buscando. (P18)*

A agilidade foi associada também à melhoria de processos institucionais, implementados para diminuir o tempo e desgastes desnecessários:

*A gente tem um impacto muito grande em pacientes de medicação oral, porque ele entrava na fila junto com o paciente venoso, subcutâneo, e aí gerava aquele desgaste, porque ele era um paciente oral e, às vezes, ele tinha que esperar muito tempo. A gente criou uma recepção só de paciente oral, colocamos dois recepcionistas, fizemos uma sala de dispensação só de medicação oral com dois farmacêuticos clínicos. Isso é a entrega de valor. Isso acabou gerando impacto muito positivo na experiência deles. (P14)*

*“É a experiência começa, a meu ver, desde o momento que o paciente sente essa necessidade de buscar um serviço de saúde. Então, ali já desde a busca dentro de um site, um contato telefônico, a agilidade que ele vai ter nesse contato, sem precisar ficar transferindo ligações para vários ramais. E depois na chegada, todo o processo que envolve essa chegada, antes dele ser atendido: processos burocráticos com convênio, tempo de espera para triagem, tempo de espera para consulta médica...tudo isso influência. (P06)*

No que diz respeito à infraestrutura física e de hotelaria, os participantes reconheceram a influência que exercem na percepção da experiência, mas enfatizaram que a melhoria da jornada do paciente não está restrita a esses elementos:

*Eu concordo que hotelaria, estrutura física, sim, concordo que esses dois fatores influenciam, mas eles não são nem de longe os mais importantes. (P04)*

*O cliente da saúde cada um tem as suas necessidades. E às vezes, ele não quer essa coisa bonita. Ele quer uma agilidade, mais utilidade, resolutividade... E aí a estrutura bonita é para segurar, não é para agilizar sua vida. E nada vai adiantar você está em um lugar bonito tendo uma péssima experiência porque suas necessidades não estão sendo atendidas. (P13)*

*Durante minha gestão, pude refletir sobre o impacto real que vai além da hotelaria e da estrutura física. Embora a comodidade do ambiente e a modernidade das instalações sejam notáveis, descobri que a verdadeira essência dessa experiência reside em aspectos mais profundos. É inegável que um ambiente acolhedor e instalações modernas proporcionam conforto físico, mas fui surpreendido ao perceber que a verdadeira riqueza está nas interações humanas. O cuidado personalizado, a comunicação empática e a dedicação da equipe de saúde transformam a jornada hospitalar em algo mais do que uma mera estadia médica. (P18)*

A linha terapêutica foi discutida como influenciadora na jornada, sendo instigada pela característica da doença (crônica ou aguda):

*São muitos processos [e] ações que vão influenciar, e a depender do tipo de jornada que esse paciente vai ter, né? Jornada de uma doença aguda que começa pela emergência, de uma jornada de cirurgia, uma jornada de uma doença clínica. É uma jornada de paciente crônico, que ficou doente agudamente. Então, a depender disso, vão ter vários elementos e ações que vão influenciar nessa experiência. (P06)*

*Na minha vivência, percebo que a linha terapêutica tem grande peso na jornada do paciente. A forma como a terapia é escolhida, especialmente se a doença crônica ou se chega de surpresa (aguda), faz toda a diferença. Essa escolha não só guia o tratamento, mas também mexe diretamente na forma como eu lido com a condição, que reflete na qualidade de vida do paciente. Acho que quando a terapia é pensada de acordo com as características da doença, o cuidado fica mais na medida certa e dá aquela melhorada nos resultados, tornando tudo mais personalizado para o paciente.” (P10)*

*Eu percebo que em casos de doenças crônicas, a continuidade e personalização da terapia são essenciais para a gestão a longo prazo. Nisso entra a linha terapêutica, que pode ser, em um cenário maior, padronizada. Já nas situações agudas, a escolha rápida e precisa da linha terapêutica pode ser crucial para desfechos imediatos. A eficácia da intervenção terapêutica neste contexto pode influenciar diretamente na recuperação do paciente, acelerando processos e minimizando complicações. Acredito que uma terapia adaptada não só otimiza a eficácia do tratamento, mas também contribui para uma vivência mais positiva da condição de saúde, promovendo uma jornada mais satisfatória para o paciente. (P18)*

A individualidade do cuidado em saúde foi considerada um princípio fundamental, que confirma a singularidade de cada paciente e a importância de se adaptar os cuidados de acordo com suas necessidades, preferências e características únicas. Essa necessidade de adaptar o cuidado para oferecer uma experiência positiva aparece, inclusive, na defesa de que, mesmo em situações críticas relacionadas à saúde e ao processo de hospitalização, o paciente pode vivenciar uma jornada positiva:

*E na UTI, com o paciente inconsciente, é voltar para o cuidado humanizado e respeitoso. Respeitar o paciente mesmo quando ele não está consciente. Então o fato de personalizar esse cuidado faz a diferença. (P16)*

*É um cuidado que necessita ser coordenado. É um cuidado que precisa de compaixão. Ele deve atender a individualidade de cada um. (P03)*

*Mas como o “conduzir” do processo de morte é um conduzir, vou chamar humanizado (não sei se essa é a palavra), é acolhedor, humanizado, que entende que há regras, mas há necessidade de individualizações sobre elas. Enfim, é uma experiência supernegativa, mas que uma trilha não necessariamente precisa ser tão negativa. (P06)*

Por último, foram enfatizados os desfechos clínicos com foco na avaliação do sucesso do paciente após a alta. Para alcançar esse objetivo, entre outras ações, foi discutida a importância de se valorizar um diagnóstico preciso, além de preparar esse paciente para a continuação dos cuidados em domicílio:

*Tem que linkar muito com os desfechos, que também estão as avaliações dos processos dentro de qualidade, dentro de controle de infecção, têm que ser considerados, porque uma vez que a gente tá falando de experiências paciente, a gente tem que considerar aí também o sucesso do paciente. (P15)*

*O sucesso que ele teve, ou resultado que ele teve, se era esperado em relação ao que ele precisou, devem ser considerados. Ou seja, avaliar o desfecho desse paciente possibilita a tomada de ações de melhoria que influenciam na jornada e na experiência dele. (P18)*

*O pós internação é uma coisa que está sendo muito trabalhada pelas instituições de saúde. Entender como nós devolvemos os pacientes para a sociedade, né, entender como esse paciente vai se comportar lá fora, porque o paciente, quando ele entra, quando a gente tem uma estrutura bem fortalecida de experiência do paciente, você começa a treinar ele para ir embora desde o dia que ele chega, você já se preocupa com a alta dele a partir do momento que ele chega. (P01)*

Percebeu-se que a experiência do paciente durante sua jornada no sistema de saúde é influenciada por uma série de fatores interconectados, que desempenham um papel fundamental na qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados. Cabe reforçar, conforme os relatos denotam, que o modo como esse movimento acontece pode transportar os limites institucionais, uma vez que existe a preocupação em desenvolver a autonomia do paciente para a autogestão da sua saúde, colaborando com a permanência de experiências positivas no processo saúde-doença, mesmo quando ele não está sob os cuidados de profissionais de saúde.

#### **6.3.4. Subcategoria 4 – Desafios para a melhoria da experiência do paciente nos serviços de saúde**

Os elementos capazes de influenciar a experiência do paciente durante sua jornada pelos serviços de saúde foram reconhecidos pelos gestores. Entretanto, entendem que desenvolver uma cultura, que promova experiências positivas durante essa jornada, traz diversos desafios relacionados à organização, aos profissionais de saúde e ao paciente.

No contexto dos profissionais de saúde, a relação paternalista, ainda muito frequente nos serviços de saúde, foi levantada como um desafio. Relações atreladas aos conceitos de centralização dos cuidados no profissional de saúde, principalmente na figura do médico, precisam ser superadas e substituídas por uma relação que valorize a voz do paciente, e que permita maior compreensão do profissional de saúde em relação ao significado daquela jornada pelo serviço de saúde para o paciente:

*Porque existe uma saúde extremamente coronelista. Então, o médico dizia, o paciente concordava, não tinha voz, né, para discutir, para discordar. E, hoje, a gente já não tem mais espaço para isso, né? (P07)*

*O médico fica muito focado no desfecho, resultado clínico. E às vezes esquece que por trás tem uma pessoa, e que você não atendeu a expectativa dela. E às vezes, é*

*uma expectativa que pra [sic] gente seria uma questão boba, digamos assim, mas que para o paciente talvez faça diferença. (P16)*

*O profissional de saúde, na minha opinião, ele tem um empoderamento que é bacana em alguns sentidos, mas em outros eu acho que também é bem nocivo, porque a gente, como profissional de saúde, talvez ache que a gente é quem dita as regras, a gente é quem sabe o que está fazendo. E não tem ninguém que conheça mais a jornada do paciente do que o próprio paciente, porque é ele que está passando pelos processos. (P05)*

Foi observada que a constante mudança de profissionais tem reflexos negativos nos serviços de saúde. Essa alta rotatividade pode levar à escassez de cortesia, falhas na comunicação e uma relutância em envolver efetivamente os pacientes. A percepção do paciente em relação às relações interprofissionais também é afetada por este fenômeno:

*O que é mais difícil assim é o processo de engajamento. Os profissionais são resistentes. (P13)*

*No meu hospital, o turnover é muito alto. Pessoal entra e sai muito rápido! Então estamos sempre no início, pois é necessário sempre recomeçar. E como que entrega uma boa experiência assim, se não conseguimos implementar melhorias? (P14)*

*E o que influencia negativamente, eu também acho que essa comunicação, porque nas manifestações da nossa ouvidoria, o que mais aparece, como detratores, é a questão do relacionamento interpessoal. A descortesia, né? O tempo que demorou para atender a campainha. (P01)*

*Isso casa também muito com as manifestações que a gente tem na ouvidoria para colaborador, que é o desafio da relação interpessoal entre as equipes. A gente está traçando um plano de ação. Hoje, o que eu consigo observar é a comunicação. (P05)*

*Eu vejo que ainda falta preocupação por todos, sabe? Do médico no atendimento, que deixa às vezes 2 ou 3 horas esperando. Da enfermagem, ainda vejo que parece que está se perdendo algumas rotinas básicas de cuidado com o paciente. (P12)*

*O que gera muita reclamação dos pacientes aqui na ouvidoria é falha de comunicação das equipes. (P19)*

*Nós estamos com aquele projeto, PROADI SUS: saúde em nossas mãos, e uma das vertentes é envolvimento da paciente e da família. E a gente foi trabalhar a questão da higienização das mãos dele, trabalhar a segurança psicológica dele, da equipe se os pacientes questionarem se já higienizou as mãos, por exemplo, e a equipe duvidar que o paciente faça isso. Eu falar: “Olha, que tal a gente incluir o paciente e familiar aqui na visita da UTI e que o acompanhante pode ficar 24 horas na UTI?”. E a equipe logo pensar: “Imagina!! O que ele vai ouvir aqui?” (P04)*

Esse comportamento pode estar associado ao fato de que o conceito sobre experiência do paciente é relativamente novo. Isso, conforme os relatos, projeta nos profissionais de saúde aspectos relacionados à omissão de ações que favoreçam a atuação em prol do paciente, por desconhecerem o que pode ser feito:

*É um conceito relativamente novo no Brasil, a gente já tem isso muito bem elaborado e mais estruturado lá fora, mas aqui, no Brasil, realmente é algo que é ainda, na minha opinião, apesar de bastante discutido nos últimos anos, mas é algo bem incipiente na prática. Isso dificulta bastante atuar nesse sentido, se não saber como fazer. (P03)*

*É um principal fator que a gente deve preocupar e às vezes é a grande parte que não é preocupada com isso. (P08)*

*Eu vejo que hoje é uma preocupação da gestão, mas não é compreendida da forma mais adequada. E a gente ainda tem muita inexperiência na prática, mesmo, da aplicação da experiência do paciente. (P11)*

*É tudo muito lindo, tudo muito maravilhoso, mas eu não tenho humanização porque colaboradores acham que o fato de ter uma boa estrutura e recursos, não precisa acolher o paciente. (P13)*

*O que eu percebo que ainda é muito incipiente, pelo menos aqui. A gente está numa cidade do interior, e não se fala muito a sobre a experiência do paciente, se fala em segurança do paciente, aquele núcleo formalizado, ainda que muitos hospitais não tenham eles [sic] efetivos. Então, diferente das grandes cidades, na minha instituição, hoje isso é muito incipiente. E eu sinto dificuldade com os demais gestores no entendimento disso, no dia a dia. (P12)*

Outra esfera associada a esse comportamento do profissional diz respeito à lacuna durante o processo de formação. A falta de abordagem do conteúdo em disciplinas de graduação, pós-graduação e cursos de aperfeiçoamento também se revelou como um desafio:

*A ausência de foco na experiência do paciente durante a graduação representa um desafio significativo para nós da gestão. A formação acadêmica é a base para o desenvolvimento profissional, e se não houver uma compreensão adequada da importância da experiência do paciente, as equipes de saúde podem enfrentar dificuldades em proporcionar um atendimento centrado no paciente. É o que eu vejo por aqui. A falta de abordagem nessa fase resulta em profissionais menos sensíveis às necessidades individuais dos pacientes. (P17)*

*Eu acho que ter uma formação 100% assistencial é uma barreira para a experiência do paciente. Então, a gente aprende técnicas de executar e tratar alguma alteração ou alguma patologia, enfim, a gente é treinado para isso. A gente não tem, por exemplo, disciplinas de gestão, disciplinas de autoavaliação, de comportamento. A gente tem essa deficiência na graduação. Isso é um ponto que tem que melhorar nesse aspecto. Às vezes a gente vai conhecer isso, pouquíssimo, em especializações. Quem está em residência já entende um pouco melhor porque participa do programa, mas você vai conhecer mesmo quando você trabalha dentro do hospital. E se for um hospital mais evoluído, que tem esse pensamento. Se não também isso não vai ser abordado. (P10)*

*Em níveis mais avançados de formação, a gente espera que os profissionais estejam mais aptos a compreender e integrar conceitos importantes, como a jornada do paciente. Apesar desse termo ser novo para nós, que nos formamos há alguns anos, ainda não vejo nenhum curso de graduação se atualizando e inserindo isso na grade curricular. E talvez isso impede o desenvolvimento de habilidades essenciais para a entrega de um atendimento centrado no paciente. Essa falta, ou falha dos cursos da área de saúde, a meu ver, contribui para a persistência de práticas tradicionais, e pode resultar em equipes menos adaptáveis às demandas*

*contemporâneas da área da saúde. (P19)*

No contexto da organização, considera-se desafio a consolidação de uma política de gestão local, que favoreça o processo de mudança na perspectiva de oferecer experiências positivas ao paciente durante sua jornada. Foi apontada a ausência de normas que direcionem a atitude e o comportamento do profissional em diversos turnos, além do comportamento contraproducente de gestores. O alto volume de trabalho apontou que os profissionais estão sobrecarregados, e interpretam novos processos de trabalho com aumento de demanda de serviço. Não olhar para essas questões limita a transparência institucional em relação ao que é considerado prioridade na instituição:

*Você fala de experiência do paciente, faz uma aula bonita, todo mundo entende tudo e tudo mais. E quando todo mundo sai dali e a própria alta liderança precisa tomar uma decisão que envolve privilegiar a experiência do paciente, cuidado centrado na pessoa ou privilegiar benefícios políticos, financeiros e aí a própria alta liderança toma uma decisão baseada em questões políticas e financeiras, privilegiando isso e, não o cuidado centrado em pessoas experientes, paciente, ele está dando um recado, aquele é o recado. Ou seja, a liderança é o exemplo. (P04)*

*E isso é mais complicado ainda porque tem alguns gestores que não querem sair da zona de conforto... do tipo "Em time que está ganhando não se mexe!". Aí não quer inovar para não ter "dor de cabeça". Mas ele não entende que se ele ficar nessa estagnação, a dor de cabeça só tende a aumentar. (P05)*

*A gente percebe que a gente tem 3 hospitais: o da manhã, da tarde e da noite, ainda talvez no final de semana, né? E o paciente sente essa mudança! (P03)*

*E os meus profissionais cansados de algumas escalas de trabalhos de cobertura, porque a gente vai avaliando o cenário, "Opa, aqui eu preciso colocar o funcionário a mais porque está muito pesado", mas eu vou abrindo escala, eu vou abrindo maior trabalho, por mais que eu pague hora extra a ele, não é só o financeiro, né? Tem a saúde dele. Então, no SUS, isso pesa muito. E, quanto mais você implementa processos de segurança e qualidade, mais é um trabalho que exige, porque ele é mais consciente das responsabilidades, da profissão dele, do processo de trabalho que ele está fazendo. Então ele se sente mais "autocobrado". Sem falar de cobrança de instituição, liderança. Ele tem consciência da alta cobrança.... Não é? E muitas vezes, em todas as validações, segurança... elas não se conversam com o alto volume de atendimento que ele tem que prestar. Então, para mim isso é um desafio. (P04)*

Nessa mesma perspectiva, a falta de adesão organizacional a instrumentos que avaliem a experiência do paciente de forma sistemática também foi mencionada, o que limita a mensuração do dado e, conseqüentemente, traz prejuízo à implantação de melhorias para a jornada do paciente:

*É uma coisa que a nossa equipe não mede, ainda, essa experiência. Isso não é medido, não é quantificado. Pode ser uma coisa simples, por exemplo, um questionário na alta, o que que você achou da equipe da fisioterapia? Então, a*

*gente ainda não tem uma ferramenta que a gente faça essa medida e que isso é devolvido para equipe. (P08)*

*A gente não tem nada. A nossa percepção, hoje, realmente é através do que eles nos passam ou posterior, através de pesquisas de satisfação, né? Mas a gente não tem um hoje nenhum método além disso. Nas conversas durante a avaliação do paciente diariamente com enfermagem, com os técnicos, a gente tem um reporte, mas nada que eu consiga visualizar hoje algo bem estruturado. (P12)*

A ausência dessa avaliação sistematizada revela dificuldades para compreenderem as necessidades do paciente:

*Cada cliente tem a sua necessidade, e aí a gente não consegue identificar as necessidades de cada um... Às vezes um quer fazer um procedimento que é day clinic, então busca agilidade para fazer, né? Não quer ficar lá muito tempo só por conta da hotelaria confortável. Outros buscam exatamente isso. Então é difícil você saber as preferências de cada um. (P13)*

*Eu acho que a grande dificuldade de atingir uma boa experiência é a incongruência que existe de expectativas sobre o que a gente pode ofertar versus o que ele quer receber. É o tal da necessidade versus demanda, né? (P05)*

Em relação aos pacientes, revelam-se a falta de conhecimento para avaliar o serviço e a falta de *feedback* como desafios para a captação de informações que melhorem a experiência do paciente:

*Então, na hora de julgar também, ele pode ter ali um entendimento que estava tudo tranquilo, que foi tudo bem, mas sendo que não recebeu o mínimo, o básico de respeito, de algum tipo de orientação. Essa incapacidade do paciente em avaliar nos impede de trazer melhorias. Pois nós melhoramos com base no que ele nos traz. (P09)*

*Às vezes os desfechos não são reportados pelo paciente. Ele simplesmente não responde... aí não sabemos no que acertamos ou erramos. (P14)*

As limitações impostas pela doença representam desafios para a instituição, na compreensão da situação e na promoção de uma experiência positiva ao paciente. Além disso, os níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção terciária, apresentam barreiras, influenciando a qualidade do atendimento devido à complexidade envolvida:

*Ninguém interna querendo comer mal, querendo se alimentar mal. E a gente avalia o paciente e de repente ver que tem que ficar com dieta batida... tudo batido. Quinze dias com comida batida. Ele não vai ficar feliz, não vai ficar satisfeito. Então a fonoaudiologia é muito importante dentro da experiência do paciente. (P10)*

*Outra barreira que tem é a própria complexidade do atendimento que a gente tem, né? Tanto em volume de paciente quanto na complexidade em si do cuidado de enfermagem e tal. (P08)*

*Na minha caminhada como profissional de saúde, [eu] me dei conta de como as limitações causadas pelas condições de saúde dos pacientes complicam o nosso trabalho. Lidar com a situação de cada pessoa e criar uma experiência positiva virou um desafio constante, especialmente porque cada caso é único. Quando me aventurei nos diversos níveis de cuidados de saúde, especialmente naqueles mais especializados, percebi os desafios que surgem pela complexidade do atendimento. Lá, a natureza complicada das doenças, junto com a responsabilidade de garantir uma assistência de qualidade, traz desafios que vão além da simples habilidade técnica. (P04)*

Os gestores identificaram desafios essenciais para aprimorar a experiência do paciente, destacando a necessidade de uma abordagem multifacetada e do comprometimento com a mudança. A cultura de respeito, comunicação aberta e trabalho em equipe foi debatida, demandando treinamento contínuo para os profissionais de saúde, promovendo empatia e compreensão das necessidades do paciente. O envolvimento ativo dos pacientes no processo de cuidado foi ressaltado como fundamental, bem como sistemas de avaliação com *feedback* dos pacientes, para identificar as áreas de melhoria. Promover uma cultura de inovação e combater o paternalismo também foram enfatizados, exigindo políticas de gestão transparentes, equitativas e respeitadas. Portanto, enfrentar essas barreiras requer uma mudança cultural profunda, onde empatia, respeito e envolvimento ativo dos pacientes são fundamentais em todas as práticas de atendimento.

#### 6.4. CATEGORIA TEMÁTICA 2: ENGAJAMENTO NA MELHORIA DA JORNADA E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE – COMO FAZER?

No contexto das estratégias de gestão para o engajamento na melhoria da jornada e experiência do paciente, foram levantadas ações convergentes ao nível organizacional, de equipes e do paciente. Os critérios de inclusão para o nível organizacional são determinados pelas ações que partem da própria estrutura hospitalar, representando uma abordagem mais ampla e estratégica.

Para o nível de equipe, seguiu critérios de ações que envolvem os membros das equipes de saúde, sendo essas relacionadas a estratégias mais táticas e operacionais. Já no nível do paciente, as ações são aquelas direcionadas diretamente para os pacientes e para a sua participação ativa no processo de cuidado. É importante ressaltar que a categorização dessas ações foi determinada não apenas pelo impacto final, mas também pela origem e responsabilidade de quem as realiza.

#### 6.4.1. Subcategoria 1 – Estratégias de gestão organizacional focada na experiência do paciente

As estratégias de gestão organizacional destacaram a relevância do mapeamento da jornada do paciente, a qual pode elucidar questões anteriormente negligenciadas pela equipe. Foi discutido que essas questões podem ser tanto negativas, que ao serem descobertas dão a oportunidade de correção do processo; ou positivas, que ajudam a identificar o que está funcionando bem no atendimento hospitalar, e que podem ser replicadas em outras áreas, proporcionando consistência no atendimento e garantindo que mais pacientes se beneficiem dessas práticas. Além disso, pode refletir na confiança das equipes, motivando-as e reconhecendo seu trabalho, repercutindo no ambiente de trabalho positivo e estimulante:

*No mapeamento de jornada, a gente pega os principais pontos nos quais esse paciente ou esse familiar tem o contato conosco, ou as partes mais importantes dessa experiência, para a gente poder pensar numa melhor experiência para eles. (P15)*

*Imagine que o mapeamento da jornada do paciente seja como um mapa do tesouro para os hospitais! É como se a gente estivesse seguindo as trilhas deixadas pelos pacientes, entendendo cada parada que fazem, os obstáculos que encontram e os tesouros, ou problemas, que descobrem ao longo do caminho. Com esse mapa, podemos tornar a jornada deles mais suave, rápida e até mesmo agradável! E ajuda a gente a garantir que ofertamos o melhor cuidado possível, desde o momento em que entram até o momento em que saem do hospital. É como proporcionar uma aventura mais segura e confortável para nossos os pacientes. (P10)*

A criação de conselhos consultivos de pacientes ganhou destaque. Os gestores consideraram que o envolvimento de pacientes, ou seus representantes, na tomada de decisões, planejamento e avaliação dos serviços de saúde é uma estratégia eficaz para aprimorar a experiência do paciente e, assim como no mapeamento de jornada, pode transformar as experiências individuais em melhorias sistêmicas. No caso de instituições que possuem a linha pediátrica, o envolvimento de crianças no conselho consultivo foi visto como positivo, sendo necessário adequar a comunicação dos profissionais para esse perfil de paciente e se atentar quanto às questões éticas. Essa discussão revela que a mensuração do desfecho é tema de avaliação de melhorias e de aumento da segurança do paciente:

*Estamos instituindo o conselho consultivo de pacientes, para ter isso bem fortalecido aqui na instituição e até mesmo para a equipe ver que estamos trazendo o paciente para perto, que eles estão sendo reconhecidos, valorizados. E nós temos muito a ganhar com isso também. E tem também a questão da mensuração do desfecho clínico, que deve ser valorizado. Então estamos mensurando isso, e vejo que esse dado permite que a gente possa avaliar algumas melhorias*

*organizacionais que podem aumentar a oferta de segurança para o nosso público. (P02)*

*Ter crianças em nosso conselho consultivo de pacientes é incrível! Elas têm uma forma especial e direta de ver as coisas. Imagine só: elas podem nos contar como tornar o hospital menos assustador para os pequenos pacientes. Isso cria um ambiente mais amigável e menos intimidador para eles. Mas há desafios. Precisamos garantir que a participação delas seja segura e bem cuidada. Além disso, comunicar com crianças exige uma abordagem delicada, compreensiva e lúdica. Também precisamos respeitar todas as regras e éticas relacionadas a envolver crianças em decisões sobre cuidados médicos. Apesar dos desafios, acredito que ouvir as crianças seria uma maneira maravilhosa de melhorar nossa forma de cuidar delas no hospital. (P19)*

*Acho que tem que linkar muito com os desfechos, que também estão as avaliações dos processos dentro de qualidade, dentro de controle de infecção, têm que ser considerados porque uma vez que a gente tá falando de experiências paciente, a gente tem que considerar aí também o sucesso do paciente, né? (P18)*

Para que essas estratégias organizacionais se tornem factíveis, foi discutida a importância da escolha assertiva dos gestores durante o processo de seleção:

*Uma das estratégias mais importantes para experiência do paciente acontecer de fato é a escolha dos gestores, porque têm alguns gestores que jamais acreditarão naquilo. (P04)*

*A seleção adequada dos gestores hospitalares é essencial para o bom funcionamento e a qualidade dos cuidados prestados. Escolher quem estará no comando dos processos e da equipe não é uma tarefa fácil, mas é importante porque é ele quem vai definir cultura organizacional e tomar decisões estratégicas. Então essa seleção é crucial para garantir a eficácia das operações, e a entrega de cuidados de qualidade aos pacientes. Mas muitas vezes, esse cargo é ocupado por indicações políticas, ou por pessoas que são excelentes profissionais na assistência e são promovidos, mas não necessariamente têm perfil de gestão. (P18)*

A estratégia de gestão para a organização se deu na integração de processos, inovações, como novos canais de comunicação e desenvolvimento de ações multifacetadas. O resultado dessas ações pode não só melhorar a experiência do paciente, mas também ser considerada uma vantagem competitiva. Nesse sentido, a figura do gestor emergiu como ator na condução das ações, transformando-se no elo entre metas e realização:

*O gestor precisa ter a habilidade de integrar processos, comunicar e colocar a equipe como atores do processo. Ele precisa dominar cada linha de cuidado, cada fluxo de processo do seu setor e dos processos que fazem integração com outro setor. Essa é uma grande vantagem para a instituição pois é visto como um facilitador. (P11)*

*Ao adotar uma abordagem proativa, busquei entender as nuances das inovações tecnológicas e como elas podem impulsionar nosso desempenho. O gestor moderno não é apenas um administrador, mas um catalisador da transformação digital. A habilidade de navegar por esse cenário dinâmico, identificar soluções tecnológicas pertinentes e implementá-las estrategicamente tornou-se uma parte vital do meu*

*papel. Pensando nisso, eu propus ampliar nosso canal de comunicação, e foi bem visto pelos pacientes. Além do convencional SAC, agora atendemos também via WhatsApp. Isso é uma grande vantagem competitiva para nós. (P01)*

*Reconheci que a tecnologia é mais do que uma ferramenta; é um facilitador de eficiência, conectividade e, acima de tudo, inovação. A gestão organizacional eficaz requer não apenas a adoção de tecnologias emergentes, mas também a capacidade de liderar equipes em meio a essas mudanças, inspirando uma cultura de adaptação e aprendizado contínuo. (P05)*

*Ao implementar ações que abordam diferentes áreas simultaneamente, observo um efeito sinérgico que impulsiona a eficiência operacional e fomenta um ambiente propício à inovação. Ações multifacetadas promovem uma visão ampla, incentivam a colaboração entre as equipes e estimulam a resiliência diante dos desafios. (P12)*

Neste contexto de gestão organizacional, a estreita relação com fornecedores e a integração estratégica com convênios são vistas como fatores importantes que buscam refletir sobre a sinergia desses temas, e como sua abordagem pode não apenas otimizar os processos internos das instituições de saúde, mas também enriquecer a experiência do paciente de maneira significativa. Ao explorar a interligação, vislumbrou-se um horizonte onde a eficácia operacional se combina harmoniosamente com a melhoria da jornada do paciente, destacando-se a importância da articulação do hospital com as redes de saúde a nível primário:

*Mas se o paciente apresentou uma alteração clínica, e essa alteração clínica impactou no número de fraldas, vamos pensar “o que é possível de a gente fazer? É possível pedir um pacote de fraldas a mais? Tem como a gente pedir? Mas e se causar um déficit no meu estoque?” Hoje a gente pede numa farmácia parceira, que entende as nossas necessidades. Então, fazer parcerias com fornecedores também faz parte da melhoria da experiência do paciente. (P15)*

*Ao construir relações sólidas com esses parceiros, não só conseguimos oferecer opções acessíveis, mas também garantimos que os pacientes tenham acesso facilitado a uma gama variada de serviços de saúde. Essas colaborações contribuem significativamente para a acessibilidade e qualidade do atendimento, promovendo uma experiência do paciente mais completa e alinhada com suas necessidades específicas. (P17)*

*A gente tem formalização com os convênios, as operadoras entendem que aquele paciente é da linha de cuidado da rede. Eles priorizam aquele paciente, então, paciente pediu uma terapia, ele tem até 48 horas para ser autorizado. E aí, quando autorizado, a equipe de enfermagem no agendamento, ela entende que aquele paciente é da linha do cuidado, e que ele tem até tantas horas para ser marcado. Então, tudo isso é entrega de valor. Tudo isso é melhoria de processo, né? Tudo isso é uma melhoria contínua, e quando a gente tem tudo isso funcionando, a gente entrega uma experiência, a jornada dele segue todos os passos. O paciente tem uma jornada, em que realmente ele fica agradecido, não é? Todo mundo lutou para que aquilo acontecesse. (P14)*

*A habilidade de negociação é importante para um gestor em várias situações, seja ao lidar com fornecedores, parceiros de negócios ou até mesmo dentro da equipe.*

*Saber ouvir, buscar um consenso e chegar a acordos benéficos são características valiosas né? (P7)*

*A gente queria apresentar para as operadoras o que a gente tinha de bom. As operadoras compraram a ideia porque a gente conseguia mostrar para as operadoras, que os pacientes oncológicos tinham menos comprometimentos. Eles tinham menos internamentos, né? Eles tinham menos progressão de doença. Então hoje a gente tem praticamente parceria com maioria dos grandes convênios, a maioria. Isso é muito bom, porque a gente consegue esse benefício, a gente consegue inserir o paciente no programa. A gente vira um link de comunicação. Então, o paciente precisou de um implante de cateter, de terapia, de um procedimento cirúrgico. A gente consegue isso de forma otimizada. “Olha, tô com [o] paciente X, ele precisa fazer tal procedimento, eu preciso da parceria de vocês”. Para você ter uma ideia, alguns operadores criaram um sistema onde eu entro com minha senha no sistema direto e coloco o paciente, coloco o histórico dele e o que está precisando. (P18)*

*Articulação com a rede também. Recebeu alta, é feito o contato com a Unidade Básica de Saúde, que tem uma estratégia de saúde da família ou não? É falar, “olha, o seu Antônio está recebendo alta, está indo com uma guia de referência. É vocês não receberem tal dia?”, e manter esse vínculo por um tempo, né? (P03)*

Nos resultados, foi observado que a adoção de práticas sustentáveis transcendeu as fronteiras tradicionais da gestão, não se limitando apenas ao contexto ambiental, mas se expandiu para influenciar positivamente em aspectos importantes da prestação de serviços de saúde. Para os gestores, é importante que as instituições busquem por soluções que não apenas minimizem o impacto ambiental, mas que também promovam a resiliência financeira:

*Ao escolher parceiros comprometidos com práticas responsáveis, a gente contribui para uma gestão organizacional mais ética e sustentável. Essa abordagem não apenas beneficia o meio ambiente, mas eu vejo que também fortalece a confiança dos pacientes, que se identificam com uma instituição de saúde que prioriza valores éticos e sustentáveis. Nisso, a relação com fornecedores se torna um catalisador para uma experiência do paciente enraizada em princípios de responsabilidade social e ambiental. (P11)*

*A gestão ambientalmente consciente impacta positivamente a experiência do paciente ao refletir um compromisso com o bem-estar global. Além disso, a sustentabilidade financeira decorrente dessas práticas permite investir em melhorias contínuas nos serviços de saúde, enriquecendo a experiência do paciente de maneira abrangente. (P15)*

*Eu sempre encarei a sustentabilidade financeira como um pilar essencial para garantir uma experiência do paciente verdadeiramente impactante. Quando uma instituição hospitalar adota práticas sustentáveis, não apenas reduz custos operacionais a longo prazo, mas também cria uma base sólida para oferecer serviços de qualidade de maneira consistente. Essa eficiência financeira resulta em investimentos contínuos em tecnologias avançadas, treinamento de equipe e melhorias na infraestrutura, contribuindo diretamente para aprimorar a experiência do paciente. (P19)*

*E pensando sempre em custo, eu acho. Há uma preocupação muito grande com o custo, efetividade aí desse processo de experiência. Ainda estamos nessa fase de atrelar experiência do paciente a custos, então, está todo mundo estudando sobre isso, né? Como realizar a experiência do cliente, sendo efetivo dentro do custo, que*

*é uma preocupação muito grande deles hoje. Além de fidelizar, a grande preocupação é quanto isso vai custar para a instituição. Qual o valor disso, entendeu? Isso está embutido no pacote? Porque isso não está embutido no pacote, é tipo material de posto... material compartilhado, que o plano de saúde não paga. É preocupação das instituições ainda... e tem que ter sim, tem que se ter essa preocupação, porque a gente precisa tirar de algum lugar. É de onde nós vamos tirar isso, né, isso tem que ser efetivo. Você não pode gastar muito para proporcionar, porque, se não, você não consegue fazer. Essa é a preocupação, né? Então pra [sic] gente ofertar esse tipo de serviço, isso tem que estar muito alinhado, assim, com custo, né, com a realidade financeira da instituição. Então, se outros precisam estar estudando sobre isso, as diretorias precisam estar estudando sobre isso para saber exatamente como fazer de forma adequada, essa experiência gerar devolução do valor para essa para a instituição e fidelização, claro. (P01)*

A análise destacou a coesão entre a unidade de registro “Confiança na marca”, evidenciada na subcategoria “Aspectos que influenciam na experiência e jornada do paciente”, e as estratégias organizacionais voltadas para o marketing e público, evidenciando a eficácia desse conjunto como ferramenta para fortalecer a marca. Os resultados sublinharam a relevância da publicidade institucional, e enfatizaram a importância de compreender o mercado local. A propaganda, ao atrair o público, foi reconhecida como um fator-chave, enquanto o conhecimento das necessidades específicas do público-alvo foi identificado como um potencial essencial para a entrega de valor:

*Eu acho que as empresas precisam conhecer o cliente, conhecer o ninho que elas atuam. Compreender as necessidades, desejos, emoções e expectativas dos clientes é fundamental. Pode fazer isso por meio de pesquisas, análise de dados, feedback direto e interação constante. (P17)*

*É claro que conhecer o mercado e compreender nossos pacientes são aspectos fundamentais para elevar a experiência do paciente. Eu vejo que com esse conhecimento das dinâmicas do mercado, até mesmo local, podemos adaptar nossas práticas e serviços de maneira precisa às necessidades específicas da comunidade que servimos. (P15)*

*Esse entendimento sobre o nicho, ou o público-alvo, não apenas fortalece a conexão entre a instituição e o mercado, mas também nos capacita a desenvolver estratégias de atendimento mais personalizadas e eficazes. Quando direcionamos nossos esforços para atender às expectativas e demandas específicas dos pacientes, não só aprimoramos a qualidade do atendimento, mas também construímos laços mais sólidos e duradouros com a comunidade. Isso pode até resultar em uma fidelidade. (P08)*

*O marketing não se limita apenas a ser um meio de atrair pacientes. Pra [sic] nós ele funciona como uma ferramenta estratégica para comunicar valores, destacar serviços e criar uma percepção positiva em relação à instituição. (P03)*

*Uma estratégia de marketing bem elaborada não apenas atrai o público-alvo, mas também estabelece expectativas que são de fato realistas. Quando a experiência do paciente atende ou supera essas expectativas, isso não apenas contribui para a satisfação, mas também constrói uma reputação sólida e duradoura. Isso é bom até para a sustentabilidade da empresa. É engraçado, mas as pessoas esquecem que*

*hospital também é uma empresa. (P13)*

Mesmo com o cenário desafiador, ficou evidente a importância das estratégias organizacionais para a melhoria da experiência e da jornada do paciente. Para isso, a escolha assertiva de gestores que compartilham os mesmos valores e missões da instituição tornou-se crucial para o sucesso desses processos e para estratégias de gestão de equipes.

#### **6.4.2. - Subcategoria 2 – Estratégias de gestão de equipes para a melhoria da experiência do paciente**

No nível de equipes, a experiência do colaborador foi vista como estratégia para melhorar a experiência do paciente, sendo um conceito que transcende a satisfação no local de trabalho, e se entrelaça à motivação, respeito, autonomia, *onboarding*, acolhimento, clima organizacional, valorização e estrutura física adequada. Nesse contexto, a qualidade da experiência do paciente está intrinsecamente ligada à qualidade da experiência do colaborador, que também transfigura entre as iniciativas privada e pública:

*Para que a gente possa entregar uma boa experiência do paciente, o colaborador também tem que vivenciar uma boa experiência aqui dentro, desde o onboarding, em todo o processo de integração dele. A questão salarial e de benefícios nem sempre é possível a gente discutir. Mas qual que é o clima de trabalho? Qual que é a ambiência de se trabalhar aqui? Buscamos uma cultura de gestão participativa, em que a gente valoriza a opinião e necessidades desse trabalhador também, para que ele numa condição mais recíproca, também tenha essa postura de acolhimento. (P03)*

*Estou bem focada na experiência do colaborador. Por aqui a gente está promovendo melhorias através da organização de processos. Não só a organização de processos, mas a organização de estrutura física também. A gente quer que o colaborador se sinta bem e se sinta motivado, para que isso cause um impacto positivo na experiência do paciente. Então, se ele está bem, se ele está feliz, se ele está satisfeito com a empresa, provavelmente ele vai tratar o nosso paciente com mais empatia, com um cuidado maior, com carinho maior. Então é fundamental. (P15)*

*Acho que foi mais ou menos por aí, analisando a diferença entre as instituições públicas e privadas, que cruza exatamente no nosso cenário sobre a experiência do paciente, vai ao encontro, andam de mãos dadas com a experiência do colaborador. Vejo que há uma diferenciação entre o perfil da instituição na experiência do colaborador e como lidam com isso. (P05)*

Ressaltou-se a relevância de instruir os profissionais na prestação de cuidados de fim de vida ao paciente, dado que a experiência, mesmo diante de um desfecho negativo, possui importância. Para que isso seja possível, os gestores consideram que o desenvolvimento de

equipes, com ênfase no treinamento e no *feedback*, é necessário para que os profissionais tenham maior compreensão do conceito sobre experiência, sendo aplicável a todas as linhas terapêuticas. Segundo os gestores, esse movimento favorece o desenvolvimento de habilidades, confiança profissional, promove a atualização, direciona e incentiva as práticas profissionais, fatores que também melhoram a experiência do colaborador:

*Eu sempre converso com a minha equipe sobre o desfecho [do] óbito, que todo mundo coloca como o pior desfecho possível, muitas vezes não é. É a condução dele. A condução do desfecho óbito que gera uma experiência negativa, de vivência de setores e unidades paliativas, com uma taxa de mortalidade gigantesca. Não é porque o paciente está em fim de vida que ele não vai comer na hora certa, não vai receber orientações, não vai ter medicação na hora certa. Essa visão de que “não tem mais o que fazer” tem que acabar! Há muito o que ser feito na experiência desse paciente. Principalmente com a família. (P05)*

*O desenvolvimento de equipes, o treinamento contínuo e o feedback regular são fundamentais para capacitar as equipes a melhorarem a experiência do paciente. Esse desenvolvimento ajuda no desenvolvimento de habilidades e confiança, o treinamento mantém a equipe atualizada com as melhores práticas, enquanto o feedback fornece direção e incentivo para ajustes, resultando em um atendimento mais qualificado, empático e eficaz. (P18)*

*Quando as equipes estão bem treinadas, elas se sentem mais seguras e capacitadas, o que naturalmente as deixam mais satisfeitas. Além disso, receber feedback regularmente é uma forma de mostrar que valorizamos o trabalho deles, criando um ambiente de trabalho mais positivo. Com equipes felizes e confiantes, a experiência do paciente melhora porque eles recebem um atendimento mais amigável e eficiente. Todos ganham! (P14)*

A corresponsabilização emergiu como uma estratégia para estimular o envolvimento das equipes, revelando-se como via reflexiva para promover a colaboração e a responsabilidade compartilhadas no ambiente profissional. Os gestores consideram que envolver a equipe em processos gerenciais é eficaz, e contribui para melhor compreensão dos profissionais em relação à importância de todo esse processo para os resultados assistenciais positivos:

*Focar em cuidados inter e transdisciplinares. Cada profissional tem um papel importante dentro do cuidado. E a gente não tem mais que trabalhar com aquela cultura hierarquizada de alguma forma, todo mundo é corresponsável de alguma forma pelo cuidado ao paciente. Quando eu falo todo mundo, é todo mundo realmente, desde a copeira, quem entra no quarto e que de alguma forma vai ali ter um contato com o paciente, vai levar algum tipo de mensagem um pouco mais positiva. Dependendo da forma que aborda o paciente. Então essas coisas, esses benefícios intangíveis vão influenciar de alguma forma. (P16)*

*A estratégia que eu utilizei foi a de responsabilidade compartilhada. Significa que todos têm voz em melhorias e inovações nos cuidados aos pacientes. Quando as equipes são encorajadas a contribuir com ideias e soluções, elas se sentem valorizadas e investidas no sucesso da instituição. Isso não apenas melhora a*

*experiência do paciente, mas também cria um ambiente de trabalho mais colaborativo e motivador. (P13)*

*Eu vi aqui no meu dia a dia que quanto mais eu puxo o pessoal para as minhas demandas, mais motivados eles ficam. Mostrar resultados, mostrar indicadores. Indicadores de satisfação do cliente, eu acho que é muito importante, eles recebem muitos quando o paciente tem uma experiência boa. Mas analisei outros setores, e vi o quanto um ambiente de trabalho negativo, marcado por assédio moral, ego exacerbado, insegurança dos gestores e medo, pode prejudicar a capacidade dos profissionais de saúde em fornecer um atendimento de qualidade. (P01)*

Na perspectiva dos gestores, a alta gestão, ao demonstrar um compromisso visível com a excelência na experiência do paciente, estabelece um padrão de referência para toda a equipe, desenvolvendo um ambiente em que o cuidado centrado no paciente é uma norma, e não uma exceção. Para impulsionar esse movimento, o gestor de equipes foi considerado um motivador na elucidação de questões sobre a experiência do paciente para a alta liderança, visto a falta de domínio sobre o conceito dessa categoria. Associado a isso, o planejamento estratégico foi considerado primordial para o estabelecimento de políticas e padrões claros relacionados ao atendimento ao paciente. Desse modo, a alta gestão viabiliza a criação de diretrizes consistentes e, ao comunicá-las eficazmente, oferece às equipes um quadro de referência sólido para seguir:

*Tem que ter o apoio da alta gestão, se não, não tem como caminhar, você fica naquela parte rasa aqui, na [parte] mais [de] operação você até faz alguma mudança, alguma coisa outra, mas ela não tem sustentabilidade, tem que estar vindo a partir, é de entender mesmo. (P03)*

*Os colaboradores e as instituições precisam melhorar a experiência do paciente, principalmente a alta gestão, que precisa trazer isso como ponto estratégico para as instituições. Não dá pra [sic] ser uma coisa legal de se fazer, precisa ser uma coisa realmente que faça parte da estratégia do hospital. Para entregar valor, é preciso realmente estar na estratégia, precisa vir de cima, da hierarquia corporativa. (P07)*

*Eles não entendem muito bem o que é experiência do paciente. Então, nós que estamos na gestão intermediária, temos que convencer de que isso traz ganhos para a instituição. (P15)*

Diante dos relatos, conclui-se que os profissionais de saúde são considerados a face da empresa no contato direto com o paciente, resultando em estratégias que envolvem o paciente.

#### **6.4.3. - Subcategoria 3 – Estratégias de gestão para a melhoria da experiência direcionadas ao paciente**

Na dimensão de estratégias direcionadas ao paciente, foi destacada a importância do relacionamento franco entre a instituição e o paciente, podendo ser relacionadas as ações que resultam no fortalecimento da confiança na marca, descrita como influenciadora na experiência anteriormente. O conceito de *disclosure* foi visto como uma forma de promover a transparência e de favorecer a confiança, mas se destacou a importância de orientar a equipe previamente, já que a introdução de novos processos pode encontrar resistência inicial:

*A gente trabalha com o disclosure. E está sendo ótimo! Até para alinhamento aqui, como no último caso que a gente fez que veio por reclamação de ouvidoria. E aí quando a gente foi fazer análise do incidente era um evento grave. A gente resgatou essa paciente, trouxe ela para a instituição, ofereceu um tratamento psicológico, e ela ficou extremamente encantada. Então foi um caso que a gente conseguiu recuperar essa paciente, que ela já tinha decidido não vir mais. Quando ela entendeu a nossa intenção de escutar e de fazer uma melhoria daquela falha que aconteceu com ela, ela ficou muito satisfeita e muito encantada. (P02)*

*Usar a ferramenta disclosure para melhorar a experiência do paciente é uma ideia superbacana! Poder ser honesto com os pacientes sobre o que está acontecendo ou sobre o que aconteceu, explicando os procedimentos de forma clara e simples. Isso cria confiança. Precisamos superar a resistência inicial à mudança, já que algumas pessoas podem achar difícil adotar uma abordagem mais transparente. (P01)*

*Tenho observado como o relacionamento transparente entre instituição de saúde e paciente é fundamental na construção da confiança. A transparência na comunicação sobre procedimentos, diagnósticos e opções de tratamento cria um ambiente onde o paciente se sente respeitado e informado. Isso não apenas fortalece a relação, mas também contribui para uma experiência do paciente mais positiva, baseada na confiança mútua. (P09)*

Os resultados da pesquisa revelaram uma correlação incontestável entre a disponibilidade dos profissionais de saúde e a experiência positiva do paciente. Na visão dos gestores, ficou evidente que, quando os pacientes percebem que há tempo de qualidade dedicado a eles, isso não apenas aumenta a sensação de segurança, mas também fortalece a relação entre os envolvidos. Esse aspecto melhora a experiência global do paciente, bem como contribui para uma comunicação mais aberta e eficaz. Além disso, os resultados apontaram que a disponibilidade dos profissionais de saúde também está associada à resolução rápida de problemas. Quando há uma comunicação efetiva e um tempo dedicado para entender as necessidades dos pacientes, as soluções para eventuais problemas surgem de maneira mais ágil e eficiente, o que reduz a ansiedade do paciente e se reflete positivamente na percepção da qualidade dos cuidados recebidos:

*Na minha visão, fica claro que quando os profissionais de saúde estão disponíveis e dedicam um tempo de qualidade aos pacientes, isso cria uma conexão mais forte e confiável. É como se esse tempo fosse um ingrediente essencial para construir uma*

*relação bacana entre a enfermagem e paciente. (P08)*

*Essa conexão entre a sensação de segurança do paciente e o tempo dedicado pelos profissionais de saúde é bem interessante. Quando os pacientes se sentem seguros, a conversa com os profissionais de saúde fica mais aberta, o que é ótimo para entender o que está rolando. É tipo criar uma base forte para a jornada do paciente. (P16)*

*Eu percebi, na minha equipe, que aqueles profissionais que têm tempo para ouvir, a resolução de problemas acontece mais rápido. É como se a comunicação fosse mais eficiente, sabe? E isso faz toda a diferença na percepção de qualidade do atendimento. Ele dedica ali um tempo maior para ouvir o paciente, acaba conhecendo ele [sic] melhor. Com isso, ele diminui o tempo para resolver os problemas, e até mesmo, em alguns casos prever os problemas. Isso pode diminuir a ansiedade em alguns casos. Vejo isso acontecer por aqui. (P17)*

A previsibilidade foi amplamente discutida pelos gestores, destacando-se na construção de um ambiente de confiança e segurança. Para os gestores, quando os pacientes conseguem antecipar os próximos passos do seu tratamento, isso não apenas reduz a sua ansiedade, mas também contribui para uma jornada mais tranquila e satisfatória. Nos discursos dos entrevistados, ficou claro que a previsibilidade ofereceu uma espécie de guia, permitindo que os pacientes tenham uma noção clara do que esperar em termos de cuidados, procedimentos e informações. Esse entendimento prévio não apenas facilitou a tomada de decisões, mas também permitiu que os pacientes se preparassem emocionalmente para os diferentes estágios de seu tratamento. Ademais, verificou-se que a previsibilidade influenciou diretamente na percepção da qualidade do atendimento, estabelecendo expectativas realistas em relação às possibilidades de tratamento, rotinas setoriais, prazos e agendas. Quando as coisas seguiam um padrão previsível, os pacientes se sentiam mais respeitados e cuidados. Essa sensação de saber o que esperar criou um vínculo mais sólido entre os profissionais de saúde e os pacientes, favorecendo aspectos de confiança, o que reforça os achados anteriores:

*O alinhamento dessa expectativa é extremamente importante, porque senão você coloca tudo por água abaixo. Então, existem algumas rotinas institucionais que fazem com que a gente consiga falar pra [sic] ele o que é possível e o que não é dentro daquele momento ali. Mas, por exemplo, tem as visitas multidisciplinares, que é um momento onde as equipes vão passar para conhecer o seu paciente. Então, existe ali um documento que a enfermeira, principalmente, o nutricionista, fisioterapeuta, eles vão conhecer um pouco melhor, psicologia, fonoaudiologia, a equipe toda vai conhecer um pouco melhor individualmente esse paciente. Nós temos os rounds, que depois junta todo o conhecimento que nós adquirimos aí com relação a essa metodologia depois da entrevista com esse cliente, e aí a gente vai se organizar junto à equipe médica para um planejamento terapêutico, que é uma peça muito, muito importante para a experiência desse cliente, né? Ele tem direito, então, talvez aquilo que o médico entenda que é da forma que a gente deva conduzir, não é a forma que aquele cliente quer e talvez a gente encontre juntos aí uma expectativa, né, para atendê-lo de alguma outra forma. Tem uma outra ferramenta também, que é muito legal, chama-se safety huddle é um momento que a gente também fala dessas expectativas, principalmente, no quesito atendemos, não atendemos, o que a*

*gente planejou foi feito ou não foi feito. (P01)*

*Uma das questões que nós conseguimos trabalhar através de demandas de ouvidoria era a previsão de alta. Paciente que nunca sabia quando ia receber alta, né? Isso gerava mais ansiedade, o que impactava no quando dele. Então, teve toda uma melhoria de processo que nós estamos acompanhando. (P19)*

*Eu acho que o segredo está em a gente prevê [sic] essa jornada, essa experiência e treinar a equipe com script já bem definidos, do que, provavelmente, esse paciente vai encontrar que é possível fazer essa previsão dentro das jornadas, caso a gente seja organizado pra [sic] isso. Principalmente utilizando metodologias de linhas de cuidado. (P06)*

*A gente costuma até, em uma metodologia de acreditação na JCI, a gente tem um requisito que fala sobre a gente informar ao nosso paciente, né, ao nosso cliente, prováveis atrasos. Então, quando a gente se antecipa a isso, a gente teve um problema com o equipamento, eu vou atrasar na liberação do exame, né? A gente está com problema numa questão da lista de espera para cirurgia, então a gente vai ter que ter um reagendamento, e a gente dá alternativa para esse [paciente] e a gente mostra para ele a nossa preocupação, a experiência dele é diferenciada. Então, acho que a melhor forma, né, da gente conseguir conquistar esse paciente, é a comunicação, né? E essa comunicação clara e aberta. (P09)*

*A experiência do paciente está muito ligada também à sua expectativa. Então eu penso: “se a minha expectativa no atendimento de tal hospital é alta, e essa expectativa não é atingida, eu tendo a dizer que a minha experiência foi negativa”. (P10)*

Os gestores apontaram que a personificação na assistência à saúde representa um poderoso catalisador para a humanização do cuidado, transformando a experiência do paciente de algo meramente clínico para uma interação rica em empatia e consideração individual. Notou-se que esse conceito vai além do simples tratamento de sintomas e números de leitos, elevando a relação entre profissionais de saúde e pacientes a um patamar mais pessoal e significativo. Ao adotar práticas que personificam o cuidado – como chamar o paciente pelo nome em vez de um número de leito, lembrar-se de suas expectativas e reconhecer informações relevantes para ele –, estabeleceu-se uma conexão mais profunda entre os pacientes e profissionais. Essas pequenas ações não apenas conferiram uma identidade única a cada paciente, mas também transmitiram a mensagem de que são indivíduos valiosos, não apenas casos clínicos. Esse enfoque personalizado foi um componente essencial da humanização, reconhecendo o paciente como um ser humano integral, com histórias, emoções e necessidades individuais. Ao trazer a personificação para o centro do cuidado, criou-se um ambiente onde o paciente se sente verdadeiramente ouvido e compreendido:

*Outra estratégia importante é a personalização: Oferecer uma experiência personalizada é crucial. Isso inclui tratar o cliente pelo nome, lembrar-se de suas expectativas, recomendar produtos ou serviços relevantes e adaptados de acordo*

*com suas necessidades individuais. (P17)*

*A gente tem esse caminho percorrido, da humanização, tanto das diretrizes, ações de humanização e buscando ao máximo sempre tirar essa questão mesmo de que não é somente ser “bonzinho”. É ter concretude, é ajustar esse movimento agora de cada vez mais incluir cuidados personalizados ao paciente. Ele não é somente um leito... ele é um conjunto de histórias que o trouxe até aqui. E se isso é valioso para ele, tem que ser valioso para nós também! (P03)*

*A necessidade do paciente tem que estar na nossa mente o tempo inteiro, assim como cuidado individualizado, personalizado. Temos que lembrar sempre que um diagnóstico pode ser igual ao outro, mas nenhum paciente é igual. São únicos. E tudo deve ser personalizado para ele. (P08)*

A disponibilidade de materiais de orientação direcionados aos pacientes e aos seus familiares representaram um recurso valioso como estratégia de gestão para o paciente, com a promoção de uma experiência de saúde mais informativa e participativa. Os resultados mostram que esses materiais desempenharam um papel fundamental ao fornecer informações claras, acessíveis e personalizadas, auxiliando não apenas na compreensão do tratamento, mas também na promoção da adesão às medidas terapêuticas. A importância desses materiais residiu na capacidade de traduzir informações complexas do campo da saúde para uma linguagem compreensível pelo público leigo. Isso não apenas fortaleceu a autonomia do paciente, mas também facilitou a tomada de decisões informadas, essenciais para o engajamento efetivo no processo de tratamento, o que corrobora com os achados discutidos anteriormente, acerca dos conceitos de letramento em saúde e empoderamento do paciente. Além disso, os materiais de orientação atuaram como guias práticos, oferecendo suporte contínuo fora do ambiente clínico, tornando-se recursos de referência que pacientes e familiares podem consultar para reforçar orientações, esclarecer dúvidas e manter um entendimento consistente sobre a condição de saúde e o plano de tratamento, o que fortalece o envolvimento dos familiares e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, favorecendo desfechos positivos.

*Então, a gente trabalha muito com o plano educacional do paciente, desde a entrada desse paciente na sua internação. Então, a partir dali a gente já começa a envolvê-lo, né, no seu plano de cuidado. Então, quando a gente orienta esse paciente, traz para ele todas as informações, ele fica encantado. E as orientações impressas ajudam muito porque as vezes você fala, mas ele está com dor, ou está ansioso, e acaba esquecendo. A gente dando informações válidas para este paciente, eu acredito que a gente sempre conquista uma experiência diferenciada. (P09)*

*Nossa abordagem é unir o melhor dos dois mundos: materiais impressos e on-line. Na nossa plataforma de saúde on-line, os pacientes têm acesso a recursos multimídia, vídeos explicativos e documentos informativos. Esses materiais não só enriquecem a compreensão do tratamento, mas também promovem a participação*

*ativa do paciente. Os materiais impressos, por sua vez, funcionam como lembretes úteis em casa, garantindo que a informação esteja sempre ao alcance, contribuindo para uma experiência de cuidado mais holística. (P18)*

*Os materiais impressos são distribuídos no momento da consulta, proporcionando aos pacientes uma referência física imediata. Simultaneamente, a versão online permite um acesso contínuo às informações, promovendo uma comunicação efetiva entre consultas. Isso não apenas fortalece a compreensão do tratamento, mas também contribui para uma parceria mais sólida entre profissionais de saúde e pacientes. E com certeza isso impacta no desfecho final dele né? É o que eu sempre digo, o sucesso do tratamento também depende dos cuidados em casa. Então esse material ajuda sim, com certeza! (P19)*

Em suma, a análise das estratégias direcionadas ao paciente revela a complexidade e a interconexão dos elementos que contribuem para uma experiência de saúde positiva. O relacionamento franco, a disponibilidade dos profissionais de saúde, a previsibilidade no tratamento e a personificação na assistência emergem como pilares essenciais na construção de uma jornada centrada no paciente. A transparência, promovida por meio do *disclosure* e da humanização, surgiram como fundamentais na relação entre instituição e paciente. Além disso, os materiais de orientação, tanto impressos quanto on-line, destacam-se como ferramentas auxiliares na promoção do entendimento, autonomia e adesão, consolidando o papel ativo do paciente no seu processo de cuidado. Para os gestores, ao adotar estratégias que contemplam esses aspectos, as instituições de saúde podem criar um ambiente mais acolhedor, capacitador e centrado no ser humano, resultando em experiências mais satisfatórias e impactos positivos na qualidade do atendimento e nos desfechos clínicos. Entretanto, para o alcance dessas estratégias, é importante o desenvolvimento de algumas competências específicas por parte dos profissionais de saúde e dos gestores.

## 6.5. CATEGORIA TEMÁTICA 3: COMPETÊNCIAS PARA A MELHORIA DA JORNADA E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Os resultados revelaram que a melhoria da experiência do paciente, no contexto de serviços de saúde, exige um conjunto de competências, tanto no âmbito da gestão quanto de equipes assistenciais. Esta constatação enfatizou a complexidade e a interdependência de fatores importantes para um sistema de saúde eficaz e centrado no paciente.

### 6.5.1. Subcategoria 1 – Competência dos profissionais assistenciais

Os resultados da pesquisa em questão lançaram luz sobre um aspecto fundamental no

contexto da saúde: as habilidades, competências e atitudes dos profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente. Essas dimensões não apenas delinearam a expertise técnica, mas também transcenderam para a esfera das interações humanas, trazendo questões sobre empatia, compaixão e paciência. Correlacionado a isso, ações de responsabilidade e proatividade também foram mencionadas:

*E com relação a habilidades, a compaixão, ela já vem sendo tratada como habilidade, né? Apesar de ser uma questão muito íntima, muito genuína, mas ela já vem sendo tratada como habilidade, né? Eu acho que essa é uma competência que é extremamente importante para um profissional que trabalha com a experiência do paciente. (P07)*

*A primeira é empatia, né? A pessoa tem que ter empatia, saber se colocar no lugar do outro e saber que é o processo de hospitalização, mexe coisas da pessoa, principalmente psicológico, né? É que você ver que ele está ali, fora da casa dele, fora do ambiente de segurança dele, né? E a gente precisa trazer um ambiente de segurança para o paciente, então acho que isso é mais empatia. (P09)*

*Além de empatia, [a] proatividade, o funcionário tem que estar empenhado nesse propósito. Ele tem que ter a visão e responsabilidade de exercer a profissão com zelo. Tem que estar atualizado. No mundo hoje, quem não engajar em experiência do paciente, infelizmente está fadado ao desemprego. (P17)*

*É interessante que todo profissional de saúde também faça sua parte em capacitação pra [sic] essa área de experiência do paciente, de segurança do paciente, mas eu acho que tem outras competências e habilidade [que] são importantes, e daí? É claro que sempre a empatia, né? De se colocar no lugar do paciente naquela jornada que ele. Tá? Então imaginar, se fosse a própria pessoa passando por aquela jornada, [ela] seria satisfatória, né? Seria uma jornada interessante? E poder criticar, ver os pontos que podem ser melhorados nesta jornada do ponto de vista do paciente. Então sempre tem empatia. Fazer essa abordagem é humanizada, né? Em relação à família, considerar os outros aspectos não só do tratamento do paciente, mas o ambiente que ele está. (P18)*

Para os entrevistados, ao possuírem habilidades interpessoais que se associam às competências técnicas sólidas, os profissionais de saúde desempenham um papel significativo na construção de uma experiência positiva para o paciente:

*Então respondendo sua pergunta: comunicação, relacionamento interpessoal, e em termos de conhecimento técnico também é importante. É ter realmente conhecimento técnico assistencial para poder apoiar ou fazer alguma intervenção assistencial. Competência técnica em termos de escolaridade, de acordo com cargo, tem que ter, tem que cumprir. (P13)*

*Então, tem a questão técnica, tem os treinamentos, tem [a] educação continuada, tem a trilha, tem tudo, ferramentas para desenvolver a parte técnica. Agora, tem algumas coisas que vem da pessoa internamente, né, como atitude, como um pouco de generosidade, de empatia, mas a gente também tem que trabalhar esse ponto com eles. (P18)*

Os gestores destacaram que entregar uma experiência positiva no contexto de saúde não é necessariamente determinada por uma lista predefinida de competências, mas sim pela informação e preparação dos profissionais, que devem se alinhar com os valores da instituição.

*Então, eu acho que seria mais ou menos isso. Eu acho que não tem uma lista de soft skills preparada, mas eu acho que todo mundo é capaz de entregar a experiência, desde que esteja realmente informado e preparado para isso, [para] saber o que está fazendo. (P07)*

*Não sei se teria alguma competência individual. Eu vejo a necessidade de incluir todos os perfis, eu acho que talvez o profissional deveria entender a questão de qualidade e cuidado centrado no paciente, porque a experiência vai estar dentro ali [sic], e o quanto isso impacta na instituição. Então esse profissional deve estar bem informado e alinhado com os valores da instituição. (P02)*

A pesquisa identificou que habilidade de comunicação eficaz, trabalho em equipe, resiliência e comprometimento não apenas aprimoram o atendimento clínico, mas também influenciam positivamente o percurso do paciente, desde o seu diagnóstico até a recuperação. Nesse sentido, a capacidade de comunicação se aplica, incluindo também a comunicação envolvendo o paciente. Portanto, aspectos de letramento em saúde e escuta ativa foram relacionados à competência de comunicação dos profissionais para a melhoria da experiência do paciente:

*Primeiro de tudo para mim, uma comunicação profissional. Trabalhar comunicação. “Que tipo de atendimento eu gostaria de ter?” Eu acho que esse é o exercício que sempre fazemos e sempre precisamos estar fazendo. “Esse [é o] tipo de atendimento eu quero pro meu filho?” Ali ele consegue entender que tipo de comunicação ele precisa ter, né? Que tipo de resiliência ele precisa trabalhar, principalmente nas gestões de conflitos. Outra competência é a que nós chamamos, dentro da minha instituição, de “cultura do nosso”... Então, uma boa comunicação, uma boa responsabilidade como profissional, se desenvolver como profissional, estar atento como profissional do que eu tenho que fazer. E também ser parceiro, trabalhar em grupo...O trabalho em equipe, como a gente tanto fala em enfermagem. (P10)*

*Eu acredito que a questão da comunicação, da gente desenvolver essa habilidade de comunicação e a explicativa. Então, a gente conseguir ter essa empatia e essa escuta diferenciada para cada paciente é uma habilidade que deve ser trabalhada. E também uma das questões que nós estamos refletindo muito dentro da nossa instituição são os valores. Nós trabalhamos muito na questão da humanização, que não adianta nós contratarmos funcionários que não tem dentro dos valores dele a questão da humanização, da saúde, do hospital, de ensino. Então, não adianta eu contratar um funcionário que não gosta de ensinar, ou que não faz parte da cultura. E se esse funcionário já está dentro de uma cultura que ele vai ter que ensinar a alguém, ele também vai ensinar o paciente, vai envolver o paciente em um espaço. Então tem algumas competências que são fundamentais. (P19)*

Ao explorar esses elementos-chave, a pesquisa visou não apenas reconhecer a importância dessas habilidades, mas também entender como elas se entrelaçam para criar um ambiente de cuidado mais compassivo e eficaz. A compreensão desses aspectos é relevante para informar práticas de assistência centradas no paciente, promovendo uma experiência holística e satisfatória ao longo da jornada de cada indivíduo que busca cuidados de saúde.

Para o desenvolvimento de equipes, discutiu-se sobre a atuação dos gestores, e quais as competências necessárias para favorecer o engajamento das equipes.

### 6.5.2. Subcategoria 2 – Competência dos gestores

Ao considerar a opinião dos gestores, revelou-se que o conhecimento técnico sobre experiência do paciente é algo relevante e, devido a isso, eles estão em busca de especialização na área. O conhecimento foi considerado ferramenta facilitadora no engajamento de equipes, uma vez que tendo mais domínio do assunto, o gestor tem mais chances de envolver a equipe no propósito, servindo de exemplo não só para os profissionais da sua instituição, mas possibilitando a troca de conhecimento com outras instituições:

*Eu busquei fazer especialização em Experiência do Paciente. Meu professor falava muito dos valores, e eu gostaria muito de implantar em um local onde já existia, mas eu queria fazer com que aquele local que já existia tudo aquilo de experiência do paciente fosse um local ainda mais reconhecido. (P12)*

*Quando você tem conhecimento, as pessoas se disponibilizam a comprar sua ideia. Eu acho que fica mais fácil o engajamento, porque é como se fosse uma contaminação, um vai levando pro [sic] outro, e quando a gente percebe a gente já tem uma equipe que está ali, todo mundo em busca de um objetivo. (P11)*

*Eu comecei, no decorrer do curso de especialização em experiência do paciente, a focar. Eu comecei a levar alguns tópicos dentro da reunião de indicadores para mostrar o que era experiência do paciente, a jornada do paciente. Mostrar todo aquele processo, o que a gente pode trabalhar dentro da experiência, e o que a gente espera de uma instituição que está focada na experiência. E aí começou a disseminar esse conhecimento, e as pessoas hoje conseguem entender. Então esse foi um trabalho global, onde fiz momentos com a recepção, momentos com a enfermagem, momentos com toda equipe, até o corpo clínico, tá [sic]? Então hoje, isso conseguiu ser disseminado dentro da instituição e as pessoas têm essa compreensão. (P14)*

*Eu já apresentei a linha de cuidados oncológicas em vários congressos, e quando apresento todo mundo depois vem me ligar, vem me procurar no LinkedIn, perguntando “como é que você conseguiu fazer isso?”. Então, assim, é uma entrega de valor muito grande. (P02)*

*É imprescindível o conhecimento do setor de saúde e entender os desafios específicos relacionados à experiência do paciente. Isso inclui estar atualizado com as melhores práticas, regulamentações e tendências relevantes. (P03)*

Além disso, o conhecimento foi visto como uma competência que pode auxiliar nas resistências do próprio gestor, auxiliando-o em uma melhor aceitação do conceito e favorecendo atitudes proativas de melhoria e inovações. Nesse caso, a conotação de conhecimento se ampliou, englobando o domínio do gestor sobre processos intersetoriais da própria instituição. Por sua vez, a aceitação do conceito foi associada à capacidade de desenvolvimento de visão estratégica e a elementos que norteiam o engajamento dos profissionais:

*O gestor estudando, dominando essa questão, ele com certeza vai ser um exemplo para a equipe dele. Então, ler artigos, livros... todo esse material recente que aborda questões de experiência do paciente. Uma vez que você começa a ler sobre o assunto, é um caminho sem volta. Esse termo é muito novo, os gestores não [o] conhecem, então ficam com medo, resistentes, e não querem falar sobre isso. Então tendo conhecimento sobre o assunto, ele adere mais a essa questão. (P05)*

*A partir dessa melhor aceitação da experiência do paciente (pelo gestor), é possível uma abertura para os profissionais de compreenderem o que é isso. (P01)*

*O gestor deve estar aberto a novas ideias, e ser capaz de estimular a inovação na busca por uma melhor experiência do paciente. Isso envolve estar atualizado sobre as melhores práticas e tendências na área da saúde, e estar disposto a implementar mudanças positivas. (P06)*

*Então eu diria que a primeira coisa é acreditar, que é importante mudar. É, tem uma outra coisa que é extremamente importante, que é ter conhecimento. Ter conhecimento técnico mesmo sobre o assunto, que vai ser a partir dele que o gestor vai ter capacidade de atuação. (P04)*

*Eu acredito também que o gestor precisa ter conhecimento de todas as áreas. Não conhecimento técnico específico, mas você tem que ter um conhecimento mínimo, porque isso impacta na experiência do paciente. Saber como um setor pode integrar com outro, o que ele pode fazer no seu setor que irá facilitar a vida do paciente no setor de destino dele. Com certeza o domínio desses processos intersetoriais é um diferencial. (P15)*

*Entender a importância e ver o real motivo de trabalhar com experiência do paciente permite ter uma visão estratégica, e refletir sobre a justificativa de estarmos fazendo isso. Depois que ele percebe esse propósito, ele não consegue mais voltar atrás, não consegue mais pensar diferente. E aos poucos, ele vai conseguindo engajar a equipe. (P11)*

Os resultados apontaram que a inteligência emocional dos gestores corrobora no gerenciamento de suas próprias emoções, bem como demonstrar empatia e compreensão em relação aos profissionais contribui para um ambiente organizacional mais acolhedor, fazendo com que os profissionais se sintam mais ouvidos, respeitados e apoiados. A resiliência, por sua vez, foi considerada essencial para enfrentar os desafios inerentes à liderança. A capacidade de lidar com o estresse, superar obstáculos e se adaptar às mudanças também se desvela crucial para manter um alto padrão de cuidado ao paciente:

*Sem dúvidas a inteligência emocional é importante para o líder, que envolve a capacidade de reconhecer e gerenciar suas próprias emoções e as emoções dos outros. Um gestor com alta inteligência emocional é capaz de se relacionar com empatia, manter a calma em situações de estresse, e promover um ambiente de trabalho saudável. E isso com certeza reflete na experiência do paciente. (P07)*

*Acho que uma coisa muito importante é a resiliência! O ambiente da saúde é desafiador, e um bom gestor deve ser capaz de lidar com a pressão da alta liderança. A resiliência é fundamental para enfrentar os obstáculos, né? Manter-se positivo e motivar a equipe, mesmo diante das dificuldades. (P05)*

*A inteligência emocional permite uma conexão mais significativa entre os gestores e as equipes. Não é tudo que abala aquele gestor, e isso acaba passando mais confiança para a equipe. Eles pensam que se algo abala o chefe, é porque realmente é importante. (P03)*

*A resiliência ajuda a fortalecer a qualidade do atendimento. Um líder que consegue enfrentar todos os obstáculos que a implementação da experiência do paciente proporciona, com certeza fará diferença na vida do paciente. (P15)*

Em relação à atuação da gestão, destacaram-se os perfis de liderança empática, participativa e transformacional, e como eles podem favorecer o engajamento das equipes na melhoria da experiência do paciente:

*Tem que ter liderança empática, tem que ter liderança que leve em consideração a coparticipação e cocriação com seus profissionais, tem que acreditar na participação do colaborador. Tem que saber vencer seus medos, porque fazer com que a transparência aconteça, envolve muito isso. E tem que ter estudo, tem que ter conhecimento. A instituição tem que passar esse conhecimento para o gestor, que não é fácil. (P04)*

*Tem que ter muita habilidade de ser uma liderança transformacional, que provoca inovação, provoca mudanças ali do que é realmente já feito na prática. E aí vai gastar muito com exemplo. (P02)*

Como competências e habilidades desejadas dos gestores em relação à equipe, foi revelada a capacidade de comunicação assertiva, embasada por definição clara de objetivos, metas e expectativas. Os aspectos voltados para empatia e respeito pela equipe foram determinados como fatores essenciais para a liderança:

*Eu acredito que o gestor tenha que ter uma comunicação eficaz, deve ser capaz de se comunicar de forma clara e empática com sua equipe, falando sobre as metas, expectativas e feedback de maneira assertiva. Isso inclui ouvir ativamente as preocupações e ideias da equipe. Um líder que deseja engajar sua equipe deve ter a capacidade de inspirar e motivar os membros, passando para eles uma visão e um propósito. Eles têm que demonstrar entusiasmo, confiança e comprometimento com a experiência do paciente. Afinal, é como o ditado diz: a equipe é o espelho do gestor. E eu também acredito que seja essencial que um bom gestor seja empático e demonstre respeito pelos membros da equipe, [seja capaz de] compreender as necessidades e preocupações individuais, reconhecer conquistas e fornecer suporte*

*quando necessário. (P18)*

*Inteligência emocional é importante na gestão. Importantíssimo o autoconhecimento, a autorregulação emocional também. Sensibilidade que a pessoa tem que ter. Essa escuta não é a questão do ouvir, é de escutar, realmente legitimamente, fazer conferências. A proatividade hoje eu vejo, porque você tem que sair um pouco de uma zona de conforto, de ficar só na sua disciplina, vamos dizer assim, e você é muito mais interdisciplinar, tentando buscar uma transdisciplinaridade. E aí exige proatividade, exige o trabalho em equipe. A flexibilidade nas mudanças que vão ocorrendo. Comunicação. Entra as questões da escuta, a comunicação não violenta, a inteligência emocional, [que] eu já falei. Eu acho que [é] o [que] me vem na cabeça, eu acho que é isso. Acho que para mim, a questão da parte da comunicação dessa postura relacional é uma principal base. (P03)*

A confiança do gestor na equipe surgiu como facilitador para a delegação de tarefas mais complexas. Na perspectiva trazida pelo conceito de autoconfiança, o fortalecimento de conhecimento técnico e experiência prévia em cargos de gestão são aspectos que favorecem tal ação. A discussão acerca do ego do gestor, assédio moral e perfil centralizador classificou tais características com barreiras no engajamento de equipes:

*Um bom gerente, que não é novato na área, sabe que não pode fazer tudo sozinho, e [ele] confia em sua equipe para realizar tarefas e tomar decisões. A capacidade de delegar responsabilidades adequadas e fornecer suporte quando necessário é fundamental para o sucesso. E isso é muito difícil hoje em dia, por conta do ego do gestor, ou por conta da insegurança dele na gestão... ou ele não delega porque não quer que o serviço de alguém que seja subordinado a ele apareça, se sobressaia, ou ele não delega pelo simples fato de não confiar na equipe, não acreditar que sejam capazes. Aí é muito complicado, porque impacta a equipe, e por sua vez, impacta o paciente. (P03)*

*E assim, aos poucos, ele vai conseguindo engajar a equipe também. Mas tem que ser um engajamento inteligente. Sem questões de assédio moral... tem que plantar a sementinha no coração e na mente de cada um. Tem que encorajar essa equipe, envolver ela em várias questões... não pode ser centralizador. Se você demanda, você demonstra que o envolvimento deles é importante, e vai além de simples questões assistenciais, como administração de medicação...E além disso, tem que ter habilidade para resolver problemas, desenvolvimento de equipes, capacidade de motivação, inteligência emocional e principalmente uma comunicação assertiva e clara! (P17)*

Atitudes como comprometimento, entusiasmo e flexibilidade revelaram ser favoráveis no engajamento das equipes, através do sentimento de inspiração que floresce nos profissionais de um líder no qual as equipes desejam seguir. Atrelado a isso, os gestores consideram que essas ações são esperadas pela equipe e que, na ausência de um gestor que possa ser considerado um exemplo, a desmotivação e desarmonia podem ser frequentes:

*Quando um líder demonstra verdadeiro comprometimento com os objetivos da equipe, [ele] transmite uma energia contagiante que inspira os membros a se*

*dedicarem também. O entusiasmo, aliado a uma postura flexível diante dos desafios, cria um ambiente propício para a inovação e resolução de problemas. (P12)*

*Um líder que se compromete com a visão da equipe, demonstra entusiasmo pelo trabalho e flexibilidade para se adaptar às mudanças, torna-se uma fonte de inspiração para os membros da equipe. A motivação floresce quando os profissionais sentem que estão seguindo alguém que os inspira, que não apenas fala, mas age de maneira congruente com os valores da equipe. (P18)*

*Quando um gestor se destaca como exemplo nessas áreas, a equipe tende a permanecer motivada e coesa. No entanto, na ausência de um líder que represente esses atributos, a desmotivação e desarmonia tornam-se mais frequentes. Daí a satisfação no trabalho diminui. Essa insatisfação muitas vezes leva à busca por oportunidades em outros lugares. (P15)*

Os resultados obtidos destacaram a importância das competências profissionais no contexto de saúde, revelando uma subdivisão eficaz em dois grupos principais: *Hard Skills* e *Soft Skills*.

*Com certeza soft skills. Não adianta, hard skills todo mundo diz que tem. É o que eu falo. A gente vem aqui nos processos seletivos, o profissional vem com um calhamaço assim. No currículo, ele é ótimo. Só que daí ele entra, ele não sabe trabalhar em equipe. Muitas vezes a questão do ego científico, que eu tenho título tal, você não tem o título tal isso. Estudei na faculdade e tal. Estou aqui há tantos anos... (P03)*

*Eu acho que não tem uma lista de soft skills preparada, mas eu acho que todo mundo é capaz de entregar a experiência, desde que esteja realmente informado e preparado para isso, saber o que está fazendo. (P07)*

*Desenvolvimento de soft skills aí pelos profissionais da saúde, em detrimento das hard skills, que são extremamente importantes. Uma coisa está completamente relacionada a outra, e as duas se complementam. (P04)*

Os resultados apontam que as competências necessárias para gerenciar uma equipe e engajá-la em processos que favoreceram a experiência do paciente abrangeram uma combinação de habilidades técnicas e comportamentais. No que diz respeito às *hard skills*, destacou-se a importância do conhecimento técnico e do envolvimento acadêmico como bases para o desenvolvimento das *soft skills*. A autoconfiança e segurança surgiram como componentes essenciais, frutos desse conhecimento. Em contrapartida, a resistência em relação a novos conceitos fracassou frente ao domínio técnico.

Por outro lado, as habilidades comportamentais e psicológicas, como inteligência emocional, resiliência, autoconhecimento e autorregulação, foram fundamentais para promover um ambiente de trabalho saudável e produtivo. Embora pudessem ser desenvolvidas a partir de experiências anteriores em gestão, também tinham o conhecimento técnico como base.

Um perfil de gestão transformador e transacional direcionou para atitudes proativas,

empáticas, de comunicação eficaz, escuta ativa e reconhecimento do trabalho da equipe. As habilidades de motivação, entusiasmo e apoio revelaram-se fundamentais para cultivar um comportamento influenciador, capaz de promover o engajamento das equipes.

Em suma, destacou-se que o gestor deve possuir tanto habilidades técnicas quanto comportamentais bem desenvolvidas. Essa combinação permitiu que eles liderassem de forma eficaz, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e orientado para o bem-estar do paciente, enquanto incentivavam o desenvolvimento contínuo da equipe.

## 7. DISCUSSÃO

Torna-se importante conhecer o perfil dos profissionais que atuam na gestão das equipes de saúde, devido à responsabilização na tomada de decisões, na alocação de recursos, na gestão de equipes, na melhoria dos serviços prestados aos pacientes e na contribuição para um sistema de saúde mais eficiente e orientado para o paciente.

Os dados da presente pesquisa revelaram uma variedade de informações que descrevem o perfil dos gestores brasileiros. Com 68,42% dos gestores sendo do sexo feminino, há uma tendência notável de mulheres ocupando cargos de gestão hospitalar. Este dado indica uma mudança, mesmo que em passos lentos, porém positiva, em direção à igualdade de gênero no ambiente de trabalho. A feminização da gestão da saúde já foi descrita em outros estudos, como os de Arcari *et al.* (2020), Carvalho *et al.* (2020), Fleury e Ouverney (2018), Ouverney *et al.* (2019) e Riquieri *et al.* (2022). No entanto, ainda há espaço para melhorias, especialmente em cargos de alta liderança (Härkönen; Manzoni; Bihagen, 2016; Hryniewicz; Vianna, 2018).

Para Ismail e Nakkache (2015) a discriminação de gênero é, indiscutivelmente, um fenômeno sistêmico que transcende fronteiras, afetando tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Esta realidade impõe desafios significativos para as mulheres, criando barreiras à sua progressão para cargos de alta liderança e em profissões historicamente vinculadas aos homens (Carrieri *et al.*, 2013; Melo; Lopes, 2013; Modesto Filho; Vieira; Carrieri, 2021). A determinação e características femininas demonstram um estilo de gestão participativo, onde a preocupação com o aspecto humano das organizações é central. Esse enfoque favorece a ascensão das mulheres no trabalho gerencial, criando um ambiente mais inclusivo e empático. Observa-se, assim, a competência das mulheres gerentes na gestão hospitalar, alinhando suas ações com a política de humanização da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde (Brito *et al.*, 2015).

A presença de 73,68% de gestores de cor branca corrobora com os achados de Dantas *et al.* (2023). Esse resultado indica uma necessidade de promover a diversidade racial em cargos de gestão, garantindo que as vozes de diferentes comunidades sejam representadas nas decisões administrativas dos hospitais. Um estudo realizado em 2019 com estudantes de graduação aborda uma questão sensível relacionada às desigualdades raciais na área da saúde, mais especificamente na área da Odontologia. Um aspecto essencial que emerge desses achados é a importância de abordar o viés racial e a consciência dos profissionais de saúde em sua formação.

Ao examinar a relação entre a cor/raça dos pacientes e seus desfechos, os pesquisadores evidenciaram a falta de autonomia percebida entre os pacientes negros, destacando uma preocupação significativa (Candido *et al.*, 2019). A formação profissional deve, portanto, enfatizar a necessidade de empoderar todos os pacientes, independentemente de sua cor/raça, no processo de tomada de decisões relacionadas ao tratamento, contribuindo para uma relação mais equitativa entre profissionais de saúde e pacientes.

Outro ponto evidenciado no estudo é a sensibilização cultural dos profissionais de saúde, no qual reflete que a compreensão das questões culturais e históricas ligadas às desigualdades raciais é fundamental para promover um ambiente de cuidado mais inclusivo. Essa sensibilização pode melhorar a qualidade da interação entre profissionais de saúde e pacientes, considerando as nuances culturais que podem impactar o atendimento. A análise dos resultados também destaca a necessidade de uma revisão nas práticas clínicas. A responsabilização diferenciada dos pacientes negros por falhas no tratamento indica a importância de se garantir uma avaliação justa e imparcial dos resultados, independentemente da cor/raça do paciente. Isso implica em mudanças nas abordagens clínicas, para evitar qualquer viés racial nas análises de desfechos (Candido *et al.*, 2019). Além disso, a integração de componentes educativos específicos sobre as desigualdades raciais na saúde ao longo da formação dos profissionais é essencial. Isso pode envolver o ensino de dados epidemiológicos, históricos e socioculturais, para proporcionar uma compreensão abrangente das complexidades envolvidas. Essa educação para a igualdade racial é fundamental para equipar os profissionais de saúde com o conhecimento necessário para construir uma sociedade mais justa e igualitária (Anunciação *et al.*, 2022).

Contribuindo para a discussão acerca da desigualdade, o estudo publicado recentemente por Gaudenzi, Chagas e Castro (2023) revelou relatos tocantes sobre a frieza percebida pelos pacientes em suas interações com os profissionais de saúde, como no delicado momento de comunicar a perda de um ente querido. Além disso, foram abordadas outras narrativas, que denunciavam situações de “desumanidade com nome de cuidado”. Entre elas, destaca-se a falta de abordagem do tema do racismo em contextos psicossociais, bem como relatos de mulheres que enfrentaram estereótipos racistas durante o processo de parto. Essas experiências ilustram vividamente a presença insidiosa do racismo nas instituições de cuidado, transcendendo as fronteiras institucionais e se entranhando na vida cotidiana. As autoras argumentam que o silêncio em torno do racismo reflete uma dinâmica narcisista, onde o grupo branco é tomado como referência para a condição humana. A ausência de reconhecimento do racismo nas práticas de saúde é interpretada como uma forma de violência, ao invés de

cuidado. O estudo também aponta o racismo como uma ameaça à saúde da população negra, defendendo veementemente a inclusão do tema da violência racial como parte integrante do cuidado em saúde (Gaudenzi; Chagas; Castro, 2023). Os relatos enfatizam a importância do reconhecimento do racismo por parte dos profissionais de saúde, ressaltando que a negação das experiências vividas por estes pode acarretar consequências graves. Consolidando os achados da presente pesquisa, os autores defendem que a inclusão de profissionais negros na prestação de cuidados emergiu como uma estratégia relevante para garantir empatia e acolhimento genuíno. Por fim, o estudo destaca a necessidade premente de mudanças radicais nas legislações e políticas públicas de saúde, para que se possa enfrentar efetivamente o impacto do racismo na saúde da população negra.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), implementada pelo Ministério da Saúde em 2006, é uma resposta às desigualdades étnico-raciais no sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2013d). Reconhecendo o racismo como um determinante social da saúde, a PNSIPN busca promover a equidade no acesso, acolhimento e qualidade dos serviços de saúde destinados à população negra. Seu objetivo é enfrentar o racismo institucional, considerando as particularidades culturais e sociais desse grupo. A política visa assegurar o acesso universal e integral à saúde para a população negra, desenvolvendo ações afirmativas, e combatendo preconceitos e estigmas raciais. Ao promover a equidade em saúde, a PNSIPN busca reduzir as disparidades étnico-raciais nos indicadores de saúde, e fortalecer a atenção primária como estratégia fundamental para o cuidado à saúde da população negra. Além disso, destaca a importância do combate ao racismo institucional nos serviços de saúde, propondo a capacitação de profissionais e a coleta de dados sobre raça/cor nos sistemas de informação. A PNSIPN é uma ferramenta importante para construir um sistema de saúde mais inclusivo, e para atender às demandas específicas da população negra, contribuindo para a promoção da equidade e justiça social no contexto da saúde no Brasil.

Seguindo com os achados em relação ao perfil dos gestores, o estado civil da maioria dos entrevistados (68,42%) é solteiro, o que sugeriu uma tendência de dedicar mais tempo à carreira, refletindo uma mudança nas prioridades sociais e individuais. Entretanto, para Fagundes (2019), aqueles que conseguiram estabilidade em sua vida pessoal são mais tolerantes, e estão mais preparados para assumir riscos e enfrentar desafios.

A faixa etária dos gestores foi equitativamente distribuída, com 36,84% entre 31 e 35 anos, 31,58% entre 36 e 40 anos e 31,58% com mais de 40 anos. Esta diversidade de idades pode promover a troca de experiências e conhecimentos entre diferentes gerações, criando um

ambiente de trabalho dinâmico e inovador, além de favorecer o uso de tecnologias (Santos; Marin, 2018).

A presença significativa de profissionais com especialização (63,16%) destacou a importância do aprendizado especializado na gestão de instituições de saúde. No entanto, a presença de apenas 15,79% de gestores com doutorado sugeriu uma oportunidade de incentivar a pesquisa e a inovação na gestão de saúde, o que reforçou os achados de Santos *et al.* (2019).

A formação dos gestores entrevistados foi variada, o que possibilitou a riqueza na coleta de informações. Entretanto, foi possível observar que a formação dos gestores que trabalham diretamente em escritórios de experiência do paciente não se concentrou apenas em enfermagem, extrapolando a formação inclusive em áreas da saúde. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo relacionado a esse dado, o que sugere a realização de mais pesquisas nesse tema. Contudo, há de considerar que o conceito de PX se assemelha ao de *Customer experience* (CX; em português, experiência do cliente), que apresenta forte notabilidade pelos líderes empresariais e na prática de *marketing* (Becker; Jaakkola, 2020), o que pode justificar a diversidade na formação de gestores em cenários hospitalares.

A categoria temática 1 – *Essência da jornada e experiência do paciente na percepção dos gestores*, apontou que o significado do conceito de “Experiência do Paciente” está direcionado às ações de compaixão, dignidade humana e paciente no centro do cuidado. Para o grande bioeticista Edmund Pellegrino (1979), a relação do cuidar em saúde se apoia em quatro ações fundamentais, sendo o primeiro passo, e talvez o mais vital, o cultivo da compaixão. Isso implica em posicionar a pessoa enferma no centro das nossas atitudes, tentando genuinamente compreender suas dificuldades por meio da empatia.

A compaixão também foi relevada como uma competência a ser desenvolvida pelos profissionais assistenciais na categoria temática 3 – *Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente*. Interessante notar que essa característica foi amplamente discutida durante as entrevistas, o que demonstrou a grande importância dada pelos gestores à essa característica. Contudo, é necessário discutir os impactos aos profissionais. O conceito de “Fadiga por compaixão” é descrito como um processo pelo qual os profissionais que lidam com pacientes que enfrentam sofrimento podem se sentir fatigados e exaustos, tanto fisicamente quanto mentalmente, devido ao estresse contínuo gerado pela empatia (Figley, 1995).

A fadiga da compaixão se divide em duas partes distintas: a primeira parte refere-se às condições como exaustão, frustração, raiva e depressão, características do *burnout*. A

segunda parte aborda o estresse traumático secundário, que é um sentimento negativo provocado pelo medo e trauma relacionados ao trabalho, seja por trauma direto (primário) ou por uma combinação de traumas primário e secundário. Assim, é importante destacar que *burnout* e estresse traumático secundário não são sinônimos de fadiga por compaixão (Jilou *et al.*, 2021).

A relação entre os impactos negativos da fadiga da compaixão e a segurança do paciente ficaram evidentes no estudo de Garzin *et al.* (2024). A amostra consistiu em 410 enfermeiros, atuantes em três hospitais privados em São Paulo, sendo que 319 (78%) eram mulheres e 212 (51,71%) trabalhavam em hospitais entre 4 a 10 anos. Os enfermeiros relataram que, devido à sobrecarga de trabalho e esgotamento mental, não puderam cumprir de forma integral os protocolos de qualidade e segurança do paciente, o que poderia aumentar a ocorrência de eventos adversos. Destacou-se a importância de desenvolver estratégias para melhorar a sobrecarga de trabalho, incluindo a adequação dos recursos humanos, a satisfação e o reconhecimento profissional, a fim de reduzir a fadiga por compaixão e de promover positivamente a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Na perspectiva pessoal, a fadiga por compaixão pode ocasionar diminuição do bem-estar geral, além de favorecer o consumo de álcool e drogas, resultando em alta rotatividade, absenteísmo e redução da produtividade, que por sua vez, associa-se à redução de uma assistência segura ao paciente (Borges *et al.*, 2019; Cocker; Joss, 2016; Jarrad *et al.*, 2018; Lourenção *et al.*, 2023).

A definição de experiência do paciente como um pilar organizacional se integrou profundamente à visão, missão e valores da empresa de saúde. Estudo realizado em 2004 por Zanargo mostrou que, além do tratamento clínico, proporcionar uma experiência positiva aos pacientes tornou-se uma decisão estratégica deliberada, pois quando os pacientes percebem a entrega de valor, não apenas isto beneficia sua saúde, mas também contribui significativamente para a reputação do hospital. A satisfação do paciente se traduz em elogios e recomendações positivas, estabelecendo uma reputação benéfica por meio do “boca a boca”. Conseqüentemente, comparou-se a experiência positiva à construção de fidelidade, que reforça a teoria de Dorigan (2021), na qual a autora defende que, em um mercado competitivo, a capacidade de oferecer uma experiência excepcional aos pacientes não só atrai novos pacientes, mas também os retém, tornando-se assim uma vantagem competitiva baseada na qualidade do cuidado e na confiança estabelecida. A fidelidade dos pacientes, baseada na satisfação, estabeleceu um diálogo com a sustentabilidade, item desvelado na subcategoria 1 – Estratégias de gestão organizacional focada na experiência do paciente.

Estudo realizado em 2020 por Rocha *et al.* apontou que há relação entre os

indicadores de “Satisfação dos pacientes com a prestação de serviços”, “Gerenciamento das reclamações/sugestões dos pacientes”, “Satisfação dos pacientes com as refeições servidas”, “Satisfação dos pacientes com a tecnologia e infraestrutura” e “Controle de Infecção Hospitalar” com a dimensão de sustentabilidade social. Os indicadores de “Definição da missão do hospital”, “Definição da visão do hospital”, “Mapeamento dos processos e definição de padrões de trabalho”, “Qualificação dos dirigentes”, “Análise do contexto interno e externo”, “Realização do Planejamento Estratégico”, “Existência de Plano de capacitação/treinamento dos funcionários”, “Seleção e avaliação de fornecedores de materiais/serviços”, “Definição de funções e responsabilidade dos funcionários” relacionaram-se com a dimensão de sustentabilidade estratégica. Já na dimensão de sustentabilidade econômica, os indicadores “Gestão do custo com satisfação dos pacientes” e “Gestão do custo com capacitação dos funcionários” se fizeram presentes (Rocha *et al.*, 2020). Muitos desses indicadores também exercem influência na experiência do paciente e serão abordados, oportunamente, durante essa discussão.

Embora muitos gestores reconheçam a importância da experiência do paciente, evidenciou-se que ainda existe uma necessidade específica de clareza e compreensão abrangente das equipes assistenciais. Muitos profissionais de saúde são altamente qualificados sobre seus campos de especialização, mas podem não ter uma compreensão completa do impacto global da experiência do paciente, e de como suas ações individuais influenciam essa experiência. A incompreensão do termo por parte dos profissionais pode resultar em ações omitidas que favoreceriam o paciente. Essa relação foi comprovada no estudo de Lima (2020), no qual se verificou que o entendimento dos profissionais dos serviços de saúde tem forte relação com os resultados de satisfação e lealdade do paciente, que são aspectos considerados na sua experiência.

Além disso, a inexperiência prática e a falta de disciplinas que abordem sobre a segurança do paciente na graduação contribuem para a falta de preparo dos profissionais de saúde. A formação do enfermeiro exige um olhar sensível, que transcende os conhecimentos técnicos formalmente adquiridos durante o curso de enfermagem. Para além das habilidades técnicas, a formação necessita incorporar competências relacionadas aos aspectos interpessoais presentes em diversas interações: professor e estudante, enfermeiro e paciente, enfermeiro e família, enfermeiro e coletividade. Estas competências são essenciais no contexto de cuidar de indivíduos com necessidades variadas de assistência (Ferreira; Condori; Souza, 2019).

As estratégias para ensinar habilidades interpessoais durante a graduação em

enfermagem foram citadas por Widad e Abdellah (2022), que concluíram que a simulação, programa de acompanhamento educacional sobre habilidades interpessoais, modelo de inteligência emocional, estratégia educacional de aprendizagem em sala de aula, ferramenta pedagógica de aprendizagem combinada, a aprendizagem pela ação e um curso sobre higiene e etiqueta foram ferramentas eficazes para o desenvolvimento desses alunos. Como resultado da pesquisa, foram destacadas vinte *soft skills* abordadas na graduação, sendo as principais: a comunicação, trabalho em equipe, pensamento crítico, confiança e consciência situacional (Widad; Abdellah, 2022).

É interessante observar que a propagação do conceito de experiência do paciente transfigurou entre os hospitais públicos e privados, sendo os privados acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2021) no nível 3 (categoria “Acreditado com excelência”) ou pela *Join Commission International* (JCI, 2021), a mais eficaz. Isso devido ao fato de que essas instituições estão sujeitas a padrões rigorosos de qualidade e segurança, que incluem a consideração da experiência do paciente (Bezoz; Salazar; Caballero, 2021; Oliveira *et al.*, 2020); ao passo que os hospitais públicos, não raramente, enfrentam desafios financeiros e administrativos, podendo ter recursos desproporcionais para investir na educação e na implementação de práticas de melhoria, resultando na disseminação mais vagarosa do conceito (Santos *et al.*, 2020).

Segundo os gestores, as equipes podem entender a implantação de novos protocolos ou práticas centradas no paciente como uma interrupção em suas rotinas, ou como uma carga de trabalho adicional e, até mesmo, como algo que pode expor as vulnerabilidades do serviço, quando compartilhadas com o paciente. A indolência da equipe se atrelou à pouca comunicação entre os gestores e as equipes, conferindo insegurança aos profissionais de saúde, os quais podem ter reações e resistência a mudanças, dificultando o engajamento (Santos; Nunes; Tolfo, 2021). De acordo com a discussão anterior, concluiu que, se os profissionais de saúde tivessem acesso à capacitação e informação sobre conteúdos voltados à segurança do paciente ainda na graduação, a tendência era a de desenvolverem a compreensão sobre a importância de alguns processos, o que poderia diminuir a resistência à implementação.

Em relação à resistência no compartilhamento de informações, Cruz e Pedreira (2020) levantam uma questão ética fundamental no campo da saúde: a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias. A postura de alguns profissionais, que retêm informações, considerando-as ameaçadoras para os pacientes, é um dilema ético complexo. A decisão de compartilhar informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico deve ser

fundamentada em um juízo moral cuidadoso e sensível. No Manual de Direitos do Paciente (2020), é defendido o direito do paciente em ter voz e protagonismo, encorajando os profissionais a manterem uma comunicação aberta com os pacientes e familiares. Além disso, a relutância em envolver ativamente o paciente nas decisões sobre seu tratamento pode levar a uma falta de compreensão das necessidades do paciente, resultando em cuidados inadequados (Fontenelle *et al.*, 2019).

Foram identificados diversos aspectos que influenciam positivamente a experiência do paciente durante sua jornada pelo serviço de saúde. A agilidade dos profissionais no atendimento foi destacada como uma prioridade para garantir que os pacientes recebam cuidados rapidamente. A depender da criticidade, a agilidade pode ter influência direta nos desfechos clínicos. Um estudo bibliográfico, realizado entre os anos de 2016 e 2020, observou que a agilidade da equipe de enfermagem no atendimento à vítima de acidente vascular cerebral reduziu as sequelas ocasionadas pela doença, bem como os custos na saúde (Franco *et al.*, 2020). No presente contexto, cabe discutir sobre o estudo de Lima *et al.* (2022), onde foi associado o conceito de agilidade com o de resolutividade dos problemas de saúde, através da capacidade dos profissionais em atenderem e solucionar prontamente as demandas dos pacientes, aumentando assim o seu grau de satisfação.

A confiança na marca mostrou ligação com a experiência do paciente. Para Endo e Roque (2017), a influência das marcas no comportamento dos consumidores é um fenômeno complexo e multifacetado, que vai além da simples relação de consumo, seja ela de bens ou serviços; estas marcas podem ser vistas pelos pacientes como indicadores de qualidade e confiabilidade em um mercado competitivo, o que confere relação positiva entre empresa e cliente. Ao escolher uma marca reconhecida, os consumidores buscam uma experiência familiar e previsível, proporcionando uma sensação de segurança, o que reflete positivamente na sua experiência. A identificação com uma marca é uma forma de expressão pessoal, combinando valores, estilos de vida e preferências individuais. Portanto, os clientes escolhem marcas que se alinham com as suas próprias identidades, criando uma conexão emocional que vai além da funcionalidade do produto ou serviço. Essa afinidade emocional gera lealdade, levando os consumidores a continuarem escolhendo a mesma marca ao longo do tempo. Esses atributos se relacionaram aos achados anteriores, ao revelarem que a experiência do paciente é um pilar organizacional, o que reforça a relação entre confiança na marca, afinidade, fidelização e segurança como ações para a entrega de valor percebido pelo cliente, e de vantagem competitiva para a instituição, além de inclusão em dimensões de sustentabilidade. Considerando o contexto da atenção à saúde, essa dinâmica se relacionou intimamente à

cultura organizacional, a qual também pode ser percebida pelo paciente durante sua jornada pelos serviços de saúde.

Na percepção dos gestores, a cultura organizacional é um aspecto a ser considerado na experiência do paciente. Sob a óptica de Idalberto Chiavenato, renomado autor na área de administração e recursos humanos, a cultura organizacional é um conceito fundamental, que influencia a forma como as organizações funcionam e como os colaboradores se comportam dentro delas, o que consolida a visão dos gestores. Chiavenato (2010) define cultura organizacional como um conjunto de valores, crenças, normas, costumes, rituais, linguagem, símbolos, hábitos e práticas compartilhados por todos os membros de uma organização, a qual desempenha um papel essencial na criação de identidade e coesão entre os membros de uma organização. Ela representa a personalidade da organização, e influencia diretamente o comportamento dos funcionários, suas interações no ambiente de trabalho e a maneira como respondem aos desafios e mudanças.

Estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2023) analisou a influência da cultura organizacional na dimensão de “Conteúdo para mudança”, “Suporte Organizacional” e “Motivação”. Os resultados reafirmam que a cultura organizacional influencia o comportamento dos profissionais de saúde. Os achados apontam que a disposição dos profissionais para se adaptarem às novas normas e procedimentos, bem como a flexibilidade para lidar com mudanças, sugere uma cultura organizacional que valoriza a adaptabilidade e a inovação, aspectos essenciais para enfrentar os desafios em ambientes em constante transformação. A análise também aponta para a importância da liderança na construção de direcionamentos estratégicos, os quais influenciam equipes, e por sua vez, a forma como trabalham.

Aspectos como cuidado individualizado, empoderamento do paciente, escuta ativa e letramento em saúde foram considerados como influentes na experiência do paciente. Para Freitas *et al.* (2018), esses elementos surgem como ações de humanização para melhorar a satisfação com o cuidado, a adesão ao tratamento, a redução do estresse dos pacientes e a melhoria dos resultados clínicos.

Albuquerque (2022) considerou que o cuidado centrado no paciente é conceituado pela participação do paciente, por meio do compartilhamento de poder e controle, além do respeito à singularidade do paciente e de ações que promovam a escuta ativa. A autora, portanto, reforça o estudo anterior, onde o cuidado centrado no paciente é fator contribuinte para a satisfação e adesão ao tratamento.

A Corporação de Cuidados Primários do Qatar implementou uma estratégia de

envolvimento do paciente no sistema de saúde primário, incluindo-os em aspectos estratégicos e operacionais (Khattabi *et al.*, 2023). A análise dos estudos levanta a hipótese de que o envolvimento do paciente nos seus cuidados, de maneira singular e durante a sua jornada nos serviços de saúde, pode melhorar a percepção em relação à experiência. Contudo, envolvê-los em processos estratégicos das instituições pode trazer melhorias organizacionais, mas somente o fato de participarem não influencia na experiência a nível da concepção do serviço (Khattabi *et al.*, 2023).

Foram examinados 25 modelos de abordagens de CCP nos seguintes países: Austrália, Canadá, Dinamarca, Nova Zelândia, Noruega, África do Sul, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. Desse estudo, emergiram temas de como o CCP é operacionalizado, destacando ações que envolvam os pacientes no seu cuidado e o letramento em saúde (Wasim; Sajan; Majid, 2023). Portanto, ações que promovam o paciente como centro do seu cuidado estão intrinsecamente ligadas à melhoria da jornada e da experiência.

O envolvimento da família na promoção da melhoria da experiência do paciente está em consonância com os estudos de Bogue e Mohr (2017) e Woldring *et al.* (2023), nos quais os autores defendem que a presença dos familiares em rondas multidisciplinares tem impacto significativo para os pacientes, contribuindo para a satisfação, confiança e na sua recuperação. Porém, para Davidson (2013), a presença dos familiares tende a aumentar o tempo das rondas, além de aumentar o estresse e ansiedade familiar. Entretanto, o próprio autor relata que essas preocupações não foram validadas por estudos, e que entre 85% e 100% dos familiares gostariam de estar presentes nesse momento. Aronson *et al.* (2009) defendem que a presença do familiar ou responsável no primeiro dia de internação é importante, visto que emoções como ansiedade, medo e insegurança dos pacientes podem comprometer a compreensão de orientações dos profissionais de saúde.

A segurança do paciente foi considerada essencial na sua jornada, onde os pacientes esperam e têm o direito de receber cuidados que minimizem riscos, envoltos por evidências científicas e protocolos institucionais. As evidências sobre a relação entre a experiência do paciente, segurança e a eficácia clínica indicam associações positivas envolvendo a adesão do paciente no seu tratamento, com prevenção de doenças e melhor utilização de recursos pelos profissionais, quando estes mencionam a avaliação da real necessidade de internação, tempo de hospitalização e a realização de procedimentos e exames (Doyle; Lennox; Bell, 2013).

A implementação de protocolos na prática assistencial foi considerada essencial para garantir a segurança e a qualidade do atendimento aos pacientes. Esses protocolos, baseados em evidências científicas e melhores práticas profissionais, permitem decisões informadas,

reduzindo riscos em procedimentos e escolhas de tratamento. Além disso, promovem uma comunicação eficiente entre equipes de saúde, evitando equívocos e melhorando a comunicação entre as equipes. A responsabilidade dos profissionais foi fortalecida pela adesão rigorosa aos protocolos, contribuindo para a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente (Paixão *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017).

A Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde torna alguns protocolos obrigatórios para a segurança do paciente em instituições de saúde. Entre eles, a manutenção da higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; a prática de cirurgias seguras; a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; a correta identificação de pacientes; a comunicação eficaz no ambiente dos estabelecimentos de saúde; a prevenção de quedas; cuidado adequado para evitar úlceras por pressão; a transferência segura de pacientes entre diferentes pontos de cuidado; e o uso seguro de equipamentos e materiais (Brasil, 2014).

A influência da tecnologia na experiência do paciente tem sido tema de grande relevância nos últimos anos, transformando significativamente a forma como os cuidados de saúde são prestados e recebidos. A introdução de tecnologias inovadoras no setor de saúde não apenas melhorou a eficiência dos tratamentos, mas também revolucionou a experiência do paciente de várias maneiras, trazendo uma maior acessibilidade aos serviços de saúde por meio de plataformas on-line e aplicativos móveis, os quais permitem que os pacientes agendem consultas, acessem informações sobre condições médicas, recebam lembretes de medicamentos e até mesmo realizem consultas remotas, eliminando a necessidade de deslocamentos desnecessários. Isso não apenas economiza tempo e dinheiro para os pacientes, mas também contribui para uma experiência mais conveniente e personalizada (Kur, Silva, Pinho, 2023; Gomes *et al.*, 2017).

Na perspectiva da aplicação da tecnologia no cenário assistencial, a Lei nº 12.401/2011, também conhecida como Lei da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) estabelece as diretrizes para a incorporação de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS). A CONITEC é um órgão colegiado do Ministério da Saúde, o qual é responsável por avaliar a eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário das tecnologias propostas para incorporação no SUS. A lei visa tornar o processo de incorporação das tecnologias mais transparente, criterioso e baseado em evidências científicas, garantindo o acesso a tratamentos inovadores e a sustentabilidade financeira do sistema de saúde público no Brasil.

A segurança do paciente e a utilização de tecnologia foram mencionadas como componentes facilitadores na continuação do cuidado, monitoramento do progresso e do

alcance do sucesso do cliente. Porém, há de se considerar que a disparidade no acesso à tecnologia pode criar uma divisão digital, onde pacientes com restrições (seja ela social ou intelectual) podem ficar excluídos dos benefícios que a tecnologia pode oferecer (Ferreira, 2023). No artigo “*Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a conceptual framework*”, Klaic *et al.* (2022) buscaram identificar uma estrutura conceitual de implementação de intervenções em saúde, a fim de minimizar impactos aos usuários. Os autores concluíram que a capacidade de uma intervenção de saúde crescer e se manter ao longo do tempo depende de três fatores: sua aceitação, adesão e viabilidade. Esses fatores devem ser continuamente avaliados durante o seu desenvolvimento, e adaptados a diferentes contextos ou com diferentes grupos de pessoas, resultando na sustentabilidade da ação.

As ações de continuidade no cuidado após alta hospitalar fizeram alusão à experiência do paciente. Ainda durante a internação, as orientações devem ser adaptadas, levando em conta as limitações sociais, financeiras e educacionais do paciente. Essa ação tem sido considerada fundamental, pois visa garantir que o paciente possa seguir o tratamento e prevenir complicações, considerando-se sua realidade. Profissionais de saúde devem fornecer informações acessíveis, simplificar explicações e conectar os pacientes a recursos comunitários. Além disso, políticas de saúde devem abordar as disparidades sociais e econômicas para garantir que todos os pacientes tenham acesso igualitário a cuidados de qualidade (Sousa *et al.*, 2022).

Portanto, concluiu-se que proporcionar uma experiência e jornada positivas ao paciente, no contexto de serviços de saúde é altamente relevante, no entanto, inúmeros desafios enfrentados pelos profissionais de saúde revelaram-se comprometedores ao alcance desses objetivos.

Um dos desafios significativos citado foi o paternalismo. Segundo o Dicionário Aurélio (2004), o termo “Paternalismo” significa: “Regime baseado na autoridade paterna”. Vilafranca, Guilherm e Perez (2013) enfatizam que o paternalismo é uma atitude destinada a beneficiar o paciente; contudo, atos que buscam apenas satisfazer a curiosidade médica ou exercer poder não se enquadram no conceito de paternalismo: são imposições. Para os autores, ser menos paternalista não implica em “abandonar os pacientes à própria sorte”, mas sim informar, emitir juízos de valor e, acima de tudo, oferecer suporte àqueles que necessitam (Vilafranca; Guilherm; Perez (2013).

Foram reconhecidas diferentes formas de paternalismo, incluindo o paternalismo autoritário (mais rígido) e o paternalismo justificado (mais suave), que os autores Swenson *et*

*al.* (2004) consideram como parte positiva de uma ética centrada no cuidado. Portanto, tornou-se clara a reflexão de que o paternalismo, no sentido de proteger o paciente, é benéfico, contrapondo-se ao sentido de imposição ou detenção do poder ao profissional médico, fazendo referência ao termo “medicocentrismo”. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2001) destacam a tentativa, principalmente em medicina, de perpetuar a dependência dos pacientes, em vez de promover sua autonomia. A relação entre médico e paciente é intrinsecamente desigual em termos de conhecimento e poder, e essa disparidade pode facilmente resultar em uma dinâmica problemática, onde as decisões são tomadas unilateralmente pelo médico. No entanto, a verdadeira essência da medicina reside em capacitar os pacientes. Respeitar a autonomia não se resume apenas a obter consentimento informado, mas sim em capacitar os pacientes para entenderem as suas condições, opções de tratamento, e participarem ativamente nas decisões sobre sua saúde.

A alta rotatividade de profissionais de saúde revelou-se como barreira da segurança do paciente em ambientes de cuidados de saúde. Os dados coletados, em um painel de 10 anos, mostram que cerca de 17,5% dos enfermeiros pedem demissão após 1 ano (Kovner *et al.*, 2014). A elevada prevalência de rotatividade na unidade de saúde acarreta desafios significativos na gestão do trabalho e, por conseguinte, na qualidade da assistência ao paciente. Adicionalmente, esse cenário pode gerar uma carga excessiva de responsabilidades para os profissionais, com potenciais impactos negativos em sua saúde (Fallatah *et al.*, 2017). Em relação a outros países, foi realizado um estudo envolvendo 210 hospitais europeus e 430 norte-americanos, indicando alta taxa de esgotamento de enfermeiros (10% na Holanda e 56% na Grécia), insatisfação no trabalho (11% na Holanda e 56% na Grécia), e a intenção de pedir demissão (14% nos EUA, e 49% na Finlândia e Grécia) (Aiken *et al.*, 2012).

O absenteísmo dialogou com a rotatividade em relação ao potencial impacto na segurança do paciente. Entre as principais causas que conduzem ao afastamento dos profissionais de enfermagem, destacam-se as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular, as quais estão intrinsecamente ligadas às atividades laborais, como a movimentação dos pacientes, a assistência no leito e a condução de pacientes para procedimentos e transferências, entre outras tarefas (Belancieri *et al.*, 2015; Monteiro *et al.*, 2016). Os dados apresentados também revelaram uma correlação entre o nível de escolaridade e o absenteísmo, indicando que os profissionais com formação média tendem a se ausentar em maior proporção do que seus colegas de nível superior. Essa é uma grande preocupação, visto que os profissionais de nível médio, que são os técnicos de enfermagem, representam o maior volume força de trabalho no ambiente hospitalar (Costa *et al.*, 2014).

Fortalecendo a discussão, estudo realizado em 2016 trouxe dados que apontam forte relação entre a rotatividade e absenteísmo da equipe de enfermagem com o aumento expressivo da incidência de extubação não planejada, lesão por pressão e o maior índice (29,03%) de perda de cateter venoso central (Leitão *et al.*, 2016). Logo, se a segurança do paciente está fortemente relacionada à experiência do paciente, e se torna evidente que a relação entre a rotatividade e o absenteísmo atuam como barreiras para a sua implementação. A saída de profissionais que já passaram por capacitações e acumularam experiência em serviços de saúde representou um prejuízo, tanto para a instituição que investiu nesses recursos humanos, quanto para a coesão da equipe, que se vê sobrecarregada devido à falta de efetivo (Laschinger *et al.*, 2015).

Como consequência da alta demanda de serviço, foi evidenciado o comprometimento da comunicação das equipes e a cortesia, que também se apresentaram como barreira à experiência do paciente. Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado em 2011 no Peru com 270 pacientes, mostrou índice de insatisfação de 12,2%. Desse percentual, a maior causa está relacionada à falta de cortesia do enfermeiro, seguida de falta de comunicação dos profissionais com os pacientes em relação às orientações (Pinto, 2011). Estudo publicado, também no Peru, por Ramos e Jimenez (2021), assemelha-se aos resultados, consolidando a forte relação entre a falta de cortesia e a falha de comunicação com índices de insatisfação.

Para Witiski *et al.* (2019), as barreiras na comunicação entre as equipes de saúde são caracterizadas por interrupção de comunicação, desinteresse de quem está recebendo a mensagem, sobrecarga de trabalho e de informações, não adequação da linguagem e problemas técnicos com o meio de comunicação. Hedler *et al.* (2015) classificaram as barreiras de comunicação em 2 níveis: individual e organizacional. Concluíram, portanto, que a comunicação efetiva dos profissionais não depende somente de sistemas ou de ações da empresa, mas sim de proatividade dos indivíduos, o que afirmou com os achados referente à competência dos profissionais de saúde, descritos posteriormente na pesquisa. Os resultados do estudo de Gonçalves *et al.* (2016), demonstram que a passagem de plantão é um momento crítico para a segurança do paciente, visto a interrupção de cuidados, no qual a insegurança é desencadeada por conversas paralelas e falha na comunicação escrita, por meio de déficit de informações no prontuário do paciente.

A mudança no perfil de trabalho de acordo com o turno pode levar a uma falta de consistência nos cuidados, afetando a experiência do paciente. Essa mudança pode ser explicada por meio da análise entre a privação de sono e a alteração do ritmo circadiano, o que pode afetar funções cognitivas como memória, atenção, comunicação, percepção e

funções operacionais (Silva; Sardinha; Lemos, 2019). D’Ettorre *et al.* (2018) relacionaram o “distúrbio do trabalho em turnos” com três categorias temáticas: avaliação de riscos, gerenciamento de riscos e taxas de eventos adversos. Concluíram os autores que garantir o bem-estar dos profissionais de saúde contribui para a minimização de eventos adversos. Há de se discutir sobre como ausência dos gestores em horários não comerciais pode ter efeitos negativos no comportamento das equipes, impactando aspectos como coesão, motivação, resolução de conflitos, tomada de decisões, satisfação no trabalho e comunicação (Pasqualini *et al.*, 2021).

A falta de instrumentos de avaliação adequados foi considerada por Teixeira *et al.* (2021) como dificultador da medição da qualidade dos serviços. Dessa forma, esse resultado foi interpretado pelos autores de duas formas: a falta de instrumentos de avaliação da experiência do paciente, apresentados anteriormente no referencial teórico, e falta de instrumentos para coleta de dados, que servem de insumos para indicadores de qualidade. A falta de tempo, falta de engajamento dos gestores e falta de acesso a práticas baseadas em evidência surgem como barreiras vistas pelos enfermeiros na implementação de indicadores de qualidade (Teixeira *et al.*, 2021).

Na contramão dessa via, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou o documento “Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos”, com o objetivo de facilitar a adesão dos gestores e instituições. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece uma série de indicadores obrigatórios, para monitorar e regular a qualidade e segurança dos produtos e serviços relacionados à saúde. Alguns dos principais indicadores obrigatórios da ANVISA incluem o controle de infecção hospitalar, como taxas de infecção cirúrgica, taxas de infecção de sítio cirúrgico e de adesão às práticas de higiene, que visam monitorar e prevenir infecções hospitalares (ANVISA, 2020).

A falta de *feedback* dos pacientes, associada à falta de instrumentos, também pôde ser justificada pela incapacidade dos pacientes em avaliarem os serviços de saúde, dificultando a identificação de áreas de melhoria. É crucial refletir sobre o fato de que a maioria dos pacientes não está em condições de avaliar objetivamente a qualidade dos serviços de saúde que recebem. Isso se deve à falta de conhecimento ou ao estado emocional delicado em que se encontram, o que os leva a avaliar os serviços com base em critérios, prioridades e perspectivas pessoais. Como mencionado por Mirshawka (1994), familiares e amigos dos pacientes também desempenham um papel fundamental, ao influenciarem a percepção da qualidade dos serviços de saúde. Em muitos casos, o estado de saúde do paciente é tão grave, que impede uma avaliação precisa da qualidade dos serviços recebidos.

Nesses momentos, são esses clientes periféricos que assumem o papel de avaliadores, decidindo sobre a qualidade e satisfação dos serviços prestados, e até mesmo ponderando se os serviços hospitalares deverão ser usados novamente no futuro.

A análise dos resultados levou a crer que, a depender da doença, o paciente pode possuir características desafiadoras que atuam na sua jornada. Para Gomes *et al.* (2023), a sensação de perda de controle sobre o próprio corpo, aliada às restrições impostas pela doença, pode desencadear sentimentos de ansiedade, frustração e desamparo. A dor física, a necessidade de depender de terceiros para realizar atividades diárias e as mudanças na qualidade de vida, frequentemente, resultam em sentimentos de tristeza e desesperança. Além disso, as condições de saúde muitas vezes apresentam desafios sociais, afetando os relacionamentos e a interação com o mundo exterior. O estigma associado a algumas condições crônicas pode levar a sentimentos de isolamento e exclusão social, prevalecendo a idealização suicida nesse grupo (Cabello et al, 2020).

O debate sobre a falta de atitude de gestão para mudança cria um ambiente onde a qualidade dos cuidados ao paciente é comprometida. Estudo realizado por Koerich, Erdmann e Lanzoni (2020) revelou que a influência do apoio ao gestor e a priorização da gestão fortalecem a tríade educação permanente, segurança do paciente e qualidade da assistência. Além disso, a disposição da estrutura organizacional, da cultura institucional, dos estímulos externos à instituição e da iniciativa e liderança do enfermeiro desempenham papéis fundamentais na interação profissional. Essas considerações destacaram a necessidade premente de uma transformação cultural por meio da promoção da interdisciplinaridade.

Como forma de driblar os desafios na melhoria da jornada e da experiência do paciente, foram desveladas neste estudo ações estratégicas a nível organizacional, de gestão de equipes, além de ações que envolvem diretamente a participação do paciente. Nas ações organizacionais, os gestores consideraram que o mapeamento da jornada do paciente é essencial para aprimorar a empatia no cuidado de saúde. Ao compreender cada ponto de contato, desafios e sentimentos ao longo da jornada, de um modo geral, as instituições conseguem identificar lacunas e promover melhorias. Isso não apenas fortalece a conexão emocional, mas também possibilita a personalização do atendimento. No estudo realizado por Almeida *et al.* (2022), o mapeamento da jornada do paciente com leucemia mieloide aguda identificou a falta de entendimento de três a cada quatro pacientes sob o seu diagnóstico. Também 44% dos pacientes relataram que não tiveram oportunidade de sanar as suas dúvidas em relação ao tratamento e a procedimentos importantes, como o transplante de medula óssea. Levando em consideração que a jornada do paciente inclui desfechos, o mapeamento

realizado no estudo também aponta que 91% dos pacientes relataram mudança no seu padrão de vida em decorrência da doença. Portanto, nesse caso apresentado, o mapeamento ilustrou pontos de melhoria, principalmente na relação entre profissionais e paciente.

Abrindo espaço para a discussão de alguns conceitos que podem ajudar no desenho da jornada do paciente, destaca-se a filosofia “*Lean Healthcare*”. Hines, Holweg e Rich (2004) defendem que a filosofia *lean* é inteiramente centrada no conceito de valor. Porém, em uma adaptação para o ambiente hospitalar, Toussaint e Gerard (2010) destacam que priorizar o valor significa concentrar-se no paciente e no desenho do tratamento específico para o seu cuidado. Isso implica identificar o que realmente é valioso para o paciente e eliminar qualquer excesso (desperdício), além de reduzir o tempo de tratamento. Sendo esse o foco primordial, o primeiro passo para a implementação da filosofia *lean* é determinar o que representa valor para o cliente (Radnor; Holweg; Waring, 2012), orientando todas as atividades subsequentes.

É oportuno citar que o *design thinking* também conversa com ações de implementação de melhoria, visto que é uma metodologia de inovação que coloca a empatia, o trabalho colaborativo e a prototipação de ideias criativas e inovadoras no centro do processo; é descrita como um modelo mental, no qual um grupo de trabalho, conhecido como *designers thinkers*, envolve-se na resolução de desafios e no desenvolvimento de soluções (Cauduro; Prado, 2022). Para o desenho da jornada do paciente, o conceito de Design de Serviços se torna útil, por meio da abordagem centrada no usuário, e que se baseia na compreensão das necessidades e experiências do cliente, a qual se mostra fundamental para aprimorar a jornada do paciente e sua experiência no ambiente hospitalar. Para Meroni e Sangiorgi (2011), o design de serviços deve ser guiado pelo usuário, incluindo a sua opinião nos processos iniciais, e fazendo dele o centro das decisões. Porém, outros autores afirmam que raramente esse projeto começa com o envolvimento dos pacientes, mesmo sendo os atores centrais (Stickdorn *et al.*, 2011).

Nessa seara, concluiu-se que a percepção de valor na experiência do paciente é intrinsecamente subjetiva, variando de acordo com a individualidade de cada pessoa. O entendimento da experiência do paciente transcendeu aspectos tangíveis e abrangeu uma abordagem mais ampla e personalizada. Nesse contexto, é pertinente destacar um estudo publicado na Coreia onde a tecnologia em saúde se mostrou importante para os idosos, uma vez que todos os 505 participantes possuíam *smartphones*. Desse total, 87% utilizaram aplicativos em geral, e 57,4% eram usuários de aplicativos de saúde. Entretanto, 63,2% dos entrevistados revelaram não conseguir instalar o aplicativo sozinho, e 54,9% disseram que o recurso digital foi indicado pelos filhos ou cônjuge (Lee *et al.*, 2024). A reflexão essencial é

que a experiência do paciente não pode ser generalizada. Mesmo com atributos tecnológicos, acesso a dispositivos, e todas as inegáveis vantagens advindas da tecnologia, os desafios encontrados, como a dificuldade na instalação dos aplicativos e a dependência de indicações de familiares, destacam a importância de uma abordagem mais minuciosa (Lee *et al.*, 2024). Cada paciente possui características únicas, e ferramentas que consideramos facilitadoras podem não ser aplicáveis para todos os públicos, diminuindo assim a percepção de valor.

Embora a criação de um conselho consultivo de pacientes seja mencionada pelos gestores entrevistados como uma estratégia promissora, a sua efetivação se mostrou limitada. Esses achados concordam com o estudo de Haycock *et al.* (2013), ao indicar que a satisfação dos pacientes e os resultados de qualidade tendem a melhorar, quando os pacientes e suas famílias são integrados nos cuidados de saúde e na tomada de decisões através do conselho consultivo. No entanto, estabelecer uma estrutura e um processo centrados no paciente, em um grande sistema de saúde, com o objetivo de envolver ativamente o paciente e sua família, pode ser uma tarefa desafiadora e complexa. Pesquisa norte-americana, realizada em 2016, apontou que 38% dos profissionais gestores participantes afirmaram que a instituição que trabalhavam possuía um comitê consultivo de pacientes e familiares, para atuação geral ou por linha terapêutica. Entretanto, apenas 21% desses gestores conseguiram fazer pelo menos uma reunião no período de 12 meses (Herrin *et al.*, 2016). Essa discussão aponta que é premente a necessidade de alinhar interesses organizacionais aos interesses profissionais e dos pacientes à uma estrutura organizacional que permita a execução desses conselhos, considerando seus indicadores de estrutura, processo e resultados. Reforça-se que sendo uma missão organizacional, os processos precisam estar desenhados de forma convergente.

A discussão sobre a relevância da articulação entre as redes de atenção primária, secundária e terciária, foram consideradas favoráveis para ações de continuidade do cuidado. Entretanto, não foi encontrada, na literatura, nenhuma discussão que seja abordada de forma individualizada, como foi descrito pelos entrevistados. Contudo, estudos mostram que integração do apoio matricial e da equipe de referência fortaleceu a promoção da continuidade dos cuidados na atenção básica de saúde (Barreto *et al.*, 2010; Campos; Domitti, 2007). O apoio matricial, ao reunir profissionais de diferentes áreas em equipes multidisciplinares, permitiu uma abordagem mais abrangente e integrada às necessidades dos pacientes, facilitando a troca de conhecimentos, a coordenação de ações e a resolução de problemas de forma mais eficaz, principalmente em pacientes psiquiátricos. Por sua vez, a equipe de referência funcionou como ponto central de contato para os usuários, oferecendo uma base estável e confiável para o acompanhamento contínuo da saúde. Essa equipe foi responsável

por conhecer profundamente o histórico e as necessidades individuais de cada paciente, garantindo uma assistência personalizada e orientada para o cuidado longitudinal (Figueiredo, Campos, 2009). Dessa forma, ao unir o apoio matricial à equipe de referência, foi possível propor uma assistência mais integrativa, acessível e coordenada, promovendo a continuidade dos cuidados ao longo do tempo, e contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população atendida na atenção básica (Dimenstein *et al.*, 2009; Iglesias; Avellar, 2014).

A mensuração de desfechos emergiu como uma ferramenta estratégica para orientar melhorias contínuas e, assim como o mapeamento da jornada do paciente, pode revelar pontos de intervenção que aprimoram a experiência. No entanto, os desafios identificados na subcategoria 4 – *Desafios para a experiência do paciente nos serviços de saúde*, evidenciam dificuldades na obtenção de ferramentas de avaliação e na implementação de iniciativas de envolvimento direto dos pacientes, além da falta de *feedback* pós-alta, como já discutidos anteriormente.

A imponente necessidade de discussão acerca dos fatores que podem impactar os desfechos foi descrita em alguns estudos, como o de Rocha *et al.* (2012), onde os autores apontam que a idade é influenciadora nos resultados de cirurgias de revascularização miocárdica. Nestas, os pacientes com idade superior a 70 anos apresentaram mais complicações, tais como: complicações respiratórias, mediastinite, acidente vascular encefálico, infecção renal aguda, sepse e letalidade pós-operatória. Esses dados também se relacionaram com os achados apresentados anteriormente, que revelaram que a característica da doença e do paciente impactam na jornada do paciente. Nesse sentido, conhecer essas características permitem aos profissionais de saúde estabelecerem estratégias específicas de melhoria da experiência para cada paciente.

Na área obstétrica, o aumento de cesarianas eletivas foi intrinsecamente ligado aos desfechos negativos, tanto para a mãe quanto para o bebê. Em ensaio clínico randomizado na Dinamarca apontou que as internações na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), dentro de 48 horas após o nascimento, a depressão neonatal materna, tempo de internação na UTIN, tratamento neonatal, e eventos adversos cirúrgicos ou pós-parto maternos estão relacionados à cesariana eletiva com 38 semanas de gestação (Glavind *et al.*, 2013). O cenário obstétrico trouxe uma peculiaridade em relação à experiência do paciente e os seus desfechos. Casos de violência obstétrica, manifestados por meios físicos e psicológicos, juntamente com a falta de orientação durante o pré-natal, favorecem a formação de crenças negativas em relação ao parto vaginal, e reforçam a preferência pela cesariana como uma opção mais segura, afastando o sonho que muitas mulheres têm de passar pela experiência de ter um parto

humanizado (Matos *et al.*, 2021).

Portanto, esses resultados permitiram concluir que o alinhamento de expectativas entre o paciente e o profissional de saúde, em relação à assistência, é fundamental, o que corrobora com a estratégia de gestão para o paciente descrita nesse estudo. Os achados complementares apresentados pela ONU ressaltam que essa tendência tem desfechos significativos não apenas na saúde materna e neonatal, mas também no cenário econômico, onde as estimativas globais indicam que o custo das cesarianas desnecessárias em 137 países foi de aproximadamente 2,32 bilhões de dólares (Beltran *et al.*, 2021). Entre 2001 e 2014, as taxas de cesarianas no Brasil aumentaram 67%, tornando-se o método de nascimento predominante, representando 57% dos nascimentos em 2014. O parto e a atenção obstétrica representaram quase 20% do total de internações no SUS, correspondendo a 7% dos gastos totais em saúde no país (Entringer *et al.*, 2018).

Colocando luz sobre a análise referente à relação entre expectativa do paciente, sucesso do cliente, desfechos positivos e qualidade de vida, Teixeira, Kern e Rosa (2020), mostram que os estudos clínicos randomizados na Terapia Intensiva têm sido tradicionalmente orientados por desfechos relacionados à doença, deixando de lado as necessidades e perspectivas dos pacientes e seus familiares, o que levanta questões importantes sobre como estamos medindo o sucesso dos tratamentos, e se estamos realmente capturando o que é mais significativo para aqueles que passam por essas experiências desafiadoras. Os autores defendem uma mudança de paradigma, motivada por uma nova abordagem, considerando não apenas o estado de saúde física do paciente, mas também sua qualidade de vida após a alta hospitalar, bem como aspectos como dor e dispnéia, que podem afetar, significativamente, seu bem-estar. Para Pietrobelli *et al.* (2020) ficou evidente a importância dos aspectos psicológicos e das expectativas dos pacientes na determinação dos desfechos cirúrgicos na coluna vertebral. A mensuração desses aspectos intrínsecos apresentou desafios, destacando a necessidade de considerar a comunicação médico-paciente no pré-operatório como um ponto crucial para melhorar os resultados e a experiência do paciente.

A presente pesquisa revelou que a mensuração do desfecho negativo se tornou importante, não apenas para melhoria contínua de processos, mas também para trazer questões de transparência face aos eventos adversos que resultaram em dano ao paciente. Nesse sentido, o *disclosure* foi mencionado como uma estratégia de confiabilidade. Os eventos adversos são lamentavelmente comuns, com cerca de 250.000 mortes atribuídas a eles a cada ano, tornando-se potencialmente a terceira causa de morte mais comum nos Estados

Unidos. Aproximadamente de 1% a 3% das internações hospitalares pediátricas são complicadas por eventos adversos. Os erros de medicação são especialmente frequentes em crianças, em parte devido à dosagem baseada no peso, com mais de 5% das prescrições de medicamentos contendo erros (Shanikh *et al.*, 2020).

A literatura disponível destacou a importância de um pedido de desculpas completo e sincero após eventos adversos, sendo considerado um elemento-chave para uma divulgação bem-sucedida (Finlay *et al.*, 2013). No Canadá, a *Canadian Media Producers Association* (CMPA) recomenda que, após a análise de um evento adverso e a identificação da responsabilidade de um prestador de cuidados de saúde, seja apropriado reconhecer essa responsabilidade e pedir desculpas (Albuquerque, 2022). Um estudo australiano ressaltou que, para os pacientes, um pedido de desculpas é a parte mais valiosa da divulgação aberta, e é fundamental para a reconciliação. Muitos acreditam que um pedido de desculpas completo pode contribuir para a recuperação de pacientes feridos, promover o perdão e a resolução precoce de disputas, além de reduzir litígios e custos legais. No entanto, ainda não está claro qual seria o impacto geral da divulgação e das práticas de desculpas nos litígios por negligência médica.

Embora experiências individuais de hospitais, como o VA Medical Center, em Lexington, Kentucky, e a Universidade de Michigan, sugerirem que iniciativas de divulgação e desculpas podem reduzir significativamente os litígios, alguns pesquisadores alertaram para o potencial aumento dos processos judiciais e custos legais (Lazare, 2006; McLennan *et al.*, 2015). Tradicionalmente, indivíduos e organizações têm sido relutantes em pedir desculpas em ambientes de cuidados de saúde após eventos adversos, muitas vezes, desaconselhados por advogados (Harrison *et al.*, 2019). Contra essa argumentação, Sorensen *et al.* (2010) relataram que tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde demonstraram uma atitude positiva em relação ao *disclosure*, embora cada grupo tenha avaliado sua eficácia de forma diferente. Os autores identificaram cinco elementos-chave que influenciaram a experiência dos pacientes e dos profissionais na divulgação aberta de eventos adversos: iniciar a divulgação, pedir desculpas pelo evento adverso, considerar a perspectiva do paciente, comunicar o evento adverso e estar consciente das diferenças culturais.

Estratégias que visam o engajamento das equipes foram desveladas nos resultados da pesquisa (Sorensen *et al.*, 2010), onde ressaltam fortemente que a experiência do colaborador é um fator contribuinte, o que concorda com os achados de Tucker (2020), que também relacionou o termo “*Employee Experience*” como estratégia de engajamento. A relação entre motivação, liderança e cultura organizacional, presentes no conceito de experiência do

colaborador, relacionou-se com a satisfação e o desempenho do funcionário no estudo de Paaise e Pattiruhu (2020), onde os resultados dos testes do coeficiente de determinação revelaram que a satisfação no trabalho está significativamente influenciada por variáveis como motivação, liderança e cultura organizacional, respondendo por 57,4% da variação observada. Da mesma forma, as variáveis de desempenho dos funcionários são impactadas por motivação, liderança, cultura organizacional e satisfação no trabalho, representando 73,5% da variação observada pelos autores. Os dados de motivação reforçam nossos achados sobre a competência dos gestores para engajamento das equipes na melhoria da experiência do paciente, bem como o estudo de Arshadia (2010), ao confirmar uma relação positiva entre motivação e desempenho. A existência de apoio e suporte gerencial foi associada a esse processo, demonstrando que a atenção às necessidades dos colaboradores, e a promoção de um ambiente de trabalho que valoriza suas decisões e bem-estar, fortalecem ações de engajamento. Além disso, a implementação de regulamentações flexíveis para cobrir as necessidades dos funcionários é mencionada como uma prática eficaz nesse sentido.

A motivação foi vista como característica fundamental, impulsionando os colaboradores em direção aos objetivos estabelecidos pela empresa e na busca de determinadas metas. Essa força motivacional é um indicador importante de resultados como produtividade, proatividade e perseverança (Indahingwati *et al.*, 2019), características que estão presentes nos achados das competências dos profissionais assistenciais.

Essa experiência, portanto, não se resumiu apenas a questões financeiras, mas a um conjunto de atributos, incluindo competências gerenciais, que influenciam diretamente o clima organizacional, fortalecendo a reflexão sobre como um colaborador motivado tende a proporcionar uma assistência de maior qualidade; enquanto a desmotivação pode contribuir para a elevação dos índices de rotatividade e absenteísmo, além do surgimento de estresse e Síndrome de Burnout, o que impacta diretamente sobre a segurança do paciente (Rodrigues; Santos; Sousa, 2017). Portanto, como ação de engajamento, tornou-se fundamental considerar a corresponsabilidade da equipe, a quebra do pensamento centralizador do gestor, e o envolvimento das equipes em questões gerenciais. Para Saar e Trevizan (2007), cada profissional possui uma percepção diferente de diversas situações. Para os autores, a corresponsabilização provoca o alinhamento da equipe e a integração de processos, facilitando a compreensão do todo e melhorando aspectos de comunicação e agilidade no atendimento, o que resulta até mesmo na recuperação da saúde do paciente. Nesse sentido, a corresponsabilização corroborou com os aspectos desvelados como influenciadores da jornada do paciente (agilidade e comunicação), e com a estratégia de gestão organizacional

(integração de processos).

Na Política Nacional de Humanização do SUS, a corresponsabilização foi citada como princípio fundamental, destacando a necessidade de um pacto de compromisso mútuo entre trabalhadores da saúde, gestores e usuários, e enfatizando a importância da gestão participativa na busca por um sistema de saúde mais eficiente e centrado no usuário. Dessa forma, ao apostar na gestão participativa e na corresponsabilidade, é possível fortalecer os vínculos entre os diferentes atores do sistema de saúde, e criar uma cultura de colaboração e compromisso social.

No contexto da cultura organizacional, o envolvimento da alta liderança se mostrou decisivo, evidenciando sua importância na formação e implementação de estratégias. Isso incluiu direcionamentos que priorizaram esses objetivos na elaboração do planejamento estratégico, fornecendo o combustível necessário para que a colaboração e o engajamento da equipe se tornassem realidade. O estudo realizado por Reis *et al.* (2019) compartilhou dos nossos resultados, apontando que as dificuldades para a implementação de processos de segurança do paciente foram decorrentes de falhas ou da ausência de apoio da alta direção, acarretando a falta de políticas e planejamento estratégico, diretrizes que deveriam ser elaboradas pelos executivos.

A falta de conhecimento sobre o conceito de experiência do paciente foi identificada como um desafio significativo no engajamento, não apenas da alta gestão, mas também da equipe assistencial. Esta lacuna foi observada em diversos momentos das entrevistas realizadas. Entretanto, foi possível perceber que, nas competências de gestão, o entendimento do conceito como uma *hard skill* é um elemento impulsionador na aceitação e adesão a novos processos. Estudo realizado por Melo *et al.* (2021) ilustrou que o conhecimento técnico, quando aplicado na prática assistencial, auxiliou na viabilização, condução e implementação de propostas inovadoras.

Os resultados obtidos sugeriram que compreensão da experiência do paciente contribui para o comprometimento da gestão com sua implementação eficaz, podendo servir como exemplo inspirador para o restante da equipe, demonstrando como o domínio dessa competência pode ser uma alavanca para melhorias significativas no cuidado ao paciente. Portanto, ficou evidente que o conhecimento técnico pode influenciar a formação de habilidades e atitudes de gestão. Nesse sentido, discutiu-se o perfil de liderança frente às equipes, sendo mencionado o perfil transformacional – transacional e participativo. O estudo realizado por Barbosa, Gambi e Gerolamo (2017), indicou que tanto a liderança transformacional quanto a liderança transacional estão correlacionadas com os princípios da

gestão da qualidade, sendo que os dados sugerem uma maior correlação com o estilo de liderança transformacional. Além disso, foi observada uma diferença na correlação entre diferentes estilos de liderança do *Competing Values Framework* com os princípios da gestão da qualidade, com alguns perfis apresentando uma tendência a ter correlações mais altas do que outros.

Alguns autores discutiram em seus estudos que a liderança transformacional seria o estilo de liderança que Deming e outros teóricos da gestão da qualidade considerariam como a chamada “liderança visionária”, essencial para a implantação eficaz de um programa de gestão de qualidade, pois proporciona uma direção inspiradora e motivadora para a organização. Esse estilo de liderança enfatizou a criação de uma visão compartilhada, promovendo um ambiente de confiança e colaboração, incentivando o desenvolvimento pessoal e profissional dos membros da equipe. Ao fazer isso, os líderes transformacionais cultivavam uma cultura organizacional, que valorizou a inovação, a melhoria contínua e o compromisso com os padrões de excelência (Carrara *et al.*, 2017; Silva; Matos, 2022; Strapasson; Medeiros, 2009).

Os líderes transformacionais foram considerados exemplos inspiradores para seus seguidores, ao demonstrarem uma comunicação eficaz que promove confiança, engajamento e, por conseguinte, maior satisfação, corroborando com o estudo de Abelha, Carneiro e Cavazotte (2018). As características citadas como próprias de uma liderança transformacional foram desveladas no presente trabalho como *soft skills*. Foi observado que as competências de gestão podem ser divididas em *hard skills* e *soft skills*, sendo as segundas habilidades essenciais para o sucesso na gestão de equipes. É interessante notar que essas *soft skills* são frequentemente derivadas de *hard skills*, ou seja, habilidades técnicas e conhecimentos específicos adquiridos ao longo da carreira profissional.

As *soft skills* podem ser categorizadas em dois subgrupos distintos. O primeiro subgrupo refere-se às competências de autocompetência, como inteligência emocional, resiliência, autoconhecimento, flexibilidade, adaptabilidade, autorregulação, proatividade, comprometimento e autoconfiança. Estas são habilidades intrínsecas, que ajudam os gestores a lidarem com pressões, incertezas e desafios de forma eficaz. Por outro lado, o segundo subgrupo envolve competências para o relacionamento com a equipe, incluindo características como empatia, sensibilidade, comunicação eficaz, escuta ativa, respeito, reconhecimento, apoio e compreensão das individualidades de cada pessoa. Essas habilidades são fundamentais para que se possa estabelecer e manter relacionamentos positivos com os membros da equipe, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e motivador.

Em suma, a categoria temática 3 – *Competências para a melhoria da jornada e experiência do paciente*, relacionou-se a alguns aspectos do conceito de gestão por competências. A gestão por competências é uma abordagem utilizada pelas organizações para identificar, desenvolver e gerenciar as habilidades e conhecimentos dos colaboradores, independentemente do seu nível hierárquico, de forma alinhada aos objetivos estratégicos da empresa. Em vez de se concentrar apenas nas habilidades técnicas ou na experiência profissional dos funcionários, a gestão por competências enfatiza a avaliação e o desenvolvimento das competências comportamentais, técnicas e gerenciais necessárias para o sucesso no desempenho das funções e considera que o sucesso de uma organização depende não apenas da capacidade individual dos funcionários, mas também da combinação e integração eficazes de suas competências; o que vai de encontro com a visão de alguns dos entrevistados em relação à competência dos profissionais assistenciais, que propuseram que não existe uma competência individual, mas um conjunto de fatores que levam o profissional a entregar uma melhor experiência ao paciente (Fleury, 2002). Portanto, a gestão por competências envolve várias etapas, incluindo a identificação das competências-chave necessárias para cada cargo, a avaliação do nível de competência dos colaboradores, o desenvolvimento de planos de capacitação e treinamento personalizados, e a avaliação contínua do desempenho e do progresso das competências dos funcionários (Ferreira *et al*, 2019).

Ao adotar a gestão por competências, as organizações podem melhorar a eficiência e eficácia de suas operações, promoverem o desenvolvimento profissional dos colaboradores, aumentarem a retenção de talentos e alinharem o desenvolvimento de competências com os objetivos estratégicos da empresa, e em associação com a escolha da pessoa certa para assumir a gestão de uma equipe, os impactos são significativos no desenvolvimento e desempenho do grupo. Um gestor que possui as habilidades adequadas de liderança, e que valoriza a experiência do colaborador, pode inspirar confiança, promover a colaboração e incentivar o crescimento profissional de sua equipe (Albini, Peres, Almeida, 2021).

Portanto, resta claro que a experiência do paciente é uma construção complexa, composta por várias camadas interligadas. No centro dessa experiência estão as pessoas: aquelas que recebem o cuidado, aquelas que o fornecem e aquelas que gerenciam como tudo isso se desenrola. É fundamental reconhecer o papel central das pessoas na experiência do paciente, pois são elas que moldam a qualidade do cuidado, através de sua empatia, habilidades técnicas, comunicação eficaz e comprometimento com o bem-estar do paciente. Da mesma forma, os gestores desempenham um papel crucial na organização e coordenação

de todos os aspectos do cuidado, garantindo que os recursos sejam alocados de forma eficiente, e que os processos sejam otimizados para atender às necessidades dos pacientes.

Por fim, ao considerar a experiência do paciente, é essencial ter em mente o impacto direto que as pessoas têm nesse processo. Investir no desenvolvimento e capacitação dos profissionais de saúde, promover uma cultura organizacional centrada no paciente e garantir uma liderança eficaz são passos essenciais para proporcionar uma experiência de cuidado positiva e satisfatória para todos os envolvidos.

### 7.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a condução deste estudo, uma das principais barreiras enfrentadas foi a dificuldade em envolver efetivamente os gestores no processo de pesquisa. Essa complexidade revelou nuances interessantes sobre a percepção dos gestores em relação ao conceito de experiência do paciente. Foi possível observar que os gestores que verdadeiramente dominavam o tema se dividiram em dois grupos distintos, cada um apresentando atitudes e abordagens singulares. O primeiro grupo consistia em gestores apaixonados e colaborativos, indivíduos cujo interesse pela experiência do paciente ia além das exigências profissionais. Esses gestores não apenas compreendiam profundamente o conceito, mas também manifestavam um desejo genuíno de contribuir para a elaboração e desenvolvimento de estudos na temática. Sua paixão refletia um comprometimento palpável com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, proporcionando *insights* valiosos para a pesquisa. No entanto, o segundo grupo apresentou uma dinâmica diferente. Esses gestores adotaram uma postura mais reservada, baseada na crença de que a compreensão aprofundada da experiência do paciente poderia conferir uma vantagem competitiva estratégica. Nesse contexto, a participação revelou uma abordagem mais cautelosa pelo entrevistado em relação ao compartilhamento de conhecimentos e das práticas consideradas estratégicas para a organização.

A idealização de entrevistar um gestor representante de cada estado, proporcionando uma perspectiva geograficamente diversificada, não pôde ser concretizada. Essa lacuna na representação estadual, embora não tenha sido por falta de esforços, pode ser considerada como impactante na capacidade da pesquisa de capturar as nuances regionais nas práticas e percepções dos gestores em relação à experiência do paciente.

Observou-se que o tema da experiência do cliente, embora amplamente discutido em diversos nichos de mercado, ainda apresenta uma necessidade de expansão e aprofundamento

no contexto hospitalar. Enquanto em setores comerciais, como varejo e serviços, a experiência do cliente tem sido objeto de intensos estudos e implementações, sua aplicação no ambiente hospitalar está em um estágio no qual a discussão e a compreensão ainda demandam maior desenvolvimento. A complexidade inerente ao setor de saúde, com suas peculiaridades e prioridades específicas, dificultou a reflexão dos gestores acerca da temática, trazendo aspectos confusos entre conceitos de experiência, satisfação e jornada, além de alguns dos entrevistados limitarem a experiência do paciente ao setor de ouvidoria.

Portanto, essa limitação do estudo reside na constatação de que, embora a experiência do cliente seja um tema consolidado em outros setores, sua adaptação e implementação no ambiente hospitalar apresentam desafios e oportunidades únicas, e que merecem uma atenção mais dedicada. Este reconhecimento ressalta a importância de continuar explorando e expandindo as fronteiras do conhecimento sobre a experiência do paciente no contexto específico dos serviços de saúde, a fim de promover melhorias significativas na qualidade e na eficácia do atendimento hospitalar.

## 8. CONCLUSÃO

Ao longo desta pesquisa, buscou-se aprofundar a compreensão das competências profissionais e estratégias de gestão empregadas para engajar as equipes de saúde em ações que promovam aprimoramentos na experiência do paciente durante sua jornada nos serviços de saúde. Os resultados obtidos fornecem *insights* valiosos, que contribuem para a reflexão e o aprimoramento contínuo do setor.

Os gestores em saúde, peças-chave na condução e implementação de práticas, compartilharam percepções cruciais sobre o significado da experiência do paciente na prática dos serviços hospitalares. Ficou evidente que a convergência de suas visões aponta para a compreensão da experiência do paciente como um elemento intrínseco à qualidade do atendimento, destacando a importância de uma abordagem centrada no paciente para o alcance de resultados positivos. A experiência do paciente, de acordo com os gestores, vai além de meros indicadores de satisfação; ela é fundamental para a eficácia e a humanização dos serviços hospitalares.

Ao analisar as competências necessárias ao profissional de saúde, para promover melhorias na experiência do paciente, emergiram características cruciais. Além do conhecimento técnico, a empatia, a comunicação eficaz e a capacidade de trabalho em equipe foram identificadas como competências-chave. A habilidade de compreender as necessidades emocionais e práticas do paciente, juntamente com a colaboração interdisciplinar, destacaram-se como fatores essenciais para garantir uma experiência positiva ao paciente.

As estratégias de gestão desempenham um papel fundamental no engajamento das equipes de saúde, em ações que visam melhorar a experiência do paciente. A liderança inspiradora, a promoção de uma cultura organizacional centrada no paciente e o estímulo à inovação foram identificados como elementos essenciais. Além disso, a integração de *feedback* contínuo, a capacitação constante e o reconhecimento das boas práticas contribuíram para criar um ambiente propício à busca pela excelência na experiência do paciente.

Contudo, ao conduzir esta pesquisa, algumas necessidades de pesquisas complementares emergiram. Ainda há espaço para se explorar a adaptação das estratégias e competências identificadas em contextos específicos, considerando as particularidades de diferentes serviços de saúde. Além disso, a análise aprofundada das barreiras à implementação dessas práticas, especialmente àquelas relacionadas à resistência organizacional, constitui uma área promissora para futuras investigações.

Em conclusão, este estudo proporcionou uma visão abrangente das competências e

estratégias que permeiam a busca pela melhoria da experiência do paciente nos serviços de saúde. Ao compreender as complexidades envolvidas, podemos direcionar esforços para fortalecer as bases de uma abordagem centrada no paciente, fomentando um ambiente hospitalar mais eficaz, humano e orientado à excelência na prestação de serviços de saúde.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições do presente estudo permeiam diversas esferas, desde o paciente até o âmbito mais pessoal, revelando a riqueza e a amplitude das implicações geradas por esta pesquisa. No que diz respeito ao paciente, este estudo proporcionou ricas reflexões, que podem potencialmente impactar positivamente a qualidade dos serviços de saúde. Ao desvelar competências e estratégias que promovem uma experiência do paciente mais satisfatória, a pesquisa sugere caminhos para aprimorar o cuidado centrado no paciente, reconhecendo a grande importância de considerar as necessidades emocionais e as práticas do indivíduo ao longo de sua jornada nos serviços de saúde.

Considerando o contexto da vida, este estudo contribui para a ciência, ao destacar a necessidade de uma abordagem mais holística na compreensão da experiência do paciente no ambiente hospitalar. Além de indicar a importância de competências específicas, destaca a relevância de estratégias de gestão que promovem uma cultura organizacional focada na excelência do cuidado ao paciente.

No âmbito da prática profissional, as descobertas deste estudo oferecem orientações valiosas para gestores e profissionais de saúde que buscam aprimorar a experiência do paciente. A identificação de competências e estratégias eficazes fornece um arcabouço prático para a implementação de melhorias tangíveis nos serviços de saúde.

No contexto do ensino e educação profissional, este estudo destaca a necessidade de incorporar tópicos relacionados à experiência do paciente nos currículos acadêmicos. A ênfase nas competências identificadas e nas estratégias de gestão pode enriquecer a formação de profissionais de saúde, preparando-os para enfrentar os desafios e complexidades do cuidado centrado no paciente, favorecendo o seu engajamento nesse propósito.

Em termos políticos e organizacionais, as descobertas deste estudo oferecem subsídios para a formulação de políticas e práticas que promovam uma cultura hospitalar mais centrada no paciente. A implementação de estratégias de gestão eficazes pode ser fundamental para a melhoria dos serviços de saúde, em níveis institucionais e governamentais.

A pesquisa realizada tem o potencial significativo de influenciar a formulação de políticas públicas, que visem favorecer e aprimorar a experiência do paciente no contexto dos serviços de saúde. As descobertas proporcionam resultados valiosos, que podem embasar decisões estratégicas e diretrizes governamentais, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais centrado no paciente e mais eficiente.

Reforça-se que os resultados destacam a importância de uma abordagem centrada no

paciente, reconhecendo suas necessidades emocionais e práticas. Esse enfoque humanizado pode se tornar um pilar central em políticas de saúde, orientando a capacitação de profissionais de saúde e promovendo práticas que priorizem a empatia e a comunicação eficaz.

A identificação de competências-chave necessárias aos profissionais de saúde, para promoção de melhorias na experiência do paciente, pode influenciar políticas de formação e capacitação profissional. Estratégias que incentivem o desenvolvimento dessas competências podem ser integradas em programas educacionais, impactando positivamente a qualidade do atendimento ao paciente.

As estratégias de gestão eficazes identificadas na pesquisa, como a liderança inspiradora e a promoção de uma cultura centrada no paciente, podem ser incorporadas em políticas que estimulem a inovação e a busca contínua por melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Incentivos financeiros e reconhecimento para organizações que adotam tais práticas podem ser considerados.

A pesquisa sugere a importância de se integrarem os indicadores relacionados à experiência do paciente aos sistemas de avaliação de desempenho das instituições de saúde. Políticas que promovam a transparência e a prestação de contas, com base na satisfação e na percepção do paciente, podem ser implementadas, para impulsionar melhorias contínuas, tendo como base o conceito de saúde baseada em valor para elucidar os modelos de remuneração.

A pesquisa também pode influenciar políticas que fomentem parcerias entre organizações de saúde e grupos da sociedade civil. A inclusão ativa dos pacientes e suas experiências, na tomada de decisões e na formulação de políticas, pode contribuir para um sistema mais participativo e orientado às necessidades reais dos usuários.

Ao abordar esses aspectos, a pesquisa não apenas oferece uma visão crítica sobre as práticas atuais, mas também fornece um caminho claro para o desenvolvimento e a implementação de políticas que colocam o paciente no centro do sistema de saúde. O impacto dessas políticas públicas pode ser vasto, influenciando a qualidade dos serviços, a satisfação dos pacientes e, em última instância, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais eficaz, humano e centrado nas necessidades da população.

A trajetória do meu mestrado se entrelaçou de maneira profunda com uma experiência pessoal que, de certa forma, moldou não apenas meu percurso acadêmico, mas também minha percepção sobre a importância da experiência do paciente em contextos específicos, como na obstetrícia. Durante minha jornada de mestrado, ao aprimorar minhas

habilidades na leitura de artigos científicos, deparei-me com uma realidade assustadora no cenário obstétrico. O sistema cesarista, em que os interesses dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, muitas vezes predominam sobre os desejos e necessidades das mulheres, revelou-se como uma barreira significativa. Foi angustiante perceber como os índices elevados de cesarianas contribuem para uma crença cultural equivocada, na qual a segurança e a experiência de um parto normal são trocadas por uma cirurgia de médio risco. O acesso ao parto domiciliar, uma opção que respeita a autonomia da mulher e que promove uma experiência mais humanizada, muitas vezes é limitado por práticas e políticas obstétricas arraigadas. A busca pela experiência do paciente na obstetrícia torna-se ainda mais desafiadora em um contexto em que a disponibilidade e os interesses dos profissionais de saúde, em particular do médico, podem sobrepor-se ao desejo da mulher. Os números alarmantes de cesarianas destacam a necessidade urgente de uma abordagem mais centrada na mulher, considerando suas escolhas e garantindo uma experiência de parto que respeite seus desejos e necessidades individuais. Além disso, é preocupante notar como a experiência do paciente na obstetrícia muitas vezes é favorecida em procedimentos particulares, onde as famílias com maior poder aquisitivo têm a capacidade de arcar com a disponibilidade de um médico. Isso cria disparidades significativas, evidenciando uma lacuna no acesso a cuidados obstétricos de qualidade, o que vai além da simples questão econômica, atingindo o cerne da equidade e da humanização no processo de nascimento.

Essa revelação impactante, vivenciada durante meu mestrado, trouxe à tona não apenas uma crítica ao sistema obstétrico vigente, mas também um compromisso mais profundo com a promoção da experiência do paciente na área da obstetrícia. Tornou-se claro que a mudança nesse cenário requer não apenas a conscientização, mas também ações práticas, políticas e culturais, que valorizem a escolha da mulher e que busquem restabelecer o parto como um evento natural, respeitando a autonomia e proporcionando uma experiência positiva e segura para todas as mulheres, independentemente de sua condição socioeconômica.

Durante esse período, vivenciei pessoalmente a relevância destes temas ao enfrentar o sistema cesarista, onde pude experienciar o impacto positivo do cuidado centrado no paciente por meio de um parto domiciliar, acrescentando uma dimensão significativa e pessoal ao meu estudo sobre a experiência do paciente. Em uma análise mais ampla, no contexto pessoal, o curso de mestrado proporcionou não apenas a base teórica para este estudo, mas também permitiu uma vivência prática e profunda da relevância dos conceitos abordados. A experiência pessoal de ser paciente durante a gestação reforçou a convicção na

importância do empoderamento do paciente, servindo como uma motivação adicional para contribuir com a pesquisa e a prática nessa área tão vital da saúde.

Ainda no contexto pessoal, durante a elaboração desse estudo, eu e minha orientadora vivenciamos a importância da experiência do paciente em cuidados de fim de vida. No objetivo de focar em aspectos que proporcionam conforto e humanização para o paciente e sua família durante momentos delicados, como no final da vida, torna-se evidente a necessidade de considerar a experiência do paciente como uma prioridade fundamental. Nesse cenário, a burocracia e um sistema rígido podem se tornar barreiras substanciais para a implementação de práticas mais humanizadas, o que impede a flexibilidade necessária para atender às necessidades específicas dos pacientes em situações terminais. Processos burocráticos excessivos podem resultar em atrasos, falta de personalização no cuidado e, por vezes, na desumanização do processo, sendo um dificultador na tomada de decisões rápidas e adaptáveis, elementos cruciais em cuidados de final de vida, nos quais cada momento é precioso. A rigidez do sistema também pode afetar a capacidade de fornecer suporte emocional e espiritual adequado, elementos essenciais em cuidados de final de vida. A humanização desses momentos requer uma abordagem sensível e personalizada, algo que muitas vezes é prejudicado por procedimentos burocráticos inflexíveis.

Assim, esta pesquisa sublinha a necessidade urgente de se repensarem as práticas e políticas que regem os cuidados de final de vida. É essencial encontrar um equilíbrio entre a regulamentação e a flexibilidade, necessárias para atender às necessidades individuais dos pacientes e suas famílias. A humanização dos cuidados de final de vida não é apenas uma questão ética, mas também uma necessidade que se reflete na qualidade da experiência do paciente e no apoio à família, durante esses momentos sensíveis e desafiadores. A reflexão sobre essas barreiras burocráticas e sistemas rígidos é fundamental para o avanço em direção a uma abordagem mais compassiva e centrada nas necessidades individuais em cuidados de final de vida.

Em síntese, este estudo não apenas enriquece o conhecimento acadêmico e profissional, mas também tem raízes profundas em experiências pessoais, fortalecendo o compromisso com a promoção de um ambiente de saúde mais centrado no paciente e humano.

Por fim, encerro esse trabalho parafraseando Sir William Osler (1849-1919), um dos fundadores do Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, que diz: “É mais importante conhecer o doente que tem a doença do que conhecer a doença que o doente tem”.

## REFERÊNCIAS

- ABELHA, D. M.; CARNEIRO, P. C. da C.; CAVAZOTTE, F. de S. C. N. Transformational leadership and job satisfaction: assessing the influence of organizational contextual factors and individual characteristics. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 20, n. 4, p. 516-532, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgn/a/w5bvVXRJ4X3Q73m8z9q6XkH/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- ACCREDITATION CANADA. **Internationally Accredited Organizations**. Vancouver: Accreditation Canada, 2021. Disponível em: <https://accreditation.ca/find-intl-accredited-service-provider/>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- AHMED, F.; BURT, J.; ROLAND, M. Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. *The patient*, v. 7, n. 3, p. 235–241, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24831941/>. Acesso em: 23 ago. 2023.
- AHN, J. Y.; EUN, Y. The effect of nursing competence on patient-centered care among nurses caring for patients with chronic disease: the mediating effect of burnout and the moderating effect of nursing work environment. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 33, n. 2, p. 134-144, 2021. Disponível em: <https://scholarworks.gnu.ac.kr/handle/sw.gnu/5616>. Acesso em: 23 ago. 2023.
- ALBINI, A.; PERES, A.M; ALMEIDA, M. L. Contributions of the Simplified Competency Management Model to a Municipal Health Secretariat. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2021;29:e3429. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3385.3429>. Acesso em 20 jan. 2024.
- ALBUQUERQUE, A. Direito do Paciente: fundamentos teóricos do novo ramo jurídico. **Revista Derecho y Salud**, v. 6, n. 7, p. 47-63, 2022. Disponível em: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/353>. Acesso em: 08 nov. 2023.
- ALBUQUERQUE, A. Disclosure de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 3, p. 70-90, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/925>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- ALBUQUERQUE, A. **Empatia nos cuidados em saúde: comunicação e ética na prática clínica**. Rio de Janeiro: Manole, 2023.
- ALBUQUERQUE, A. **Manual de Direito dos Pacientes**. Belo Horizonte: Editora CEI, 2020.
- ALBUQUERQUE, L. G.; OLIVEIRA, P. M. Competências ou cargos: uma análise das tendências das bases para o instrumental de recursos humanos. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 4, out./dez. 2001.
- ALISMAIL A. *et al.* The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look into Using Tablet-Based Tool vs. Traditional Survey

Method. **Patient Related Outcome Measurement**, v. 19, n. 11, p. 137-142, maio 2020. DOI: 10.2147/PROM.S248431.

ANDRES, E. B. *et al.* Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey. **BMC Health Service Research**, v. 623, n. 19, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4452-z#citeas>. Acesso em: 16 jul. 2021.

ANKER, S. D. *et al.* The importance of patient-reported outcomes: a call for their comprehensive integration in cardiovascular clinical trials. **European Heart Journal**, v. 35, n. 30, p. 2001-2009, ago. 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/30/2001/2293072?login=false>. Acesso em: 16 ago. 2023.

ANUNCIACÃO, D. *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 24 jan. 2024.

ARCARI, J. M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 407-420. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>.

ARONSON, P. L. *et al.* Impact of family presence during pediatric intensive care unit rounds on the family and medical team. *Pediatrics*, v. 124, n. 4, p. 1119–1125, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19736262/>. Acesso em: 07 nov. 2023.

ASPINAL F. *et al.* Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **J. Adv. Nurs.**, v. 42, p. 324-39, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12752877/>. Acesso em: 21 ago. 2023.

AVLIJAS, T. *et al.* A concept analysis of the patient experience. **Patient Experience Journal**, v. 10, n. 1, p. 15-63, 2023. Disponível em: <https://pxjournal.org/journal/vol10/iss1/5/>. Acesso em: 25 ago. 23.

BAKER, G. R. *et al.* The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **CMAJ**, v.170, n. 11 p. 1678-1686, 2004. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/170/11/1678>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BALINT, E. The possibilities of patient-centered medicine. **J. R. Coll Gen. Pract.**, v. 17, n. 82, p. 269-76, maio 1969. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

BÁO, A. C. P. *et al.* Experiência do paciente acerca de sua segurança no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 5, p. e20220512, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yhbxFT7C7hdt5CDzcszs8Ws/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. Disponível em: <https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitat%20e%20qualitat%20-%20IFES/Bauman,%20Bourdieu,%20Elias/Livros%20de%20Metodologia/Bardin%20-%201977%20-%20An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 4, p. 317–323, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/13.4.317>.

BARRETO, M. *et al.* Acolhimento em Saúde Mental: percepções de profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 4, n. 1, p. 39-49, 2010.

BECKER, L.; JAAKKOLA, E. Experiência do cliente: premissas fundamentais e implicações para a pesquisa. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 48, p. 630-648, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11747-019-00718-x#citeas>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BERGEVIN, Y. *et al.* Transforming regions into high-performing health systems toward the triple aim of better health, better care and better value for Canadians. **Healthcare Papers**, v. 16, n. 1, p. 34-52, jul. 2016. Disponível em: [https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/hcp\\_vol16\\_no1-bergevin1.pdf](https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/hcp_vol16_no1-bergevin1.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

BERNARDO, J. M. S. **Impactos da covid-19 nas práticas de experiência dos pacientes em hospitais brasileiros**: uma pesquisa de levantamento com os profissionais de saúde. 2022. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – Programa de pós-graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/13982/Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20Juli%20ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 ago. 2023.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759-769, maio 2008. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Acesso em: 06 jul. 2023.

BETRAN, A. P. *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, p. e005671, 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>. Acesso em: 10 fev. 2024.

BITENCOURT, V. N. *et al.* Net Promoter Score (NPS) como ferramenta para avaliar a satisfação dos pais em unidades de terapia intensiva pediátrica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 3, maio/jun. 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755723000037?via%3Dihub>. Acesso em: 14 ago. 2023.

BITNER, M. J. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 2, p. 57-71, 1992. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1252042>. Acesso em: 26 out. 2023.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em *snowball* (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/empresarial/article/view/8346/4111>. Acesso em: 22 jun. de 2023.

BOGUE, T. L.; MOHR, L. Putting the family back in the center: a teach-back protocol to improve communication during rounds in a pediatric Intensive Care Unity. *Critical care nursing clinics of North America*, v. 29, n. 2, p. 233-250, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28460703/>. Acesso em: 08 nov. 2023.

BOHER, C. D. *et al.* Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 50-60, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31909/bde-31909-431.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

BORGES, E. M. N. *et al.* Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3175, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: MS, 2013b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed., 1. reimp. Brasília, DF: MS, 2013c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 23 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf). Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012**. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 21 fev. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, v. 11, p. 589-597. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2797898>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRITO, B. F. M. *et al.* A pandemia COVID-19 e um novo problema de saúde pública: Os impactos emocionais nos profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e11610615516-e11610615516, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15516>. Acesso em: 07 nov. 23.

BULL, C. *et al.* A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. **Health Service Research**, v. 54, n. 5, p. 1023–1035, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.13187>. Acesso em: 16 ago. 2023.

BURNS, L. R. *et al.* The Wharton School study of the health care value chain. In: BURNS, L. R. (ed.). **The health care value chain: producers, purchasers and providers**. São Francisco: Jossey-Bass, 2002. p. 3-26.

CABELLO, M. *et al.* Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. **Aging & Mental Health**, v. 24, n. 9, p. 1533-1542, 2020. DOI:10.1080/13607863.2019.1603284.

CALDANA, G.; GABRIEL, C. S. Avaliação do Programa de Acreditação Hospitalar: validação de face e conteúdo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, jan./fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4bTtV7ht44mMCmL3FnKMTCw/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

CAMPBELL, J. Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology in Dunnette, M. and Hough, L. (Eds.), **Handbook of Organizational and Industrial Psychology**, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, pp. 687-732, 1990.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos em Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CANDIDO, L. C. *et al.* Conflitos com o paciente, cor/raça e concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no Sul do Brasil. **Revista Saúde Coletiva Physis**, v. 29, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kS775qdqfbPVfQczdRrkQ6x/#>. Acesso em: 24 jan. 2024.

CARON, R. M. Co-producing healthcare in a volume vs. value-based healthcare system: perspective of a parent of a patient and a health professions' educator. **Patient Experience Journal**, v. 6, n. 2, p. 16-19, 2019. Disponível em: <https://pxjournal.org/journal/vol6/iss2/5/>. Acesso em: 25 out. 2023.

CARRARA, G. L. R. *et al.* A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos

serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yLpXQjgxbx6BwjBdTgcwxdn/?lang=pt#>. Acesso em: 13 fev. 2024.

CARRIERI, A. P. *et al.* Gender and work: representations of femininities and masculinities in the view of women Brazilian executives. **BAR – Brazilian Administration Review**, v. 10, p. 281-303, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bar/a/jPNcycJqBrvHfVJn9syny5v/?lang=en&format=html>. Acesso em: 07 nov. 2023.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* Enfermeiros gestores no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017- 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 211-222. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413- 81232020251.29312019>.

CAUDURO, F. L. F.; PRADO, C. Design thinking: inovação na formação docente em enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 12, p. e3435, 2022. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.3435>.

CHASSIN, M. R.; GALVIN, R.W.; THE NATIONAL ROUNDTABLE ON HEALTH CARE QUALITY. The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **JAMA**, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, 1998. DOI:10.1001/jama.280.11.1000.

CHERUP, A. N. **The challenge of consumer diversity in servicescapes**: an investigation of consumer and service provider experiences. 2020. Tese (Doutorado) – Bussiness College, University of Nebraska, Lincoln, EUA. Disponível em: <https://digitalcommons.unl.edu/businessdiss/58>. Acesso em: 25 out. 2023.

CHIAVENATO, I. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

CIHI. **Canadian Patient Experiences Survey**. Inpatient Care Procedure Manual. Canada: Canadian Institute for Health Information, 2019. Disponível em: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cpes-ic-procedure-manual-2019-en-web.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2023.

CMS. Agency in the federal Department of Health and Human Services, United States of America. **HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey**. EUA: Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023. Disponível em: <https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/hospitalqualityinits/hospitalhcahps>. Acesso em: 11 ago. 2023.

COCKER, F.; JOSS, N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. **Int. J. Environ. Res. Public. Health.**, v. 13, n. 6, p. 618, 2016.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2014.v23n4/1356-1369/pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

COSTA, D. G. *et al.* Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. e201901522020. ed. esp. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/s5FCftxYlXbm4wQx6SgTZ5d/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

COULTER, A. *et al.* Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. **BMJ**, v. 348, p. g2225, 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g2225>. Acesso em: 19 out. 2023.

DANTAS, M. B. *et al.* Caracterização da agressão verbal com enfermeiros em uma unidade hospitalar. **Enfermagem em Foco**, v. 14, p. e-202307, 2023. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/caracterizacao-da-agressao-verbal-com-enfermeiros-em-uma-unidade-hospitalar/>. Acesso em: 07 nov. 2023.

DAVISON, S. N. *et al.* Patient-reported outcome measures in the care of in-centre hemodialysis patients. **Journal of Patient Report Outcomes**, v. 5, p. 93, 2021. Suppl. 2. Disponível em: <https://jpro.springeropen.com/articles/10.1186/s41687-021-00365-3#citeas>. Acesso em: 16 ago. 2023.

DELFINI, A. B. L.; ROQUE, A. P.; PERES, R. S. Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermagem clínica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 12-22, 2009.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage handbook of qualitative research**. Nova York: Sage Publications, 2018.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DORIGAN, G. H. Promoção da satisfação e lealdade dos pacientes em instituições de saúde: revisão integrativa. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 10, n. 1, p. 1-20, 2021. DOI: 10.5585/rgss.v10i1.17719.

DORIGAN, G. H.; OLIVEIRA, H. C.; GUIRARDELLO, E. B. Fatores preditores das experiências e da satisfação do paciente em unidades médico-cirúrgicas. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, v. 24, n. 4, out./dez. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000401003&](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401003&)

DOYLE, C. *et al.* A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, v. 3, p. e001570, 2013. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570.citation-toos>. Acesso em: 26 out. 2023.

DUARTE, A. B. S. Grupo focal online e offline como técnica de coleta de dados. **Inf. & Soc.: Est.**, v. 17, n. 1, p. 81-95, jan./abr. 2007.

ENDO, A. C. B.; ROQUE, M. A. B. Atenção, memória e percepção: uma análise conceitual da Neuropsicologia aplicada à propaganda e sua influência no comportamento do consumidor. **Intercom, Rev Bras Ciênc Comum**, v. 40, n. 1, p. 77-96. Disponível em: 2017. <https://doi.org/10.1590/1809-5844201715>. Acesso em: 10 fev. 2024.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Budgetary impact of spontaneous vaginal delivery and elective cesarean section without clinical indication in Brazil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 42, p. e116, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386090/>. Acesso em: 10 fev. 2024.

EUA. **Patient Protection and Affordable Care Act**. Public law. EUA: Office of the legislative counsel, jun. 2010. Disponível em: <http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2023.

FAGUNDES, E. **Tolerância do risco dos gestores: uma análise na tomada de decisão nos campos pessoal e organizacional**. 2019. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) – Programa de Pós-graduação em Contabilidade, Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/206302/PPGC0182-D.pdf?sequence=-1>. Acesso em: 07 nov. 23.

FARIAS, K. C. L. *et al.* The perception of patients in relation to the quality of care and assistance received in hospital institutions: integrative literature review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e77111032444, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32444.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/MbZtTx43DzGsMFyJz4RyMGC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FERREIRA, A.B.H. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Editora Positivo, 2004, 2120 p.

FERREIRA, E. Legislação e a telemedicina: abordagem dos desafios jurídicos na prestação de cuidados da saúde à distância. **Global Dialogue**, v. 6, n. 3, p. 16–29, 2023. DOI: 10.53660/GDIA.153.402. Disponível em: <https://gdialogue.org/index.php/journals/article/view/153>. Acesso em: 20 fev. 2024.

FERREIRA, J. *et al.* Patient experience or patient satisfaction? A systematic review of child- and family-reported experience measures in pediatric surgery. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 58, n. 5, p. 862-870, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36797113/>. Acesso em: 25 out. 2023.

FERREIRA, M. M. M. G. *et al.* Conhecimento, habilidades e atitudes (cha) e gestão por competências: um estudo de caso na faculdade da Amazônia/ Knowledge, skills and attitudes and management by competencies: a case study at the faculdade da Amazônia. **Brazilian Journal of Development**, v.5,n.12, p.31950–31965, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/5576>. Acesso em 15 fev. 2024.

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *In: Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Routledge, 1995. p. 1-20.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde Debate**, v. 32, n. 79, p. 143-149, 2009.

FINLAY, A. J. F. *et al.* Open disclosure: ethical, professional and legal obligations, and the way forward for regulation. **MJA -The Medical Journal Of Australia**, v. 198, n. 8, p. 445-448, maio 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1446-5311.2013.02107.x>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FITZPATRICK, B. M. S. W. *et al.* Joy in work and reducing nurse burnout: from triple aim to quadruple aim. **AACN – Adv. Crit. Care.**, v. 30, n. 2, p. 185-188, 15 jun. 2019. Disponível em: <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/30/2/185/21934/Joy-in-Work-and-Reducing-Nurse-Burnout-From-Triple?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 17 ago. 2023.

FLEURY, M. T. L. A gestão de competência e a estratégia organizacional. As pessoas na organização. Tradução . São Paulo: Gente, 2002.

FLEURY, M. T. L; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista Administração Contemporânea**, v. 5, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/C5TyphygpYbyWmdqKJCTMkN/?lang=pt#>. Acesso em: 02 nov. 2023.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. L. M. O novo perfil dos gestores locais no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 809- 825, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7LRjjLQHpg7KN4jcDykc9B/?lang=en>. Acesso em: 07 nov. 2023.

FONSECA, A. M. O.; PORTO, J. B. Validação fatorial de escala de atitudes frente a estilos de liderança. **Avaliação Psicológica**, v.12, n. 2, ago. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712013000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200007). Acesso em: 15 jan. 2021.

FORTE, E. C. N. *et al.* A hermenêutica e o software Atlas.ti: união promissora. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HZ3M6kbcCvVvNbmKWMDdhCc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FRANCO, J. V. V. *et al.* Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente suspeito e/ou vítima de acidente vascular encefálico. **Revista Amazônia: Science & Health**, v. 8, n. 4, 2020. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3233>. Acesso em: 07 nov. 2023.

FREITAS, J. S. *et al.* Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-460, maio/jun. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf). Acesso em: 27 abr. 2021.

FREITAS. K. G. *et al.* A importância do trabalho humanizado ao paciente internado em unidade de terapia intensiva. **Unilus pesquisa**, v. 15, n. 40, 2018. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1044>. Acesso em: 08 nov. 2023.

GALLAN, A. S.; NIRAJ, R.; SINGH, A. Beyond HCAHPS: Analysis of patients' comments provides an expanded view of their hospital experiences. **Patient Experience Journal**, v. 9, n. 1, p. 159-168, 2022. DOI: 10.35680/2372-0247.1641.

GARBIN, K. *et al.* A idade como diferencial no engagement dos profissionais de enfermagem. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 35, p. e35516, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/yPbFbjDqvbQCHPn87P4fNDy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GARZIN, A. C. A. *et al.* Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com qualidade do cuidado e segurança do paciente. **O Mundo da Saúde**, v. 48, 2024. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/issue/view/66>. Acesso em: 09 fev. 2024.

GAUDENZI, P.; CHAGAS, A.; CASTRO, A. M. Efeitos subjetivos do racismo e cuidado: vivências e memórias de mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, set. 2023. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2023.v28n9/2479-2488/>. Acesso em: 24 jan. 2024.

GLAVIND, J. *et al.* Elective caesarean section at 38 weeks versus 39 weeks: neonatal and maternal outcomes in a randomized controlled trial. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 120, n. 9, p. 1123-1132, 2013. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12278>. Acesso em: 10 fev. 2024.

GOMES, A. T. de L. *et al.* Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017. DOI: 10.19175/recom.v7i0.1473. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1473>. Acesso em: 20 fev. 2024

GOMES, P. H. G; JUNIOR, W. V. M. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. **Revista ACRED**, v. 7, n. 13, 2017.

GONÇALVES, P. G. M.; MASSAO, H. F. Inovações no âmbito das cirurgias ortopédicas: uma revisão de literatura. **Revista Científica do Tocantins**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://itpacporto.emnuvens.com.br/revista/article/view/69>. Acesso em: 16 ago. 2023.

GUALANDI, R. *et al.* Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? **PloS one**, v. 14, n. 12. Out. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31805061/>. Acesso em: 25 out. 2023.

GULLICH, I. *et al.* Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 3. set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/nX9YYS4s7k76ZwcPGIng=en&tIng=em>. Acesso em: 28 abr. 2021.

GUSMÃO, C. R. A. B. **A saúde baseada em valor e a metodologia ICHOM à luz da percepção dos stakeholders da cadeia da saúde**. 2021. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/30348>. Acesso em: 10 abr. 2021.

HAMILTON, D. F. *et al.* Assessing treatment outcomes using a single: question the net promoter score. **Bone Joint J.**, v. 96, p. 622-628, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24788496/>. Acesso em: 14 ago. 2023.

HÄRKÖNEN, J.; MANZONI, A.; BIHAGEN, E. Gender inequalities in occupational prestige across the working life: an analysis of the careers of West Germans and Swedes born from the 1920s to the 1970s. **Advances in Life Course Research**, v. 29, p. 41-51, 2016. Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040260816300028?casa\\_token=YOpO7xab0JkAAAAA:bzqPrKKxrkeF0M6Vp0PqAdI\\_GLWUVt5BFwbXnZDftw-YgW1O8sJxm21-SjzpbHbX1uLMdDu67O](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040260816300028?casa_token=YOpO7xab0JkAAAAA:bzqPrKKxrkeF0M6Vp0PqAdI_GLWUVt5BFwbXnZDftw-YgW1O8sJxm21-SjzpbHbX1uLMdDu67O). Acesso em: 07 jan. 2023.

HARRISON, R. *et al.* Open disclosure of adverse events: exploring the implications of service and policy structures on practice. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 12, p. 5-12, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/RMHP.S180359?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 13 fev. 2024.

HAYCOCK, C. M. S. Achieving patient and family engagement through the implementation and evolution of advisory councils across a large health care system. **Nursing Administration Quarterly**, v. 37, n. 3, p. 242-246, jul./set. 2013. Disponível em: [https://journals.lww.com/naqjournal/abstract/2013/07000/achieving\\_patient\\_and\\_family\\_engagement\\_through.10.aspx](https://journals.lww.com/naqjournal/abstract/2013/07000/achieving_patient_and_family_engagement_through.10.aspx). Acesso em: 09 fev. 2024.

HERNÁNDEZ, G. *et al.* Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. **Rev. Med. Chil.**, v. 133, n. 8, p. 895-902, 2005.

HERRIN, J. *et al.* Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 3, p. 182-189, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26082560/>. Acesso em: 09 fev. 2024.

HINES, P.; HOLWEG, M.; RICH, N. Learning to evolve. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 24, n. 10, p. 994–1011, 2004.

HRYNIEWICZ, L. G. C.; VIANNA, M. A. Mulheres em posição de liderança: obstáculos e expectativas de gênero em cargos gerenciais. **Cad. EBAPE.BR**, v. 16, n. 3, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/Wwqj4gNdm8k8jcGRjCFxvqm/#>. Acesso em: 24 jan. 2024.

HUISMAN, E. R. C. M. *et al.* Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. **Building and Environment**, v. 58, p. 70-80, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360132312001758>. Acesso em: 24 out. 2023.

HURWITZ, H. M.; MERCER, M.; ROSE, S. L. Interventions that improve patient experience evidenced by raising HCAHPS and CG-CAHPS Scores: A narrative literature review. **Patient Experience Journal**, v. 10, n. 1, p. 107-114, 2023. DOI: 10.35680/2372-0247.1669.

IHI. **The Ihi Triple Aim**. EUA: Institute for Healthcare Improvement, 2021. Disponível em: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>. Acesso em: 02 ago. 2021.

INDAHINGWATI, A. *et al.* How digital technology driven millennial consumer behaviour in Indonesia. **Journal of Distribution Science**, v. 17, n. 8, p. 25-34, 2019.

IPFCC. Patient- and Family-Centered Care. Virginia, EUA: Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2004. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>. Acesso em: 15 fev. 2024.

ISMAIL, H. N.; NAKKACHE, L. Gender differences at work: Experiencing human resource management policies in Lebanese Firms. **Global Business Review**, v. 16, n. 6, p. 907-919, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115>. Acesso em: 07 nov. 2023.

JARRAD, R.; HAMMAD, S.; SHAWASHI, T.; MAHMOUD, N. Compassion fatigue and substance use among nurses. **Ann. Gen. Psychiatry.**, v. 17, p. 13, 2018.

JCI. **JCI – Accredited Organizations**. EUA: Joint Commission International, 2021. Disponível em: [https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/#f:\\_Facet\\_Country=\[Brazil\]&f:\\_Facet\\_World\\_Hospital\\_Accreditation=\[Hospital%20Program\]](https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/#f:_Facet_Country=[Brazil]&f:_Facet_World_Hospital_Accreditation=[Hospital%20Program]). Acesso em: 18 ago. 2021.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; BRUSTER, S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 353-358, out. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>.

JILOU, V. *et al.* Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HQmdjXfGz4Ff4VDZZ8vMDhd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2024.

KHATTABI, N. *et al.* Implementing a patient engagement framework in the primary healthcare system in Qatar. **Patient Experience Journal**, v. 10, n. 3, p. 74-80, 2023. Disponível em: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1812&context=journal>. Acesso em: 08 nov. 2023.

KOLADY CZ, R. *et al.* The Net Promoter Score (NPS) for information on clients' experiences in sexual and reproductive health clinics. **Global Health Science Practice**, v. 6, p. 413-424, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30072372/>. Acesso em: 14 ago. 2023.  
KOTLER, P. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. 10. ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2000.

KRAVITZ, R.L. Measuring patients' expectations and request. **Ann. Intern. Med.**, v. 134, p. 881-888, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11346324/>. Acesso em: 21 ago. 2023.

KROL, M. W. *et al.* The Net Promoter Score – an asset to patient experience survey? **Health Expectations**, n. 18, p. 3099-3109, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12297>. Acesso em: 16 jul. 2021.

KUR, A. D. S. S.; SILVA, S. O. G. D.; PINHO, S. T. de. Telemedicina no sus: garantia de acesso aos serviços de saúde para a população rural. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 814–831, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p814-831. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/680>. Acesso em: 20 fev. 2024.

KUSMAUL, N.; TRUCKER, G. **Person Centered Care**: Definitions and perceptions of various stakeholders. Patient Experience Grant Program for Beryl Institute. Baltimore County: University of Maryland, 2019. Disponível em: <https://www.theberylinstitute.org/store/download.aspx?id=1648E42A-8463-4384-B229-4B0CAA5984FA>. Acesso em: 26 abr. 2021.

LARSON, E. *et al.* When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 97, n. 8, p. 563-569, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/8/18-225201.pdf?ua=1> . Acesso em: 8 jul. 2021.

LAWLER, E. Estratégia versus funcionários. HSM Cultura e Desenvolvimento, São Paulo, p. 12-15, set./out. 1998.

LAZARE, A. Apology in medical practice: an emerging clinical skill. **JAMA**, v. 296, n. 11, p. 1401–1404, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/203361>. Acesso em: 25 nov. 2023.

LE BOTERF, G. **De la compétence** – essai sur un attracteur étrange. Paris: Éditions d'organisations, 1995.

LEE H. *et al.* Digital health technology use among older adults: exploring the impact of frailty on utilization, purpose, and satisfaction in Korea. **J. Korean Med. Sci.**, v. 39, n. 1, p. e7, 8 jan. 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10782036/>. Acesso em: 09 fev. 2024.

LIANG, L. *et al.* Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. **BMJ Open**, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/1/e018263.full.pdf> . Acesso em: 12 jul. 2021.

LILLY, B. *et al.* Doctor behaviors that impact patient satisfaction. **Patient Experience Journal**, v. 10, n. 2, p. 103-112, 2023. Disponível em: <https://pxjournal.org/journal/vol10/iss2/13/>. Acesso em: 25 out. 2023.

LIMA, A. A. *et al.* Grau de resolutividade no atendimento secundário de um serviço de saúde do Município de Avaré, São Paulo. **Global Clinical Research Journal**, v. 2, n. 2, p. e29, 2022. DOI: 10.5935/2763-8847.20220029.

LISTA, A. P. *et al.* Desenvolvimento de habilidades soft e hard em treinamentos de gestão enxuta. **International Journal of Lean Six Sigma**, v. 13, n. 5, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJLSS-06-2021-0116>. Acesso em 15 mai 2023.

LLOYD, B. *et al.* Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. **Patient Experience Journal**, v. 5, n. 3, p. 55-64, 2018. Disponível em: <https://pxjournal.org/journal/vol5/iss3/9/>. Acesso em: 25 out. 2023.

LOURENÇÃO, L. G. *et al.* Analysis of the association between levels of compassion fatigue and work engagement with COVID-19 in nursing professionals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, out. 2023 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D5SzVhFs9xfYPNwkjXSvkJH/?lang=en#>. Acesso em: 09 fev. 2024.

LU, C. *et al.* The use of mobile health applications to improve patient experience: cross-sectional study in Chinese public hospitals. **JMIR mHealth uHealth**, v. 6, n. 5, p. 1, 2018.

LUCIANI, M. *et al.* An introduction to qualitative health research. **Prof. Infirm.**, v. 72, p. 60-68, jan./mar. 2019.

LUXFORD, K. *et al.* **Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety by Focusing Care on Patients and Consumers**. Australia: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), 2010. Disponível em: <https://rune.une.edu.au/web/handle/1959.11/7243>. Acesso em: 01 nov. 2023.

LYU, H. *et al.* Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. **JAMA Surg.**, v. 148, p. 362-367, 2013. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1679648>. Acesso em: 27 abr. 2021.

MAJIMA, T.; OSHIMA, Y. Venous Thromboembolism in Major Orthopedic Surgery. **Journal of Nippon Medical School**, v. 88, n. 4, p. 268-272. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867423/>. Acesso em: 16 ago. 2023.

MATOS, M. G. *et al.* Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. 219616, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XSKSP8vMRV6zzMSfqY4zL9v/?lang=pt>. Acesso em 05 fev. 2024.

McCLELLAND, D. C. Testing for competence rather than for “intelligence”. **American Psychologist January**, 1973. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=6cc5e9172b6040fdd554f627fa2d93a96a1a22e5>. Acesso em: 02 nov. 2023.

McLAGAN, P. A. Competencies: the next generation. **Training and Development**, p. 40-47, maio 1996.

McLENNAN, S. *et al.* Apologies in medicine: Legal protection is not enough. **MAJ**, v. 187, n. 5, p. E156-E159, 2015. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/187/5/E156.long>. Acesso em: 13 fev. 2024.

MEDINA, A. S. N.; CASTELLANO, F. B. Trasladar la visión a la experiencia del paciente [Translating vision into patient experience]. **Journal of Healthcare Quality Research**, v. 37, n. 6, p. 347-348, nov./dez. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9604094/>. Acesso em: 21 ago. 2023.

MELO, M. C. D. O. L.; LOPES, A. L. M. Empoderamento de mulheres gerentes: a construção de um modelo teórico de análise. **Gestão & Planejamento – G&P**, v. 13, n. 3, 2013. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/2346>. Acesso em: 07 nov. 2023.

MERONI, A.; SANGIORGI, D. **Design for Services**. Reino Unido: Gower Publishing Limited, 2011.

MERRY, A. F.; SHUKER, C.; HAMBLIN, R. Patient safety and the Triple Aim. **Internal Medicine Journal**, v. 47, p. 1103-1106, out. 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imj.13563>. Acesso em: 16 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIRABILE, R. J. Everything you wanted to know about competency modelin. **Training and Development**, v. 51, n. 8, p. 73-77, ago. 1997.

MODESTO FILHO, J.; VIEIRA, A.; CARRIERI, A. P. Representations of gender in executive offices. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e9910111430-e9910111430, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11430>. Acesso em: 07 nov. 2023.

MONTAÑO, C. A. C. *et al.* Hacia la atención en salud basada en el valor: revisión de la literatura. **Rev. Medica Sanitas**, v. 20, n. 3, p. 175-184, 2017. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Alexander-Gomez-Rivadeneira/publication/330838468\\_Hacia\\_la\\_atencion\\_en\\_salud\\_basada\\_en\\_el\\_valor\\_revisi\\_on\\_de\\_la\\_literatura/links/5c56661f92851c22a3a4ba08/Hacia-la-atencion-en-salud-basada-en-el-valor-revision-de-la-literatura.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alexander-Gomez-Rivadeneira/publication/330838468_Hacia_la_atencion_en_salud_basada_en_el_valor_revisi_on_de_la_literatura/links/5c56661f92851c22a3a4ba08/Hacia-la-atencion-en-salud-basada-en-el-valor-revision-de-la-literatura.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

NETO, A. A. **Finanças corporativas e valor**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

NUNDY, S.; COOPER, L. A.; MATE, K. S. The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. **JAMA**, v. 327, n. 6, p. 521-522, 2022. DOI:10.1001/jama.2021.25181.

NUNES, E. M. G. T.; GASPARGAS, M. F. M. A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), v. 37, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qjLvttDNkqH8gB3nmhmZcNL/#>. Acesso em: 25 out. 2023.

OBEN, P. Understanding the patient experience: a conceptual framework. **Journal of Patient Experience**, v. 7. n. 6, p. 906-910, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374373520951672>. Acesso em: 05 fev. 2024.

O'HARA, J.K. *et al.* What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. **BMJ Quality Safety**, v. 27, n. 9, p. 673-682, 2017. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/27/9/673>. Acesso em: 12 jul. 2021.

OLIVEIRA, A. C. *et al.* Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias neurológicas e ortopédicas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 22, 2023. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/66055>. Acesso em: 16 ago. 2023.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03604. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32935752/>. Acesso em: 07 nov. 2023.

OLIVEIRA, P.; LACERDA, J. Habilidades e competências desejáveis aos profissionais de inteligência competitiva. **Ciência da Informação**, v. 36, n. 2, p. 46-53, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ci/a/ZssZD68swKWfYtQdR6dqrqN/#>. Acesso em: 20 fev. 2024.

OLIVEIRA, M. R.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar: por que premiar a ineficiência no cuidado ao idoso? **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, v. 10, n. 2. P. 198-202, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/915120/jbes102-art-13.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

OMS. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030**: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>. Acesso em: 26 out. 2023.

OMS. **The World Health Report 2000**. Health Systems: Improving Performance. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2000. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=luqgKK2euxoC&oi=fnd&pg=PR7&ots=sNpb688HVd&sig=\\_LzkqqPT2PmUjKHNdXrSYjH0PBc&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=luqgKK2euxoC&oi=fnd&pg=PR7&ots=sNpb688HVd&sig=_LzkqqPT2PmUjKHNdXrSYjH0PBc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 06 jul. 2023.

ONA. **Mapa de creditações**. [S.l.]: Organização Nacional de Acreditação, 2021. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>. Acesso em: 02 ago. 2021.

ONU. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Bruxelas: Organização das Nações Unidas, 2015. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil\\_Amigo\\_Pesso\\_Idosa/Agenda2030.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf). Acesso em: 24 out. 2023.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 75-91, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YfktSTz7dpNNQWcqptDmhCM/>. Acesso em 07 nov. 2023.

OWENS, D. J.; BACHELOR, C. Patient satisfaction and the elderly. **Soc. Sci. Med.**, v. 42, p. 1483-91, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8771631/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PAAIS, M.; PATTIRUHU, J. R. Effect of motivation, leadership, and organizational culture on satisfaction and employee performance. **The Journal of Asian Finance, Economics and Business**, v. 7, n. 8, p. 577–588, 2020. Disponível em: <https://koreascience.kr/article/JAKO202026061031735.page>. Acesso em: 13 fev. 2024.

PAIXÃO, D. P. S. S. *et al.* Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 577-584, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nBq4QYtpMTnYyJ8DhdK9wRd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2023.

PAULL, D. E. *et al.* The pursuing excellence collaborative: engaging first-year residents and fellows in patient safety event investigations. **Journal of Patient Safety**, v. 19, n. 7, p. 484-492, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-37493368>. Acesso em: 26 out. 2023.

PELLEGRINO, E. D. **Humanism and the Physician**. Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.

PETRA, K. Improving the value of healthcare systems using the Triple Aim framework: A systematic literature review. **Health Policy**, v. 126, p.302-309, abr. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022000549#bib0005>. Acesso em: 06 jul. 2023.

PIETROBELLI, V. L. *et al.* Cirurgia de coluna: variáveis psicológicas e influência da percepção do paciente no desfecho cirúrgico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 64, n. 1, p. 131-135, jan./mar. 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Camila-Hood/publication/343994787\\_Sistemas\\_nacionais\\_de\\_transplante\\_-\\_Brasil\\_versus\\_Holanda\\_aprimoramento\\_para\\_garantia\\_da\\_continuidade\\_da\\_vida/links/5f4d09c6458515a88b999003/Sistemas-nacionais-de-transplante-Brasil-v](https://www.researchgate.net/profile/Camila-Hood/publication/343994787_Sistemas_nacionais_de_transplante_-_Brasil_versus_Holanda_aprimoramento_para_garantia_da_continuidade_da_vida/links/5f4d09c6458515a88b999003/Sistemas-nacionais-de-transplante-Brasil-v). Acesso em: 10 fev. 2024.

PINE, B. J; GILMORE, J. H. **The experience economy: work is theatre & every business a stage**. EUA: Harvard Business Press, 1999. Disponível em: <https://hbr.org/1998/07/welcome-to-the-experience-economy>. Acesso em: 17 ago. 2023.

PINTO, J. P. *et al.* Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nvbLHsC6jjrcC9KrdMgYLRc/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PLUUT, B. Differences that matter: developing critical insights into discourses of patient-centeredness. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 19, n. 4, p. 501-515, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088218/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

POLONIA, A. C.; SANTOS, M. F.S. Desenvolvimento de competências na perspectiva de docentes de ensino superior: estudo em representações sociais. **Educ Pesqui** [Internet]. 2020;46:e217461. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046217461>. Acesso em: 20 fev. 2024.

PORTER, M. E. What is value in health care? **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1011024>. Acesso em: 12 jul. 2021.

PORTER, M. E.; KAPLAN, R. S. **Como pagar pelos serviços de saúde**. Harvard Business Review Brasil. [S.l.]: 2016. Disponível em: <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>. Acesso em: 26 abr. 2021.

PORTER, M. E.; KRAMER, M. R. Creating shared value. **Harvard Bus. Ver.**, v. 89, p.62-77, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://hbr.org/2011/01/the-big-idea-creating-shared-value>. Acesso em: 12 jun. 2021.

POTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. São Paulo: Artmed, 2007.

PRINCE, R. A. *et al.* Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. **Medical Care Research and Review**, v. 71, n. 5, p. 522-554, 2014. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558714541480>.

PUTRA, A. S. *et al.* Examine Relationship of Soft Skills, Hard Skills, Innovation and Performance: the Mediation Effect of Organizational Learning. **International Journal of Science and Management Studies (IJSMS)**, v.3, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.ijmsjournal.org/2020/volume-3%20issue-3/ijms-v3i3p104.pdf>. Acesso em 12 fev. 2024.

QUADROS, D. V. *et al.* The serviscape in the user experience: evaluation of perceptions in hospital concierge services. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e57911225911, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/236724>. Acesso em: 25 out. 2023.

RADNOR, Z. J.; HOLWEG, M.; WARING, J. Lean in healthcare: The unfilled promise? **Social Science & Medicine**, v. 74, p. 364-371, 2012.

RAFTER, N. *et al.* The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals - a retrospective record review study. **BMJ Quality Safety**, v. 26, n. 2, p.111-119, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>. Acesso em: 12 jul. 2021.

RAO, J.K.; WEIMBERGER, M.; KROENKE, K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes – a literature review. **Arch. Fam. Med.**, v. 9, p. 1148-1155, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11115222/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

- REEVES, R. *et al.* Development and pilot testing of questionnaire for use in the acute NHS Trust inpatient survey programme. **Focus**, p. 1-59, 2002. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/230687421\\_Development\\_and\\_pilot\\_testing\\_of\\_questionnaire\\_for\\_use\\_in\\_the\\_acute\\_NHS\\_Trust\\_inpatient\\_survey\\_programme](https://www.researchgate.net/publication/230687421_Development_and_pilot_testing_of_questionnaire_for_use_in_the_acute_NHS_Trust_inpatient_survey_programme). Acesso em: 11 ago. 2023.
- REIS, G. A. X. *et al.* Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p. e20180366, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>. Acesso em: 18 nov. 2023.
- RIBEIRO, R. *et al.* Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, p. 504-11, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4240/1195>. Acesso em: 26 out. 2023.
- RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- RIQUIERI, M. R. L. *et al.* Perfil dos gestores municipais de saúde no Brasil: um panorama de três décadas. **Revista de Administração Pública**, v. 56, n. 5, set./out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/FSksGstQjGftSt6GcYnVyKM/?lang=en>. Acesso 24: jan. 2023.
- ROCHA, A. S. C. *et al.* A idade influencia os desfechos em pacientes com idade igual ou superior a 70 anos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica isolada. **Braz. J. Cardiovasc. Surg.**, v. 27, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/VHkGNTkY8Wwd6bwVRV75VbK/?lang=pt#>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- ROCHA, S. P. B. *et al.* Indicators for Multidimensional sustainability assessment of the hospital sector providing public services. **Journal of Environmental Analysis and Progress**, v. 5, n. 1, p. 17-30, 2020. Disponível em: <https://www.journals.ufrpe.br/index.php/JEAP/article/view/2835/482483212>. Acesso em: 09 fev. 2024.
- RODRIGUES, C. C. F. M; SANTOS, V. E. P; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, set./out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/s7SDMNMTzn4zYWdLYcpPSnC/?lang=pt#>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- RODRIGUES, F. M. A. *et al.* Cultura organizacional para a mudança num contexto hospitalar: uma perspectiva de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cvqXCwXNsq7D4RycJm4qCqq/#>. Acesso em 08 nov. 2023.
- RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-4273, nov. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/NbjdSZYLx5yxyLtZ963R7LC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

RODRIGUES, K. C. **Experiência do paciente**: Como criar, implementar e gerir bem um programa de excelência em experiência de pacientes. São Paulo: Patient Centricity Books, 2023.

RODRIGUES, W. P. *et al.* A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, 2019. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/031\\_A-IMPORT%C3%82NCIA-DO-ENFERMEIRO-GESTOR.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/031_A-IMPORT%C3%82NCIA-DO-ENFERMEIRO-GESTOR.pdf). Acesso: 18 set. 2023.

ROY, D. A.; LITVAK, E.; PACCAUD, F. Implementing comprehensive population-accountable health networks in Quebec. **Canadian College of Health Leaders**, v. 27, n. 3, jan. 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1016/j.hcmf.2014.06.003>. Acesso em: 06 jul. 2023.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 317-321, mar./abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/23.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9RvxCcjmjYsyR3XvPVdwDL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SANTOS, G. S. C.; NUNES, T. S.; TOLFO, S. R. Mudança Organizacional sob Diferentes Percepções: o Caso da Adesão de um Hospital Universitário a EBSEH. **Revista Gestão & Conexões**, v. 10, n. 1, p. 8-27. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/ppgadm/article/view/27687>. Acesso em: 07 nov. 2023.

SANTOS, M. C.; MARIN, H. F. Análise do uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, jan./fev. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/6WFPvdsqxpJvvtrdbQ9m84S/#>. Acesso em: 07 nov. 2023.

SANTOS, M. I. P. *et al.* Análise dos registros de patentes na enfermagem brasileira e sua relação com o mestrado profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/98TN5LWDKhMtJpHTx4p4VgQ/?lang=en#>. Acesso em: 07 nov. 2023.

SANTOS, S. N. *et al.* Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 50-66, dez. 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 ago. 2021.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3597-3609/#>. Acesso em: 07 nov. 2023.

SAMSIR, S. The effect of leadership orientation on innovation and its relationship with competitive advantages of small and medium enterprises in Indonesia, **International Journal of Law and Management**, v. 60, n. 2, pp. 530-542. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJLMA-01-2017-0005>. Acesso em 15 mai 2023.

SCHOLL, I. *et al.* An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. **PloS One**, v. 9, n. 9, p. e-107828, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0107828&type=printable>. Acesso em: 23 ago. 2023.

SCHROEDER, S. A.; FRIST, W. Phasing out fee-for-service payment. **The New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 21, p. 2029-2032, maio, 2013. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1302322>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SCHUCKERT, M. *et al.* Motivate to innovate: How authentic and transformational leaders influence employees' psychological capital and service innovation behavior. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, v. 30, n. 2, pp. 776-796, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJCHM-05-2016-0282>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SEIDMAN, G. Does SDG 3 have an adequate theory of change for improving health systems performance? **Journal of Global Health**, v. 7, n. 1, p. 010302, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5441444/>. Acesso em: 20 out. 2023.

SHAIKH, S. K. *et al.* Disclosure of medical errors. **Pediatr Rev.**, v. 41, n. 1, p. 45-47, 2020. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/41/1/45/35329/Disclosure-of-Medical-Errors?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SHIVALLI, S. *et al.* Family centered approach in primary health care: experience from an urban area of Mangalore, India. **The Scientific World Journal**, 2015. Disponível em: [https://www.hindawi.com/journals/tswj/2015/419192/?utm\\_source=google&utm\\_medium=pc&utm\\_campaign=HDW\\_MRKT\\_GBL\\_SUB\\_ADWO\\_PAI\\_DYNA\\_JOUR\\_X&gclid=Cj0KCQjwubHBhCyARIsAPctr7ywWJt4jdpM9CseX74FeYZgYQW8WaFKANHxWquxRiGbz19LU\\_SP1caAjGIEALw\\_wcB](https://www.hindawi.com/journals/tswj/2015/419192/?utm_source=google&utm_medium=pc&utm_campaign=HDW_MRKT_GBL_SUB_ADWO_PAI_DYNA_JOUR_X&gclid=Cj0KCQjwubHBhCyARIsAPctr7ywWJt4jdpM9CseX74FeYZgYQW8WaFKANHxWquxRiGbz19LU_SP1caAjGIEALw_wcB). Acesso em: 15 jul. 2021.

SILVA, C.S.; MATOS, A. Quality management systems: correlation study between leadership and maturity. **Gest. Prod.**, v. 29, p. e7921, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/H3SybgWzB75fR6k8K6985wp/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SILVA, E. F.; CARDOSO, L. C. C.; SANTOS, D. B. C. Atuação da enfermagem a família frente ao paciente em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Aracaju, v. 5, n. 1, p. 133-144, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5374/3005>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SILVA, E. N. *et al.* Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias traumatológicas. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 2, p. e1292, 2021. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1341809/1292-texto-del-articulo-13431-2-10-20210430.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2023.

SORENSEN, R. *et al.* Disclosing clinical adverse events to patients: can practice inform policy? **Health Expect.**, v. 13, n. 2, p. 148-59, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060526/>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SOUZA, L. O. *et al.* O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 19, n. 1, p. 70-77, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/download/17720/12146>. Acesso em: 08 nov. 2023.

SOUZA, W. C. M. *et al.* Alta hospitalar qualificada e orientações multidisciplinares aos pacientes idosos com COVID-19: revisão integrativa. **Rev bras geriatr gerontol**, 2022;25(4):e230033. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.230033.pt>. Acesso em: 08 nov. 2023.

SOUZA, W.; MENDES, P. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SPENCER, L. M.; SPENCER, S. M. **Competence at work**: models for superior performance. New York: John Wiley & Sons, 1993. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1936029](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1936029). Acesso em: 02 nov. 2023.

STANISZEWSKA, S.; AHMED, L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? **J. Adv. Nurs.**, v. 29, p. 364-72, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10197936/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

STICKDORN, M. *et al.* **This is service design doing**. Amsterdam: Bis Publishers, 2011.

STIEFEL, M; NOLAN, K. **A guide to measuring the triple aim**: population health, experience of care, and per capita cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: <https://forms.ihl.org/free-white-paper-a-guide-to-measuring-the-ihl-triple-aim>. Acesso em: 06 jul. 2023.

STRAPASSON, M.R.; MEDEIROS, C. R. G. Liderança transformacional na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 228-233, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NLxBP9JLjcQ8dX9vffYRkLj/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SUNDARAM, C. S. *et al.* Patient and healthcare provider perceptions on using patient-reported experience measures (PREMs) in routine clinical care: a systematic review of qualitative studies. **Journal of Patient Report Outcomes**, v. 6, p. 122, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s41687-022-00524-0>. Acesso em: 16 ago. 2023.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**,

Curitiba, v. 9, n. 1, p. 79-83, jan./jun. 2004. Disponível em:  
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708/1416>. Acesso em: 18 ago. 2021.

TEIXEIRA, C.; KERN, M.; ROSA, R. G. Quais desfechos devem ser avaliados nos pacientes graves? **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 33, n. 2, p. 312-319, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/ZX4djsvzNgvNgxLVwrX7DCJ/?format=pdf>. Acesso em 19 fev. 2024.

THE BERYL INSTITUTE. **Patient Experience 101 - Why?** Disponível em:  
[https://www.theberylinstitute.org/page/PX101\\_Why](https://www.theberylinstitute.org/page/PX101_Why). Acesso em: 19 ago. 2021.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. DOI:  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

TOUSSAINT, J.; GERARD, R. **On the mend**: revolutionizing healthcare to save lives and transform the industry. Boston, EUA: Lean enterprise institute, 2010.

TUCKER, E. Driving engagement with the employee experience. **Strategic HR Review**, v. 19, n. 4, p. 183-187, 2020. Disponível em:  
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/SHR-03-2020-0023/full/html>. Acesso em: 13 fev. 2024.

UCHOA, F. I. A. *et al.* Percepção de docentes quanto ao ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem. **Revista Enfermagem & Atenção em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 202374, nov./fev. 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1434687>. Acesso em: 26 out. 2023.

UZUELLI, F. H. P. *et al.* Reforma da Atenção Hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vNJpsbFSqzDgSLVdsspQgdv/?lang=pt#>. Acesso em: 25 out. 2023.

VILLALUZ, V.; HECHANOVA, M. Ownership and leadership in building an innovation culture. **Leadership & Organization Development Journal**, v.40, n. 2, pp. 138-150, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/LODJ-05-2018-0184>. Acesso em 15 fev. 2023.

WESZL, M.; RENCZ, F.; BRODSZKY, V. Is the trend of increasing use of patient-reported outcome measures in medical device studies the sign of shift towards value-based purchasing in Europe? **The European Journal of Health Economics**, v. 20, p. S133–S140, 2019. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/333161833\\_Is\\_the\\_trend\\_of\\_increasing\\_use\\_of\\_patient-reported\\_outcome\\_measures\\_in\\_medical\\_device\\_studies\\_the\\_sign\\_of\\_shift\\_towards\\_value-based\\_purchasing\\_in\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/333161833_Is_the_trend_of_increasing_use_of_patient-reported_outcome_measures_in_medical_device_studies_the_sign_of_shift_towards_value-based_purchasing_in_Europe). Acesso em: 16 ago. 2023.

WHO. **World Alliance for Patient Safety**: forward programme 2008-2009. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em:

[https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf). Acesso em: 18 ago. 2021.

WIDAD, A.; ABDELLAH, G. Strategies used to teach soft skills in undergraduate nursing education: a scoping review. **Journal of professional nursing** (Official journal of the American Association of Colleges of Nursing), v. 42, p. 209-218, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722322001107?via%3Dihub>. Acesso em: 01 fev. 2024.

WILBERFORCE, M. *et al.* Measuring the patient experience in community mental health services for older people: A study of the net promoter score using the friends and family test in England. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 31-37, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30247775/>. Acesso em: 14 ago. 2023.

WILSON, R. M. *et al.* Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **BMJ**, v. 344, p. e832, 2012. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>. Acesso em: 13 jul. 2021.

WOLDRING, J. M.; LUTTIK, M. L.; PAANS, W.; GANS, R. O. B. The added value of family-centered rounds in the hospital setting: A systematic review of systematic reviews. **PloS One**, v. 18, n. 1, p. e0280142, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36662899/>. Acesso em: 08 nov. 2023.

WOLF, J. A. *et al.* Defining Patient Experience. **Patient Experience Journal**, v. 1, abr. 2014. Disponível em: <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3/>. Acesso em: 26 abr. 2021. X7QvLn/?lang=pt. Acesso em: 15 jul. 2021.

XIE, J. F. *et al.* Impact of a patient safety leadership program on head nurses and clinical nurses: a quasi-experimental study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3478, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bhqCFsfDQg7hW9sDs3NbpNp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

ZANARDO, M. L. A. M. **Gerenciamento das operações hospitalares como vantagem competitiva**. 2004. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2522>. Acesso em: 07 nov. 2023.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

#### Instrumento de Caracterização dos Profissionais

Data da entrevista \_\_\_\_\_ Nº da entrevista \_\_\_\_\_

Iniciais \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Gênero:  Feminino  Masculino  Outro  Prefiro não dizer

Escolaridade:  Técnico  Superior  Pós-graduação  Mestrado  Doutorado

Curso:  Enfermagem  Fisioterapia  Nutrição  Medicina  Fonoaudiologia

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Ano de formação (nível técnico ou superior): \_\_\_\_\_

Possui pós graduação:  Não  Sim

Se sim, em qual área? \_\_\_\_\_

Cargo na instituição: \_\_\_\_\_

Quanto tempo você atua nesse cargo (em anos), nessa instituição? \_\_\_\_\_

É sua primeira experiência em gestão?  Sim  Não

Há quanto tempo atua como gestor? Tempo total, incluindo outras instituições:

Entre 1 ano e 5 anos  Entre 5 anos e 10 anos  Mais de 10 anos

## APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

### Entrevista Semi Estruturada

1. Para você, qual o significado da experiência do paciente durante o processo de hospitalização?
2. Na sua opinião, enquanto gestor, quais os processos e ações influenciam a experiência do paciente?
3. Como você descreve a percepção da sua equipe de saúde em relação à experiência do paciente durante o processo de hospitalização?
4. Quais competências, do ponto de vista de conhecimento, habilidades e atitudes, o profissional de saúde precisa ter para melhorar a experiência do paciente durante a hospitalização?
5. O que você faz para engajar as equipes de saúde em processos que melhorem a experiência do paciente?
6. O que poderia ser feito para melhorar o engajamento das equipes de saúde em processos que melhorem a experiência do paciente?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Estratégias de gestão e competências profissionais para a melhoria da experiência do paciente em sua jornada hospitalar,** sob a responsabilidade da pesquisadora Bianca Gonçalves de Almeida Pereira.

O projeto insere no contexto de avaliação qualitativa dos serviços de saúde, com ênfase na geração de valor para o paciente. O objetivo desta pesquisa é desvelar as competências do profissional de saúde e estratégias de gestão utilizadas para engajar as equipes de saúde em ações que melhorem a experiência do paciente durante sua jornada nos serviços de saúde

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista individual, através da plataforma online Google Meet. A pesquisadora fará uso de um questionário contendo 5 perguntas com o tema de experiência do paciente e gestão. Não há resposta certa ou errada, sendo o objetivo final compreender as competências e estratégias de gestão. A entrevista poderá acontecer em data e horário previamente estipulado entre os participantes, com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização, podendo ser prorrogado de acordo com o aceite do entrevistado.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são de se sentir cansaço ou aborrecimento ao responder perguntas, desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sexualidade, divisão de trabalho familiar, satisfação profissional etc.

Esses riscos muitas vezes são expressos na forma de desconforto; possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; cansaço ou vergonha ao responder às perguntas ou quebra de anonimato.

Para minimizar esses riscos, será garantido a você total sigilo de sua identidade, confidencialidade dos dados e a utilização dos mesmos exclusivamente para fins científicos. O entrevistado não será julgado de forma alguma pelo teor de suas respostas.

O estudo será suspenso caso seja constatado algum risco ou dano à sua saúde que não esteja previsto neste documento. O pesquisador responsável dará assistência integral às complicações e danos previstos ou que possam ocorrer em decorrência da pesquisa, inclusive indenizando-o financeiramente, se necessário, além do ressarcimento de eventuais custos que o (a) senhor(a) venha a ter em decorrência de sua participação.

Os benefícios potenciais que esta pesquisa pode gerar para o(a) senhor(a) são os ganhos de conhecimento, percepção e entendimento sobre o tema em estudo, pois ao participar da entrevista, o(a) senhor(a) poderá refletir sobre sua prática na gestão da experiência do paciente.

Como um benefício indireto, a partir dos resultados da pesquisa, as competências e estratégias de gestão poderão ser melhoradas, além da composição de equipes.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com: Bianca Gonçalves de Almeida Pereira (Pesquisadora) através do email: [biaenf\\_01@hotmail.com](mailto:biaenf_01@hotmail.com) ou Dra. Thatianny Tanferi de Brito Paranaguá (Orientadora) através do email: [ttb.paranagua@gmail.com](mailto:ttb.paranagua@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que siga para a próxima página do formulário online, para que seja iniciada sua participação.

## APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPERIÊNCIA DO PACIENTE DURANTE HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÃO SOBRE COMPETÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA O ENGAJAMENTO DE

**Pesquisador:** THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53210321.6.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.124.312

#### Apresentação do Projeto:

Conforme o documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1820275.pdf" postado em 08/11/2021:

Resumo: "A experiência do paciente é vista como indicador de qualidade, onde se enfatiza a necessidade de considerar a perspectiva daquele que recebe o cuidado para fins de promover melhorias que impactem positivamente em sua jornada. Contudo, esses aspectos podem sofrer interferência direta de outros fatores, como as características das instalações, características dos pacientes e o tipo de serviço. Ações que incluem continuidade no cuidado, foco nas expectativas, cuidado centrado no paciente e atendimento individualizado reforçam que experiência deve ser algo maior do que a satisfação do paciente. Nesse aspecto, faz-se necessário que os profissionais de saúde se engajem nesse propósito. Frente à crescente e imponente importância do conceito de experiência do paciente, o presente estudo visa gerar respostas a lacunas científicas e levantar concepções relacionadas à compreensão das experiências que gestores dos serviços de saúde vivenciaram em seus cenários de atuação em relação ao processo de engajamento das equipes de saúde na melhoria da experiência do paciente.

#### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando-se da Teoria

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

Fundamentada em Dados (TFD), também conhecida como Grounded Theory.

A Teoria Fundamentada em Dados consiste em um método de pesquisa analítico-indutivo, no qual permite ao pesquisador criativo a utilização de outros meios e tecnologias para conduzir a investigação (SANTOS et al, 2016).

Essa metodologia é aplicada para compreender as experiências e os significados que os entrevistados vivenciaram em determinado cenário. Investiga-se as interações, comportamentos e percepções dos indivíduos e a reflexão destes em relação a determinado objeto (KOERICH et al, 2018).

Portanto, mediante o cenário ainda árido que a temática se encontra, essa metodologia se faz oportuna.

#### Cenário de estudo

A experiência do paciente pode ser encontrada em todos os níveis de atenção à saúde, independentemente do tempo de permanência. O presente estudo se limita ao cenário hospitalar, incluindo todos os níveis de complexidade e especialidade.

Considera-se que a qualidade assistencial impacta na experiência do paciente e tendo em vista que a acreditação em saúde é vista como legitimação da qualidade da assistência (CAMILO et al, 2015), entende-se que a preocupação com a oferta de uma boa experiência ao paciente seja maior em instituições acreditadas (ANDRES et al, 2019). O cenário do estudo, portanto, se comporá de instituições acreditadas.

O Brasil conta com diferentes programas de acreditação: Organização Nacional de Acreditação (ONA), Joint Commission International (JCI), National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO), Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), Accreditation Canada (QMENTUM) e a Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) (FELDMAN, GATTO e CUNHA, 2005; CALDANA, GABRIEL, 2017).

Com o objetivo de delimitar a pesquisa e possibilitar o levantamento de uma teoria a partir de uma realidade que prevê processos de melhoria da experiência do paciente, as instituições selecionadas para o presente estudo serão aquelas acreditadas em ONA (nível 3), JCI e QMENTUM.

Segundo dados apresentados pela ONA, até o presente momento há 184 hospitais acreditados nível 3 no Brasil, sendo 33 públicos, 134 privados e 17 filantrópicos (Organização Nacional de Acreditação, 2021).

O site da JCI aponta um total de 42 hospitais acreditados até a presente data (JCI, 2021). E o site da Accreditation Canada mostra que 43 hospitais no Brasil possuem a acreditação QMENTUM.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

Diamante (Accreditation Canadá, 2021)

População do estudo

A população participante será formada por gestores da área de saúde, vinculados a hospitais acreditados em ONA 3 (acreditado com excelência), JCI ou QMentum. Como critérios de inclusão serão considerados: atuar a mais de 6 meses em serviços de saúde; e ter formação na área da saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e odontologia);

Os critérios de exclusão serão: estar afastado por qualquer motivo durante o período de coleta de dados.

Não se pode determinar a amostragem teórica anteriormente ao início da coleta e análise de dados, visto que esta é guiada pelos dados conforme avança a compreensão do fenômeno estudado (KOERICH, ERDMANN, LANZONI, 2020).

Os participantes serão selecionados por conveniência, utilizando a base de dados dos sites da ONA, JCI e QMentum, citados anteriormente. Esses sites possuem listas dos hospitais credenciados. Portanto, em posse do nome da instituição, se inicia a busca pelos profissionais que possuem vínculo empregatício conforme os critérios de elegibilidade, fazendo uso de plataformas como LinkedIn ou também contato direto via site do hospital.

Para fins de maior abrangência da população, a amostra deverá ser o mais multidisciplinar possível, a fim de pesquisar sobre o tema em diversos cenários de atuação. Esse controle será feito com o auxílio de uma planilha elaborada no excel, contendo, entre outros dados, o nome do hospital, área de atuação do profissional e unidade federal. Esses dados servirão de base para a geração de gráficos, onde será possível analisar a taxa de participação por linha de atuação (enfermagem, medicina, fisioterapia, entre outros) e localização demográfica. Sendo assim, é possível guiar a convocação de profissionais, conforme necessidade.

Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados será utilizado um instrumento construído especificamente para essa pesquisa, composto por duas partes. A primeira investigará o perfil sociodemográfico, de formação e profissional dos participantes. A segunda parte comporá das seguintes questões

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

norteadoras:

- Para você, qual o significado da experiência do paciente durante o processo de hospitalização?
- Qual importância você como gestor atribui a processos e ações que consideram a experiência do paciente?
- Como você descreve a percepção da sua equipe de saúde em relação à experiência do paciente durante o processo de hospitalização?
- Quais competências, do ponto de vista de conhecimento, habilidades e atitudes, o profissional de saúde precisa ter para melhorar a experiência do paciente durante a hospitalização?
- O que você faz e o que pode ser feito para engajar as equipes de saúde em processos que melhorem a experiência do paciente?

Procedimentos para coleta de dados

Por se tratar de pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando a TFD, os dados serão coletados através de entrevistas individuais, semi-estruturada, gravada com autorização prévia, para evitar perda de dados. Os encontros terão duração de aproximadamente 30 minutos, podendo ser prorrogados conforme concordância dos envolvidos. Não será possível limitar o número de entrevistas que serão realizadas por indivíduo, ficando a depender do nível de satisfação dos pesquisadores em relação às hipóteses obtidas. O período de coleta compreenderá os meses de fevereiro de 2022 a abril de 2022.

Os profissionais serão contatados via e-mail, disponibilizado nas bases de dados exploradas. Via LinkedIn, será possível fazer o primeiro contato via mensagem direta. Pelo site do hospital, será enviado um e-mail para o endereço disponibilizado explicando o motivo do contato e assim solicitando o contato do gestor. A terceira opção para convidar os participantes será por indicação direta de outras pessoas, por parte dos entrevistados, utilizando a técnica de snowball.

Após o contato prévio e retorno, será realizado, via e-mail, o convite formal, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando todos os procedimentos da pesquisa e reforçando a disponibilidade dos pesquisadores para o esclarecimento de dúvidas.

Em caso de aceite e após a devolução do TCLE assinado, a entrevista será agendada mediante compatibilidade de agenda do entrevistado e pesquisadores. Em decorrência das dificuldades geográficas e a fim de alcançar profissionais de diferentes estados, todas as entrevistas serão realizadas utilizando tecnologia digital de comunicação e informação, ficando a cargo do entrevistado optar pela plataforma que possuir maior habilidade.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

Com o avanço das tecnologias de comunicação e informação, bem como a facilidade de acesso a recursos digitais, tem sido cada vez mais frequente o uso de meios online no âmbito da pesquisa, incluindo em coleta de dados qualitativos (SALVADOR et al, 2020). A técnica de realização de entrevistas online também não é nova. Uma pesquisa publicada em 2007, que compreendeu os anos de 2001 a 2004, analisou que esse método para coleta de dados teve boa aceitação entre os participantes, principalmente pela facilidade em conseguir captar mais indivíduos e de diversos locais. Além disso os participantes consideram a internet como um meio facilitador de comunicação (DUARTE, 2007).

**Análise dos dados**

A Teoria Fundamentada em Dados se divide em três vertentes: Clássica, Straussiana e Construtivista (SANTOS et al, 2017).

Para melhor desenvolvimento da pesquisa, foi observado que a perspectiva clássica melhor se adapta ao propósito devido à falta ainda de produções bibliográficas acerca do assunto. Portanto, a análise de dados se dará pela codificação substantiva, que tem como objetivo a formação de conceitos a partir de dados coletados e, para isso, se divide em duas etapas: codificação aberta e codificação seletiva.

Durante a codificação aberta, os dados serão analisados por incidentes e codificados com uma palavra-chave, que resume as seções de dados, e sequencialmente, os segmentos de códigos. Os segmentos de códigos serão comparados entre si e agrupados conceitualmente. Na medida que o banco de dados é alimentado (coleta de dados, comparação, análise e categorização), as categorias vão se tornando mais complexas, e suas inter-relações começam a tornar-se visíveis, chamadas de categoria central, que será a preocupação principal do estudo. Nessa etapa, o autor sugere três perguntas que auxiliam na codificação: "Qual é a principal preocupação dos participantes? O que está realmente acontecendo nos dados? Que categoria esse incidente indica? " (SANTOS et al, 2017).

O segundo desdobramento se dá pela codificação seletiva. Nessa etapa, iremos codificar seletivamente em prol da categoria central e categorias relacionadas e os dados irrelevantes serão ignorados. Nesse momento, as entrevistas serão focadas nos conceitos que emergem dos dados. É importante ressaltar que nessa teoria, a análise de dados e a coleta são simultâneas.

Logo após de saturar as categorias (hipóteses), surge a terceira etapa, que é codificação teórica. Nesse momento, ocorre a descoberta da teoria, que explicará as relações entre os conceitos e determinará o padrão de comportamento social. Após essa etapa, a literatura poderá dar suporte para auxiliar no estabelecimento de comparação entre teoria emergente e a produção do

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

conhecimento já existente.

Para auxiliar no armazenamento de dados, bem como a sua análise, será feito uso do Atlas ti, que é uma tecnologia denominada CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software). Utilizado em diversas áreas, esse software facilita a análise de dados, além de ofertar maior cientificidade à pesquisa (FORTE et al, 2017).

#### Aspectos éticos

A fim de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, o presente projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB).

Os profissionais serão comunicados dos objetivos da pesquisa e que seus dados serão anônimos e sigilosos e que não será divulgada ou publicada qualquer identificação na pesquisa ou fora dela. Todos os participantes receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apenas participarão da pesquisa aqueles que concordarem, assinarem e devolverem o referido termo.

Todos os demais aspectos éticos serão seguidos, conforme a Resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

#### Objetivo da Pesquisa:

Conforme o documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1820275.pdf" postado em 08/11/2021:

#### "Objetivo geral

Desvelar as competências do profissional de saúde e estratégias de gestão utilizadas para engajar as equipes de saúde em ações que melhorem a experiência do paciente durante sua jornada nos serviços de saúde.

#### Objetivos específicos

- Levantar a percepção dos gestores em saúde sobre o significado da experiência do paciente na prática dos serviços hospitalares;
- Identificar as competências necessárias ao profissional de saúde para promover melhoria da experiência do paciente;
- Verificar estratégias de gestão utilizadas para o engajamento das equipes de saúde em ações

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

que melhorem a experiência do paciente;”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme o documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1820275.pdf" postado em 08/11/2021:

**RISCOS DA PESQUISA**

"Entende-se que os riscos referentes aos participantes serão de origem psicológica, intelectual e emocional, bem como a possibilidade de se sentirem constrangidos, desconfortáveis, estressados, cansados ou aborrecidos ao participar da entrevista, além de alterações de visão de mundo em função de reflexões sobre suas ações de liderança e sensação de invasão de privacidade.

Para minimizar esses riscos, será garantido ao participante total sigilo de sua identidade, através da desvinculação do seu nome ao conteúdo coletado. Para melhor organização, serão criados códigos na base de dados, associando a primeira letra da função, o número da entrevista e o estado onde trabalha. Exemplo: Fisioterapeuta, quarta entrevista a ser realizada, proveniente de São Paulo: Código de rastreio: F.04.SP.

O entrevistado não será julgado de forma alguma pelo teor de suas respostas, pois o presente estudo viabiliza saber quais as suas opiniões."

**BENEFÍCIOS DA PESQUISA**

"A partir dos dados obtidos, será possível analisar quais as competências dos profissionais de saúde e estratégias de gestão para engajar as equipes na melhoria da experiência do paciente. Essa visão será heterógena, pois serão abordados profissionais de todo território brasileiro.

Visa também contribuir para a motivação de capacitação dos profissionais de todas as áreas sobre saúde baseada em valor.

A pesquisa objetiva também estimular estudos sobre a temática de liderança frente aos processos de experiência do paciente.

A longo prazo, o impacto esperado é o fortalecimento da cultura de segurança no Brasil, contribuindo para a melhoria da experiência do paciente, baseada em uma assistência de qualidade e excelência, tanto no âmbito privado quanto no público."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de mestrado acadêmico do programa de Pós-graduação em Enfermagem da

<b>Endereço:</b> Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
<b>Bairro:</b> Asa Norte <b>CEP:</b> 70.910-900
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1947 <b>E-mail:</b> cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

mestranda BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA sob a orientação da Profª Draª Thatianny Tanferi de Brito Paranaguá.

O cronograma informa que o primeiro contato com os participantes da pesquisa está previsto para 01/01/2022.

O orçamento, de financiamento próprio, indica gastos no total de R\$4.822,00 com papelaria e informática.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos analisados para a emissão do parecer:

1. Informações básicas das informações basicas Conforme o documento, PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1820275.pdf, postado em 08/11/2021.
2. Termo de concordância da Instituição com assinaturas da Vice Diretora da Faculdade de Ciências da Saude Professora Maria Cristina Soares Rodrigues, Profª Dra. Solange Baraldi Chefe do Departamento de Enfermagem, Pesquisador responsável Profª Dra. Thatianny Tanferi de Brito Paranaguá.
3. Termo\_de\_responsabilidade\_Bianca.pdf postado em 08/11/2021 informando ciência e cumprimento das Res. CNS 466/2012 e 510/2016, com assinatura do pesquisador responsável;
4. Instrumento de caracterização dos profissionais - Instrumento\_de\_caracterizacao\_dos\_profissionais.docx, postado em 29/10/2021.
5. TCLE TCLE.doc, postado em 29/10/2021.
6. Termo de cessão do uso da voz, TERMO\_DE\_CESSAO\_DE\_USO\_DE\_VOZ.doc, postado em 29/10/2021, onde assinam: Profª Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá CPF: 018.608.241-02, Enfª Bianca Gonçalves de Almeida Pereira CPF: 086.541.596-00 e o participante;
7. Cronograma.doc, postado em 26/10/2021. A coleta de dados ocorrerá de Fevereiro a Abril de 2022.
8. Instrumento\_Entrevista.doc, postado em 11/10/2021.
9. Orcamento\_Bianca\_Goncalves.doc, postado em 11/10/2021.
10. Folha\_de\_Rosto\_Bianca\_Goncalves.pdf, postado em 11/10/2021.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1820275.pdf	08/11/2021 13:02:42		Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_INSTITUICAO_Bianca.doc	08/11/2021 13:01:03	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_Bianca.pdf	08/11/2021 12:56:45	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_Bianca.pdf	08/11/2021 12:54:10	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Outros	Instrumento_de_caracterizacao_dos_profissionais.docx	29/10/2021 20:09:23	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	29/10/2021 16:51:03	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_VOZ.doc	29/10/2021 16:36:30	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.124.312

Declaração de concordância	TERMO_DE_CONCORDANCIA_BIANCA_PEREIRA.pdf	29/10/2021 16:30:28	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Bianca.doc	26/10/2021 19:24:08	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_projeto_ao_CE PFS.doc	26/10/2021 19:16:48	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	26/10/2021 18:22:43	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Outros	Instrumento_Entrevista.doc	11/10/2021 10:28:48	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Bianca_Goncalves.doc	11/10/2021 10:23:54	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Bianca_Goncalves.pdf	11/10/2021 10:14:39	BIANCA GONCALVES DE ALMEIDA PEREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 25 de Novembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Fabio Viegas Caixeta**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com