UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Campus de Araraquara

ALESSANDRO ROSINI MONTEIRO

IMPLICAÇÕES E IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE DENTRO DO TRATAMENTO CLÍNICO

Araraquara
2025

ALESSANDRO ROSINI MONTEIRO

IMPLICAÇÕES E IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE DENTRO DO TRATAMENTO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara, para obtenção do título de Bacharel em Farmácia-Bioquímica.

Orientador: Prof. Dr. Saulo Santesso Garrido

Araraquara

2025

Monteiro, Alessandro Rosini.
M775i Implicações e importância da atenção na experiência do paciente dentro do tratamento clínico / Alessandro Rosini Monteiro. – Araraquara, 2025.
32 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação – Farmácia-Bioquímica) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara.

Orientador: Saulo Santesso Garrido.

1. Experiência do paciente. 2. Sistema Único de Saúde. 3. NPS. 4. HCAHPS. 5. Saúde – Qualidade. 6. Relações profissional-paciente. 7. Assistência médica – Conduta. I. Garrido, Saulo Santesso, orient. II. Título.

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP Campus de Araraquara
Kazumi Tomoyose - CRB 8/10904

Esta ficha não pode ser modificada

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Hoje percebe-se uma grande crise no tratamento do paciente. Existe uma individualização extrema dos tratamentos clínicos resultando em falta de colaboração entre profissionais de saúde multidisciplinares e, por consequência, diminuição da efetividade e aumento do custo do tratamento. Além disso, percebe-se uma escassez extrema de uma centralidade no paciente por parte das instituições de saúde, sejam elas públicas ou particulares, que não é capacitado para conscientizar-se e tornar-se protagonista na melhora de seu quadro. O cenário necessita ser atacado por meio de diversas frentes, uma delas sendo a experiência do paciente, que será o foco deste trabalho, levantando questionamentos e possíveis soluções para o futuro.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

Today, there is a noticeable crisis in patient care. Clinical treatments have become extremely individualized, resulting in a lack of collaboration among multidisciplinary healthcare professionals. This, in turn, leads to reduced effectiveness and increased treatment costs. Additionally, there is a significant absence of patient-centered care in both public and private healthcare institutions. Patients are not empowered or equipped to become aware of their own health and take an active role in their healing process. This scenario requires a multifaceted approach, one of which is improving the patient experience, the central focus of this study, which aims to raise critical questions and explore possible solutions for the future.

ALESSANDRO ROSINI MONTEIRO

IMPLICAÇÕES E IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE DENTRO DO TRATAMENTO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara, para obtenção do título de Bacharel em Farmácia-Bioquímica.

Data da defesa: 01/12/2025

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Saulo Santesso Garrido
UNESP - Instituto de Química - Campus de Araraquara

_____

Prof. Dr. Norival Alves Santos Filho
UNESP - Instituto de Química - Campus de Araraquara

_____

Bruna Cristina Lopes Domingues
UNESP – Instituto de Química - Campus de Araraquara

_____

Dr. André Henrique Furtado Torres
UNESP - Instituto de Química - Campus de Araraquara

_____

Faulller Henrique da Fonseca
UNESP - Instituto de Química - Campus de Araraquara

Dedico este trabalho à minha mãe, Ana Maria Rosini, que esteve ao meu lado por todos os desafios da graduação e tornou esse momento possível.

“What gets measured, gets improved.”
(Peter Drucker, 1990).

RESUMO

O seguinte artigo tem como objetivo contextualizar e discutir dentro do contexto brasileiro o tema de experiência do paciente como ferramenta estratégica para a melhoria dos desfechos clínicos e otimização de custos, particularmente no Sistema Único de Saúde. Partindo desde a evolução de pesquisas de satisfação mais embrionárias e abrangentes para o contexto, como o *Net Promoter Score* e o *Customer Satisfaction Rate* até pesquisas mais complexas e aplicadas como o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*, analisa-se como a experiência do paciente pode impactar diretamente na adesão terapêutica, segurança do paciente e consequente diminuição de custos. O texto destaca também os 3 pilares da experiência do paciente, sendo eles: Segurança e qualidade assistencial, Cuidado centrado no paciente e excelência na jornada. No contexto brasileiro, observa-se um paradoxo entre a aceitação do SUS e sua aprovação por parte da população e sugere-se que a implementação das metodologias apresentadas possa otimizar recursos hospitalares e humanos, reduzir desperdícios de medicamentos (principalmente em tratamentos de alto custo) e fortalecer os princípios que definem o SUS, melhorando o desfecho clínico e sua percepção para a população

Palavras-chave: experiência do Paciente; sistema único de saúde; NPS; HCAHPS; qualidade em Saúde.

ABSTRACT

The following article aims to contextualize and discuss, within the Brazilian framework, the theme of patient experience as a strategic tool for improving clinical outcomes and optimizing costs, particularly within the Unified Health System (SUS). Starting from the evolution of more elementary and broad satisfaction surveys, such as the Net Promoter Score and the Customer Satisfaction Rate, and progressing to more complex and applied instruments such as the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, the analysis examines how patient experience can directly impact therapeutic adherence, patient safety, and the consequent reduction of costs. The text also highlights the three pillars of patient experience: safety and quality of care, patient-centered care, and excellence along the care journey. In the Brazilian context, a paradox is observed between the population's acceptance and approval of SUS and the challenges in service quality. It is suggested that the implementation of the methodologies presented may optimize hospital and human resources, reduce medication waste (especially in high-cost treatments), and strengthen the core principles that define SUS, thereby improving both clinical outcomes and their perception among the population.

Keywords: patient Experience; unified health system; NPS; HCAHPS; healthcare quality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 8
1. OS PRIMEIROS MODELOS DE SATISFAÇÃO..... 8
1.1. SUBDIVISÕES DO NPS..... 9
1.1.2. OUTRAS MÉTRICAS GERAIS DE CUSTOMER EXPERIENCE.....9
1.2. APLICANDO AO CONTEXTO DE SAÚDE..... 9
DESENVOLVIMENTO.....11
1. EXPERIÊNCIA DO PACIENTE: DA MÉTRICA DE QUALIDADE À SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA..... 11
2. OS PILARES DA EP.....11
2.1. SEGURANÇA E QUALIDADE ASSISTENCIAL.....12
2.2. CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.....12
2.3. EXCELÊNCIA NA JORNADA.....13
3. HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA EP.....14
3.1. O PARADOXO BRASILEIRO.....15
3.2. UMA SUGESTÃO FINANCEIRAMENTE VIÁVEL.....16
4. HCAHPS E A TRANSFORMAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE.....16
4.1. NASCIMENTO E REFERÊNCIAS.....17
4.2. METODOLOGIA DO HCAHPS..... 17
4.3. GARANTINDO CONFIABILIDADE: AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS.....19
5. DO RESULTADO À AÇÃO.....20
6. APLICANDO A EP NO SUS A PARTIR DO INNER E OUTER LOOP..... 21
7. APLICAÇÕES DA EP PELO MUNDO.....22
CONCLUSÕES.....24
REFERÊNCIAS.....25

INTRODUÇÃO

1. OS PRIMEIROS MODELOS DE SATISFAÇÃO

Amplamente utilizada por instituições modernas, a satisfação do cliente hoje é vista e considerada como uma alavanca estratégica de marketing[1]. A capacidade de cumprir ou superar as expectativas do consumidor vêm se tornando cada vez mais importante em um mercado ascendente e disputado. A primeira métrica formal adotada para medir as expectativas do cliente foi o NPS (*Net promoter score*) popularizada no livro “The Ultimate Question”[2]. A pergunta do NPS é simples e direta: “De 0 a 10 quanto você recomendaria o serviço ou a instituição para um amigo ou familiar?”. Quando a resposta dada é de 9 ou 10, considera-se um cliente “promotor”, quando 6 ou menos, é considerado um cliente “detrator”. O objetivo, em tese, do NPS é de não apenas medir a qualidade do serviço, mas identificar a quantidade de clientes promotores da marca, que segundo a teoria, serão mais propensos a divulgar o serviço/produto para seus colegas (A formatação da pergunta incluindo termos como “Amigo” ou “Familiar” é intencional, visando aumentar a objetividade da pergunta em termos de que uma pessoa não recomendaria um mal serviço para alguém com grande proximidade afetiva). Segundo Fred Reichheld, em parceria com Bain & Company, enquanto os clientes “promotores” divulgam a marca e o serviço e os “detratores" tendem a não reutilizar e se demonstraram insatisfeitos, quando um cliente responde 7 ou 8 quer dizer que está neutro em relação ao produto ou serviço, ou seja, não está necessariamente satisfeito, mas também não deve promover para o próximo.

Quadro 1 – Exemplo de Pesquisa de NPS

Descrição da Pergunta	Escala de Avaliação
De 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar nossa empresa/serviço a um amigo ou familiar?	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

Fonte: REICHHELD (2006)[2]

1.1. SUBDIVISÕES DO NPS.

O NPS, posteriormente, foi dividido em 2 segmentos, transacional e relacional[3]. O transacional aborda a fidelidade do cliente (ou paciente) após uma transação específica. Por exemplo, pensando na jornada de um paciente dentro de uma instituição, o NPS transacional pode abordar um recorte particular que pode ir desde o contato com a recepção para agendamento/orientações gerais, bem como o atendimento em si. Já o NPS relacional trata em termos mais gerais da relação do cliente/paciente com a instituição, considerando a jornada como um todo. Essa distinção é importante para nos ajudar a identificar os gargalos nas etapas que estão gerando problemas ou insatisfação dentro da jornada.

1.1.2. OUTRAS MÉTRICAS GERAIS DE CUSTOMER EXPERIENCE

Apesar de demonstrar uma grande revolução em termos de qualidade de serviço e marketing, o NPS rapidamente foi complementado por diversas outras métricas como o CSAT (*Customer Satisfaction Rate*)[4] e o CES 1.0 ou 2.0 (*Customer Effort Score*)[5]. Essas pesquisas visam amplificar o entendimento da qualidade do serviço/produto oferecido ao cliente e oferecer a oportunidade de melhoria contínua através do *inner* e *outer loop*, tema que será abordado posteriormente neste artigo.

1.2. APLICANDO AO CONTEXTO DE SAÚDE

No contexto de saúde, as pesquisas de satisfação e fidelidade andam lado a lado. Seja para uma instituição privada se destacar com qualidade perante os cuidados oferecidos ao paciente, ou por uma instituição pública (Como o Sistema Único de Saúde, no contexto brasileiro) para melhorar a qualidade de seus serviços, otimizar custos e gerar pacientes “promotores” do sistema[6]. Esse último sendo de fundamental importância no panorama atual de discussões sobre verbas, eficácia e eficiência do sistema público de saúde do Brasil.

Esse trabalho irá se aprofundar especificamente nas métricas e pilares relacionadas à experiência do paciente (EP) e os potenciais retornos e oportunidades onde os recursos podem ser otimizados e um melhor resultado de saúde pode ser obtido.

DESENVOLVIMENTO

1. EXPERIÊNCIA DO PACIENTE: DA MÉTRICA DE QUALIDADE À SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

Hoje, a experiência do paciente (EP) já deixou de ser apenas uma área indicadora de desempenho, sendo não apenas um conjunto de métricas que irão medir de fato a experiência do tratamento, mas também um fator impulsionador dos resultados financeiros obtidos.

Hospitais com ratings considerados “excelentes” na pesquisa HCAHPS (Pesquisa usada como referência na EP e que será aprofundada em breve no artigo), por exemplo, apresentaram uma margem líquida de cerca de 3,9% maior do que aqueles com uma baixa pontuação[7].

Resultados financeiros não são e não devem ser eticamente o objetivo de um tratamento de saúde, contudo, o lucro serve como oxigênio para que mais investimentos sejam feitos e/ou para mais recursos sejam disponibilizados para excelência nos serviços. Um tratamento com elevado custo ou que ultrapassa o orçamento disponível, comum em doenças oncológicas ou doenças negligenciadas, tem muito mais chances de ser descontinuado e/ou de receber menos investimentos para pesquisas. Algumas doenças consideradas negligenciadas, como a Malária, receberam uma estimativa de orçamento de aproximadamente US$4Bi, o que seria metade do necessário para conter o avanço da doença[8]. Portanto, esse e outros exemplos demonstram a suma importância de reconhecer que a farmácia e a medicina têm custos elevados, que se não forem bem aplicados, não se sustentarão em nenhum serviço público ou privado de saúde.

2. OS PILARES DA EP

Na experiência do paciente, segundo a especialista Kelly Rodrigues, fundadora da Patient Centricity Consulting e referência dentro do tema no Brasil, temos 3 pilares: Cuidar da segurança do paciente e da qualidade assistencial, Cuidado centrado no paciente e Excelência na jornada do paciente.

2.1. SEGURANÇA E QUALIDADE ASSISTENCIAL

O primeiro pilar refere-se principalmente à integridade do paciente no tratamento; antes de qualquer tentativa de aplicação da EP, é fundamental garantir que o paciente e os profissionais envolvidos tenham segurança em relação não só a sua integridade física, mas também em sua segurança psicológica, qualidade assistencial e evitar riscos. Para que o primeiro pilar seja cumprido, é necessário que a instituição se preocupe ativamente com esses conceitos realizando treinamentos constantes, levando um ambiente confortável para reportar desconfortos e efeitos adversos, instaurar iniciativas de melhoria contínua (*inner e outer loop*) e educar o paciente à estar preparado a identificar práticas não-seguras – esse último sendo de suma importância no contexto do dia-a-dia sobrecarregado dos profissionais de saúde, onde é comum ter a percepção de que o paciente só está preocupado com o tempo de espera e o tratamento cordial, por exemplo, onde na verdade é fundamental instruir o paciente a identificar práticas que não sejam seguras para tornar o paciente um parceiro durante o tratamento. Um exemplo prático desse tema é o cateter central inserido perifericamente (PICC), um tipo do de acesso intravenoso prolongado indicado para quando o paciente necessita de terapias intravenosas de média a longa duração, onde é de conhecimento básico do profissional de saúde que deve-se higienizar as mãos antes do manuseio[9]. Um paciente sendo tratado por esse método que não possui esse conhecimento pode estar propenso à não perceber quando uma enfermeira entrar no quarto e fazer o manuseio sem a higienização, por exemplo, gerando uma potencial infecção[10].

2.2. CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

O segundo pilar, "Cuidado centrado no paciente", significa trabalhar, em última instância, em conjunto com o paciente no tratamento, trazendo o paciente como protagonista, entendendo seu papel e sua importância no

tratamento. Para isso, é necessário instruí-lo sobre como será feito o tratamento, o porquê, os riscos e o impacto que ele pode trazer em sua vida. Em termos práticos, não é efetivo mandar um idoso para fisioterapia caso ele internamente não esteja propenso à realizar as sessões por falta de energia ou paciência. Como alternativa, por exemplo, pode ser mais efetivo trazer um plano de cuidados em conjunto com a pessoa mais velha, sempre dentro do aspecto científico, mas que o paciente esteja mais propenso a agir. A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NAM), patrocinada por clínicas de referências mundiais como a Mayo Clinic, em Minnesota, enfatiza a necessidade de respeitar as preferências, necessidades e valores individuais do paciente, além dos protocolos padrões. Tudo deve entrar na grande equação que compõe o tratamento. Isso garante que o cuidado seja centrado nas necessidades do paciente e não na doença e seus protocolos já definidos, em outras palavras, o foco em resolver o problema e não na solução. De qualquer forma, é importante ressaltar que não é sobre fazer o que o paciente quer, mas sim ter o tato de perceber os momentos onde ele deve ser envolvido nas decisões. Como resultado, observa-se que pacientes que participam nas decisões clínicas têm de 20% a 30% a mais de chance de aderir ao plano terapêutico em relação à tratamentos feitos unilateralmente pelo profissional de saúde[11].

2.3. EXCELÊNCIA NA JORNADA

O terceiro pilar da EP fala sobre a "Excelência na Jornada". Esse é um tema amplo que envolve diversos aspectos, sejam eles clínicos ou não-clínicos. O órgão pulsante que garante o cumprimento desse pilar é a comunicação de boa qualidade. Por não ser um tema exclusivamente clínico, precisamos olhar a jornada inteira que o paciente faz na instituição de saúde, desde o primeiro contato na recepção (ou telefonema), orientação, fila de espera, atendimento e acompanhamento e engajamento no tratamento pós-consulta. A comunicação está sendo acolhedora? As informações sobre o tratamento estão sendo dispostas de maneira clara? Os familiares estão a par

da situação, quando necessário? Tudo isso compõe o que chamamos de “Voz do Paciente”[12].

Vamos pegar um exemplo pessoal que envolve a minha amada mãe. Ao fazer análises pré-cirúrgicas para remoção de um tumor na parte direita da cabeça, ela foi instruída a aplicar contraste para um exame de ressonância magnética. Contudo, de maneira muito grave, não foi perguntado a ela se era alérgica ou como estava se sentindo no momento (Se estava calma, ansiosa ou nervosa, por exemplo). O resultado foi que apenas foi possível aplicar uma pequena quantidade do contraste pois ela mostrou uma sensibilidade à substância (provavelmente indicativo de algum tipo de alergia alergia) o que gerou medo e pânico, fazendo com que ela apenas conseguisse criar coragem para retornar para o exame 1 mês depois. Foi 1 mês perdido no tratamento de um tumor por conta da falta de empatia e comunicação. Após entender os pilares, fica intuitivo entender que uma ótima EP gera melhores resultados clínicos, como reforça uma revisão feita com 55 estudos que mostram uma associação extremamente positiva entre a aplicação da EP e seus bons resultados, além do aumento da segurança do paciente no tratamento[13].

3. HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA EP

A evolução da EP aconteceu de maneira distinta em diferentes polos do mundo ocidental. Enquanto na América do Norte, principalmente nos EUA, o foco vem muito do retorno financeiro, na Europa, encontra-se um histórico de abordagem mais voltado no desfecho clínico, sendo fonte de observação e inspiração por muitos lugares do mundo.

Na Noruega, um estado de bem-estar social, por exemplo, os pilares fundamentais são o do livre acesso, igualdade, prevenção e base em evidências.

Os princípios nesses Estados visam colocar o paciente como protagonista no seu atendimento, dando ênfase na importância de sua adesão e focando muitos recursos na prevenção de doenças e consequentemente na diminuição da necessidade do uso hospitalar. “Se o paciente não se engajar no tratamento, se não

souber qual é seu papel, se não tiver apoio para o autocuidado ou se não se sentir como membro da equipe, não haverá recursos disponíveis para todo mundo"[14].

3.1. O PARADOXO BRASILEIRO

Para entender o posicionamento da EP dentro do contexto de saúde brasileiro é primeiro necessário entender que até então, os hospitais (e essa é uma generalização, reforço) privados observam não o paciente como seu "Cliente", ou seja, não é para o paciente que os esforços em melhorar os serviços estão voltados, mas sim para quem realiza os pagamentos, ou seja, as operadoras dos planos de saúde. Isso demonstra um problema estrutural muito grande pois muitas vezes, apesar de toda a ética e esforço de muitos profissionais dedicados, o que impera são os indicadores financeiros e de performance gerados para as operadoras, e apenas em segundo plano o desfecho clínico. Ao mesmo tempo, vemos o declínio nos investimentos realizados no Sistema Único de Saúde, o SUS, onde os princípios se baseiam em integralidade, equidade e universalização. Um estudo do IEPS publicado em 2023 indicou que os investimentos em saúde pública (especialmente voltados à infraestrutura do SUS) caíram 64%, de R$ 16,8 bi em 2013 para R$ 6,4 bi em 2023 (valores corrigidos pela inflação). Apesar disso, os brasileiros, no geral, demonstram grande aprovação sobre a necessidade e importância do SUS[15]. Contudo, isso não significa que os serviços oferecidos pelo sistema único conseguem se comparar consistentemente com o nível de excelência em tratamento atingido em instituições privadas de referência onde existem altos investimentos. O estudo *Contextual and individual factors associated with dissatisfaction with the Brazilian Unified National Health System* publicado por COSTA, Michèle C. et al. demonstra que 63,4% dos usuários manifestaram insatisfação com o SUS, sendo fatores os principais fatores associados: alta demanda não atendida (OR = 3,66) e tempo de espera > 4 horas (OR = 2,82). No estudo, OR ou *Odds Ratio* significa a chance de um evento ocorrer quando determinado fator está presente (ex: Quando o tempo de resposta é maior que 4h, temos uma chance de 2,82

vezes mais desse paciente se apresentar insatisfeito com o SUS). O que tiramos desse conjunto de dados é que no Brasil, a EP enfrenta uma contradição estrutural, onde temos instituições privadas com mais recursos financeiros focadas em gerar resultados para as operadoras dos planos de saúde e uma população que reconhece e quer, no geral, legitimar o sistema público mas que sistematicamente se frustra com a qualidade dos serviços e muitas vezes pelos desfechos clínicos obtidos por conta, principalmente, da falta de recursos financeiros disponíveis.

3.2. UMA SUGESTÃO FINANCEIRAMENTE VIÁVEL

Diante dos problemas apontados, principalmente no último parágrafo, a Experiência do Paciente (EP) entra de maneira estratégica, podendo atuar como agente importante dentro do sistema único de saúde. Isso se dá, principalmente, pois ela não necessita de grandes investimentos (como vimos anteriormente, um dos principais desafios do SUS hoje).

Pelo ponto de vista da sustentabilidade financeira, portanto, é natural observar também como a atuação clínica do farmacêutico representa uma das estratégias de maior custo-efetividade dentro dos sistemas de saúde. A prevenção de desperdícios por uso inadequado de medicamentos, interrupções indevidas de tratamento, efeitos adversos evitáveis através dos pilares da EP bem aplicados e reinternações relacionadas a falhas farmacoterapêuticas gera impacto direto na redução de custos, especialmente em terapias de alto valor, como oncologia, imunobiológicos, transplantes e até doenças negligenciadas. Nesse âmbito, o farmacêutico se posiciona como profissional-chave para alinhar experiência do paciente, desfecho clínico e racionalização de recursos, reforçando os princípios de integralidade do SUS.

4. HCAHPS E A TRANSFORMAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Antes de trazer exemplos práticos de como a EP pode melhorar nosso cenário de desfechos clínicos e financeiros no contexto de saúde brasileiro, é fundamental falarmos sobre o método de referência sendo utilizado pelos principais

hospitais do mundo hoje para medí-la, o HCAHPS. A sigla HCAHPS significa *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*. Trata-se de um modelo de pesquisa padronizado que irá medir holísticamente a percepção dos pacientes relativos aos cuidados que receberam em seu atendimento hospitalar que é utilizado como padrão ouro como metodologia de medição da EP[16].

Hoje, diversas instituições como A CMS (*Centers for Medicare & Medicaid Services*) e o *Hospital Safety Grade* do *Leapfrog Group* utilizam notas obtidas no HCAHPS para classificar instituições de saúde, além de conectar com indicador da cultura de segurança do paciente dos ambientes hospitalares. Adicionalmente, na Europa, o NHS (*National Health Service*) da Inglaterra utiliza fundamentos do HCAHPS para basear princípios como a qualidade da comunicação entre os profissionais, limpeza e envolvimento nas decisões. Enquanto isso, nos países nórdicos, o LUP (*Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser*) focam nos princípios da metodologia para avaliar a performance de suas instituições.

4.1. NASCIMENTO E REFERÊNCIAS

O HCAHPS é a primeira pesquisa nativa, padronizada e nacionalmenteimplementada nos EUA, sendo resultado de mais de 4 anos de testes cognitivos, revisões de literatura e MVPs (*Minimum Viable Products*) realizados por profissionais do Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Trata-se de um instrumento que vai muito além do NPS e do CSAT mencionados anteriormente e que para o contexto de saúde apresenta-se como um instrumento metodológico extremamente rigoroso diretamente ligado ao desfecho clínico e financeiro de cada instituição de saúde, *link* que torna a pesquisa poderosa e altamente influente.

4.2. METODOLOGIA DO HCAHPS

A rigorosa pesquisa consiste em 29 perguntas direcionadas a pacientes que receberam alta após um tratamento em uma instituição de saúde. Essas perguntas englobam aspectos que são sustentados pelos pilares citados acima da EP e que vão desde a conversa com médicos,

nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos (Visando avaliar aspectos como comunicação sobre medicamentos, informações sobre alta, e tempo de resposta quando acionados) até a limpeza e o silêncio do ambiente hospitalar. O Quadro 2 abaixo exemplifica uma pesquisa HCAHPS traduzida para o português.

Quadro 2 – Padrão de Pesquisa HCAHPS

Item	Descrição	Opções de Resposta
CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM		
1	Durante esta internação, com que frequência a equipe de enfermagem tratou você com cortesia e respeito?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
2	Durante esta internação, com que frequência a equipe de enfermagem ouviu você com atenção?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
3	Durante esta internação, com que frequência a equipe de enfermagem explicou as coisas de uma maneira que você pudesse entender?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
CUIDADOS DA EQUIPE MÉDICA		
4	Durante esta internação, com que frequência a equipe médica tratou você com cortesia e respeito?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
5	Durante esta internação, com que frequência a equipe médica ouviu você com atenção?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
6	Durante esta internação, com que frequência a equipe médica explicou as coisas de uma maneira que você pudesse entender?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
O AMBIENTE HOSPITALAR		
7	Durante esta internação, com que frequência seu quarto e banheiro foram mantidos limpos?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
8	Durante esta internação, com que frequência a área ao redor do seu quarto estava silenciosa à noite?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
9	Durante esta internação, com que frequência você conseguiu descansar o necessário?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
CUIDADO DENTRO DO HOSPITAL		
10	Durante esta internação, com que frequência médicos, enfermeiros e outros funcionários do hospital estavam informados e atualizados sobre seus cuidados?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
11	Durante esta internação, com que frequência médicos, enfermeiros e outros funcionários do hospital trabalharam bem juntos para cuidar de você?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
12	Durante esta internação, você precisou de ajuda da equipe de enfermagem ou de outros funcionários para ir ao banheiro ou usar uma comadre?	( ) Sim ( ) Não ➔ Se Não, pule para a Questão 14
13	Com que frequência você recebeu ajuda para ir ao banheiro ou usar uma comadre assim que desejou?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
14	Durante esta internação, quando você pediu ajuda imediata, com que frequência você a recebeu assim que precisou?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre ( ) Eu nunca pedi ajuda imediata
15	Durante esta internação, foi-lhe administrado algum medicamento que você	( ) Sim ( ) Não ➔ Se Não, pule para a

	nunca havia tomado antes?	Questão 18
16	Antes de lhe administrar um novo medicamento, com que frequência a equipe do hospital informou para que servia o medicamento?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
17	Antes de lhe administrar um novo medicamento, com que frequência a equipe do hospital descreveu os possíveis efeitos adversos de uma forma que você pudesse entender?	( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Geralmente ( ) Sempre
18	Durante esta internação, os médicos, enfermeiros e outros funcionários do hospital ajudaram você a descansar e se recuperar?	( ) Sim, definitivamente ( ) Sim, de certa forma ( ) Não
	ALTA HOSPITALAR	
19	Médicos, enfermeiros ou outros funcionários do hospital trabalharam com você e sua família ou cuidador no planejamento de seus cuidados após alta?	( ) Sim, definitivamente ( ) Sim, de certa forma ( ) Não
20	Médicos, enfermeiros ou outros funcionários do hospital forneceram à sua família ou cuidador informações suficientes sobre quais sintomas ou problemas de saúde observar após sua alta?	( ) Sim, definitivamente ( ) Sim, de certa forma ( ) Não ( ) Eu não tinha família ou cuidador para observar os sintomas
21	Ao sair do hospital, você foi diretamente para sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra unidade de saúde?	( ) Própria casa ( ) Casa de outra pessoa ( ) Outra unidade de saúde ➔ Se Outra, pule para a Questão 24
22	Médicos, enfermeiros ou outros funcionários do hospital conversaram com você sobre se você teria a ajuda necessária após a alta?	( ) Sim ( ) Não
23	Você recebeu informações por escrito sobre quais sintomas ou problemas de saúde observar após a alta hospitalar?	( ) Sim ( ) Não
	AVALIAÇÃO GERAL DO HOSPITAL	
24	Usando qualquer número de 0 a 10, onde 0 é o pior hospital possível e 10 é o melhor hospital possível, que número você usaria para avaliar este hospital durante sua estadia?	( ) 0 Pior hospital possível ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10 Melhor hospital possível
25	Você recomendaria este hospital para seus amigos e familiares?	( ) Definitivamente não ( ) Provavelmente não ( ) Provavelmente sim ( ) Definitivamente sim
	SOBRE VOCÊ	
26	Esta internação foi planejada com antecedência?	( ) Sim, definitivamente ( ) Sim, de certa forma ( ) Não
27	Em geral, como você avaliaria sua saúde geral?	( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Razoável ( ) Ruim
28	Em geral, como você avaliaria sua saúde mental ou emocional?	( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Razoável ( ) Ruim
29	Qual idioma você fala principalmente em casa?	( ) Inglês ( ) Espanhol ( ) Chinês ( ) Outro idioma

Fonte: (Agency for Healthcare Research and Quality; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2025)[17]

4.3. GARANTINDO CONFIABILIDADE: AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS

A coleta dos dados é feita normalmente por entrevista telefônica (A mais frequentemente utilizada, normalmente realizadas por empresas terceirizadas

certificadas pelo CMS, correios (O chamado "Paper Survey”), mas também em outros casos também pela web ou de maneira mista.

Tratando brevemente da esfera estatística, existe um coeficiente de ajuste padronizado pela CMS para as pontuações recebidas em cada canal de coleta, uma vez que diferentes canais podem trazer diferentes respostas[18]. Sobre a maneira como ela é aplicada, para garantir a confiabilidade estatística, a pesquisa é administrada para uma amostra aleatória de pacientes, todos adultos, entre 2 dias e 6 semanas pós alta. A quantidade de pacientes necessários para a amostragem vai depender do grau de confiabilidade desejado e do tamanho da instituição. Uma instituição grande normalmente aciona cerca de 50% dos pacientes para a pesquisa e instituições pequenas acionam números mais próximos de 100% para obter uma amostra significativa e confiável. A taxa de resposta esperada para a pesquisa é de 25% a 35% dos pacientes.

5. DO RESULTADO À AÇÃO

Naturalmente, apenas medir sem aplicar ações em cima dos resultados não é um método eficaz para melhorar o desfecho clínico do paciente e/ou otimizar custos. Por esse motivo, parte da metodologia de EP (E expandindo, para CX – *Customer Experience*, no geral) termina seu ciclo com a análise de resultados e a aplicação de melhorias.

Depois de verificar os resultados do HCAHPS, ou qualquer pesquisa realizada, e garantir a confiabilidade estatística, é necessário tornar os dados em insights que irão propor melhorias. Essas melhorias, metodologicamente, podem ser divididas em duas vertentes contínuas – *Inner e Outer Loop*[19].

Inner loop trata-se de ações pontuais que podem ser resolvidas *on the spot* com o paciente. Exemplos de *Inner loop* são: Escuta ativa e resolução do problema de um paciente relativo à sua alimentação durante seu período de internação; encaminhamento para psicólogo de um paciente que expressou altos níveis de ansiedade; reorganização dos critérios de espera de uma fila de atendimento baseado nos feedbacks recebidos. Já o *Outer Loop* trata de ações mais complexas, muitas vezes envolvendo diversas áreas do hospital de maneira conjunta. São

problemas estruturais identificados nas pesquisas que a instituição irá focar em resolver. Exemplos de *Outer Loop*: Percebeu-se que diversos pacientes apontaram falhas na falta de clareza durante a comunicação com os médicos, então o hospital cria um protocolo interno de treinamentos para os profissionais e criação de materiais didáticos para os pacientes; Pacientes relataram falta de privacidade durante a internação, então o hospital faz mudanças nos posicionamentos das macas para priorizar a privacidade; Pacientes relatam dificuldade durante o agendamento, então os hospitais fazem uma mudança no sistema utilizado e/ou na equipe de atendimento telefônico. Tanto o *Inner* quanto o *Outer loop* são fundamentais para uma EP eficaz dentro de uma instituição de saúde, elas compõem, como o nome sugere, o fechamento do ciclo que envolve a jornada do paciente e as ações tomadas dentro da instituição.

6. APLICANDO A EP NO SUS A PARTIR DO *INNER* E *OUTER LOOP*

Após entender todos os fundamentos, pilares e resultados clínicos e financeiros potenciais obtidos pela EP, torna-se possível visualizar sua aplicação em nosso sistema de saúde, mais especificamente o Sistema Único de Saúde, em diversas frentes.

Uma delas, talvez a mais visível aos olhos do público, visando uma estratégia de aumento da aprovação da população sobre o sistema, seria o tempo de espera. Como vimos anteriormente, segundo uma pesquisa realizada por COSTA, Michèle C. et al., pacientes que possuem o tempo de espera para atendimento maior que 4 horas possuem 2,82 vezes mais chances de se sentirem insatisfeitos comparados aos que não esperaram tanto. Aplicando uma pesquisa, poderia-se embasar ações como a divisão da fila por complexidade do caso, realocação de horário de profissionais baseado na demanda ou até aumentar o horário para consultas básicas.

Contudo essa é apenas a ponta do *Iceberg*. Partindo para questões estruturais do SUS, um dos principais desafios é a falta de financiamento aliado à má gestão desses recursos[20]. Relembrando o princípio de centralidade no paciente, uma sugestão baseada nos princípios da EP seria uma metodologia de co-criação

da jornada, convidando pacientes, de maneira estratégica como em reuniões e assembleias, para planejar um fluxo de atendimento ideal, podendo revelar etapas desnecessárias que consomem tempo e recurso.

Outra dor muito apontada por pacientes, segundo o estudo de CAMPOS, G. W. S. sobre a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde, são as falhas na comunicação e o atendimento desumanizado. Pensando na EP, poderia ser passado um treinamento sobre comunicação empática e a instauração de um programa contínuo de melhoria. Esse programa poderia ser feito em parceria com excelentes universidades públicas e particulares trazendo um ROI (*Return of investment*) positivo além de uma melhora natural na percepção da experiência pelo lado do paciente.

Já um desafio muito conhecido e extremamente difícil de ser solucionado é em relação à infraestrutura precária e o ambiente físico muitas vezes inadequado[21]. Uma alternativa que certamente não solucionaria o problema por completo mas daria um passo em direção ao progresso seria o envolvimento da comunidade e dos funcionários no planejamento de melhorias no espaço físico. Esse debate, pautado por pessoas que vivem aquela realidade, pode gerar soluções realistas, criativas e mais adequadas para a realidade do local.

7. APLICAÇÕES DA EP PELO MUNDO

Nos Estados-Unidos, a experiência do paciente é amplamente disseminada através do HCAHPS. Contudo, em outros lugares do mundo temos aplicações de sucesso onde a EP é adotada amplamente e melhora os desfechos clínicos e resultados financeiros.

No Reino Unido, o NHS traz a EP através de frameworks (Experience Care of Improvement Framework). Um exemplo é o NHS Patient Survey Programmee, aplicado anualmente desde 2002. A pesquisa traz resultados que são divulgados publicamente permitindo não apenas que a população tenha acesso, mas também que outros hospitais vejam e comparem seus resultados. A cultura trouxe avanços significativos no engajamento do paciente e na percepção do NHS, no geral[22].

Por sua vez, no Canadá, mais especificamente na província de Ontário, foi aplicada a CPES-IC (Canadian Patient Experience Survey for Inpatient Care), que apesar de ser considerada uma pesquisa muito genérica, do tipo "one fits all"[23], traz dados importantes para monitorar desigualdades no acesso à saúde e ajudar a ditar as decisões sobre financiamento. Além disso, os resultados mostraram correlação entre experiências positivas de acordo com a pesquisa e adesão a tratamentos crônicos, como o de insuficiência cardíaca e até oncologia.

CONCLUSÕES

Focando no Sistema Único de Saúde, podemos perceber, após entender seus princípios, como a experiência do paciente pode ser aplicada, de maneira não custosa, para melhorar os desfechos clínicos e percepção da população sobre o sistema, focando principalmente nos tratamentos de alto valor.

É fatídico que tratamentos de alto custo como oncologia, transplantes e doenças raras/negligenciadas utilizam insumos de alto valor financeiro. De acordo com pesquisas, quando aplicamos os princípios da EP como comunicação objetiva e explicativa e acolhimento/suporte, os pacientes tendem a apresentar maior adesão terapêutica, reduzindo o risco do abandono do tratamento e, consequentemente, do desperdício de insumos caros.

Quando um paciente oncológico está satisfeito com o serviço, tende a comparecer mais nas sessões de quimioterapia, garantindo o seguimento do cronograma e evitando a perda de medicamentos de alto valor, além da perda indireta relacionada ao tempo reservado para essa sessão.

No caso de um transplante, quando a família do paciente é má instruída sobre a operação, os riscos de rejeição aumentam, piorando os desfechos clínicos.

Em suma, podemos colocar a aplicação da EP no SUS em 3 passos: Primeiramente coletar dados (Aqui uma pesquisa do tipo HCAHPS seria o padrão ouro), segundamente interpretar os dados coletados e identificar a partir deles indicadores objetivos. Por fim, implementar ações que irão garantir que os indicadores estão sendo trabalhados de forma efetiva (Conceito do *Inner* e *Outer Loop*).

Com isso, espera-se que ocorra uma economia significativa nos recursos financeiros do sistema, redução do desperdício de medicamentos (em especial, àqueles de alto custo), diminuição da reincidência de internações, maior disponibilidade de recursos públicos para áreas de prevenção (Como o sistema norueguês, por exemplo), tudo isso ajudando a fornecer um sistema robusto com equidade, integralidade e universalidade.

REFERÊNCIAS

1. OLSHAVSKY, R. W.; MILLER, J. A. Consumer Expectations, Product Performance, and Perceived Product Quality. **Journal of Marketing Research**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 19-21, 1972.

2. REICHHELD, F. F. **The ultimate question**: driving good profits and true growth. Boston, MA: Harvard Business School Press, 2006.

3. REICHHELD, F. F. The One Number You Need to Grow. **Harvard Business Review**, Boston, MA, 2003.

4. OLIVER, R. L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, Chicago, 1977.

5. DIXON, M.; FREEMAN, K.; TOMAN, N. Stop trying to delight your customers. **Harvard Business Review**, Boston, v. 87, n. 7/8, p. 116–122, 2009.

6. MOREIRA, R.; SILVA, S. Patient Loyalty in Healthcare Services: The Role of Trust and Satisfaction. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, [S. l.], v. 28, n. 7, p. 657–672, 2015.

7. DELOITTE. **The value of patient experience**: Hospitals with better patient-reported experience perform better financially. Boston, MA: Deloitte Center for Health Solutions, 2016.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Official development assistance for health**: how neglected are neglected tropical diseases?. Geneva: World Health Organization, 2019.

9. INFUSION NURSES SOCIETY. **Infusion Therapy Standards of Practice**. Norwood, MA: Infusion Nurses Society, 2021.

10. O'GRADY, N. P. et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. **Clinical Infectious Diseases**, Oxford, v. 52, n. 9, p. e162–e193, 2011.

11. OOSTEN, E. A. G. et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. **Patient Education and Counseling**, [S. l.], v. 98, n. 12, p. 1459–1471, 2015.

12. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

13. DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 23, n. 10, p. 1-11, 2014.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. **Norway**: health system summary 2024. Genebra: WHO/European Observatory, 6 dez. 2024.
15. DATAFOLHA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pesquisa Datafolha mostra que 88% das brasileiras e brasileiros são contra a extinção do SUS**. São Paulo: Federação Nacional dos Farmacêuticos, 2024.
16. ELLIOT, M. N. et al. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. **Health Services Research**, [S. l.], v. 45, n. 4, 2010.
17. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY; CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey**. [S. l.]: U.S. Department of Health & Human Services, 2025.
18. ELLIOT, M. N. et al. **Updated Adjustment of the HCAHPS Survey for New Modes of Survey Administration and Patient Mix**. Santa Monica, CA: RAND Health Care, 2025.
19. ALMEIDA, C.; LIMA, R. **Gestão de feedback de clientes**: uma abordagem de loops de melhoria contínua. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2023.
20. LIMA, C. V. T. C. **As dificuldades do SUS**. Portal Médico, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 15 mar. 2023.
21. **JORNAL DA USP**. São Paulo, 8 abr. 2022.
22. NHS. **Patient experience improvement framework**. London: NHS England, 2018.
23. KEMP, K. A. et al. Eliciting Patient Experiences About Their Care After Cardiac Surgery. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, London, v. 19, n. 3, p. 254-262, 2020.