

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS PÚBLICOS**

JULIANA MARIA SAVIO BERNARDO

**IMPACTOS DA COVID-19 NAS PRÁTICAS DE EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES EM HOSPITAIS
BRASILEIROS: UMA PESQUISA DE LEVANTAMENTO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**SÃO CARLOS - SP
2021**

JULIANA MARIA SAVIO BERNARDO

**IMPACTOS DA COVID-19 NAS PRÁTICAS DE EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES EM HOSPITAIS
BRASILEIROS: UMA PESQUISA DE LEVANTAMENTO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos, da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

Orientação: Prof. Dr. Glauco Henrique de Sousa Mendes

SÃO CARLOS - SP
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Juliana Maria Savio Bernardo, realizada em 12/03/2021.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Glaucio Henrique de Sousa Mendes (UFSCar)

Profa. Dra. Meliza Gol Roscani (UFSCar)

Profa. Dra. Diovane Ghignatti da Costa (UFSC)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

Aos profissionais de saúde que atuam na linha de frente contra a COVID-19 e a todas as vítimas dessa temível doença.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida e por me mostrar sempre os melhores caminhos.

À minha família, minha base, pela educação e pelo amor e apoio incondicionais.

Ao meu orientador, Glauco, por todos os ensinamentos transmitidos e pelo incentivo.

Às professoras Diovane, Fabiane e Meliza, por todas as contribuições nesse trabalho.

Aos doutorandos Guilherme e Jorge, por me ajudarem na compreensão de técnicas necessárias para a consecução desse trabalho.

Aos acadêmicos e profissionais da saúde que participaram do pré-teste da pesquisa.

Aos gestores e profissionais da saúde que participaram da pesquisa.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram com a realização dessa dissertação.

Muito obrigada!

RESUMO

O conceito de experiência do cliente tem sido difundido em diferentes setores industriais e de serviços já que uma experiência positiva do cliente em relação a um produto, marca e serviços tem a capacidade de aumentar os níveis de satisfação, lealdade e comunicação boca-a-boca. Na área de saúde, há uma clara preocupação com a experiência do paciente. Este é um conceito multidimensional com foco nas respostas cognitivas, emocionais, comportamentais, sensoriais e sociais dos pacientes em relação às interações diretas ou indiretas com a empresa prestadora dos serviços de saúde. Na literatura sobre este tema, um dos desafios é como mensurar a experiência do paciente. Esta avaliação se torna mais necessária em contexto de pandemia como a vivida por muitos países, inclusive o Brasil. Deste modo, esta pesquisa visa medir o impacto da pandemia de COVID-19 nas práticas de experiência do paciente em hospitais brasileiros através de questionário fechado. Para consecução deste objetivo foram adotados dois métodos de pesquisa. O primeiro refere-se à realização de uma revisão de escopo (*scoping review*) na literatura sobre modelos de mensuração da experiência do paciente adulto em hospitais gerais. O segundo método refere-se à realização de uma pesquisa do tipo *survey* por meio da aplicação de questionário sobre o impacto da pandemia de COVID-19 nas práticas de experiência do paciente em hospitais brasileiros. Foram coletados dados referentes a uma amostra válida de 88 profissionais de saúde e/ou gestores de hospitais. Entre os resultados da pesquisa destacam-se a identificação dos principais instrumentos (HCAHPS, PPE e QPP) e variáveis (comunicação e informação, equipe de trabalho e cuidados e segurança) utilizados para avaliar a experiência do paciente. Os resultados também evidenciam a relação da capacidade de resposta do hospital ao enfrentamento da COVID-19 com o desempenho do hospital atual e futuro e com as práticas de experiência do paciente e, estas, com o desempenho da experiência do paciente. Também mostra o efeito moderador positivo das orientações aos pacientes no desempenho presente do hospital.

Palavras-chave: Experiência do Paciente. Avaliação. Mensuração. Cuidados Hospitalares. Hospital. Scoping Review.

ABSTRACT

The concept of customer experience has been widespread in different industrial and service sectors as a positive customer experience in relation to a product, brand and services has the ability to increase levels of satisfaction, loyalty and word-of-mouth communication. In the health area, there is a clear concern with the patient's experience. This is a multidimensional concept focusing on the cognitive, emotional, behavioral, sensory and social responses of patients in relation to direct or indirect interactions with the company providing health services. In the literature on this topic, one of the challenges is how to measure the patient's experience. This assessment becomes more necessary in the context of a pandemic such as that experienced by many countries, including Brazil. Thus, this research aims to measure the impact of the COVID-19 pandemic on patient experience practices in Brazilian hospitals through a closed questionnaire. To achieve this objective, two research methods were adopted. The first refers to a scoping review in the literature on models for measuring the experience of adult patients in general hospitals. The second method refers to conducting a survey type survey by applying a questionnaire on the impact of the COVID-19 pandemic on patient experience practices in Brazilian hospitals. Data were collected for a valid sample of 88 health professionals and / or hospital managers. Among the results of the research, we highlight the identification of the main instruments (HCAHPS, PPE and QPP) and variables (communication and information, work team and care and safety) used to assess the patient's experience. The results also show the relationship of the hospital's response capacity to coping with COVID-19 with the performance of the current and future hospital and with the patient's experience practices and, these, with the performance of the patient's experience. It also shows the positive moderating effect of patient guidance on the hospital's present performance.

Keywords: Patient Experience. Evaluation. Measurement. Hospital Care. Hospital. Scoping Review.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. 1 - Visão geral da dissertação	15
Figura 3. 1 - Etapas principais da pesquisa.....	25
Figura 3. 2 - Modelo conceitual da pesquisa.....	26
Figura 4. 1 - Etapas da Scoping Review	34
Figura 4. 2 - Evolução temporal da amostra	36
Figura 5. 1 - Modelo conceitual.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 2. 1 - Categorias e variáveis estruturais da ferramenta HCAHPS.....	21
Quadro 2. 2 - Categorias e variáveis estruturais da ferramenta PPE	22
Quadro 2. 3 - Categorias e variáveis estruturais da ferramenta QPP	23
Quadro 3. 1 - Caracterização da pesquisa	24
Quadro 3. 2 - Estrutura do modelo conceitual.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 4. 1 - Periódicos.....	37
Tabela 4. 2 - Estratégia de Pesquisa	37
Tabela 4. 3 - Instrumentos de mensuração da EP.....	39
Tabela 4.4 – Construtos e variáveis independentes	41
Tabela 4.5 – Resultados da Experiência	44
Tabela 4.6 - Variáveis Independentes e Instrumentos de Avaliação	47
Tabela 5. 1 - Características descritivas da amostra	64
Tabela 5. 2 - Construtos e variáveis manifestas	65
Tabela 5. 3 - Resultados da confiabilidade e validade convergente	68
Tabela 5. 4 - Validade discriminante	70
Tabela 5. 5 - Teste de hipóteses	71

LISTA DE SIGLAS

DEP – Desempenho da experiência do paciente

DFEP – Desempenho futuro da experiência do paciente

DFH – Desempenho futuro do hospital

DH – Desempenho do hospital

EP – Experiência do paciente

HCAHPS - Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

OP – Orientação aos pacientes

PEP – Práticas de experiência do paciente

PPE - Picker Patient Experience Questionnaire

QPP - Quality of care from the patient's Perspective

RHC – Resposta do hospital à COVID-19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	11
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA	13
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	14
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA EXPLORATÓRIA	16
2.1 EXPERIÊNCIA DO CLIENTE	16
2.2 EXPERIÊNCIA DO PACIENTE: CONCEITO E EVIDÊNCIAS	18
2.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	20
2.3.1 Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)	20
2.3.2 Picker Patient Experience Questionnaire (PPE)	22
2.3.3 Quality of care from the patient's Perspective (QPP)	23
3 MÉTODO DA PESQUISA	24
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	24
3.2 ETAPAS DA PESQUISA	25
3.2.1 Etapa 1 – Fundamentação teórica	25
3.2.2 Etapa 2 – <i>Survey</i> (pesquisa quantitativa)	26
3.2.2.1 Modelo conceitual da pesquisa	26
3.2.2.2 População e amostra	28
3.2.2.3 Instrumento de pesquisa	28
3.2.2.4 Teste piloto	28
3.2.2.5 Coleta de dados	29
3.2.2.6 Tratamento e análise de resultados	29
3.2.3 Etapa 3 – Difusão dos resultados	29
4 ARTIGO I - Avaliando a experiência do paciente adulto em hospitais: uma revisão de escopo	30
Introdução	31
Método de Pesquisa	33
Identificar questionamentos da pesquisa	33
Identificar e selecionar estudos relevantes	33
Arquivar e tabelar os dados	35
Agrupar, sumarizar e reportar resultados	35

Resultados	36
Análise descritiva	36
Análise temática	38
Instrumentos de mensuração da experiência do paciente	38
Atributos (Variáveis independentes).....	40
Resultados da EP	44
Discussão	45
Conclusões	48
Contribuições teóricas e gerenciais.....	48
Limitações e trabalhos futuros.....	49
Referências.....	49
5 ARTIGO 2 - Impactos da COVID-19 nas práticas de experiência dos pacientes em hospitais brasileiros: percepções dos profissionais de saúde.....	57
Introdução	57
Modelo Conceitual e desenvolvimento das hipóteses	59
Relações durante a pandemia.....	60
Relações após a pandemia	61
Efeito moderador da Orientação ao paciente.	62
Método de pesquisa	63
Coleta de dados e Amostra	63
Operacionalização das variáveis e instrumento de pesquisa.....	64
Tratamento e análise dos dados	66
Validação do Modelo.....	67
Resultados	70
Discussão e Implicações.....	73
Implicações Gerenciais	73
Limitações e trabalhos futuros.....	73
REFERÊNCIAS.....	74
Apêndice 1 – Afirmções da pesquisa.....	80
6 CONCLUSÕES	82
6.1 Implicações Gerenciais	83
6.2 Limitações e trabalhos futuros.....	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE PESQUISA	97
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101
APÊNDICE 4 – TEXTO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA.....	104

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo introduz esta dissertação, contextualizando o tema a ser explorado, apresentando as questões de pesquisa e os objetivos e, na sequência, a estrutura deste trabalho.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A experiência do cliente é constituída de sentimentos e percepções dos clientes em relação a um contato direto (por exemplo, contato pessoal) ou indireto (por exemplo, *marketing*) com diferentes pontos da empresa provedora do produto, marca ou serviço (MEYER; SCHWAGER, 2007; VERHOEF et al., 2009). No setor de serviços, a experiência do cliente tem sido investigada em diferentes setores tais como saúde, educação e bancos (e.g., MBAMA; EZEPU, 2018; KANDAMPULLY; ZHANG; JAAKKOLA, 2018; BUSTAMANTE; RUBIO, 2017). Na área da saúde, o conceito de experiência do cliente é chamado de experiência do paciente (EP) e obteve rápida adesão entre os pesquisadores e profissionais de saúde (WOLF et al., 2014; RAPPORT et al., 2019).

Ao analisar a qualidade de serviços prestados na área da saúde, Lis, Rodeghier e Gupta (2011) afirmam que avaliar e gerenciar a EP é uma metodologia cada vez mais usada pelos gerenciadores da qualidade em serviços. Na verdade, a qualidade tem sido uma preocupação das organizações de saúde há muito tempo (WARDHANI et al., 2009; MACINATI, 2008). A implantação do conceito de EP traz grandes vantagens para os pacientes, funcionários e organizações. Neste caso, os pacientes que se sentem bem, são menos propensos a fazer reclamações e são mais prováveis a cumprirem as recomendações adotadas pelo hospital, obtendo melhores resultados no processo de reabilitação (SPICER, 2002). Os empenhos de melhoria da EP acabam por aumentar a satisfação dos funcionários e contribui para que a equipe de enfermeiros e médicos forneçam cuidados efetivos (BROWNE et al., 2010). Por fim, há a vantagem para a imagem das organizações e para a categoria médica, uma relação de qualidade entre prestador e paciente, medida através da EP, se relaciona com risco menor de negligência médica (LEVINSON et al., 1997).

Uma questão chave na literatura sobre este tema é como avaliar a EP (LAVELA; GALLAN, 2014; BEATTIE et al., 2015; MALE et al., 2017; WANG et al., 2021). De fato, a transformação do construto EP em itens mensuráveis tem sido alvo de apuração na literatura sobre o tema (LAVELA; GALLAN, 2014; BEATTIE et al., 2015; MALE et al., 2017). Através da mensuração e identificação dos construtos que compõem a EP, é possível visualizar pontos de melhorias aplicáveis que impactam positivamente a experiência com o serviço (COSTA et al., 2020). Também é possível avaliar o seu impacto em indicadores de resultados como a satisfação, a recomendação e a lealdade (ALALOUL et al., 2019; KASHIF et al., 2016).

A COVID-19 trouxe grandes desafios para os hospitais. Entre os desafios, divulgados estão: a concorrência por suprimentos e seus fornecedores; a disponibilidade insuficiente de leitos hospitalares; a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI'S), a falta de número adequado de funcionários; a falta de materiais e suprimentos básicos e de suporte logístico; a previsão de números insuficientes de ventiladores; o aumento dos custos e a redução da receita; a adoção de serviços de telemedicina; e a confusão de hospitais e público (GRIMM, 2020). Toda esta sobrecarga nos sistemas de saúde, principalmente, nos hospitais que são as organizações de saúde com maior complexidade, e suas consequentes reorganizações afetaram os processos hospitalares e, do mesmo modo, as práticas de EP.

As reorganizações hospitalares implicaram na mudança de aspectos formadores da EP, por exemplo: adoção de procedimentos de segurança para a redução do risco de transmissão do vírus (WOSIK et al., 2020; MAJID; WASIM, 2020) e restrição da entrada de visitantes (GRIFFIN et al., 2020; VALLEY et al., 2020). Além disso, a doença em si contribui para sentimentos de ansiedade, insegurança e solidão (AHORSU et al., 2020). Somado a isso, muitos pacientes tiveram que permanecer em isolamento, fato que potencializa o desenvolvimento de episódios de depressão e ansiedade (ABAD; FEARDAY; SAFDAR, 2010) e diminui a capacidade de resposta da equipe hospitalar (SIDDIQUI et al., 2019). A capacidade de resposta da equipe hospitalar foi apontada por MILLSTEINJEFFREY et al. (2020) como um dos aspectos da EP a serem melhorados durante a pandemia, além de outros aspectos como comunicação, acesso e coordenação de cuidados e formação de equipes. Percebe-se uma grande necessidade de adaptação dos hospitais e, de acordo com Kabadayi et al. (2020) e Venna et al. (2020), a agilidade, a capacidade de adaptação e de mudança rápida tem ligação

direta com o sucesso organizacional em situações de turbulência. A experiência com a COVID-19 evidencia, no caso dos hospitais, a importância da agilidade e capacidade de mudança como cruciais para a eficiência e para a qualidade das demandas geradas.

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Devido à pandemia de COVID-19, os hospitais tiveram que se adaptar a diversas situações que influenciam diretamente nas práticas de EP, como exemplo estão os atendimentos virtuais (MAJID; WASIM, 2020) e mudanças nas regras de visitas hospitalares (GRIFFIN et al., 2020; VALLEY et al., 2020). Esta pesquisa entende que as práticas voltadas para uma melhor EP têm grande valor social e organizacional e que o entendimento sobre como as práticas de EP foram afetadas pela pandemia pode proporcionar implicações de adaptações importantes para um melhor desempenho da EP e do hospital.

Assim, busca-se responder a seguinte questão de pesquisa “Como a pandemia de COVID-19 afetou as práticas de EP e o desempenho em hospitais no Brasil?” Ao realizar a pesquisa de levantamento com profissionais de saúde e gestores hospitalares, buscou-se entender a relação das respostas dos hospitais à pandemia com o desempenho atual e futuro do hospital, com o desempenho futuro da EP e com as práticas de EP; e a relação desta com o desempenho atual da EP. Além disso, entender o efeito moderador da orientação aos pacientes nos desempenhos atuais e futuros do hospital e da EP.

Este objetivo geral pode ser desdobrado nos seguintes objetivos específicos:

- OBJET1: Analisar a literatura específica sobre o tema a fim de identificar os construtos formadores da EP e os métodos para avaliação da EP adulto em hospitais (Artigo 1);
- OBJET2: Identificar como a COVID-19 afetou as práticas de EP e o desempenho nos hospitais brasileiros. Testar o efeito moderador da orientação aos pacientes nos desempenhos atuais e futuros do hospital e da EP (Artigo 2).

Para se atingir os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa de natureza quantitativa por meio da aplicação estratégia de levantamento (*survey*). Objetivou-se aplicar um instrumento de avaliação dos impactos da COVID-19 nas práticas da EP em

hospitais brasileiros. Os dados coletados foram analisados por meio de técnicas de Modelagem de Equações Estruturais.

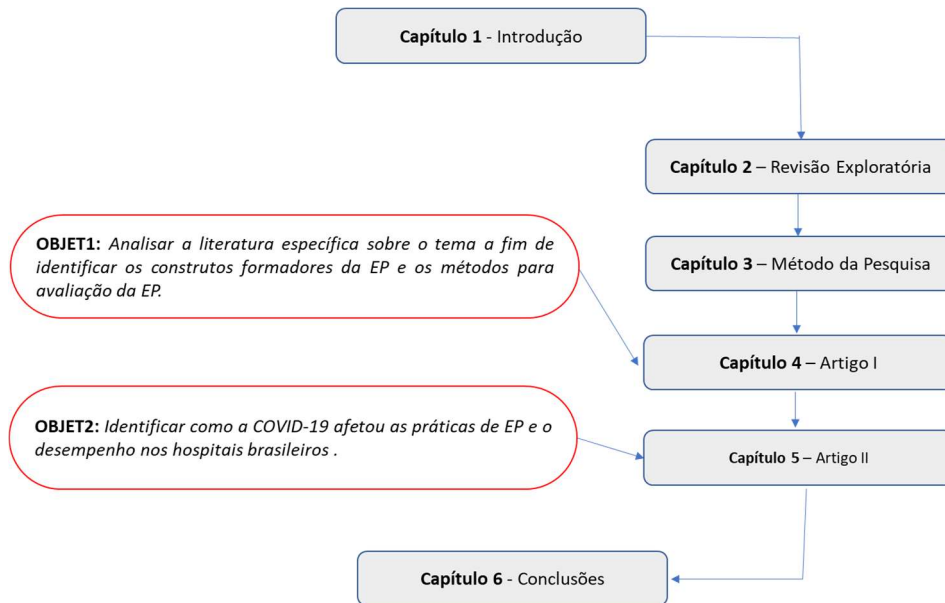
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Nesta seção é apresentada a estrutura final da dissertação, que será composta de seis capítulos. O capítulo de Introdução corresponde a este aqui, contextualiza, justifica, apresenta as questões e os objetivos da pesquisa. Na sequência, apresenta-se a revisão exploratória (Capítulo 2), cujo objetivo é apresentar conceitos fundamentais sobre EP e principais modelos de mensuração da EP. A revisão exploratória contribui para a consecução do OBJET1. O capítulo 3 apresenta o método da pesquisa.

Já o capítulo 4 corresponde a um dos artigos planejados para esta dissertação. Neste caso, foi realizada uma revisão de escopo (*scoping review*) sobre métodos de avaliação da EP em hospitais e construtos formadores da EP onde são inseridas práticas direcionadas para a EP. Os resultados desta revisão são apresentados no capítulo 4. Este artigo contribui para a consecução do OBJET1. O capítulo 5 consiste na apresentação da pesquisa empírica (impactos da COVID-19 nas práticas de EP em hospitais brasileiros) e os seus resultados são também apresentados no formato de artigo, atendendo ao OBJET2.

No capítulo 6 são abordadas as conclusões, limitações e propostas de trabalhos futuros decorrentes desta pesquisa. A Figura 1.1 apresenta a visão geral da dissertação.

Figura 1. 1 - Visão geral da dissertação



Fonte: elaborada pela autora.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA EXPLORATÓRIA

Neste capítulo é realizada uma revisão exploratória sobre o tema. Assim, na primeira seção, discute-se o conceito de experiência do cliente, do qual a EP é derivada. A segunda seção trata da EP e apresenta benefícios, dificuldades e pontos importantes em relação a sua mensuração. Por fim, os principais métodos de avaliação da experiência serão apresentados.

2.1 EXPERIÊNCIA DO CLIENTE

Pine e Gilmore (1998) definem a experiência do cliente como acontecimentos pessoais e subjetivos que englobam o envolvimento físico, emocional e intelectual ou espiritual, pertencentes às expectativas de cada cliente. Esses autores foram os primeiros a apontar o surgimento da era da experiência do cliente, após as eras da extração de bens, dos produtos industriais e dos serviços. Ainda que os autores se referiam a serviços hedônicos (luxo), a ideia da experiência se expandiu para produtos, marcas e serviços.

Para Meyer e Schwager (2007), a experiência do cliente é definida como o resultado dos contatos diretos ou indiretos que o cliente tem com a empresa, envolvendo o subjetivo e respostas internas dos clientes. A experiência do cliente também engloba a ideia de união de todos os pontos de contato (encontros ou momentos da verdade) que o cliente possui ou possuirá com uma empresa (HOMBURG; DANIJEL; KUEHNL, 2015; LEMON; VERHOEF, 2016; MCLEAN; WILSON, 2016; PAYNE; STORBACKA; FROW, 2008). Vasconcelos et al. (2015) afirmam que a experiência é única para cada cliente.

A experiência do cliente não é um conceito fácil de se definir, mas os autores (SCHMITT, 1999; LEMON; VERHOEF, 2009; VERHOEF et al., 2009) convergem que ela engloba cinco dimensões: experiências sensoriais; experiências afetivas; experiências cognitivas; experiências físicas, comportamentais e de estilo de vida; e experiências de identidade social. Assim, a experiência do cliente refere-se a um constructo multidimensional, sendo este de natureza holística, envolvendo a respostas cognitivas, afetivas, emocionais, sociais e físicas do consumidor em relação a empresa, produto ou serviço (MAKLAN; KLAUS, 2012; LEMON; VERHOEF, 2009). Por exemplo, Verhoef et al. (2009) definem a experiência do cliente como “uma jornada” através dos pontos de contato durante o ciclo de compra, sendo este um

construto multidimensional e holístico por natureza, envolvendo aspectos cognitivos, afetivos, emocionais, sociais e físicos do consumidor em relação à empresa, marca ou serviço. Seguindo linha similar, Brakus, Schmitt e Zarantonello, (2009) descrevem a experiência, sendo esta uma resposta subjetiva, comportamental e interna do consumidor em relação a estimulações definidas pelo produto, marca ou serviço.

Desta maneira, empresas e pesquisadores chegaram ao consenso de aceitar a experiência do cliente como um constructo multidimensional, que envolve a cognição, comportamento, emoção e comportamentos sociais. Ademais, a experiência pode ser olhada por diferentes visões como a marca, tecnologia, serviço, produto etc (LEMON; VERHOEF, 2016; MAKLAN; KLAUS, 2012). No caso deste trabalho, o foco será compreender a experiência no contexto dos serviços de saúde.

De forma geral, a experiência de serviço refere-se à percepção do cliente em relação a todos os atributos de suas transações diretas e indiretas com um serviço provedor (MAKLAN; KLAUS, 2012; VASCONCELOS et al., 2015). Uma das questões importantes na literatura sobre experiência do serviço (*service experience*) é a sua inerente dificuldade de conceptualização. Maklan e Klaus (2012) estabeleceram quatro dimensões que formariam o conceito de experiência do serviço: experiência com o produto; foco no resultado; momentos de verdade; e paz de espírito. A experiência com o produto diz respeito à experiência do cliente com a escolha e comparação de preços; foco no resultado trata de um objetivo específico por parte do cliente e da experiência envolvida para atingi-lo; momentos de verdade diz respeito à importância e à flexibilidade do serviço; e paz de espírito envolve os aspectos emocionais que surgem antes, durante e depois do serviço.

Vasconcelos et al. (2015) utilizam-se de três dimensões para explicitar o conceito de experiência do cliente, a saber: predisposições; interações; e reações. As predisposições referem-se a fatores socioculturais, ambientais e preconcebidos, imagens, personalidade, crenças, valores e habilidades; interações são referidas às características durante o evento que envolvem os funcionários da empresa, a infraestrutura, a tecnologia, a natureza e a duração; e reações dizem respeito à percepção de valor, intenções, desejos, sentimentos, aprendizado e comportamentos (VASCONCELOS et al., 2015).

Na experiência do serviço, destaca-se a importância do compartilhamento do conhecimento entre prestadores de serviços e clientes (cocriação), procurando entender cada faceta da experiência do cliente em todos os encontros de serviço (FROW e PAYNE, 2007). Também o aspecto temporal da experiência do serviço através da noção da jornada do cliente que afirma que a avaliação do cliente precede o encontro de serviço (PAYNE; STORBACKA; FROW, 2008). Por fim, Chang e Horng (2010) consideram os atores dos serviços (pessoas envolvidas), o público (clientes), o ambiente físico e o desempenho do serviço como peças principais que integram a experiência em serviço.

Na literatura sobre experiência do cliente e experiência do serviço, um tema de interesse dos autores refere-se como avaliar e mensurar esta experiência (KLAUS, 2018; MAKLAN; KLAUS, 2012; LEMON; VERHOEF, 2016; SCHMITT, 2010; VASCONCELOS et al., 2015). A mensuração da experiência tem um papel crítico para a empresa uma vez que traz respostas tangíveis sobre como o cliente responde à oferta, seja ele uma marca, produto ou serviço (LEMON; VERHOEF, 2016). Ademais, a mensuração da experiência do consumidor deve ser medida em sua totalidade, olhando por meio de todos os pontos da jornada. (LEMON; VERHOEF, 2016). Este fato é confirmado ao observar que os estudos recentes focam em abordagens para medir a experiência do cliente. Este tópico será abordado nas próximas seções desta dissertação.

Por fim, vale destacar os resultantes da experiência do serviço. Verhoef et al. (2009) relacionou a experiência do cliente com a satisfação e a qualidade do serviço. Maklan e Klaus (2012) apontam que a experiência do serviço tem consequências positivas na satisfação do cliente, lealdade e comunicação boca-a-boca. Para Klaus (2018) e Roy (2018) a experiência do cliente atingiu um estágio de independência e reconhecimento, sendo um construto que visa aprimorar outros construtos como a qualidade do serviço, a satisfação do cliente e o relacionamento com os clientes.

2.2 EXPERIÊNCIA DO PACIENTE: CONCEITO E EVIDÊNCIAS

O conceito de experiência do cliente também foi introduzido na área da saúde e leva o nome de experiência do paciente (EP). Ahmed, Burt e Roland (2014) afirmam que ainda há

muito trabalho para conceituar a EP. Para Wolf et al. (2014), apesar de haver um crescimento de pesquisas e artigos sobre a EP nos últimos anos, poucos se uniram em torno e um conceito único aceito sobre a EP, ocorrendo uma inexistência de significado regularmente utilizado. Segundo os autores, EP é frequentemente ordenada com os fundamentos do atendimento centrado no paciente, sendo mais do que a satisfação (WOLF et al., 2014).

A EP difere da satisfação, indo além das expectativas, abrangendo tópicos como: “[...] o acesso fácil à informação, a forma de resposta às solicitações, o tratamento respeitoso, a escuta sobre as necessidades e o atendimento a valores individuais...” (RODRIGUES, 2019, p. 19). Ainda para Rodrigues (2019, p. 18), os pacientes “Querem se sentir informados, apoiados e ouvidos (aspectos relacionais), para que possam tomar decisões e escolhas significativas sobre seus cuidados”. Para Wolf et al. (2014), a soma de todos os contatos das experiências de saúde vivenciadas retrata a essência participativa da EP, que deve ser interpretada levando em conta as perspectivas do paciente e familiares.

No Brasil, segundo Rodrigues (2019), ainda há a confusão entre experiência com satisfação por parte dos gestores e muito deles dão maior importância somente à humanização ou à satisfação dos pacientes, que são aspectos importantes, mas incompletos na era da EP. Segundo a autora, é de grande importância proporcionar conhecimento e acolhimento ao paciente e educação em saúde (RODRIGUES, 2019).

Um ponto importante para Groene et al. (2015) é o de que as organizações hospitalares carecem de criar técnicas que assegurem um grande desempenho na EP, criando medidas equivalentes às de desempenho clínico. Além disso, o empenho para uma melhor compreensão das experiências dos pacientes proporciona às organizações a possibilidade de descobrir falhas no serviço, permitindo que as organizações reorganizem o serviço e aprimorem o atendimento aos pacientes a partir da compreensão do que causa resultados negativos na EP (LAVELA PHD; GALLAN PHD, 2014). Rodrigues (2019) defende que a EP retrata a qualidade dos serviços de saúde. Nessa mesma linha, Wolf et al. defendem a ideia de que a avaliação da EP proporciona o poder de visão sobre várias direções ao se abordar iniciativas de melhoria de qualidade.

A literatura aponta a importância da utilização de instrumentos adequados no

momento de medir a EP (O'MALLEY et al., 2005; LAWSON et al., 2011; GARRARD; NARAYAN, 2013; PRICE et al., 2014). O'Malley et al. (2005) sugere ser relevante o fato de os relatórios de avaliação da EP fornecerem informações adequadas e precisas de acordo com o público-alvo, por isso, é importante a escolha correta da composição do método de avaliação. Do mesmo modo, Lawson et al. (2011) sugerem que é importante a avaliação do contexto onde determinada ferramenta será aplicada. Ao medir a EP deve-se atentar ao tamanho e ajuste da amostra e seguir protocolos de implementação (PRICE et al., 2014).

2.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

Os modelos que serão expostos nesta seção são resultantes da revisão de escopo sobre modelos de avaliação da EP adulto em hospitais, apresentada no capítulo 4. A revisão dos estudos empíricos sobre a avaliação da EP em hospitais identificou três modelos mais populares: o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS); o *Picker Patient Experience Questionnaire* (PPE) e o *Quality of care from the patient's perspective* (QPP). Por esta razão, estes modelos são descritos nas próximas seções.

2.3.1 Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)

Foram localizados artigos que demonstram que a ferramenta HCAHPS vem sendo estudada desde 2005 no meio científico (KELLER et al., 2005; O'MALLEY et al., 2005). Segundo Giordano et al. (2010), a construção da pesquisa hospitalar sobre a Avaliação do Consumidor de Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde (HCAHPS) foi tema especial do periódico *Health Services Research*, onde foi proporcionada uma revelação extensa do desenvolvimento da ferramenta antes de sua implementação nos Estados Unidos.

Em 2008, foram publicados os primeiros resultados plurianuais da pesquisa sobre perspectivas dos pacientes em atendimento hospitalar nos Estados Unidos (GIORDANO et al., 2010). Esta pesquisa estava sob responsabilidade do Departamento de Saúde e Recursos Humanos do governo americano e contribuiu para a implementação da modelo *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS). Ele é uma das inúmeras iniciativas do governo dos Estados Unidos voltadas à melhoria da qualidade dos serviços de

saúde e ao atendimento centrado no paciente. O HCAHPS surgiu como uma alternativa às tradicionais verificações de documentos médicos e de reclamações dos pacientes, obtendo-se uma percepção direta da EP (GIORDANO et al., 2010).

O fato de haver pagamento do governo aos provedores de serviços de saúde dos Estados Unidos fez com que o método se popularizasse, sendo o pagamento de acordo com os resultados das medidas HCAHPS (RODRIGUES, 2019).

O HCAHPS tratava-se de um questionário composto de 32 itens que abrangia as variáveis: comunicação com médicos, comunicação com enfermeiros, capacidade de resposta da equipe do hospital, controle da dor, comunicação sobre medicamentos, informações sobre alta e transição de atendimento/cuidados, limpeza e tranquilidade do ambiente hospitalar, classificação geral do hospital e possibilidade de recomendação (COWEN et al., 2016; ALALOUL et al., 2019; FISHER et al., 2019). Todavia, em 2018, foi divulgada pelos Centros Medicare e Medicaid, uma mudança que culminou na eliminação de questões relativas à variável “controle da dor” e entrou em vigor a partir das pesquisas com pacientes que obtiveram alta a partir de outubro de 2019, nos Centros de Serviços *Medicare* e *Medicaid* (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2018). A partir da eliminação dessas questões, o questionário HCAHPS passou a ser composto de 29 questões (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2018).

Essas 29 questões abrangem temas como o perfil dos respondentes e variáveis que mensuram a EP. Vale lembrar que para cada variável existem várias questões. O quadro 2.1 demonstra as categorias e as variáveis, classificadas no capítulo 4, associadas a cada categoria que estruturam a ferramenta HCAHPS:

Quadro 2. 1 - Categorias e variáveis estruturais da ferramenta HCAHPS

Categoria	Variável
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 médicos
	Comunicação com enfermeiros
	Comunicação sobre medicamentos
Equipe hospitalar	Capacidade de resposta da equipe
Qualidade e serviços	Classificação geral do hospital
Sentimentos e comportamentos	Possibilidade de recomendação

Fonte: elaborado pela autora. Adaptado de Keller et al. (2005); O’Malley et al. (2005) e Giordano et al. (2010).

2.3.2 Picker Patient Experience Questionnaire (PPE)

O *Picker Patient Experience Questionnaire* (PPE) foi originalmente desenvolvido na Inglaterra por Reeves et al. (2002) por meio de entrevistas, grupos focais e aplicação do questionário em pacientes que estiveram internados em hospitais. Este instrumento de pesquisa é constituído por 15 questões e foi testado em 2002 por Jenkinson, Coulter e Bruster (2002) em cinco países: Reino Unido, Alemanha, Suécia, Suíça e Estados Unidos. Para Jenkinson, Coulter e Bruster (2002), o PPE proporciona um sistema de pontuações de fácil análise e oferece a oportunidade de se adicionar outras dimensões e questões, representando uma evolução na avaliação da EP internado ao permitir que as organizações que o utiliza possam customizá-lo em virtude de sua necessidade. Desse modo, Lusilla-Palacios e Castellano-Tejedor(2017) utilizaram o PPE numa versão customizada com trinta e três questões.

A estrutura do PPE aborda sete categorias e oito variáveis relativos aos atributos da experiência hospitalar relativos (JENKINSON; COULTER; BRUSTER, 2002; LUSILLA-PALACIOS; CASTELLANO-TEJEDOR, 2017; REEVES et al., 2002). O Quadro 2.2 mostra esta estrutura.

Quadro 2. 2 - Categorias e variáveis estruturais da ferramenta PPE

Categoria	Variável
Alta hospitalar e transição dos 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: elaborado pela autora. Adaptado de Jenkinson, Coulter e Bruster (2002); Lusilla-Palacios e Castellano-Tejedor (2017) e Reeves et al. (2002).

Como vantagem do método, é possível citar que o PPE foi planejado para ser aplicado com rapidez e facilidade, sendo um método breve e direto (JENKINSON; COULTER; BRUSTER, 2002).

2.3.3 Quality of care from the patient's Perspective (QPP)

Wilde et al. (1993) consideraram que a estrutura e recursos da organização e as preferências dos pacientes poderiam dar entendimento à qualidade do atendimento. Assim, na Suécia, o método *Quality of care form the patient's Perspective* (QPP) foi desenvolvido por meio de entrevistas para captar a qualidade na perspectiva do paciente hospitalizado (WILDE et al., 1993). É um modelo cujo foco é na avaliação da percepção de qualidade dos serviços de saúde, cuja percepção, segundo os desenvolvedores do método, é formada pelas experiências (WILDE et al., 1993; LARSSON; LARSSON; MUNCK, 1998; LARSSON; LARSSON, 2002). O método contém uma abordagem orientada para a identidade, que é uma maneira de entender a EP através de sentimentos de empatia, por exemplo (Wilde et al., 1993). Desse modo, entende-se que o método é capaz de avaliar a EP e, por isso, foi incluído na revisão de escopo (capítulo 4).

A partir do estudo de Wilde, Larsson, Larsson e Munck (1998), também na Suécia, foi desenvolvida uma segunda versão do QPP, composta por 68 itens de avaliação, a qual foi reduzida para 24 itens por Larsson e Larsson (2002) numa terceira versão do QPP.

Em ambas as versões (segunda e terceira), o método QPP aborda quatro dimensões principais: Ambiente hospitalar, Infraestrutura e abrangência, Qualidade e serviços e Trato com o paciente e familiares (LARSSON; LARSSON, 2002; LARSSON; LARSSON; MUNCK, 1998; WILDE et al., 1993).

O quadro 2.3 demonstra a relação de categorias e variáveis estruturais do método QPP.

Quadro 2. 3 - Categorias e variáveis estruturais da ferramenta QPP

Categoria	Variável
Ambiente hospitalar	Atmosfera sociocultural
Infraestrutura e abrangência	Condições técnicas e físicas
Qualidade e serviços	Competência técnica do médico
Trato com o paciente e familiares	Abordagem orientada para a identidade

Fonte: elaborado pela autora. Adaptado de Wilde et al., 1993; Wilde, Larsson, Larsson e Munck (1998) e Larsson e Larsson (2002).

3 MÉTODO DA PESQUISA

Este capítulo tem como propósito caracterizar o método da pesquisa. Para isso, é feita uma caracterização da pesquisa quanto à abordagem do problema de pesquisa, aos objetivos da pesquisa e às estratégias da pesquisa. Em seguida serão descritas as etapas da pesquisa.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Uma vez que o objetivo desta pesquisa é melhor compreender o impacto da COVID-19 nas práticas de EP em hospitais brasileiros, é possível caracterizá-la como uma pesquisa empírica. Neste tipo de pesquisa, a teoria é transportada para realidade (MICHEL, 2005). Em relação à abordagem do problema, configura-se uma pesquisa qualitativa em virtude de revisão de escopo realizada e quantitativa, já que busca verificar estatisticamente o impacto da COVID-19 nas práticas de EP (GANGA, 2012). Por fim, quanto aos objetivos, esta pesquisa é caracterizada como descritiva em razão de propor uma avaliação de como as práticas de EP foram afetadas pela pandemia de COVID-19 (GANGA, 2012, GIL, 2010).

Duas estratégias de pesquisa foram utilizadas. A primeira refere-se à revisão de escopo (*scoping review*), que é adequada para identificar conceitos que formam um certo tópico de pesquisa, especialmente que este não está consolidado (ARKSEY; OMALLEY, 2005; PETERSON et al., 2017). A segunda estratégia é a pesquisa de levantamento (*survey*). Segundo Ganga (2012), a *survey* é considerada adequada quando se pretende responder a perguntas de pesquisa do tipo “o quê?”, “por quê?”, “como?” e “quanto?”. Nesta lógica, o método se configura apropriado para responder à questão desta pesquisa: como as práticas de EP foram afetadas pela pandemia de COVID-19 em hospitais brasileiros?. O Quadro 3.1 resume a caracterização da pesquisa.

Quadro 3. 1 - Caracterização da pesquisa

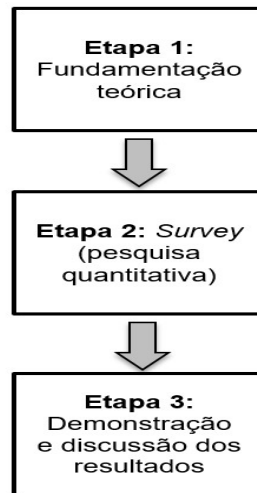
Critério	Classificação
Tipo da pesquisa	Pesquisa empírica
Abordagem do problema de pesquisa	Quantitativa
Objetivos de pesquisa	Descritiva
Estratégias de pesquisa	Pesquisa bibliográfica (revisão de escopo) / <i>survey</i>

Fonte: elaborado pela autora. Adaptado de Michel (2005); Gil (2010).

3.2 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa é composta de três etapas principais, ilustradas pela Figura 3.1:

Figura 3. 1 - Etapas principais da pesquisa



Fonte: elaborada pela autora.

3.2.1 Etapa 1 – Fundamentação teórica

Esta etapa tem o objetivo de prover a fundamentação teórica necessária para reconhecer e analisar o objeto de estudo. No caso deste trabalho, a fundamentação centrou-se no conceito de EP e mensuração da EP.

Num primeiro momento, foi realizada uma revisão exploratória sobre esses tópicos de pesquisa, a qual está materializada no Capítulo 2. Também foi realizada uma revisão de escopo (Capítulo 4) a fim conhecer os métodos existentes e suas características (tipos de métodos, variáveis independentes e variáveis dependentes). A revisão foi realizada em uma amostra de 51 artigos resultantes, após critérios de inclusão e exclusão, de buscas nas bases de dados PubMed Central: PMC e Web of Science – Coleção Principal (*Clarivate Analytics*). Os artigos abordavam, empiricamente, a EP. Nesta etapa foi possível observar que a abordagem quantitativa é a mais utilizada para mensurar a EP. Quanto à estratégia, a revisão de escopo demonstrou que a *survey* é a mais utilizada. Também foi possível verificar que construtos como Comunicação e Informação, Equipe e Cuidados e Segurança, entre outros, frequentemente são utilizados como formadores da EP. Demais resultados são evidenciados no Capítulo 4.

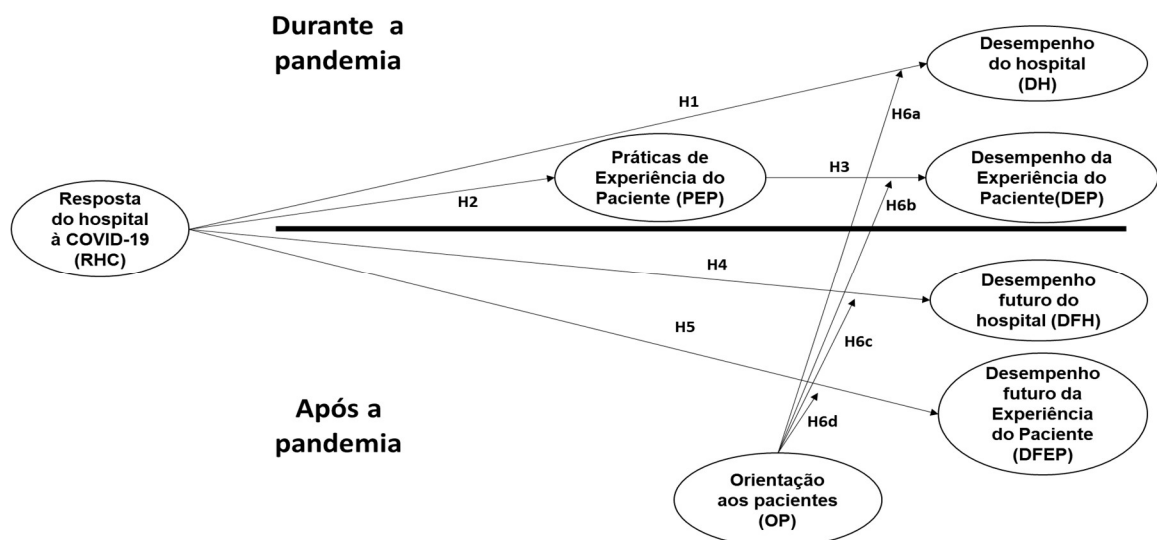
3.2.2 Etapa 2 – Survey (pesquisa quantitativa)

Para a realização da pesquisa sobre compreensão dos impactos da COVID-19 em hospitais brasileiros, optou-se pela abordagem quantitativa por meio do método *survey*. Deste modo, serão apresentadas as etapas utilizadas na *survey* de acordo com o método proposto por Forza (2002).

3.2.2.1 Modelo conceitual da pesquisa

O modelo conceitual proposto foi definido através da revisão de escopo (capítulo 4), na qual foram evidenciados, na literatura estudada, os itens utilizados para a mensuração da EP. Demais construtos do modelo foram definidos a partir do contexto criado pela pandemia da COVID-19. Referências que suportam esses construtos são apresentados no Quadro 3.2. Após realização da revisão, optou-se por um modelo conceitual como explicitado na Figura 3.2. Destalhes dos construtos e hipóteses são apresentados no Capítulo 5.

Figura 3. 2 - Modelo conceitual da pesquisa



Fonte: elaborada pela autora.

Quadro 3. 2 - Estrutura do modelo conceitual

Construto	Item de mensuração	Referências
Resposta do hospital à COVID-19 (RHC)	Adaptação a mudanças	Majid; Wasim (2020); Wosik et al. (2020)
	Adaptação ao trabalho remoto	
	Recursos suficientes	
	Adaptação ao comportamento dos pacientes	
	Fornecedores atenderam aos pedidos	
	Adaptação a restrições financeiras	
	Agilidade e flexibilidade	
Práticas de EP (PEP)	Tecnologias digitais	Wong et al. (2015); Fisher et al. (2019); Rapport et al. (2019)
	Admissão e acesso	
	Comportamento da equipe	
	Comunicação da equipe	
	Ambiente hospitalar	
	Cuidados e segurança	
	Qualidade dos serviços	
	Relacionamento da equipe com familiares	
	Relacionamento da equipe com pacientes	
	Participação nas decisões	
	Informações e feedback	
	Preparação para a alta-hospitalar	
Sentimento de empatia da equipe		
Desempenho da EP - presente (DEP)	Serviços de qualidade	Edvardsson, Enquist e Johnston (2005); Ferguson, Paulin e Bergeron (2010)
	Superação das expectativas dos pacientes	
	Fidelidade do paciente	
	Recomendação	
Desempenho do hospital -presente (DH)	Experiência positiva	Grimm (2020)
	Aumento na ocupação dos leitos	
	Aumento no faturamento	
	Redução nos custos	
	Melhor imagem/reconhecimento	
Desempenho futuro do hospital (DFH)	Redução de admissões	Grimm (2020)
	Melhoria nos indicadores de infecção	
	Aumento na ocupação dos leitos	
	Aumento no faturamento	
	Redução nos custos	
Desempenho futuro da EP (DFEP)	Melhor imagem/reconhecimento	Edvardsson, Enquist e Johnston (2005); Ferguson, Paulin e Bergeron (2010)
	Redução de admissões	
	Melhoria nos indicadores de infecção	
	Serviços de qualidade	
Orientação aos 'pacientes (OP)	Superação das expectativas dos pacientes	Luxford; Safran; Delbranco (2011); Roberts (2013);
	Fidelidade do paciente	
	Recomendação	
	Experiência positiva	
	Monitoramento da EP	
	Maior valor para os pacientes	
	Atenção às orientações	
	Recursos humanos, tecnológicos e gerenciais	
	Atenção a orientações pós-alta	

Fonte: elaborado pela autora.

3.2.2.2 População e amostra

Com base no objetivo desta pesquisa, tem-se que a população-alvo são os profissionais de saúde e gestores de hospitais que atuaram em hospitais brasileiros que admitiram pacientes de COVID-19. Os dados foram coletados durante os dias entre 09 de novembro e 02 de dezembro de 2020. A amostra contou com 234 questionários respondidos, sendo que 146 destes foram excluídos por motivos a serem melhor esclarecidos no capítulo 5. Assim, a amostra final foi de 88 questionários de respondentes de hospitais brasileiros que admitiram pacientes com COVID-19. Este tipo de amostra é definido por Forza (2002) e Kemper (2003) como amostra “não probabilística”.

3.2.2.3 Instrumento de pesquisa

Para a coleta de dados, o instrumento desta pesquisa foi definido a partir da revisão de escopo onde os métodos de mensuração e construtos formadores da EP e suas práticas (capítulo 4) foram identificados. Outros construtos relacionados com a práticas de EP e desempenho hospitalar foram selecionados para melhor compreensão do objetivo da pesquisa, de acordo com revisão bibliográfica (capítulo 5). As afirmações feitas aos respondentes estão demonstradas no Apêndice 1.

O questionário foi aplicado após a aceitação do respondente em participar da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), onde a pesquisa foi apresentada aos respondentes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino na qual a autora está vinculada. Logo, todos os procedimentos para coleta e tratamento dos dados estão em acordo com a legislação vigente no Brasil (Protocolo da pesquisa - CAAE 38492620.5.0000.5504).

3.2.2.4 Teste piloto

Consiste na etapa onde o instrumento de pesquisa é testado a fim de se identificar possíveis problemas e adequar o método de coleta de dados, se necessário (FORZA, 2002). O Teste Piloto é realizado com um número reduzido de respondentes-alvo e/ou especialistas. Após sua conclusão, são feitas adequações de instruções, perguntas, problemas de entendimento, quando necessárias, e em seguida é iniciada a administração da pesquisa para a amostra maior (FORZA, 2002). No caso desta pesquisa, o questionário foi submetido a pré-

testes com acadêmicos e profissionais da saúde e algumas palavras foram substituídas para melhor compreensão da versão final do questionário.

3.2.2.5 Coleta de dados

Devido à impossibilidade de coletar dados com pacientes no momento da pandemia, optou-se por coletar dados de maneira virtual com profissionais de saúde e gestores que atuaram em hospitais que cuidaram de pacientes de COVID-19 no Brasil. Acredita-se que, por terem contato direto com esses pacientes ou por terem liderado equipes para lidar com os efeitos da pandemia, esses profissionais estavam aptos a responder as questões propostas. Foram identificados grupos desses profissionais nas redes sociais LinkedIn e Facebook. As entrevistas foram realizadas através de questionário fechado disponibilizado na plataforma *SurveyMonkey*®. A pesquisa foi apresentada através de um texto pré-definido (Apêndice 3) publicado nos grupos, nas redes sociais citadas, de profissionais que se encaixavam no perfil da pesquisa. No final do texto de apresentação da pesquisa foi disponibilizado um link para o questionário. Também foram enviadas mensagens particulares a integrantes desses grupos de modo a reforçar o convite de participação na pesquisa. Detalhes da composição da amostra são apresentados no capítulo 5.

3.2.2.6 Tratamento e análise de resultados

Foi utilizada a técnica de Modelagem de Equações Estruturais para testar o modelo conceitual e as hipóteses da pesquisa, conforme orientação de Hair et al., 2014. A análise dos dados foi apoiada pelo software SmartPLS 2.0.M3 que usa a abordagem *Partial Least Squares* (PLS) para realizar a Modelagem de Equações Estruturais. Os resultados da etapa tratamento e análise de resultados integrarão o artigo II desta dissertação (capítulo 5).

3.2.3 Etapa 3 – Difusão dos resultados

Os resultados das pesquisas bibliográficas e empírica são difundidos no decorrer desta dissertação e de seus artigos derivados.

4 ARTIGO 1 - Avaliando a experiência do paciente adulto em hospitais: uma revisão de escopo

Resumo

A experiência do paciente (EP) tem sido associada à percepção dos pacientes em relação aos serviços de cuidado, à cultura organizacional e às interações vivenciadas pelos pacientes. A literatura vem investigando a transformação do construto EP em itens mensuráveis. Este artigo tem o objetivo de caracterizar o processo de mensuração da EP adulto em hospitais gerais. Para tanto, uma revisão de escopo (*Scoping Review*) em uma amostra de 51 artigos empíricos que tratam da avaliação da EP foi analisada. Os resultados permitem (i) identificar os métodos, as variáveis e dimensões relacionadas à EP em hospitais; (ii) apontar que o modelo americano Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) tem sido mais usado para esta finalidade; (iii) propor diretrizes para a consolidação de um conjunto de dimensões e variáveis capazes de operacionalizar e mensurar a EP em hospitais gerais. Atributos ligados à qualidade relacional foram enfatizados como principais direcionadores da EP. Implicações teóricas e práticas são apresentadas e gerentes de hospitais podem apoiar-se nos resultados apontados para criarem seus próprios instrumentos de medição ou adotarem os modelos já existentes, de acordo com a necessidade.

Palavras-chave: Experiência do Paciente, Mensuração, Hospital. Scoping review

Abstract

Patient experience (PE) has been associated with patients' perception of care services, organizational culture and interactions experienced by patients. The literature has been investigating the transformation of the EP construct into measurable items. This article aims to characterize the process of measuring adult PE in general hospitals. For this, a scope review (*Scoping Review*) in a sample of 51 empirical articles that deal with PE evaluation was analyzed. The results allow (i) to identify the methods, variables and dimensions related to the patient's experience in hospitals; (ii) point out that the American model Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) has been used more

for this purpose; (iii) to propose guidelines for the consolidation of a set of dimensions and variables capable of operationalizing and measuring PE in general hospitals. Attributes related to relational quality were emphasized as the main drivers of PE. Theoretical and practical implications are presented and hospital managers can rely on the results indicated to create their own measurement instruments or adopt the existing models, according to the need.

Keywords: Patient Experience, Measurement, Hospital. Scoping review

Introdução

O conceito de experiência do cliente ganhou importância na área de gestão, pois criar uma experiência positiva para o cliente aumenta as chances de sua satisfação e lealdade, além de ampliar as vantagens competitivas para a empresa (Pine & Gilmore, 1998; McColl-Kennedy et al., 2015; Mosavi et al., 2018). A experiência do cliente é formada por percepções que os clientes desenvolvem quando entram em contato direto (por exemplo, atendimento pessoal) ou indireto (por exemplo, publicidade) com diferentes aspectos da empresa provedora do produto ou serviço (Meyer & Schwager, 2007; Verhoef et al., 2009). Trata-se, portanto, de um construto multidimensional e holístico, que envolve respostas cognitivas, afetivas, emocionais, sociais e físicas do cliente em relação à empresa, à marca, ao produto ou ao serviço (Maklan, 2012; Verhoef et al., 2009). Ademais, a experiência do cliente envolve atividades em diferentes estágios, como pesquisa, compra, consumo, disposição e outras atividades relacionadas (Verhoef et al., 2009).

No setor de serviços, a experiência do cliente tem sido investigada em diferentes setores, tais como bancos (e.g., Mbama & Ezepue, 2018), hospitalidade (e.g., Kandampully et al., 2018) e empresas de varejo (e.g. Bustamante & Rubio, 2017). Na área da saúde, o conceito de experiência do cliente, chamado de experiência do paciente (EP), obteve rápida adesão entre os pesquisadores e profissionais de saúde (Wolf et al., 2014; Rapport et al., 2019). A EP reflete a qualidade dos serviços na perspectiva do paciente. De fato, a qualidade tem sido uma preocupação das organizações de saúde (Wardhani et al., 2009; Macinati, 2008). Recentemente, soma-se a ela, o foco na EP.

A EP, de acordo com Rodrigues (2019, p.19) “[...]inclui aspectos como o acesso fácil à informação, a forma de resposta às solicitações, o tratamento respeitoso, a escuta sobre as necessidades do paciente e o atendimento a valores individuais[...]”. A EP é voltada para a análise da qualidade dos cuidados de saúde (Rodrigues, 2019). Não é um conceito simples, sendo muitas vezes confundido com outros atributos tais como satisfação, lealdade, engajamento e percepções (LaVela & Gallan, 2014; Rodrigues, 2019). Nesta mesma linha, Wolf et al. (2014) apontam que a EP é mais do que a satisfação do cliente. Para os autores, a EP tem sido associada à percepção dos pacientes em relação aos serviços de cuidado, à cultura organizacional e às interações vivenciadas pelos pacientes. Logo, a conceptualização da EP ainda precisa ser refinada em virtude da complexidade dos serviços de saúde (Wolf et al., 2014). O The Beryl Institute, comprometido em elevar a experiência na área da saúde, define a EP como “a soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as percepções do paciente em todo o processo de atendimento” (The Beryl Institute, 2020, <http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp>, traduzido pela autora).

A mensuração da EP tem sido foco de investigação na literatura sobre o tema (LaVela & Gallan, 2014; Beattie et al., 2015; Male et al., 2017). Diversos métodos quantitativos e qualitativos vêm sendo usados para mensurar a EP. Entre os principais instrumentos quantitativos estão o *Picker Patient Experience Questionnaire - PPE* (e.g., Lusilla-Palacios & Castellano-Tejedor, 2017), o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and System – HCAHPS* (e.g., Banka et al., 2015) e o *Press Ganey* (e.g., Heyworth et al., 2014). Entre os métodos qualitativos, os autores apontam entrevistas e grupos focais para mensurar a EP (e.g. Sofaer et al., 2005; Kuis & Goossensen, 2017; Webster et al., 2019). Apesar da multiplicidade de instrumentos, não há um consenso entre os autores sobre os itens de mensuração que devem ser considerados para se avaliar a EP (LaVela & Gallan, 2014; Beattie et al., 2015).

Motivados por esta lacuna de pesquisa e reconhecendo a importância da EP para melhoria da qualidade dos serviços prestados e de satisfação/lealdade dos pacientes (LaVela & Gallan, 2014; Beattie et al., 2015; Male et al., 2017), este artigo tem como objetivo examinar como a EP vem sendo mensurada por meio de uma revisão de escopo (*scoping review*) com

base em uma amostra de 51 artigos sobre o tema. A *scoping review* é adequada para identificar conceitos que formam um certo tópico de pesquisa, especialmente que este não está consolidado (Arksey & O'Malley, 2005; Peterson et al., 2017). Além da análise descritiva (ano, país, periódicos, estudos mais citados e estratégias de pesquisa), busca-se identificar os instrumentos de avaliação mais utilizados, atributos avaliados e principais resultados considerados da EP.

Método de Pesquisa

A *scoping review* seguiu as etapas propostas por Arksey e O'Malley, (2005): (i) Identificar questionamentos da pesquisa; (ii) Identificar e Selecionar estudos relevantes; (iii) Arquivar e Tabelar os Dados; e (iv) Agrupar, Sumarizar e Reportar Resultados.

Identificar questionamentos da pesquisa

Inicialmente foram identificadas questões relevantes acerca da mensuração da EP adulto em hospitais gerais que pudessem guiar esta pesquisa. Sendo assim, este artigo buscar responder as seguintes questões de pesquisa:

QP#1 Quais são as características das pesquisas empíricas acerca da EP em hospitais?

QP#2 Quais os principais instrumentos de avaliação da EP citados na literatura?

QP#3 Quais os construtos independentes (atributos) considerados na mensuração da EP?

QP#4 Quais os resultados considerados na mensuração da EP adulto em hospitais?

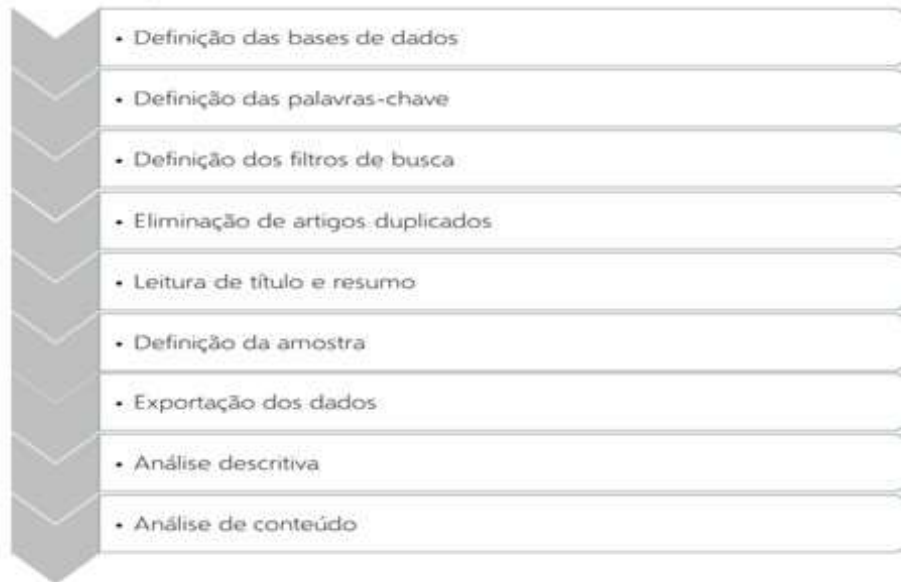
As perguntas foram formuladas para sustentar uma revisão da literatura sobre mensuração da EP de forma compreensiva, tendo obtido suas respostas por meio de uma estruturação robusta e documentada (Arksey & O'Malley, 2005).

Identificar e selecionar estudos relevantes

Uma etapa importante da *scoping review* refere-se à seleção dos artigos que formarão a amostra final. Neste caso, os procedimentos de identificação e seleção foram baseados em

Beattie et al. (2013). Na Figura 4.1 são ilustradas as etapas utilizadas para a realização desta *scoping review*.

Figura 4. 1 - Etapas da *Scoping Review*



Fonte: elaborada pela autora.

As buscas foram feitas nas bases de dados *PubMed Central* e *Web of Science*. A definição dos termos de busca foi inspirada em Beattie et al. (2015), porém, foram realizadas modificações para ampliar a identificação de artigos. Assim, os termos utilizados foram: “*patient experience*” AND “*healthcare*” AND “*measur**” AND “*hospital*”. Como critérios de inclusão foram adotados os filtros de busca: língua inglesa e período de dezembro de 2013 a junho de 2019. Logo, adotou-se um período posterior ao investigado por Beattie et al. (2015), complementando sua base de artigos. Com base nos procedimentos descritos, a busca retornou 379 artigos, sendo 145 da *Web of Science* e 234 da *PubMed Central*. Foram incluídos os 26 artigos de Beattie et al. (2015), totalizando 405 artigos. Os metadados desses artigos foram extraídos e exportando para o software de gerenciamento bibliográfico *Mendeley*. Após a retirada de artigos duplicados, obteve-se uma amostra inicial de 280 artigos.

O próximo passo foi a leitura de títulos, resumo e palavras-chaves para seleção dos artigos. Neste caso, foram selecionados artigos que i) abordavam o tema de mensuração da EP adulto em hospitais, ii) apresentavam resultados de pesquisas empíricas; iii) cujo método de avaliação estava explicitado (e.g., tipo de estratégia, instrumento, variáveis e resultados

etc), permitindo identificar as variáveis observadas. Consequentemente, não foram selecionados artigos que i) não mensuravam a EP em saúde (e.g., Doyle et al., 2013), ii) concentravam-se na avaliação da satisfação (e.g., Malik et al., 2016) ou segurança hospitalar (e.g., Lawton et al., 2015) em vez da EP, iii) não abordavam o ambiente geral hospitalar (e.g., Caneiras et al., 2019) ou iv) que focavam na experiência de crianças (e.g., Toomey et al., 2015). Em caso de dúvidas, os artigos eram lidos na íntegra para uma decisão de inclusão ou não. Também foram descartados artigos que não disponibilizavam acesso ao texto completo ou relatórios técnicos. Após este segundo filtro, a amostra totalizou 81 artigos. Ao iniciar a leitura do texto completo destes artigos, 30 deles foram descartados por não atenderem os critérios de inclusão. A amostra final contempla, portanto, 51 artigos focais.

Arquivar e tabelar os dados

Esta etapa tem como objetivo mapear as principais variáveis que serão observadas nas publicações de forma a criar um banco de dados que sirva de fonte para uma posterior análise (Arksey & O'Malley, 2005). Os artigos foram organizados em uma planilha com as seguintes informações para subsidiar a análise descritiva: ano, periódicos, tipo de abordagem e estratégias de pesquisa. Na análise temática, os dados coletados foram: métodos usados para mensurar a EP, atributos que formam a EP (variáveis independentes) e os objetivos mensurados pelos artigos.

Agrupar, sumarizar e reportar resultados

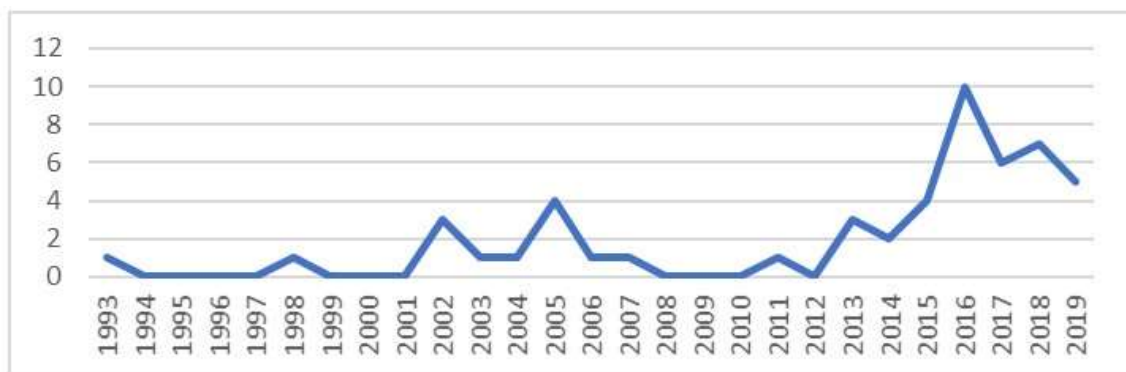
O agrupamento dos dados e sua sumarização forneceram informações importantes sobre os artigos. A análise descritiva proveu informações sobre as principais características da amostra, ajudando a resolver a QP1 e respondendo parcialmente a QP2. A análise temática permitiu um exame quantitativo/qualitativo do conteúdo dos artigos de acordo as características dos métodos de mensuração da EP aplicados, respondendo as QP2, QP3 e QP4. A análise temática também ajudou a relatar e categorizar os desafios e oportunidades da mensuração da EP. Esses resultados são apresentados nas próximas seções.

Resultados

Análise descritiva

A evolução da produção científica sobre o tema é representada pela Figura 4.2. Observa-se um interesse maior pelo tema a partir de 2012, sendo que o ano em que houve maior publicação de artigos desta pesquisa foi 2016, com aproximadamente 19,6% dos artigos (e. g., Kemp et al., 2016).

Figura 4. 2 - Evolução temporal da amostra



Fonte: elaborada pela autora.

Os artigos foram publicados em 31 periódicos. Na Tabela 4.1 constam os periódicos em que foram identificadas até duas publicações. O *BMJ Open* tem o maior número de artigos publicados (e.g., Beattie et al., 2016; Kemp et al., 2016; Lane et al., 2016), seguido pelo *International Journal for Quality in Health Care* (e. g., Pettersen et al., 2004; Rao et al., 2006; Lawson et al., 2011) e pelos periódicos *BMC Health Services Research* (e. g., Brown et al., 2015; Liu et al., 2017 ; McLean et al., 2017) e *Health Services Research* (e. g., Levine et al., 2005; O'Malley et al., 2005; Sofaer et al., 2005). Observa-se que o tema tem sido publicado, majoritariamente, em periódicos da área médica.

Tabela 4. 1 - Periódicos

Journal	Total de artigos	%
<i>BMJ Open</i>	6	11,76%
<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	5	9,8%
<i>BMC Health Services Research</i>	4	7,84%
<i>Health Services Research</i>	4	7,84%
<i>BMJ Quality&Safety</i>	2	3,92%
<i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i>	2	3,92%
<i>Journal of Hospital Medicine</i>	2	3,92%
<i>Journal of Patient Experience</i>	2	3,92%
<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	2	3,92%

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação à abordagem de pesquisa, 66,67% (34 artigos) dos trabalhos utilizaram, exclusivamente, a abordagem quantitativa (e.g., Garrard & Narayan, 2013; Kerezoudis et al., 2018; Alaloul et al., 2019). A abordagem qualitativa foi utilizada em 11,76% (6 artigos) apenas (e.g., Kuis & Goossensen, 2017; Rapport et al., 2019). Porém, a abordagem multimétodo, que inclui investigações qualitativas e quantitativas sobre a EP foi adotada em 11 artigos (21,57%) (e.g., Rao et al., 2006; Carter et al., 2018). A fim de complementar a caracterização dos métodos de pesquisas adotados pelos artigos focais, a Tabela 4.2 apresenta as estratégias de pesquisa utilizadas.

Tabela 4. 2 - Estratégia de Pesquisa

Estratégia de Pesquisa	Total de artigos
<i>Survey</i>	34
<i>Survey</i> + entrevistas individuais	7
Entrevistas individuais*	4
<i>Survey</i> + entrevistas individuais + grupos focais	3
Entrevistas individuais + grupos focais	1
Grupos focais	1
<i>Survey</i> + grupos focais	1
Total de artigos	51

*Inclui os instrumentos "Diary of Patient" e "Emotional Touchpoint" e instrumentos quantitativos em forma de entrevista.

Fonte: elaborada pela autora.

A *survey* é a estratégia de pesquisa mais utilizada (66,67%) entre os artigos focais (e.g., O'Malley et al., 2005). Além disso, a *survey* é também aplicada em conjunto com outras estratégias qualitativas. Ao se considerar todos os artigos em que a estratégia é aplicada, esta abordagem totaliza 88,24% dos artigos. Este tipo de estratégia é mais adequada quando as variáveis de operacionalização de um construto já estão consolidadas, o que não é caso da EP.

Porém, a EP segue uma tendência de análise quantitativa adotada nas áreas de satisfação e qualidade em serviços. Apesar das estratégias qualitativas garantirem um entendimento mais aprofundado sobre a EP, estudos que se apoiam somente neste tipo de estratégia são menos observados. Somente entrevistas são usadas apenas por 7,84% dos artigos. Porém, elas foram baseadas em construtos presentes em instrumentos como HCAHPS e *Quality form the Patient's Perspective* - QPP (Levine et al., 2005; Wilde et al., 1993) ou instrumentos como o *"Diary of patient"* (Webster et al., 2019) e *"Emotional Touchpoint"* (Kuis & Goossensen, 2017). Já a estratégia de entrevistas, ao se considerar todos os artigos em que é aplicada, é observada em 29,41% da amostra.

Análise temática

Instrumentos de mensuração da experiência do paciente

A Tabela 4.3 mostra os instrumentos de avaliação da EP identificados nos artigos. O *"Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems"* (HCAHPS) é o método mais citado nos artigos (39.22%). Este instrumento é composto por 29 itens, englobando atributos como: comunicação com médicos, comunicação com enfermeiros, capacidade de resposta da equipe do hospital, comunicação sobre medicamentos, informações sobre alta e transição de atendimento/cuidados, limpeza e tranquilidade do ambiente hospitalar, classificação geral do hospital e possibilidade de recomendação. A variável controle da dor foi eliminada a partir das pesquisas com pacientes que obtiveram alta a partir de 1º de outubro de 2019 pelos Centros de Serviços *Medicare* e *Medicaid* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018). O HCAHPS apresenta alta popularidade entre os hospitais americanos, sendo adotado como indicador de qualidade hospitalar por organizações gestoras de saúde como os Centros de Serviços *Medicare* e *Medicaid* (Giordano et. al., 2010; Rodrigues, 2019).

O segundo instrumento mais usado (9,80%) é o *Picker Patient Experience Questionnaire* (PPE). Ele foi originalmente elaborado com 15 itens por Reeves et al. (2002), mas uma versão expandida com 33 itens foi utilizada por Lusilla-Palacios & Castellano-Tejedor (2017). O questionário aborda as variáveis: informação e educação, coordenação de cuidados, conforto físico, suporte emocional, respeito pela solicitação do paciente, envolvimento de familiares e amigos, continuidade e transição e impressão geral (Lusilla-Palacios & Castellano-Tejedor, 2017). Na sequência, tem-se o instrumento *Quality of care form the Patient's*

Perspective (QPP), com 5,88%, que foi desenvolvido por Wilde et al. (1993) para captar a qualidade na perspectiva do paciente. Larsson et al. (1998) formularam a versão do questionário com 68 itens, tendo sido diminuída para 24 itens por Larsson & Larsson (2002). O QPP aborda as variáveis: competência técnica do médico, comprometimento, condições técnicas e físicas, características e situação do local, atmosfera sociocultural, abordagem orientada para a identidade, participação do paciente, atendimento às necessidades pessoais e tratamento positivo de pessoas significativas (Wilde et al., 1993; Larsson et al., 2002). Na versão de 24 itens aborda as variáveis: competência técnica do médico, condições técnicas e físicas, atmosfera sociocultural e abordagem orientada para a identidade (Larsson & Larsson, 2002). Tanto o HCAHPS, o PPE e QPP avaliam diferentes aspectos da experiência hospitalar, englobando muitas dimensões da qualidade em serviços.

Tabela 4. 3 - Instrumentos de mensuração da EP

Instrumento de Avaliação	Artigos	Total
HCAHPS (<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>)	1, 2, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 21, 22, 23, 30, 34, 36, 39, 40, 41, 44, 46, 48	20
PPE - 15 ou PPE – 33(<i>Picker Patient Experience Questionnaire</i>)	16, 17, 32, 37, 43	5
QPP (<i>Quality of care form the patient's Perspective</i>)	27, 28, 50	3
HKIEQ (<i>Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire</i>)	10, 51	2
PEECH (<i>Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation</i>)	35, 37	2
PPQ (<i>Patient Perceptions of Quality</i>)	4, 24	2
Press Ganey	15, 42	2
Questionário próprio	33, 26	2
CCAENA (<i>Questionnaire of Continuity between Care Levels</i>)	31	1
CEFIT (<i>Care Experience Feedback Improvement Tool</i>)	3	1
CEPS IC (<i>Canadian Patient Experience Survey–Inpatient Care</i>)	45	1
CollaboRATE	12	1
<i>Diary of patient</i> (escrito pelo próprio paciente)	49	1
<i>Emotional Touchpoint</i>	25	1
EUROPEP <i>Questionnaire</i>	47	1
EXQ (<i>Customer Experience Quality</i>)	20	1
FPS (<i>Flemish Patient Survey</i>)	5	1
I-PAHC (<i>Patient Assessment of Healthcare for Inpatient Care</i>)	29	1
JPCAT (<i>Primary Care Assessment Tool</i>)	19	1
NORPEQ (<i>Norwegian patient experience questionnaire</i>)	38	1
O-PAHC (<i>Patient Assessment of Healthcare for Outpatient Care</i>)	29	1
PEQ (<i>Patient Experiences Questionnaire</i>)	18	1
SERVQUAL	13	1

Legenda: 1. (Alaloul et al., 2019); 2. (Banka et al., 2015); 3. (Beattie et al., 2016); 4. (Brown et al., 2015); 5. (Bruyneel et al., 2017); 6. (Cartier et al., 2018); 7. (Chan et al., 2015); 8. (Cowen et al., 2016); 9. (Drennan et al., 2018); 10. (Wong. et al., 2013); 11. (Fisher et al., 2019); 12. (Forcino et al., 2018); 13. (Garrard & Narayan, 2013); 14. (Gillam et al., 2016); 15. (Heyworth et al., 2014); 16. (Jenkinson et al., 2002); 17. (Jenkinson et al., 2003); 18.

(Pettersen et al., 2004); 19. (Kaneko et al., 2018); 20. (Kashif et al., 2016); 21. (Keller et al., 2005); 22. (Kemp et al., 2016); 23. (Kerezoudis et al., 2018); 24. (Rao et al., 2006); 25. (Kuis & Goossensen, 2017); 26. (Lane et al., 2016); 27. (Larsson et al., 1998); 28. (Larsson & Larsson, 2002); 29. (Lawson et al., 2011); 30. (Levine et al., 2005); 31. (Liu et al., 2017); 32. (Lusilla-Palacios & Castellano-Tejedor, 2017); 33. (Malik et al., 2016); 34. (McFarlan et al., 2019); 35. (McLean et al., 2017); 36. (Merlino et al., 2014); 37. (Murrells et al., 2013); 38. (Oltedal et al., 2007); 39. (O'Malley et al., 2005); 40. (Otani et al., 2016); 41. (Pottenger et al., 2016); 42. (Rapport et al., 2019); 43. (Reeves et al., 2002); 44. (Roseen et al., 2017); 45. (Rubens et al., 2018); 46. (Sofaer et al., 2005); 47. (Van Den Homberg et al., 2016); 48. (Wallace et al., 2018); 49. (Webster et al., 2019); 50. (Wilde et al., 1993); 51. (Wong et al., 2015).

Fonte: elaborada pela autora.

Além desses, há instrumentos menos utilizados, tais como o *Emotional Touchpoint* e o *Customer Experience Quality* (EXQ). O *Emotional Touchpoint* é um instrumento em que nenhuma categoria predefinida é usada, se baseando unicamente nos valores dos pacientes, sendo essencial do ponto de vista ético do cuidado (Kuis & Goossensen, 2017). O instrumento avalia os *touchpoints*, que caracterizam os principais momentos em que o paciente recorda ter sido tocado emocional ou cognitivamente (Kuis & Goossensen, 2017). O instrumento EXQ consiste em uma escala formada por quatro dimensões: *experiência do produto, foco no resultado, momentos de verdade e paz de espírito* (Maklan, 2012). Através da escala de 19 itens, concluíram que a experiência do serviço tem influência considerável na satisfação do cliente, na lealdade e no boca-a-boca (Maklan, 2012). Kashif et al. (2016) adaptaram a escala para medir construtos relacionados à EP em hospitais da Malásia.

Atributos (Variáveis independentes)

A tabela 4.4 apresenta as variáveis individuais (atributos) consideradas pelos autores para mensuração da EP. Elas foram identificadas a partir da análise de conteúdo dos instrumentos de avaliação. Ao todo, foram identificadas 98 variáveis individuais. Posteriormente, elas foram agrupadas em categorias (construtos/dimensões) de acordo com a sua natureza similar. A Tabela 4.4 apresenta este agrupamento.

Tabela 4.4 – Construtos e variáveis independentes

Construtos/Variáveis Independentes	Artigos	Total
Admissão e Acessibilidade		
Acesso ao sistema	3	
Acesso aprimorado ao atendimento	15	
Acesso imediato	10	6
Admissão	45, 51	
Primeiro contato	19	
Alta Hospitalar e Transição dos Cuidados		
Informações sobre alta hospitalar e transição dos cuidados e atendimento	1, 9, 22, 23, 41, 45, 46, 48, 51	
Continuidade e transição	16, 32, 43	
Continuidade relacional, informacional e gerencial	31	19
Informações sobre a alta	1, 2, 7, 8, 21, 22, 23, 39, 41, 48	
Preparação para a alta	42	
Ambiente Hospitalar		
Alimentação	51	
Ambiente de cura	33	
Atmosfera sociocultural	27, 28, 50	
Conforto físico	16, 32, 43	
Coordenação e qualidade da visita	15	18
Tranquilidade e Limpeza	1, 2, 22, 23, 46, 48	
Organização	18	
Privacidade	5, 10	
Comunicação e Informação		
Capacidade de transmitir informações	13	
Comunicação com enfermeiros	1, 2, 7, 8, 9, 11, 21, 22, 23, 29, 36, 39, 40, 45, 46, 48	
Comunicação com médicos	1, 2, 9, 11, 15, 21, 22, 23, 29, 39, 40, 45, 46, 48	
Comunicação geral	18, 42	
Comunicação sobre medicamentos	1, 2, 7, 8, 9, 14, 18, 21, 22, 23, 29, 39, 46, 48	29
Fornecimento de informações	10	
Informação	16, 32, 43	
Informação e comunicação	5	
Informações sobre exames/testes	18, 38	
Informações sobre futuras reclamações	18	
Orientação	15, 19	
Percepção de ser informado	12	
Resposta a preocupações e reclamações	42	
Cuidados e Segurança		
Controle da dor	1, 2, 5, 8, 9, 21, 22, 23, 29, 36, 39, 44, 46, 48	
Coordenação de cuidados	10, 16, 32, 43	
Cuidado no momento oportuno	3	
Cuidados e tratamento	51	
Cuidados seguros	5	24
Melhores e piores aspectos dos cuidados	26	
Orientação dos cuidados	15	
Plano de cuidados	33	
Qualidade do cuidado	10	
Segurança	3, 33, 37	
Equipe Hospitalar		
Atenção	3	
Atendimento geral/atendimento em equipe	10, 15	
Capacidade de desenvolver o serviço de maneira confiável e precisa	13	26
Capacidade de resposta	1, 2, 8, 21, 22, 23, 36, 39, 40, 45, 46, 48	

Comprometimento	27, 50	
Conexão com a equipe	37, 44	
Confiabilidade	13	
Conhecimento	13, 37	
Coordenação	5, 19	
Cortesia	13	
Disposição	13	
Educação	16, 32, 43	
Empatia	13	
Identificação com os pacientes	34	
Precisão	13	
Rapidez	13	
Respeito	5, 10, 16, 32, 43	
Sensibilidade	13	
Suporte emocional	16, 32, 43	
Trabalho em equipe	15, 34	
Experiência		
Experiência com o produto (serviço)	20	
Experiência geral no hospital	26, 44	
Impressão geral	16, 32, 43, 51	8
Satisfação geral	18	
Infraestrutura		
Condições técnicas e físicas	27, 28, 50	
Hospital e equipamentos	13, 18	
Infraestrutura	24	
Instalações, características e situação do local	10, 13, 27, 50, 51	10
Materiais de comunicação	13	
Práticas de gestão	47	
Serviços disponíveis	19	
Qualidade e Serviços		
Assistência/serviços médicos	4, 18	
Assistência/serviços de enfermagem	4, 18	
Classificação geral do hospital	8, 11, 34, 36, 41, 44	
Competência técnica do médico	27, 28, 50	
Percepção geral da qualidade	4	13
Qualidade do quarto	40	
Qualidade geral /Qualidade	33	
Sentimentos e Comportamentos		
Emoção ou cognição	25	
Momentos de verdade	20	
Paz de espírito	20	8
Possibilidade de recomendação	11, 34, 36, 44	
Valor pessoal	35, 37	
Tratamento		
Aspectos funcionais e transacionais do tratamento	37	
Disponibilidade de medicamentos	24	
Eficácia	3	4
Foco no resultado	20	
Trato com o Paciente e Familiares		
Abordagem orientada para a identidade	27, 28, 50	
Atendimento centrado na pessoa/atenção individualizada	13, 33, 45	13
Dignidade do paciente	33	

Envolvimento, contato e tratamento positivo de pessoas significativas, familiares e amigos	16, 27, 32, 42, 43, 50
Envolvimento/participação do paciente na decisão/tratamento	10, 12, 27, 42, 50
Necessidades emocionais e espirituais	42
Necessidades físicas e pessoais	10, 27, 50
Preparação para internação hospitalar	5
Tratamento do feedback do paciente	10

Legenda: 1. (Alaloul et al., 2019); 2. (Banka et al., 2015); 3. (Beattie et al., 2016); 4. (Brown et al., 2015); 5. (Bruyneel et al., 2017); 7. (Chan et al., 2015); 8. (Cowen et al., 2016); 9. (Drennan et al., 2018); 10. (Wong. et al., 2013); 11. (Fisher et al., 2019); 12. (Forcino et al., 2018); 13. (Garrard & Narayan, 2013); 14. (Gillam et al., 2016); 15. (Heyworth et al., 2014); 16. (Jenkinson et al., 2002); 18. (Pettersen et al., 2004); 19. (Kaneko et al., 2018); 20. (Kashif et al., 2016); 21. (Keller et al., 2005); 22. (Kemp et al., 2016); 23. (Kerezoudis et al., 2018); 24. (Rao et al., 2006); 25. (Kuis & Goossensen, 2017); 26. (Lane et al., 2016); 27. (Larsson et al., 1998); 28. (Larsson & Larsson, 2002); 29. (Lawson et al., 2011); 31. (Liu et al., 2017); 32. (Lusilla-Palacios & Castellano-Tejedor, 2017); 33. (Malik et al., 2016); 34. (McFarlan et al., 2019); 35. (McLean et al., 2017); 36. (Merlino et al., 2014); 37. (Murrells et al., 2013); 38. (Oltedal et al., 2007); 39. (O'Malley et al., 2005); 40. (Otani et al., 2016); 41. (Pottenger et al., 2016); 42. (Rapport et al., 2019); 43. (Reeves et al., 2002); 44. (Roseen et al., 2017); 45. (Rubens et al., 2018); 46. (Sofaer et al., 2005); 47. (Van Den Homberg et al., 2016); 48. (Wallace et al., 2018); 50. (Wilde et al., 1993); 51. (Wong et al., 2015).

Fonte: elaborada pela autora

As dimensões mais frequentes são Comunicação e Informação, ou seja, 56,9% dos artigos apresenta uma ou mais variáveis individuais sobre eles. Evidencia-se também uma preocupação com a equipe de trabalho por meio de variáveis que identificam a competência, a responsabilidade, a empatia, o conhecimento e outros. Logo, esta categoria centra-se na qualidade do profissional de saúde e é abordada em 50,98% dos artigos. Por fim, Cuidados e Segurança, evidenciada em 47% dos artigos da amostra, constata que há uma preocupação com aspectos como cuidado no momento oportuno, coordenação e orientação dos cuidados e segurança. Por outro lado, duas categorias são menos abordadas: Tratamento (7,84%) e Admissão e Acessibilidade (11,76%). O fato de a categoria tratamento ser menos abordada pode ser, por hipótese, pelo entendimento que os pacientes não possuem conhecimento clínico para avaliarem a eficácia do tratamento, sendo toda a responsabilidade de médicos e enfermeiros. As variáveis da categoria admissão e acessibilidade foram consideradas, pelos formuladores dos instrumentos, com menor grau de importância por entenderem que possam já estar incorporadas em outros aspectos que são avaliados.

Em relação às variáveis individuais, as mais citadas são: comunicação com enfermeiros (31,37%), comunicação com médicos (27,45%), comunicação sobre medicamentos (27,45%),

controle da dor (27,45%) e capacidade de resposta da equipe (23,53%). Nota-se que a comunicação é vista com grande importância não somente como categoria, como também através de suas variáveis. As variáveis controle da dor e capacidade de resposta da equipe compõem, respectivamente, as categorias Cuidado e Segurança e Equipe Hospitalar, que também estão entre as mais evidenciadas.

Resultados da EP

A Tabela 4.5 identifica os principais resultados da experiência (variáveis dependentes) nos artigos da amostra.

Tabela 4.5 - Resultados da Experiência

Categorias/ Variáveis	Artigos	Total
Experiência		
Experiência de assistência centrada no paciente	15	
Experiência de continuidade dos cuidados	31	
Experiência do paciente	3, 5, 6, 7, 8, 10, 16, 18, 19, 23, 26, 29, 34, 37, 38, 41, 42, 44, 47, 49, 51	32
Experiência do paciente com a equipe de enfermagem	9	
Satisfação		
Satisfação	1, 2, 20, 24, 32, 33, 36, 40, 42	10
Satisfação com o atendimento médico	2	
Qualidade		
Classificação geral do médico e da enfermagem	22	
Expectativas do paciente	13	5
Qualidade na perspectiva do paciente	28, 50	
Qualidade percebida	4	
Comunicação		
Boca a boca	20	
Comunicação sobre medicamentos	14	3
Conforto para falar sobre problemas durante a hospitalização	11	
Lealdade		
Lealdade	20	2
Recomendação	2	
Cuidado		
Cuidado geral	45	
Ética do cuidado	25	2

Legenda: 1. (Alaloul et al., 2019); 2. (Banka et al., 2015); 3. (Beattie et al., 2016); 4. (Brown et al., 2015); 5. (Bruyneel et al., 2017); 6. (Cartier et al., 2018); 7. (Chan et al., 2015); 8. (Cowen et al., 2016); 9. (Drennan et al., 2018); 10. (Wong. et al., 2013); 11. (Fisher et al., 2019); 13. (Garrard & Narayan, 2013); 14. (Gillam et al., 2016); 15. (Heyworth et al., 2014); 16. (Jenkinson et al., 2002); 18. (Pettersen et al., 2004); 19. (Kaneko et al., 2018); 20. (Kashif et al., 2016); 22. (Kemp et al., 2016); 23. (Kerezoudis et al., 2018); 24. (Rao et al., 2006); 25. (Kuis &

Goossensen, 2017); 26. (Lane et al., 2016); 28. (Larsson & Larsson, 2002); 29. (Lawson et al., 2011); 31. (Liu et al., 2017); 32. (Lusilla-Palacios & Castellano-Tejedor, 2017); 33. (Malik et al., 2016); 34. (McFarlan et al., 2019); 36. (Merlino et al., 2014); 37. (Murrells et al., 2013); 38. (Oltedal et al., 2007); 40. (Otani et al., 2016); 41. (Pottenger et al., 2016); 42. (Rapport et al., 2019); 44. (Roseen et al., 2017); 45. (Rubens et al., 2018); 47. (Van Den Homberg et al., 2016); 49. (Webster et al., 2019); 50. (Wilde et al., 1993); 51. (Wong et al., 2015).

Fonte: elaborada pela autora.

Essas variáveis também foram agrupadas, por similaridade, em categorias (construtos) de resultado. Dos artigos focais, 10 deles (e.g., Levine et al., 2005; O'Malley et al., 2005; McLean et al., 2017) concentraram-se em desenvolver, testar ou reduzir os instrumentos, não enfatizando um resultado específico. A categoria Experiência é representada nas variáveis “Experiência de assistência centrada no paciente”, “Experiência de continuidade dos cuidados”, “Experiência do paciente” e “Experiência do paciente com a equipe de enfermagem”, sendo o mais utilizado (62,75% dos artigos), o que indica uma consolidação desta medida “experiência do paciente” na área de saúde. É possível observar que o resultado experiência do paciente foi encontrado em 41,18% dos artigos. Ainda, de acordo com a Tabela 5, apesar de os artigos focarem na mensuração da EP, construtos como satisfação e qualidade do serviço são também presentes na literatura. Por exemplo, resultados ligados à satisfação estão presentes em 19,61% e à qualidade do serviço por 9,80% dos artigos da amostra. É interessante notar que satisfação do cliente, lealdade e comunicação boca-a-boca são tradicionais resultados da qualidade de serviços (Verhoef et al., 2002), mas que também têm sido usados como resultados da experiência do cliente (Klaus; Maklan, 2013). Todavia, o uso dos objetivos lealdade e comunicação boca-a-boca é ainda incipiente na mensuração da EP em hospitais.

Discussão

Alguns pontos de discussão são evidenciados a partir dos resultados. Primeiro, em relação aos métodos de pesquisa. A maioria das pesquisas sobre mensuração da EP adulto em hospitais baseia-se em métodos tradicionais, como pesquisas quantitativas e aplicação de *survey*. Nossos resultados mostram que esta estratégia tem longa tradição na avaliação de construtos relacionados (e.g., qualidade de serviço, satisfação etc). Apesar de fornecer resultados estruturados e alcançar um número maior de pacientes, ela limita-se às variáveis analisadas. Logo é interessante, complementar a avaliação da EP com métodos qualitativos.

Em geral, métodos qualitativos que utilizam estratégias como entrevistas e grupos focais também são utilizados e permitem alcançar este objetivo. A associação de métodos qualitativos e quantitativos favorece uma captação maior da EP, possibilitando a validação cruzada de dados qualitativos e quantitativos a fim de observar pontos convergentes e obter maior aprofundamento sobre a EP (LaVela & Gallan, 2014).

Um segundo ponto de discussão refere-se ao instrumento de avaliação mais utilizado. Observou-se, um fluxo de pesquisas propondo instrumentos de avaliação para este fim, tais como o HCAHPS (O'Malley et al., 2005), o PPE (Reeves et al., 2002), o QPP (Larsson et al., 1998) e outros instrumentos menos frequentes, como mostrado na Tabela 4.3. Esta diversidade de instrumentos de medição ocorre porque não há consenso sobre o conceito EP e suas dimensões formativas (Ahmed et al., 2014). Além disso, muitas dimensões relacionadas à qualidade de serviço e à satisfação são, geralmente, consideradas formativas da EP, assim como, complementam as métricas de EP. Porém, ainda que não exista um consenso sobre o melhor método de mensuração da EP, observa-se uma tendência de maior utilização do instrumento HCAHPS. Acredita-se que esta tendência é devida ao fato de que o instrumento é de origem estadunidense, onde o pagamento do governo a estes provedores é relacionado à medida da EP através do método HCAHPS e os resultados desta medida são divulgados publicamente (Rodrigues, 2019). Assim, as instituições de saúde sentiram-se obrigadas a se preocupar com a EP, pois esta começou a afetar a parte financeira e a imagem das instituições de saúde no país (Rodrigues, 2019).

Um terceiro ponto refere-se às categorias e variáveis individuais consideradas nos diferentes instrumentos de avaliação da EP. A Tabela 4.6 mostra as variáveis independentes e respectivas categorias que compõem os instrumentos mais utilizados na amostra. É possível notar que as variáveis do HCAHPS possuem evidência maior que de outros instrumentos e as variáveis que vêm sendo consideradas com maior peso pelos instrumentos mais evidenciados são voltadas a questões relacionais que envolvem o paciente e a equipe fornecedora do serviço. São encontradas na literatura sugestões de implantação de estratégias de treinamento (Alástico & Toledo, 2013), educacionais, emocionais e culturais (Wiig et al., 2013) no intuito de contribuir para a qualidade dos serviços hospitalares e o reconhecimento e valorização do envolvimento e das experiências dos pacientes por parte dos funcionários. O

fato de as equipes de enfermagem estarem próximas aos pacientes e em contato constante com outros profissionais repercute no estabelecimento da acreditação hospitalar (Mendes & Mirandola 2015), o que influencia diretamente na qualidade e na EP. Leggat et al. (2017) ressaltam a importância do treinamento para o melhor desenvolvimento das funções da equipe.

Tabela 4.6 - Variáveis Independentes e Instrumentos de Avaliação

Variáveis Independentes	Categoria	%	HCAHPS	PPE	QPP
Comunicação com enfermeiros	Comunicação e Informação	31,37%	X		
Comunicação com médicos	Comunicação e Informação	27,45%	X		
Comunicação sobre medicamentos	Comunicação e Informação	27,45%	X		
Controle da dor	Cuidados e Segurança	27,45%	X		
Capacidade de resposta da equipe	Equipe Hospitalar	23,53%	X		
Informações sobre alta e transição dos cuidados/atendimento	Alta Hospitalar e Transição dos Cuidados	19,60%	X		
Classificação geral do hospital	Qualidade e Serviços	11,76%	X		
Envolvimento, contato e tratamento positivo de pessoas significativas, familiares e amigos	Trato com o Paciente e Familiares	11,76%			X
Tranquilidade e Limpeza do ambiente hospitalar	Ambiente Hospitalar	11,76%	X		
Envolvimento/participação do paciente na decisão/tratamento	Trato com o Paciente e Familiares	9,80%		X	X
Instalações, características e situação do local	Infraestrutura	9,80%			X
Respeito pela solicitação do paciente	Equipe Hospitalar	9,80%		X	
Coordenação de cuidados	Cuidados e Segurança	7,84%		X	
Impressão geral	Experiência	7,84%		X	
Possibilidade de recomendação	Sentimentos e Comportamentos	7,84%	X		
Abordagem orientada para a identidade	Trato com o Paciente e Familiares	5,88%			X
Atmosfera sociocultural	Ambiente Hospitalar	5,88%			X
Competência técnica do médico	Qualidade e Serviços	5,88%			X
Condições técnicas e físicas	Infraestrutura	5,88%			X
Conforto físico	Ambiente Hospitalar	5,88%		X	
Continuidade e transição	Alta Hospitalar e Transição dos Cuidados	5,88%		X	
Informação e educação	Comunicação e Informação/Equipe Hospitalar*	5,88%		X	
Necessidades físicas e pessoais	Trato com o Paciente e Familiares	5,88%			X
Suporte emocional	Equipe Hospitalar	5,88%		X	
Comprometimento	Equipe Hospitalar	3,92%			X

*A variável Informação pertence à categoria Comunicação e Informação e a variável Educação pertence à categoria Equipe Hospitalar.

Fonte: elaborada pela autora.

Por fim, alguns construtos considerados na avaliação da EP assemelham-se com modelos da avaliação da qualidade do serviço (Garrard & Narayan, 2013). O SERVQUAL, por exemplo, foi criado por Parasuraman et al.(1988) e os construtos avaliados neste modelo são tangíveis (instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação); confiabilidade (capacidade das equipes de executarem o serviço prometido de maneira confiável e precisa); garantia (disposição da equipe em ajudar pacientes, atender suas necessidades e fornecer um serviço rápido); responsividade (conhecimento e cortesia da equipe e sua capacidade de transmitir informações e confiança) e empatia (cuidado, sensibilidade e atenção individualizada que a equipe presta aos pacientes). Assim, ao analisar os construtos da escala SERVQUAL é possível notar semelhanças ao comparar alguns construtos evidenciados nesta *scoping review* (Tabela 6).

Conclusões

Medir a EP é um dos desafios para as organizações do setor de saúde. Este artigo baseia-se numa *scoping review* para investigar a mensuração da EP em hospitais por meio de uma amostra de 51 artigos empíricos sobre o tema.

Contribuições teóricas e gerenciais

Esta pesquisa traz algumas contribuições teóricas: (i) identifica os métodos, as variáveis e dimensões relacionadas à EP em hospitais gerais; (ii) demonstra que a EP é uma construção, na maioria das vezes, usada para medir os sentimentos dos pacientes em relação à experiência hospitalar, englobando dimensões como comunicação, cuidado, instalações etc, porém, nota-se através da Tabela 6 que os construtos ligados à avaliação de aspectos emocionais vêm sendo menos explorados e as dimensões voltadas a aspectos relacionais são mais investigadas; e (iii) propõe diretrizes para a consolidação de um conjunto de dimensões e variáveis capazes de operacionalizar e mensurar a EP em hospitais. Em relação às contribuições gerenciais, o estudo reúne trabalhos que apresentam maneiras diferentes de medir a EP. Assim, gerentes de hospitais podem apoiar-se nos resultados apontados para criar seu próprio instrumento de medição. Além disso, eles podem adotar instrumentos que vem

ganhando alta aceitação (como o HCAHPS), o que lhes permitirá realizar comparações de desempenho. Um diagnóstico mais eficiente também contribui para um design mais assertivo com o objetivo de alcançar e sustentar a lealdade do paciente a longo prazo e a qualidade do serviço de saúde.

Limitações e trabalhos futuros

Como em qualquer artigo, este também tem limitações. Primeiro, outras bases de dados podem ser consultadas para ampliar a busca de estudos desta natureza. Segundo, a delimitação de um campo de pesquisa (experiência de pacientes adultos em hospitais) foi importante para otimizar o trabalho; no entanto, outras organizações de saúde e tipos de pacientes poderiam ter sido investigadas. Terceiro, o pequeno número de estudos empíricos sobre a EP pode parecer limitar nosso estudo; no entanto, representa uma oportunidade para realizar pesquisas adicionais. Como oportunidades de pesquisas futuras, é importante que investigações sobre os métodos de avaliação da experiência de diversas categorias de pacientes (crianças e pacientes de doenças específicas, por exemplo) e de diversos ambientes de cuidado (*homecare* e hospícios, por exemplo, que não foram incluídos nesta pesquisa). Sugere-se, então, que sejam realizadas revisões de métodos para outras variedades de cuidados de saúde, englobando as diferenças de idade, condição de saúde, de ambientes, entre outras. Por fim, pesquisadores da EP em hospitais podem usar os resultados alcançados para adaptar uma escala a um contexto específico, em vez de precisar criar uma nova escala dos métodos já existentes.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (2018). *Updates to All Documents Pertaining to April 2018 Public Report and the Pain Management Composite (06/15/2018)*, HCAHPS online. Disponível em: <https://hcahpsonline.org/en/whats-new/#PainMgmtComposite>.

Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring patient experience: concepts and methods. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 7(3), 235-241.

Alaloul, F., Myers, J., Masterson, K. M., DiCicco, J., Collins, M. P., Hogan, F., ... & Logsdon, M. C. (2019, March). Patient Experience Factors and Health-Related Quality of Life in Hospitalized

Individuals. In *Oncology nursing forum* (Vol. 46, No. 2).

Alástico, G. P., & Toledo, J. C. D. (2013). Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Gestão & Produção*, 20(4), 815-831.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.

Banka, G., Edgington, S., Kyulo, N., Padilla, T., Mosley, V., Afsarmanesh, N., ... & Ong, M. K. (2015). Improving patient satisfaction through physician education, feedback, and incentives. *Journal of hospital medicine*, 10(8), 497-502.

Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic reviews*, 4(1), 97.

Beattie, M., Shepherd, A., Lauder, W., Atherton, I., Cowie, J., & Murphy, D. J. (2016). Development and preliminary psychometric properties of the Care Experience Feedback Improvement Tool (CEFIT). *BMJ open*, 6(6), e010101.

Bustamante, J. C., & Rubio, N. (2017). Measuring customer experience in physical retail environments. *Journal of Service Management*.

Brown, S. M., McBride, G., Collingridge, D. S., Butler, J. M., Kuttler, K. G., Hirshberg, E. L., ... & Orme, J. (2015). Validation of the Intermountain patient perception of quality (PPQ) survey among survivors of an intensive care unit admission: a retrospective validation study. *BMC health services research*, 15(1), 155.

Bruyneel, L., Tambuyzer, E., Coeckelberghs, E., De Wachter, D., Sermeus, W., De Ridder, D., ... & Vanhaecht, K. (2017). New instrument to measure hospital patient experiences in flanders. *International journal of environmental research and public health*, 14(11), 1319.

Caneiras, C., Jácome, C., Mayoralas-Alises, S., Ramon Calvo, J., Almeida Fonseca, J., Escarrabill, J., & Winck, J. C. (2019). Patient experience in home respiratory therapies: Where we are and where to go. *Journal of clinical medicine*, 8(4), 555.

Carter, J., Ward, C., Wexler, D., & Donelan, K. (2018). The association between patient experience factors and likelihood of 30-day readmission: a prospective cohort study. *BMJ quality & safety*, 27(9), 683-690.

Chan, B., Goldman, L. E., Sarkar, U., Schneidermann, M., Kessell, E., Guzman, D., ... & Kushel, M. (2015). The effect of a care transition intervention on the patient experience of older multi-lingual adults in the safety net: results of a randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*, 30(12), 1788-1794.

Cowen, M. E., Czerwinski, J., Kabara, J., Blumenthal, D. U., Kheder, S., & Simmons, S. (2016).

The risk-outcome-experience triad: Mortality risk and the hospital consumer assessment of healthcare providers and systems survey. *Journal of hospital medicine*, 11(9), 628-635.

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3(1).

Drennan, J., Duffield, C., Scott, A. P., Ball, J., Brady, N. M., Murphy, A., ... & Griffiths, P. (2018). A protocol to measure the impact of intentional changes to nurse staffing and skill-mix in medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2912-2921.

Fisher, K. A., Smith, K. M., Gallagher, T. H., Huang, J. C., Borton, J. C., & Mazor, K. M. (2019). We want to know: patient comfort speaking up about breakdowns in care and patient experience. *BMJ quality & safety*, 28(3), 190-197.

Forcino, R. C., Barr, P. J., O'Malley, A. J., Arend, R., Castaldo, M. G., Ozanne, E. M., ... & Elwyn, G. (2018). Using Collabo RATE, a brief patient-reported measure of shared decision making: Results from three clinical settings in the United States. *Health Expectations*, 21(1), 82-89.

Garrard, F., & Narayan, H. (2013). Assessing obstetric patient experience: A SERVQUAL questionnaire. *International journal of health care quality assurance*.

Giordano, L. A., Elliott, M. N., Goldstein, E., Lehrman, W. G., & Spencer, P. A. (2010). Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. *Medical Care Research and Review*, 67(1), 27-37.

Heyworth, L., Rozenblum, R., Burgess, J. F., Baker, E., Meterko, M., Prescott, D., ... & Simon, S. R. (2014). Influence of shared medical appointments on patient satisfaction: a retrospective 3-year study. *The Annals of Family Medicine*, 12(4), 324-330.

Jenkinson, C., Coulter, A., Reeves, R., Bruster, S., & Richards, N. (2003). Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments. *Journal of Public Health*, 25(3), 197-201.

Jenkinson, C., Coulter, A., & Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 353-358.

Kandampully, J., Zhang, T. C., & Jaakkola, E. (2018). Customer experience management in hospitality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*.

Kaneko, M., A., T., M., H., Ohta, R., M., H., Shimabukuro, A., ... & Inoue, M. (2019). Associations of patient experience in primary care with hospitalizations and emergency department visits on isolated islands: a prospective cohort study. *The Journal of Rural Health*, 35(4), 498-505.

Kashif, M., Samsi, S. Z. M., Awang, Z., & Mohamad, M. (2016). EXQ: measurement of healthcare experience quality in Malaysian settings. *International Journal of Pharmaceutical*

and Healthcare Marketing.

Keller, S., O'Malley, A. J., Hays, R. D., Matthew, R. A., Zaslavsky, A. M., Hepner, K. A., & Cleary, P. D. (2005). Methods used to streamline the CAHPS® hospital survey. *Health services research, 40*(6p2), 2057-2077.

Kemp, K. A., Santana, M. J., Southern, D. A., McCormack, B., & Quan, H. (2016). Association of inpatient hospital experience with patient safety indicators: a cross-sectional, Canadian study. *BMJ open, 6*(7).

Kerezoudis, P., Alvi, M. A., Ubl, D. S., Hanson, K. T., Krauss, W. E., Meyer, F. B., ... & Bydon, M. (2018). The impact of spine disease, relative to cranial disease, on perception of health and care experience: an analysis of 1484 patients in a tertiary center. *Journal of Neurosurgery, 129*(6), 1630-1640.

Klaus, P., & Maklan, S. (2013). Towards a better measure of customer experience. *International Journal of Market Research, 55*(2), 227-246.

Kuis, E. E., & Goossensen, A. (2017). Evaluating care from a care ethical perspective:: A pilot study. *Nursing Ethics, 24*(5), 569-582.

Lane, J. V., Hamilton, D. F., MacDonald, D. J., Ellis, C., & Howie, C. R. (2016). Factors that shape the patient's hospital experience and satisfaction with lower limb arthroplasty: an exploratory thematic analysis. *BMJ open, 6*(5).

Larsson, B. W., & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of clinical nursing, 11*(5), 681-687.

Larsson, G., Larsson, B. W., & Munck, I. M. (1998). Refinement of the questionnaire 'quality of care from the patient's perspective' using structural equation modelling. *Scandinavian journal of caring sciences, 12*(2), 111-118.

LaVela, S. L., & Gallan, A. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal, 1*(1), 28-36.

Lawton, R., O'Hara, J. K., Sheard, L., Reynolds, C., Cocks, K., Armitage, G., & Wright, J. (2015). Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. *BMJ quality & safety, 24*(6), 369-376.

Leggat, S. G., Karimi, L., & Bartram, T. (2017). A path analysis study of factors influencing hospital staff perceptions of quality of care factors associated with patient satisfaction and patient experience. *BMC health services research, 17*(1), 1-8.

Levine, R. E., Fowler Jr, F. J., & Brown, J. A. (2005). Role of cognitive testing in the development of the CAHPS® hospital survey. *Health services research, 40*(6p2), 2037-2056.

- Liu, C., Wu, Y., & Chi, X. (2017). Relationship preferences and experience of primary care patients in continuity of care: a case study in Beijing, China. *BMC health services research, 17*(1), 585.
- Lusilla-Palacios, P., & Castellano-Tejedor, C. (2017). Acute spinal cord injury patients' satisfaction with care: Results from an intervention study in a specialized rehabilitation unit. *Journal of Health Psychology, 22*(10), 1289-1299.
- Macinati, M. S. (2008). The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. *Health policy, 85*(2), 228-241.
- Maklan, S., & Klaus, P. (2012). EXQ: a multiple-item scale for assessing service experience. *Journal of Service Management.*
- Male, L., Noble, A., Atkinson, J., & Marson, T. (2017). Measuring patient experience: a systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision. *International Journal for Quality in Health Care, 29*(3), 314-326.
- Malik, N., Alvaro, C., Kuluski, K., Wilkinson, A. J., & Hurst, K. (2016). Measuring patient satisfaction in complex continuing care/rehabilitation care. *International Journal of Health Care Quality Assurance.*
- Mbama, C. I., & Ezepue, P. O. (2018). Digital banking, customer experience and bank financial performance. *International Journal of Bank Marketing.*
- McColl-Kennedy, J. R., Gustafsson, A., Jaakkola, E., Klaus, P., Radnor, Z. J., Perks, H., & Friman, M. (2015). Fresh perspectives on customer experience. *Journal of Services Marketing.*
- McFarlan, S., O'Brien, D., & Simmons, E. (2019). Nurse-leader collaborative improvement project: Improving patient experience in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 45*(2), 137-143.
- McLean, C., Griffiths, P., Mesa-Eguiagaray, I., Pickering, R. M., & Bridges, J. (2017). Reliability, feasibility, and validity of the quality of interactions schedule (QuIS) in acute hospital care: an observational study. *BMC health services research, 17*(1), 380.
- Mendes, G. H. D. S., & Mirandola, T. B. D. S. (2015). Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. *Gestão & Produção, 22*(3), 636-648.
- Merlino, J. I., Kestranek, C., Bokar, D., Sun, Z., Nissen, S. E., & Longworth, D. L. (2014). HCAHPS survey results: impact of severity of illness on hospitals' performance on HCAHPS survey results. *Journal of patient experience, 1*(2), 16-21.

- Meyer, C., & Schwager, A. (2007). Understanding customer experience. *Harvard business review*, 85(2), 116.
- Mosavi, S. M., Sangari, M. S., & Keramati, A. (2018). An integrative framework for customer switching behavior. *The Service Industries Journal*, 38(15-16), 1067-1094.
- Murrells, T., Robert, G., Adams, M., Morrow, E., & Maben, J. (2013). Measuring relational aspects of hospital care in England with the 'Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation'(PEECH) survey questionnaire. *BMJ open*, 3(1).
- Oltedal, S., Garratt, A., Bjertnæs, Ø., Bjørnsdottir, M., Freil, M., & Sachs, M. (2007). The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(5), 540-547.
- O'Malley, A. J., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Hepner, K. A., Keller, S., & Cleary, P. D. (2005). Exploratory factor analyses of the CAHPS® hospital pilot survey responses across and within medical, surgical, and obstetric services. *Health services research*, 40(6p2), 2078-2095.
- Otani, K., Buchanan, P. R., Desai, S. P., & Herrmann, P. A. (2016). Different combining process between male and female patients to reach their overall satisfaction. *Journal of patient experience*, 3(4), 145-150.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A., & Langford, C. A. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 12-16.
- Pettersen, K. I., Veenstra, M., Guldvog, B., & Kolstad, A. (2004). The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 453-463.
- Pine, B. J. & GILMORE J.H. (1998). Welcome to the experience economy. *Harvard business review* (76), 97-105.
- Pottenger, B. C., Davis, R. O., Miller, J., Allen, L., Sawyer, M., & Pronovost, P. J. (2016). Comprehensive unit-based safety program (CUSP) to improve patient experience: How a hospital enhanced care transitions and discharge processes. *Quality Management in Health Care*, 25(4), 197-202.
- Rao, K. D., Peters, D. H., & Bandeen-Roche, K. (2006). Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality. *International journal for Quality in Health care*, 18(6), 414-421.
- Rapport, F., Hibbert, P., Baysari, M., Long, J. C., Seah, R., Zheng, W. Y., ... & Braithwaite, J. (2019). What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four

Australian hospitals. *BMC health services research*, 19(1), 38.

Reeves, R., Coulter, A., Jenkinson, C., Cartwright, J., Bruster, S., & Richards, N. (2002). Development and pilot testing of questionnaires for use in the acute NHS trust inpatient survey programme. *Europe: Picker Institute*.

Rodrigues, K. C. (2019). A era da experiência dos pacientes. *GV EXECUTIVO*, 18(1), 16-19.

Roseen, E. J., Cornelio-Flores, O., Lemaster, C., Hernandez, M., Fong, C., Resnick, K., ... & Saper, R. (2017). Inpatient massage therapy versus music therapy versus usual care: A mixed-methods feasibility randomized controlled trial. *Global advances in health and medicine*, 6, 2164957X17735816.

Rubens, F. D., Rothwell, D. M., Al Zayadi, A., Sundaresan, S., Ramsay, T., & Forster, A. (2018). Impact of patient characteristics on the Canadian Patient Experiences Survey–Inpatient Care: survey analysis from an academic tertiary care centre. *BMJ open*, 8(8), e021575.

Sofaer, S. et al. (2005). What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Services Research* 40 (6 II) 2018–2036.

The Beryl Institute website. *Defining Patient Experience*. Disponível em: <http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp>. Acesso em janeiro de 2020.

Toomey, S. L., Zaslavsky, A. M., Elliott, M. N., Gallagher, P. M., Fowler, F. J., Klein, D. J., ... & Schuster, M. A. (2015). The development of a pediatric inpatient experience of care measure: Child HCAHPS®. *Pediatrics*, 136(2), 360-369.

Van Den Hombergh, P., van Doorn-Klomberg, A., Campbell, S., Wensing, M., & Braspenning, J. (2016). Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006. *BMC family practice*, 17(1), 118.

Verhoef, P. C., Franses, P. H., & Hoekstra, J. C. (2002). The effect of relational constructs on customer referrals and number of services purchased from a multiservice provider: does age of relationship matter?. *Journal of the academy of marketing science*, 30(3), 202-216.

Verhoef, P. C., Lemon, K. N., Parasuraman, A., Roggeveen, A., Tsiros, M., & Schlesinger, L. A. (2009). Customer experience creation: Determinants, dynamics and management strategies. *Journal of retailing*, 85(1), 31-41.

Wallace, S., Hanson, K. T., Dowdy, S. C., & Habermann, E. B. (2018). Impact of surgical approach and patient factors on Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) survey scoring in gynecologic surgery. *Gynecologic oncology*, 148(1), 28-35.

Wardhani, V., Utarini, A., van Dijk, J. P., Post, D., & Groothoff, J. W. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health policy*, 89(3), 239-251.

Webster, C. S., Jowsey, T., Lu, L. M., Henning, M. A., Verstappen, A., Wearn, A., ... & Weller, J.

M. (2019). Capturing the experience of the hospital-stay journey from admission to discharge using diaries completed by patients in their own words: a qualitative study. *BMJ open*, *9*(3), e027258.

Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjesten, M. T., Solheim, M., Harthug, S., ... & Fulop, N. (2013). Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality?. *BMC health services research*, *13*(1), 206.

Wilde, B. et al. (1993). Quality of Care from a Patient Perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* *7* (2), 113–120.

Wolf PhD, C. P. X. P., & Jason, A. (2014). Defining patient experience. *Patient experience journal*, *1*(1), 7-19.

Wong, E. L., Coulter, A., Cheung, A. W., Yam, C. H., Yeoh, E. K., & Griffiths, S. (2013). Validation of inpatient experience questionnaire. *International journal for quality in health care*, *25*(4), 443-451.

Wong, E. L., Coulter, A., Hewitson, P., Cheung, A. W., Yam, C. H., fai Lui, S., ... & Yeoh, E. K. (2015). Patient experience and satisfaction with inpatient service: development of short form survey instrument measuring the core aspect of inpatient experience. *PLoS One*, *10*(4), e0122299.

5 ARTIGO 2 - Impactos da COVID-19 nas práticas de experiência dos pacientes em hospitais brasileiros: percepções dos profissionais de saúde

Resumo

Sistemas de saúde em todo o mundo foram afetados pela pandemia de COVID-19, ficando sobrecarregados e prejudicando a oferta de serviços de saúde. Como consequência, práticas ligadas à experiência do paciente (EP) também foram impactadas. Por meio de uma pesquisa de levantamento (*survey*), o artigo busca compreender o impacto da pandemia de COVID-19 nas práticas de EP e nos desempenhos da EP e de hospitais no Brasil. Resultados indicam que a capacidade de adaptação e resposta influencia positivamente nos resultados de desempenho e na EP. Há também a percepção de que a pandemia trará mudanças futuras para a EP. Com base nos resultados são apresentadas implicações gerenciais.

Palavras-chaves: Experiência do Paciente, desempenho, COVID-19, pandemia.

Introdução

A experiência do paciente (EP) é um importante revelador de satisfação com os serviços hospitalares e sua medição oferece oportunidades de melhorias nas organizações de saúde (JENKINSON; COULTER; BRUSTER, 2002; CHEN et al., 2021; SHAPIRO et al., 2021), tais como a recuperação de falhas nos serviços, reorganizar processos, melhorar o atendimento e reconhecer as percepções dos pacientes durante os processos de tratamento e cuidado em saúde (LAVELA PHD; GALLAN PHD, 2014; SHAPIRO et al., 2021; PÉREZ; DZUBAY, 2021).

Uma definição clássica de EP é dada pelo The Beryl Institute, que define EP como “*a soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as percepções do paciente em todo o processo de atendimento*” (THE BERYL INSTITUTE, 2020). Outras definições foram propostas por diversos autores (WOLF et al., 2014; RODRIGUES, 2019; CHEN et al., 2021), sendo que todas reforçam a EP como respostas, estímulos e reações não-deliberadas e espontâneas em relação aos serviços de saúde um determinado contexto. Isto envolve aspectos emocionais, afetivos, cognitivos, sensoriais, sociais, relacionais e comportamentais (KUPFER; BOND, 2012; LUSILLA-PALACIOS; CASTELLANO-TEJEDOR, 2017;

RODRIGUES, 2019). Rodrigues (2019) aponta que a EP difere da qualidade dos serviços de saúde, abrangendo tópicos como acesso fácil à informação, a forma de resposta às solicitações, o tratamento respeitoso, a escuta sobre as necessidades e o atendimento a valores individuais. Em função de sua importância, organizações de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento vêm adotando práticas ligadas à gestão da EP (BAINS et al., 2020; PADAYACHEE; HOQUE, 2020; RAN et al., 2020; PÉREZ, DZUBAY, 2021).

O ano de 2020, representou um enorme desafio para as organizações de saúde, em especial, aquelas preocupadas com a EP. O SARS-CoV-2 provocou uma pandemia denominada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de COVID-19 (YANG et al., 2020). Em 2020, esta pandemia se espalhou para todos os continentes. Na Europa, por exemplo, a COVID-19 causou gerou a necessidade da completa reorganização dos sistemas de saúde (PELLINO; SPINELLI, 2020). Países como Estados Unidos, Brasil e Índia estão entre os mais afetados pela COVID-19 (CANABARRO et al., 2020; CHATTU; ADISESH; YAYA, 2020; LANCET, 2020).

Sistemas de saúde em todo o mundo foram impactados pela COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), ficando sobrecarregados com a manutenção de serviços de saúde essenciais (KAVOOR; CHAKRAVARTHY; JOHN, 2020). Muitos hospitais tiveram que restringir o acesso aos visitantes (GRIFFIN et al., 2020; VALLEY et al., 2020) e alterar seus procedimentos para atender a demanda e reduzir o risco de transmissão do vírus (WOSIK et al., 2020; MAJID; WASIM, 2020). A sobrecarga nos hospitais afetou os processos hospitalares (MAJID; WASIM, 2020; BENN CRAVA; COOK; BROWN, 2020). Ademais, a peculiaridade da doença contribuiu para que os pacientes sintam ansiedade, insegurança e solidão, sentimentos que também influenciam a EP (AHORSU et al., 2020). Logo, áreas da gestão da EP tais como comunicação, acesso e coordenação de cuidados, capacidade de resposta e formação de equipes foram fortemente afetadas pela pandemia (MILLSTEINJEFFREY et al., 2020).

Diante deste quadro, o objetivo deste artigo é compreender o impacto da pandemia de COVID-19 nas práticas de EP em hospitais brasileiros. Em particular, (i) avaliar o impacto das respostas à pandemia no desempenho do hospital; (ii) avaliar as respostas dos hospitais em razão da pandemia e seus impactos nas práticas e no desempenho da EP e (iii) avaliar o efeito moderador da orientação ao paciente (OP) no desempenho do hospital e da EP. Para tanto, dados primários foram coletados por meio de uma *survey* com 88 profissionais de saúde

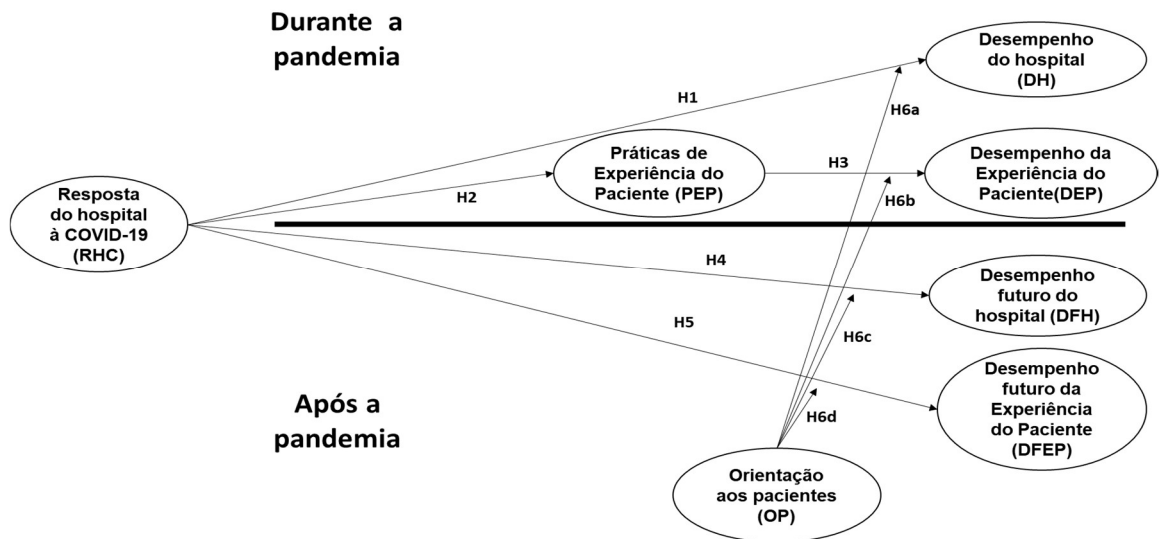
ligados a hospitais brasileiros com pacientes COVID-19. Técnicas de Modelagem de Equações Estruturais e Parciais de Mínimos Quadrados (PLS-SEM) foram usadas para testar as hipóteses de pesquisa.

O restante do artigo é estruturado como se segue. O modelo conceitual e suas hipóteses são apresentados na próxima seção. O método de pesquisa encontra-se na seção 3, enquanto que os resultados do modelo de mensuração e modelo estrutural estão na seção 4. Por fim, têm-se as discussões e conclusões da pesquisa.

Modelo Conceitual e desenvolvimento das hipóteses

A Figura 1 mostra o modelo conceitual proposto para este estudo. Ele foi desenvolvido para compreender as relações existentes entre as respostas (ações) adotadas pelos hospitais em função da crise da COVID-19, a EP e o desempenho do hospital em duas perspectivas: (i) presente (avaliações durante a pandemia) e (ii) futuro (expectativas após a pandemia). Especificamente, durante a pandemia, investiga-se se o construto “Resposta do Hospital à COVID-19” (RHC) impacta o desempenho do hospital e a adoção de práticas ligadas a EP (PEP). Se esta, por conseguinte, influencia no desempenho do hospital em gerar experiências positivas para os seus pacientes (DEP). Num cenário pós-pandemia, investiga se as respostas para lidar com a crise da COVID-19 afetarão os desempenhos futuros da EP e do próprio hospital. Soma-se a essas investigações diretas, a capacidade de moderação da “orientação ao paciente” (OP) nas relações entre as respostas à COVID-19 e a geração de resultados. As seções a seguir detalham as hipóteses da pesquisa.

Figura 5. 1 - Modelo conceitual



Fonte: elaborada pela autora.

Relações durante a pandemia

Grimm (2020) demonstrou que hospitais americanos tiveram seus desempenhos afetados pela COVID-19, gerando aumento de custos e a diminuição da receita. Em termos operacionais, a falta de equipamentos de proteção individuais e a necessidade de leitos foram alguns dos efeitos da pandemia em hospitais (GRIMM, 2020; NORONHA et al., 2020; MOREIRA, 2020). Esta situação também foi evidenciada em hospitais em diferentes países, inclusive no Brasil, onde os sistemas públicos e privados de diferentes localidades entraram em colapso ou ficaram saturados e próximos desta situação (CANABARRO et al., 2020; LEMOS et al., 2020). Como consequência, os hospitais precisaram se reorganizar durante a pandemia, desenvolvendo novas posturas, ações e protocolos para lidar com a crise da COVID-19 (MAJID; WASIM, 2020). Agilidade e a capacidade de se adaptar, mudar rapidamente e ter sucesso em um ambiente turbulento têm sido apontados como fatores de sucesso em lidar com ambientes turbulentos (KABADAYI et al., 2020; VENNA et al., 2020). Para os hospitais, a experiência com a COVID-19 também ressaltou a importância da agilidade e capacidade de mudança como essenciais para responder com eficiência e qualidade as demandas geradas.

As práticas relacionadas à EP em hospitais envolvem diferentes temas, tais como comunicação e informação, atuação da equipe hospitalar, cuidados e segurança, trato com o

paciente e familiares, sentimentos e comportamentos etc (ALALOUL et al., 2019; BEATTIE et al., 2016; HEYWORTH et al., 2014; KASHIF et al., 2016; WONG et al., 2013). São as percepções a esses diversos elementos da jornada hospitalar (antes, durante e depois) que forma a EP. A literatura aponta que a COVID-19 também impactou esses elementos, gerando mudanças, por exemplo, nas visitas hospitalares, nas formas de comunicação e atendimento e na segurança, fazendo com que as práticas de EP ligadas aos construtos citados fossem afetadas. (BENN CRAVA; COOK; BROWN, 2020; CARDOSO; SILVA; JARDIM, 2020; GRIFFIN et al., 2020; OVERTON et al., 2020; VALLEY et al., 2020). Ademais, durante a pandemia de COVID-19, pacientes com suspeita ou confirmação da doença, ficaram isolados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020), fato que influencia na EP e suas práticas. Sabe-se que o isolamento para controle de infecções contribui substancialmente para o desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade (ABAD; FEARDAY; SAFDAR, 2010), além de influenciar negativamente na capacidade de resposta da equipe hospitalar (SIDDIQUI et al., 2019). Assim, a partir desta argumentação, são propostas as seguintes hipóteses de pesquisa:

H1 – As respostas dos hospitais a COVID-19 (RHC) têm impacto no desempenho presente dos hospitais (DH).

H2 – As respostas dos hospitais a COVID-19 (RHC) têm impacto nas práticas ligadas à experiência do paciente (PEP).

H3 – As práticas ligadas à experiência do paciente (PEP) durante a pandemia tem influência positiva no desempenho da experiência do paciente (DEP).

Relações após a pandemia

À medida que as medidas preventivas da COVID-19 avançavam e se incorporam ao dia-a-dia das pessoas, é de se esperar que pessoas e organizações comecem a adotar novos comportamentos, desenvolvendo habilidades de enfrentamento à crise (KIRK; RIFKIN, 2020). Esses novos valores, comportamentos e hábitos podem ter consequências no período pós-pandêmico (SHETH, 2020). Na área hospitalar, por exemplo, são esperadas mudanças nas práticas de EP, tais como: adaptações no processo acesso e atendimento hospitalar; alteração nas regras e meios de visitas hospitalares; modificação no processo de troca de informações;

entre outras (BENN CRAVA; COOK; BROWN, 2020; GRIFFIN et al., 2020; VALLEY et al., 2020). Deste modo, supõe-se que a experiência acumulada com a crise da COVID-19 tenha impactos no desempenho futuro das práticas de EP e no desempenho dos hospitais. Assim, são propostas as seguintes hipóteses:

H4 – As respostas dos hospitais a COVID-19 (RHC) terão impacto no desempenho futuro dos hospitais (DFH).

H5 – As respostas dos hospitais a COVID-19 (RHC) têm impacto futuro no desempenho futuro da experiência do paciente (DFEP).

Efeito moderador da Orientação ao paciente.

A EP deve levar em conta as perspectivas do paciente e familiares (WOLF et al., 2014). Em particular, os pacientes sentem a necessidade de serem ouvidos e informados pela equipe, a fim de fazerem melhores escolhas sobre os seus cuidados. Além disso, é importante proporcionar conhecimento, acolhimento e educação em saúde aos pacientes (RODRIGUES, 2019). A prestação de serviços hospitalares orientados aos pacientes resulta em menor chance de reclamações, refletindo na realização, de forma adequada, das recomendações hospitalares e no processo de restabelecimento (SPICER, 2002). Espera-se que os hospitais com forte orientação aos pacientes tenham maior preocupação em gerar experiências positivas e, desta forma, diminuir o número de readmissões e um melhor desempenho da EP. Desta forma, são propostas quatro hipóteses para verificar o efeito moderador da orientação ao paciente nas relações investigadas neste estudo:

H6a – A orientação aos pacientes modera positivamente a relação entre as respostas dos hospitais a COVID-19 (RHC) e o desempenho dos hospitais (DH)

H6b - A orientação aos pacientes modera positivamente a relação entre as práticas de EP (PEP) e o desempenho da EP (DEP)

H6c - A orientação aos pacientes modera positivamente a relação entre as respostas dos hospitais a COVID-19 (RHC) e o desempenho futuro dos hospitais (DH)

H6d - A orientação aos pacientes modera positivamente a relação entre as respostas dos hospitais a COVID-19 (RHC) e o desempenho futuro da EP (DFEP).

Método de pesquisa

Coleta de dados e Amostra

Devido as restrições impostas pela COVID-19 foi impossível entrevistar os pacientes internados pela COVID-19. Assim, os dados para este estudo foram obtidos de profissionais de saúde e gestores que atuavam em hospitais no Brasil com pacientes internados com a COVID-19. Acredita-se que esses profissionais tenham melhores condições de julgar os impactos da COVID-19 devido aos seus engajamentos com as rotinas hospitalares durante a pandemia. Importante dizer que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino na qual os autores estão vinculados. Logo, todos os procedimentos para coleta e tratamento dos dados estão em acordo com a legislação vigente no Brasil (Protocolo da pesquisa - CAAE 38492620.5.0000.5504).

O estudo baseou-se em um método de amostragem de conveniência. Logo, uma abordagem não probabilística foi adotada (Kemper et al., 2003). Primeiro, foram identificados grupos de profissionais da área de saúde e gestão hospitalar em redes sociais como LinkedIn e Facebook. Na sequência, uma carta de apresentação da pesquisa foi apresentada aos membros desses grupos, assim como potenciais respondentes foram convidados a participar. Foram também enviadas. Em caso positivo, o profissional de saúde ou gestor recebia um questionário eletrônico, disponibilizado via plataforma *SurveyMonkey*®. Antes de iniciar o preenchimento do questionário, o respondente recebia informações da pesquisa e sobre o perfil desejado para o respondente, além de assinar um termo de consentimento de participação. Para incrementar o número de respostas, foram reenviadas mensagens para participantes que manifestaram interesse em responder o questionário. Todos os dados foram coletados de maneira virtual entre 09 de novembro a 02 de dezembro de 2020. Portanto, durante a ocorrência da pandemia no Brasil.

Com base nos procedimentos adotados, foram recebidos 234 questionários. Deste total, 146 questionários foram excluídos por vários motivos: (i) estavam incompletos; (ii)

preenchidos por respondentes que não atendiam ao perfil desejado pela pesquisa (e.g., profissionais não envolvidos com pacientes COVID-19) e (iii) questionários completos, mas com mais de 5% de respostas assinaladas com a alternativa N (não sei/não se aplica). Assim, a amostra final foi composta por 88 respondentes. A Tabela 5.1 apresenta as características descritivas da amostra.

Tabela 5. 1 - Características descritivas da amostra

Variáveis	Frequência
Cargo	
Enfermeiros	52,27%
Gestores	14,77%
Técnicos de enfermagem	13,64%
Outros (médicos e demais profissionais)	19,32%
Porte do hospital	
até 50 leitos	21,59%
entre 51 e 150 leitos	26,14%
Entre 151 a 500 leitos	39,77%
mais de 500 leitos	12,5%
Tipo do hospital	
Hospital de campanha	18,18%
Hospital regular	81,92%
Origem do hospital	
Público	53,41%
Privado	46,59%
Hospital Acreditado	
sim	52,27%
não	47,73%

Fonte: elaborada pela autora

Operacionalização das variáveis e instrumento de pesquisa

Os construtos da pesquisa e seus itens de mensuração foram definidos com base na literatura sobre a EP. Ademais, os itens e as afirmações desenvolvidas (questões) foram refinados pelos autores. Por fim, o instrumento de pesquisa foi submetido a pré-testes com acadêmicos e profissionais de saúde para obter *feedbacks* quanto à clareza das questões e escalas. Pequenas modificações (por exemplo, substituição de palavras) foram feitas para se evitar falta de clareza. Só depois disso, a versão final do questionário foi aplicada.

O questionário apresentava cinco seções. As duas primeiras continham questões que caracterizavam os respondentes e os hospitais nos quais eles trabalhavam. As demais seções abordavam os construtos apresentados no modelo conceitual (Figura 5.1). Neste caso, os profissionais de saúde forneciam suas percepções sobre a influência presente e futura da pandemia de COVID-19 nas práticas e no desempenho da EP e do próprio hospital. Para tanto, uma escala Likert de seis pontos variando de 1 (“discordo totalmente”) a 6 (“concordo totalmente”) media o nível de concordância/discordância dos respondentes em relação às afirmações realizadas. A fim de aumentar a acurácia das respostas, incluíamos também a opção N (não se aplica” ou “não sei responder”).

Tabela 5. 2 - Construtos e variáveis manifestas

Construto	Item de mensuração	Código	Referências
Resposta do hospital a COVID-19 (RHC)	Adaptação a mudanças	RHC1	Majid; Wasim (2020); Wosik et al. (2020)
	Adaptação ao trabalho remoto	RHC2	
	Recursos suficientes	RHC3	
	Adaptação ao comportamento dos pacientes	RHC4	
	Fornecedores atenderam aos pedidos	RHC5	
	Adaptação a restrições financeiras	RHC6	
	Agilidade e flexibilidade	RHC7	
	Tecnologias digitais	RHC8	
Práticas de EP (PEP)	Admissão e acesso	PEP1	Wong et al. (2015); Fisher et al. (2019); Rapport et al. (2019)
	Comportamento da equipe	PEP2	
	Comunicação da equipe	PEP3	
	Ambiente hospitalar	PEP4	
	Cuidados e segurança	PEP5	
	Qualidade dos serviços	PEP6	
	Relacionamento da equipe com familiares	PEP7	
	Relacionamento da equipe com pacientes	PEP8	
	Participação nas decisões	PEP9	
	Informações e feedback	PEP10	
	Preparação para a alta-hospitalar	PEP11	
	Sentimento de empatia da equipe	PEP12	
Desempenho da EP - presente (DEP)	Serviços de qualidade	DEP1	Edvardsson, Enquist e Johnston (2005); Ferguson, Paulin e Bergeron (2010)
	Superação das expectativas dos pacientes	DEP2	
	Fidelidade do paciente	DEP3	
	Recomendação	DEP4	
	Experiência positiva	DEP5	
Desempenho do hospital - presente (DH)	Aumento na ocupação dos leitos	DH1	Grimm (2020)
	Aumento no faturamento	DH2	
	Redução nos custos	DH3	
	Melhor imagem/reconhecimento	DH4	
	Redução de admissões	DH5	
	Melhoria nos indicadores de infecção	DH6	
Desempenho futuro do hospital (DFH)	Aumento na ocupação dos leitos	DFH1	Grimm (2020)
	Aumento no faturamento	DFH2	
	Redução nos custos	DFH3	
	Melhor imagem/reconhecimento	DFH4	

	Redução de admissões	DFH5	
	Melhoria nos indicadores de infecção	DFH6	
Desempenho futuro da EP (DFEP)	Serviços de qualidade	DFEP1	Edvardsson, Enquist e Johnston (2005); Ferguson, Paulin e Bergeron (2010)
	Superação das expectativas dos pacientes	DFEP2	
	Fidelidade do paciente	DFEP3	
	Recomendação	DFEP4	
	Experiência positiva	DFEP5	
Orientação aos 'pacientes (OP)	Monitoramento da EP	OP1	
	Maior valor para os pacientes	OP2	Luxford; Safran;
	Atenção às orientações	OP3	Delbranco (2011);
	Recursos humanos, tecnológicos e gerenciais	OP4	Roberts (2013);
	Atenção a orientações pós-alta	OP5	

Fonte: elaborada pela autora.

A Tabela 5.2 apresenta os construtos da pesquisa, os itens de mensuração e referências-chaves. Já as afirmações feitas aos respondentes são apresentadas no Apêndice 1 deste artigo.

Tratamento e análise dos dados

Foi utilizada a técnica de Modelagem de Equações Estruturais (MEE) para testar o modelo conceitual e as hipóteses da pesquisa, conforme orientação de Hair et al., 2014. A análise dos dados foi apoiada pelo software SmartPLS 2.0.M3, que usa a abordagem *Partial Least Squares* (PLS) para realizar o MME. Antes da análise, foram identificados casos de *straight-linings*, dados ausentes e *outliers* (ROUSSEUW; VAN ZOMEREN, 1990; HAIR et al., 2014). Não houve casos de *straight linings*. Uma análise multivariada de outliers usando o teste da distância de *Mahalanobis* foi realizada e não houve casos de outliers. Os questionários com dados ausentes (opções N - não sei/não se aplica) em mais de 5% das respostas foram removidos (HAIR et al., 2017). Porém, questionários com percentual abaixo deste valor foram considerados a fim de se aumentar o tamanho da amostra. Neste caso, dados ausentes foram substituídos pela resposta média (HAIR et al., 2017). Logo, a amostra final engloba 88 respostas de profissionais de saúde que admitiram pacientes de COVID-19.

O uso de respondentes únicos pode representar uma fonte de viés (PODSAKOFF et al., 2003). Para reduzir o viés (*common variance method*), seguimos as seguintes recomendações: (i) o instrumento de pesquisa foi desenvolvido com base na literatura; (ii) os pré-testes foram realizados com acadêmicos e profissionais de saúde (respostas excluídas da amostra final); (iii) os questionários foram respondidos por profissionais e gestores de saúde envolvidos com

hospitais com pacientes COVID-19; (iv) a ordem das questões do questionário foi randomizada para evitar possíveis associações entre as variáveis; e (v) incluímos também a opção “N” na escala. Além disso, testamos o *Harman's single fator*. O primeiro e maior fator é responsável por 30,25% da variância explicada, que é inferior aos 50% recomendado por Podsakoff et al. (2003). Assim, não há problemas de viés na amostra.

Validação do Modelo

O método MEE-PLS segue um processo formado por duas etapas principais. A primeira corresponde à validação do modelo (modelo de mensuração). Nesta etapa, são realizados testes para se avaliar a confiabilidade, validade convergente e validade divergente (HAIR et al., 2014). Neste processo, são realizadas iterações, as quais resultaram na retirada de itens de mensuração do modelo. Neste estudo foram removidas as seguintes variáveis RHC2, RHC5, RHC8, PEP1, PEP2, PEP12, DH1, DH2, DH3, DH5, DFH2, DFH3 e DFH5 (Ver Tabela 5.2). Por serem concebidos como construtos reflexivos, a retirada de itens não afeta a qualidade da variável latente desde que existam itens suficientes para defini-la (Wang et al., 2015). A Tabela 5.3 mostra os valores resultantes do processo de validação.

Tabela 5. 3 - Resultados da confiabilidade e validade convergente

Construto	Item	Média	DP	Outer Loadings	CA	CR	VME	R2
Resposta do hospital à COVID-19 (RHC)	RHC1	4.568	1.413	0.809	0.852	0.892	0.625	-
	RHC3	3.739	1.641	0.815				
	RHC4	4.489	1.430	0.795				
	RHC6	4.068	1.506	0.707				
	RHC7	4.693	1.326	0.820				
Práticas de EP (PEP)	PEP3	5.148	1.284	0.816	0.940	0.954	0.807	0.249
	PEP4	5.216	1.229	0.805				
	PEP5	5.216	1.301	0.686*				
	PEP6	4.591	1.635	0.747				
	PEP7	4.955	1.405	0.845				
	PEP8	4.943	1.433	0.825				
	PEP9	4.523	1.624	0.825				
	PEP10	5.045	1.389	0.746				
Desempenho da EP -presente (DEP)	DEP1	5.218	1.152	0.882	0.922	0.934	0.614	0.279
	DEP2	4.886	1.335	0.875				
	DEP3	4.682	1.325	0.890				
	DEP4	4.694	1.470	0.919				
	DEP5	5.045	1.233	0.924				
Desempenho do hospital - presente (DH)	DH4	4.414	1.621	0.784	0.473**	0.791	0.654	0.308
	DH6	3.535	1.670	0.833				
Desempenho futuro da EP (DFEP)	DFEP1	5.716	0,69	0.940	0.956	0.967	0.853	0.330
	DFEP2	5.682	0,732	0.972				
	DFEP3	5.545	0,952	0.831				
	DFEP4	5.580	0,875	0.930				
	DFEP5	5.670	0,765	0.938				
Desempenho futuro do hospital (DFH)	DFH1	4.773	1.420	0.796	0.743	0.853	0.660	0.438
	DFH4	4.776	1.377	0.843				
	DFH6	4.682	1.299	0.797				
Orientação ao paciente (OP)	OP1	5.102	1.349	0.835	0.872	0.907	0.662	-
	OP2	4.875	1.286	0.768				
	OP3	5.136	1.130	0.883				
	OP4	4.364	1.561	0.752				
	OP5	4.273	1.704	0.822				

* Cargas entre 0,40 e 0,70 devem ser consideradas quando o VME for superior a 0,5 (HAIR et al., 2017).

** CA igual a 0.473 não atende ao recomendado (HAIR et al., 2017).

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto à confiabilidade, o alfa de *Cronbach* (CA) e a confiabilidade composta (*Composite Reliability* - CR) foram usados para se avaliar a consistência interna entre os itens de cada construto. Esses indicadores devem exceder o valor de 0.7 para serem aceitos (HAIR et al., 2017). A exceção é o construto “DEP”, que apresentou CA igual a 0.473 (devido ter apenas dois itens). De forma geral, como a maioria dos construtos atendem aos dois critérios de confiabilidade (exceção de DEP, que só atende o CR), pode-se considerar que o critério de confiabilidade foi satisfeito. A validade convergente é confirmada quando a Variância Média Extraída (VME) é superior a 0,5 para cada construto reflexivo no modelo. Na Tabela 5.3, os valores de VME estão acima do valor recomendado (HAIR et al., 2017). Além disso, o valor das cargas (*Outer Loadings*) de cada item de mensuração deve maior ou igual a 0,7 para que a variável latente explique parte substancial da variância de cada indicador. Todavia, cargas entre 0,40 e 0,70 são aceitas quando o VME for superior a 0,5 (HAIR et al., 2017). Considerando esses dois critérios, a validade convergente dos construtos também foi considerada satisfeita.

Três critérios foram usados para se testar a validade discriminante. No critério de *Fornell-Larcker*, a raiz quadrada da VME de cada construto deve ser maior do que os valores das correlações entre construtos (HAIR et al., 2017; HENSELER; RINGLE; SINKOVICS, 2009). Conforme apresentado na Tabela 5.4, as raízes quadradas das VME (elementos exibidos na diagonal) foram maiores do que a correlação entre cada par de construtos (elementos exibidos fora da diagonal). Outro critério atendido foi *cross-loading*, no qual a carga de cada deve ser maior do que todas as cargas cruzados (devido à limitação de espaços os valores não são mostrados). Por fim, também na Tabela 5.4, temos a critério *heterotrait-monotrait ratio* (HTMT). Este critério é atendido quando valores abaixo de 0,85 são encontrados para a razão das correlações (HENSELER et al., 2016). Assim, os resultados dos critérios usados mostram que a validade discriminante não são um problema no modelo.

Tabela 5. 4 - Validade discriminante

Construtos	DFH	DFEP	DH	DEP	PEP	OP	RHC
Critério Fornell-Larcker							
Desempenho futuro do hospital	0.812						
Desempenho futuro da EP	0.531	0.924					
Desempenho do hospital - presente	0.471	0.28	0.809				
Desempenho da EP - presente	0.342	0.554	0.258	0.784			
Práticas de EP	0.723	0.622	0.525	0.516	0.898		
Orientação ao paciente	0.561	0.462	0.539	0.409	0.649	0.813	
Resposta do hospital à COVID-19	0.524	0.39	0.41	0.082	0.500	0.56	0.76
Critério <i>heterotrait-monotrait ratio</i> (HTMT).							
Desempenho futuro do hospital							
Desempenho futuro da EP	0.614						
Desempenho do hospital - presente	0.780	0.422					
Desempenho da EP - presente	0.376	0.572	0.368				
Práticas de EP	0.849	0.654	0.799	0.523			
Orientação ao paciente	0.678	0.504	0.825	0.424	0.705		
Resposta do hospital à COVID-19	0.649	0.393	0.63	0.16	0.515	0.615	

Fonte: elaborada pela autora.

Resultados

No modelo estrutural, a primeira etapa foi verificar a colinearidade por meio dos valores VIF internos, os quais foram satisfeitos já que todos os construtos endógenos apresentaram valores menores que 3,006 (HAIR et al., 2017). Depois, passamos a examinar as capacidades preditivas do modelo por meio dos coeficientes de determinação (R²) e testar as relações entre os construtos por meio de seus coeficientes de caminho (hipóteses) e seus níveis de significância (p-valores). Estes valores foram obtidos por *bootstrapping* (5000 subamostras), conforme recomendado por Hair et al. (2017). A Tabela 5.5 mostra os resultados.

Os resultados confirmam a hipótese H1, ou seja, a relação entre a capacidade de resposta aos desafios da COVID-19 (RHC) e o desempenho dos hospitais durante a pandemia (DH) (H1; β 0.411, p-valor < 0.001). Igualmente, a relação entre RHC e as práticas de EP (PEP) (H2; β 0.498, p-valor < 0.001) e a relação entre as práticas de EP e o desempenho da EP (DEP)

(H3; β 0.514, p-valor < 0.001), confirmando as hipóteses H2 e H3, respectivamente. Portanto, todas as hipóteses ligadas ao presente (durante a pandemia) foram validadas.

Tabela 5. 5 - Teste de hipóteses

Hipóteses	Coefficiente de caminho	Desvio padrão	t-valores	p-valores	Resultado
Relações Diretas					
H1 - RHC → DH	0.411	0.080	5.145	<0.0	Confirmada
H2 - RHC → PEP	0.498	0.080	6.223	<0.0	Confirmada
H3 - PEP → DEP	0.514	0.108	4.775	<0.0	Confirmada
H4 - RHC → DFH	0.551	0.069	7.933	<0.0	Confirmada
H5- RHC → DFEP	0.394	0.082	4.810	<0.0	Confirmada
Moderação					
H6a- OP*RHC → DH	0.291	0.126	2.309	<0.0	Confirmada
H6b- OP* PEP → DEP	-0.361	0.186	1.942	>0.0	Não confirmada
H6c- OP*RHC → DFH	0.197	0.169	1.166	>0.0	Não confirmada
H6d- OP*RHC → DFEP	-0.073	0.175	0.419	>0.0	Não confirmada

Fonte: elaborada pela autora.

A pandemia de COVID-19 representa um impacto significativo nos hospitais (e.g., o *hospital foi fortemente afetado pela pandemia da COVID-19*- média = 5.644), levando-os a mudanças em seus procedimentos e forma de gestão. Como consequência, os hospitais com maior capacidade de adaptação (senso de mudança, agilidade e flexibilidade) alteraram diversas práticas ligadas a EP. Entre elas, destacam-se a comunicação com os pacientes; a organização do ambiente hospitalar, cuidados com a segurança, formas de relacionamento com pacientes e familiares, feedbacks e participação nas decisões (Ver tabelas 5.2 e 5.3). Ademais, a sobrecarga da COVID-19 tanto nas respostas dos hospitais assim como em suas práticas de EP geraram impactos no desempenho. Os resultados mostram uma influência positiva da RHC no desempenho do hospital, ainda que este construto seja formado por apenas duas variáveis (e.g., melhoria da imagem e redução de infecção). Logo, os respondentes não evidenciaram, como esperado, melhorias em indicadores como faturamento ou redução de custos. Por outro lado, a confirmação da hipótese H3 indica que os hospitais conseguiram, apesar das mudanças nas práticas de EP devido às restrições impostas, oferecer serviços de qualidade e prover uma experiência satisfatória aos pacientes, na visão dos profissionais.

As hipóteses H4 e H5 relativas às expectativas pós-pandemia também foram validadas. Neste caso, há uma relação positiva entre as RHC e o DFH (H4; β 0.551, p-valor < 0.001) e entre as RHC e o DFEP (H5; β 0.394 p-valor < 0.001). Esses resultados evidenciam que os profissionais de saúde são mais assertivos quanto aos impactos futuros da pandemia, as quais, certamente, levarão a mudanças na gestão e, principalmente, no desempenho dos hospitais (maior valor de coeficiente de caminho na Tabela 5.5). Interessante é que os respondentes apontam para uma maior ocupação de leitos hospitalares (Tabela 5.3), indicando um futuro agravamento da pandemia no país. Nesta linha, os resultados evidenciam expectativas positivas quanto à manutenção dos padrões de qualidade, cuidado e atenção aos pacientes.

Outra análise feita foi avaliar a capacidade preditiva do modelo. Com base em Cohen (1988), valores dos coeficientes de determinação (R²) maiores que 0,26 são considerados significativos para as ciências sociais, enquanto que valores entre 0.13 a 0.25 são tidos como moderados. A Tabela 5.3 mostra os valores R² de cada construto do modelo. Assim, a RHC tem um forte poder explicativo no DHP (R² = 0.308), mas moderado em relação as PEP (R² = 0.246). Já PEP tem um poder explicativo maior em DEP (R² = 0.279). Todavia, quando se consideram os impactos futuros da COVID-19, os coeficientes de determinação são maiores. Os valores de R² DFH e DFEP são, respectivamente 0.438 e 0.330. Notam-se valores de R² maiores para um cenário pós-pandemia, o que reforça a percepção de mudanças futuras (na gestão e desempenho e nas práticas de EP) nos hospitais decorrentes das consequências da pandemia.

Por fim, uma última análise refere-se aos efeitos moderadores da orientação ao paciente (OP). Das quatro hipóteses testadas, apenas uma (H6a β 0.291 p-valor < 0.001) foi validada. Ademais, quando se trata de efeito moderador, Hair et al. (2017) sugerem a classificação de Kenny (2015): $f^2 = 0.005$ = pequeno; $f^2 = 0.010$ = médio; $f^2 = 0.025$ = grande. Neste caso, o valor de f^2 para a moderação validada foi 0,061. Deste modo, OP modera positivamente a relação entre RHC e DH, sugerindo que quanto maior for a OP, maior será a relação entre a resposta do hospital à pandemia (RHC) e o desempenho presente do hospital (DH). Este resultado é importante pois denota que OP (e.g., criação de valor, atenção e cuidado do paciente e capacitação de recursos humanos etc) é um importante direcionador para adaptação do hospital frente a desafios como os impostos pela COVID-19.

Discussão e Implicações

Motivados pelos possíveis desafios enfrentados pelos hospitais devido ao surgimento da pandemia de COVID-19, este estudo analisou o impacto da COVID-19 nas práticas de EP e no desempenho de hospitais no Brasil. Além disso, analisa se hospitais que adotaram práticas visando uma melhor EP tendem a apresentar um melhor desempenho. Os resultados fornecem suporte para a maioria das hipóteses propostas, sugerindo que as práticas e desempenho dos hospitais e da EP foram e serão fortemente afetados pela pandemia.

Implicações Gerenciais

Uma boa EP implica no bem estar de cada paciente. Incluir a todos e adaptar-se a momentos turbulentos tem sido um grande desafio para os hospitais atualmente. Os resultados do artigo mostram a importância de levar em consideração a capacidade de adaptação. Como exemplo, pode-se citar as modificações mais evidenciadas, por exemplo, o uso da telemedicina bem como novos protocolos de visitas hospitalares. Gestores de hospitais poderão melhorar a EP durante a pandemia utilizando a tecnologia como um suporte de melhoria de acesso à informação em tempo real, de vínculo entre os familiares e de minimização do isolamento social dos pacientes, garantindo, ao mesmo tempo, a segurança dos envolvidos. Além disso, muitos pacientes e familiares vêm apresentando sintomas emocionais. Desta forma, o engajamento da equipe para lidar com anseios e medos mostra-se necessário. Outro aspecto importante é a segurança hospitalar. O uso e fornecimento de suprimentos suficientes que garantam a limpeza adequada e a segurança aos pacientes, familiares e equipe hospitalar devem ter papel de destaque no momento. Assim, produtos de limpeza e desinfecção devem sempre estar à mão de todos os presentes no hospital.

Limitações e trabalhos futuros

A coleta de dados foi realizada no final ano de 2020. Em janeiro de 2021 houve um novo surto de COVID-19 no Brasil com um aumento considerável de internações por COVID-19. Assim, os hospitais brasileiros ainda enfrentam os desafios decorrentes da pandemia da COVID-19 e muitos hospitais de campanha, nesse momento, encontram-se fechados. Esse

fato representa uma limitação para a pesquisa, visto que uma distribuição menos eficaz dos leitos e pacientes pode influenciar nas percepções dos entrevistados. Outra limitação é o fato de, por dificuldades de acesso a pacientes, a pesquisa ter sido aplicada por meio de entrevistas a profissionais de saúde e gestores. Além disso, a pesquisa teve natureza exploratória e, uma terceira limitação, está no tipo de amostra utilizada (não probabilística) e no fato de os resultados não poderem ser universalizados. Por fim, a pesquisa limitou-se aos construtos e variáveis investigados. Sugere-se, como trabalho futuro, a realização de uma nova pesquisa exploratória sobre o tema, tendo em vista que os casos da doença e, conseqüentemente, os desafios hospitalares continuam a aumentar, podendo, nesse período, identificar novos desafios para as práticas de EP e para os desempenhos da EP e dos hospitais.

REFERÊNCIAS

ABAD, C.; FEARDAY, A.; SAFDAR, N. Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review. **Journal of hospital infection**, v. 76, n. 2, p. 97-102, 2010.

AHORSU, D. K. et al. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. **International journal of mental health and addiction**, 2020.

ALALOUL, F. et al. Patient Experience Factors and Health-Related Quality of Life in Hospitalized Individuals. **Oncology Nursing Forum**, v. 46, n. 2, p. 238–247, mar. 2019.

BAINS, J. et al. Utilizing telemedicine in a novel approach to COVID-19 management and patient experience in the emergency department. **Telemedicine and e-Health**, 2020.

BEATTIE, M. et al. Development and preliminary psychometric properties of the Care Experience Feedback Improvement Tool (CEFIT). **BMJ Open**, v. 6, n. 6, 2016.

BENN ORAVA, S.; COOK, K.; BROWN, A. Maintaining a positive patient experience during COVID-19 in a rehabilitation and complex care setting. **Patient Experience Journal**, v. 7, n. 2, p. 98-102, 2020.

BROWNE, K. et al. Analysis & commentary measuring patient experience as a strategy for improving primary care. **Health affairs**, v. 29, n. 5, p. 921-925, 2010.

CANABARRO, A. et al. Data-driven study of the COVID-19 pandemic via age-structured modelling and prediction of the health system failure in Brazil amid diverse intervention strategies. **Plos one**, v. 15, n. 7, p. e0236310, 2020.

CARDOSO, L. S. P.; SILVA, A. A.; JARDIM, M. J. A. Performance of the patient safety unit in coping with covid-19 in a hospital unit. **Nurse Foco (Brasília)** , p. 217-221, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et al. Interim infection prevention and control recommendations for healthcare personnel during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, v. 22, 2020.

CHATTU, V. K.; ADISESH, A.; YAYA, S. Canada's role in strengthening global health security during the COVID-19 pandemic. **Global Health Research and Policy**, v. 5, n. 1, p. 1-3, 2020.

CHEN, X. et al. "I Accelerate" Model: a grounded theory on conceptual framework of patient experience with nursing care in China. **Journal of Nursing Management**, 2021.

COHEN, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2^ªEU.). **Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates**, 1988.

EDVARDSSON, B.; ENQUIST, B.; JOHNSTON, R. Cocreating customer value through hyperreality in the prepurchase service experience. **Journal of service research**, v. 8, n. 2, p. 149-161, 2005.

FERGUSON, R. J.; PAULIN, M.; BERGERON, J. Customer sociability and the total service experience. **Journal of service management**, 2010.

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. Serie Generale, n. 64, de 11/03/2020. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-03-11&atto.codiceRedazionale=20A01605&elenco30giorni=false. Acessado em 14 de março de 2020.

GRIFFIN, K. M. et al. Hospital preparedness for COVID-19: a practical guide from a critical care perspective. **American journal of respiratory and critical care medicine**, n. ja, 2020.

GRIMM, C. A. Hospital Experiences Responding to the COVID-19 Pandemic: Results of a National Pulse Survey March 23–27, 2020. In: **US Department of health and human services OoIG**. p. 1-41, 2020.

HAIR JR, J. F. et al. **A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)**. Sage publications, 2014.

HAIR, J. F. et al. Mirror, mirror on the wall: a comparative evaluation of composite-based structural equation modeling methods. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 45, n. 5, p. 616-632, 2017.

HENSELER, J.; HUBONA, G.; RAY, P. A. Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines. **Industrial management & data systems**, 2016.

HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SINKOVICS, R. R. The use of partial least squares path modeling in international marketing. In: **New challenges to international marketing**. Emerald Group Publishing Limited, 2009. p. 277-319.

HEYWORTH, L. et al. Influence of shared medical appointments on patient satisfaction: a retrospective 3-year study. **Annals of family medicine**, v. 12, n. 4, p. 324–330, jul. 2014.

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, 2002.

KABADAYI, S.; O’CONNOR, G. E.; TUZOVIC, S. The impact of coronavirus on service ecosystems as service mega-disruptions. **Journal of Services Marketing**, 2020.

KASHIF, M. et al. EXQ: measurement of healthcare experience quality in Malaysian settings: A contextualist perspective. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, v. 10, n. 1, p. 27–47, 2016.

KAVOOR, A. R.; CHAKRAVARTHY, K.; JOHN, T. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, p. 102074, 2020.

KEMPER, E.A., STRINGFIELD, S.; TEDDLIE, C. Mixed methods sampling strategies in social science research, In A. Tashakkori and C. Teddlie (Eds.), **Handbook of mixed methods in social and behavioral research**, Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 273-296., 2003.

KIRK, C. P.; RIFKIN, L. S. I'll trade you diamonds for toilet paper: Consumer reacting, coping and adapting behaviors in the COVID-19 pandemic. **Journal of Business Research**, v. 117, p. 124-131, 2020.

KUPFER, J. M.; BOND, E. U. Patient satisfaction and patient-centered care: necessary but not equal. **Jama**, v. 308, n. 2, p. 139-140, 2012.

LANCET, The. India under COVID-19 lockdown. **Lancet (London, England)**, v. 395, n. 10233, p. 1315, 2020.

LAVELA PHD, M. M. S.; GALLAN PHD, A. Evaluation and measurement of patient experience. **Patient Experience Journal**, v. 1, n. 1, p. 28, 2014.

LEMOS, D. R. Q. et al. Health system collapse 45 days after the detection of COVID-19 in Ceará, Northeast Brazil: a preliminary analysis. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020.

LUSILLA-PALACIOS, P.; CASTELLANO-TEJEDOR, C. Acute spinal cord injury patients' satisfaction with care: Results from an intervention study in a specialized rehabilitation unit. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 10, p. 1289–1299, 2017.

LUXFORD, K.; SAFRAN, D. G.; DELBANCO, T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 5, p. 510-515, 2011.

MAJID, U.; WASIM, A. Patient-centric culture and implications for patient engagement during the COVID-19 pandemic. **Patient Experience Journal**, v. 7, n. 3, p. 5-16, 2020.

MILLSTEINJEFFREY, H. et al. Reimagining the Patient Experience During the Covid-19 Pandemic. **NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery**, 2020.

MOREIRA, R. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00080020, 2020.

NORONHA, K. et al. Pandemia por COVID-19 em Minas Gerais, Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. **Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais**, 2020.

OVERTON, J. et al. Coronavirus (COVID-19): Patient experience—Administrative services on the frontline during crisis. **Head & neck**, v. 42, n. 7, p. 1477-1481, 2020.

PADAYACHEE, H.; HOQUE, M. E.; MUTAMBARA, E. Patient experience of primary health care users in KwaZulu-Natal. **Africa Journal of Nursing and Midwifery**, v. 22, n. 1, p. 23 pages-23 pages, 2020.

PELLINO, G.; SPINELLI, A. How Coronavirus Disease 2019 Outbreak Is Impacting Colorectal Cancer Patients in Italy: A Long Shadow Beyond Infection. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 63, n. 6, p. 720-722, 2020

PÉREZ, E.; DZUBAY, D. P. A scheduling-based methodology for improving patient perceptions of quality of care in intensive care units. **Health Care Management Science**, p. 1-13, 2021.

PODSAKOFF, P. M. et al. Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. **Journal of applied psychology**, v. 88, n. 5, p. 879, 2003.

RAN, X. et al. Innovative Applications of Patient Experience Big Data in Modern Hospital Management Improve Healthcare Quality. **Chinese Medical Sciences Journal**, v. 35, n. 4, p. 366-370, 2020.

ROBERTS, L. Improving quality, service delivery and patient experience in a musculoskeletal service. **Manual Therapy**, v. 18, n. 1, p. 77–82, 2013.

RODRIGUES, K. C. A era da experiência dos pacientes. **Gv Executivo**, v. 18, n. 1, p. 16, 2019.

ROUSSEEUW, P. J.; VAN ZOMEREN, B. C. Unmasking multivariate outliers and leverage points. **Journal of the American Statistical association**, v. 85, n. 411, p. 633-639, 1990.

SHAPIRO, L. M. et al. Understanding the Patient Experience: Analysis of 2-Word Assessment and Its Relationship to Likelihood to Recommend in Outpatient Hand Surgery. **HAND**, p. 1558944720988078, 2021.

SHETH, J. Impact of Covid-19 on consumer behavior: Will the old habits return or die?. **Journal of Business Research**, v. 117, p. 280-283, 2020.

SIDDIQUI, Z. K. et al. Patient isolation for infection control and patient experience. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 40, n. 2, p. 194-199, 2019.

SPICER, J. How to measure patient satisfaction. **Quality Progress**, v. 35, n. 2, p. 97, 2002.

THE BERYL INSTITUTE website, Defining Patient Experience. Disponível em: <http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp>. Acessado em dezembro de 2020)

VALLEY, T. S. et al. Changes to visitation policies and communication practices in Michigan ICUs during the COVID-19 pandemic. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 202, n. 6, p. 883-885, 2020.

VERMA, S., & GUSTAFISSON, A. (2020). Investigating the emerging COVID-19 research trends in the field of business and management: A bibliometric analysis approach. **Journal of Business Research**, 118(June), 253–261, 2020.

WOLF, J. A et al. Defining patient experience. **Patient Experience Journal**, v. 1, n. 1, p. 7–19, 2014.

WONG, E. L. Y. et al. Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. **Plos One**, v. 10, n. 4, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. Genebra, 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acessado em 23 de maio de 2020.

WOSIK, J. et al. Telehealth Transformation: COVID-19 and the rise of Virtual Care. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 27, n. 6, p. 957-962, 2020.

YANG, X. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. **The Lancet Respiratory Medicine**, 2020.

WANG, X., et al. Convergent and discriminant validity with formative measurement: A mediator perspective. **Journal of Modern Applied Statistical Methods**, v. 14, n. 1, pp. 11, 2015.

WANG, X. et al. Validation of the patient-reported experience measure for care in Chinese hospitals (PREM-CCH). **International Journal for Equity in Health**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2021.

Apêndice 1 (Artigo 1) – Afirmações da pesquisa

Construto	Código	Afirmação	
Resposta do hospital à Covid-19 (RHC)	RHC1	Conseguimos lidar com a mudança repentina na demanda por nossos serviços.	
	RHC3	Tínhamos recursos suficientes (aspectos humanos, tecnológicos e gerenciais) para lidar com a pandemia.	
	RHC4	Conseguimos lidar com a mudança no comportamento (por exemplo, exigências de segurança) dos nossos pacientes.	
	RHC6	Conseguimos lidar com as restrições financeiras causadas pela pandemia da COVID-19.	
	RHC7	O hospital foi ágil e flexível durante a pandemia da COVID-19.	
	Práticas de EP (PEP)	PEP3	Houve alterações significativas na comunicação da equipe hospitalar com os pacientes.
		PEP4	Houve alterações significativas nas características do ambiente hospitalar (incluindo layout, tranquilidade e limpeza).
PEP5		Houve alterações significativas nos procedimentos de cuidados e segurança do paciente devido à pandemia.	
PEP6		Houve alterações significativas na qualidade na prestação dos serviços hospitalares.	
PEP7		Houve alterações significativas no relacionamento da equipe hospitalar com os familiares durante o processo de tratamento.	
PEP8		Houve alterações significativas no relacionamento da equipe hospitalar com os pacientes durante o processo de tratamento.	
PEP9		Houve alterações significativas na participação do paciente ou familiares nas decisões sobre o tratamento.	
PEP10		Houve alterações significativas na transmissão de informações e o feedback aos pacientes e familiares durante o processo de tratamento.	
PEP11		Houve alterações significativas na preparação do paciente e prestação de informações necessárias ou solicitadas por ele durante a alta hospitalar.	
Desempenho da EP – presente (DEP)		DEP1	Oferecemos serviços de qualidade aos nossos pacientes durante a pandemia.
		DEP2	Oferecemos serviços que superam as expectativas dos pacientes durante a pandemia.
	DEP3	A fidelidade do paciente foi aumentada.	
	DEP4	A recomendação dos nossos serviços será aumentada em função da qualidade dos serviços hospitalares prestados.	
	DEP5	Conseguimos gerar uma experiência positiva para os nossos pacientes.	
Desempenho do hospital – presente (DH)	DH4	Houve aumento na imagem/reconhecimento do hospital.	
	DH6	Houve melhoria dos indicadores de infecção.	
Desempenho futuro do hospital (DFH)	DFH1	Haverá um aumento na taxa de ocupação dos leitos.	
	DFH4	Haverá um aumento na imagem/reconhecimento do hospital.	
	DFH6	Haverá uma melhoria dos indicadores de infecção.	
Desempenho futuro da EP (DFEP)	DFEP1	Esperamos oferecer serviços de alta qualidade aos nossos pacientes.	
	DFEP2	Esperamos oferecer serviços que superam as expectativas dos pacientes.	
	DFEP3	Esperamos a fidelidade dos nossos pacientes.	
	DFEP4	Espera-se uma maior recomendação dos nossos serviços.	

	DFEP5	Esperamos melhorar a experiência do paciente.
Orientação aos pacientes (OP)	OP1	Monitoramos constantemente a experiência dos pacientes.
	OP2	Nossas estratégias de serviços hospitalares são impulsionadas por nossas crenças sobre como podemos criar maior valor para nossos pacientes.
	OP3	Prestamos muita atenção aos serviços/orientações durante a prestação dos serviços hospitalares.
	OP4	Temos uma boa capacidade em recursos humanos, tecnológicos e gerenciais para gestão do hospital.
	OP5	Prestamos muita atenção aos serviços/orientações pós-alta hospitalar.

6 CONCLUSÕES

Este trabalho buscou investigar a avaliação do paciente por meio da identificação dos principais instrumentos de avaliação, os construtos formadores da EP e variáveis independentes (artigo I). Com isso, obteve-se um mapeamento, sobretudo, dos atributos e práticas mais valorizados para a formação da experiência do paciente. Ressalta-se que, inicialmente, esta dissertação tinha como objetivo avaliar a experiência do paciente utilizando-se de pacientes internados em um hospital em São Carlos. Todavia, a crise da Covid-19 impôs um redirecionamento da proposta. Na pesquisa empírica, investigou-se como as práticas de EP foram impactadas pela crise do Covid-19 (Artigo II). Ademais, relacionou-se o construto resposta do hospital à COVID-19 (RHC) com o desempenho do hospital (DH) e com as práticas de EP (PEP) no cenário atual e futuro.

Em síntese, são vários os achados do Artigo I. Sobre a estratégia de avaliação da EP, a revisão de escopo indicou que a *survey* é a mais utilizada. Entre os instrumentos de avaliação da EP apontados como os mais utilizados estão o HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*), PPE (*Picker Patient Experience Questionnaire*) e QPP (*Quality of care form the Patient's Perspective*). Já os construtos formadores da EP que mais apareceram foram Comunicação e Informação, Equipe e Cuidados e Segurança. Os construtos resultantes mais evidenciados foram a própria Experiência, Satisfação e Qualidade. O fato de a satisfação aparecer com frequência como resultante da avaliação da EP pode demonstrar que esse dois construtos ainda são entendidos como iguais, mas pode demonstrar também que muitos autores já compreendem que a satisfação é apenas uma das resultantes da EP, assim como a qualidade.

Em síntese, são vários os achados do Artigo II. Quanto aos resultados da aplicação da *survey*, conclui-se que uma resposta rápida e melhor do hospital à COVID-19 influencia positivamente no desempenho presente do hospital e nas práticas de EP. Estas, por sua vez, têm influência positiva no desempenho da EP presente, o que sugere que os hospitais que tiverem uma resposta mais ágil à COVID-19 tiveram as práticas menos afetadas e, conseqüentemente, um melhor desempenho presente da EP. Uma melhor resposta do hospital à COVID-19 também tem relação positiva com os desempenhos futuros do hospital e da EP e

o efeito moderador da orientação aos pacientes teve relação positiva com o desempenho presente do hospital.

6.1 Implicações Gerenciais

A pesquisa contribui com a identificação dos métodos de avaliação da EP adulto em hospitais gerais e de construtos utilizados nessa avaliação, o que pode ajudar gerentes da EP a apoiarem-se nos resultados apresentados e criarem seus próprios métodos de avaliação, voltados ao perfil dos seus pacientes. Notou-se que construtos ligados a aspectos relacionais vêm sendo mais investigados do que construtos relacionados à área emocional. No cenário atual, e talvez futuro, onde se vive a pandemia de COVID-19, é importante que gerentes se atentem, especialmente, à avaliação e às práticas de EP voltadas para a área emocional, tendo em vista a observação de que pacientes estão sendo afetados emocionalmente. Além disso, devem atentar-se também a outros aspectos importantes da EP, como segurança e comunicação, por exemplo. O trabalho também contribui para a compreensão de que hospitais devem se adaptar o quanto antes para que seus desempenhos não sejam afetados e sugere a utilização da tecnologia como suporte de melhoria de acesso à informação, contato entre os familiares e minimização do isolamento social dos pacientes. Outra sugestão é o treinamento da equipe de trabalho para lidar com os anseios e medos dos pacientes e familiares. A atenção à segurança do paciente e da equipe hospitalar, fazendo uso apropriado do protocolo de segurança disponível atualmente para hospitais, também mostrou-se importante.

6.2 Limitações e trabalhos futuros

Esta pesquisa, inicialmente, visava a avaliação da EP adulto do hospital universitário da Universidade Federal de São Carlos. A estratégia era a realização da revisão de escopo sobre os métodos de avaliação da EP adulto em hospitais, com posterior aplicação do método mais utilizado para avaliar a EP do hospital universitário da Universidade Federal de São Carlos. Com o surgimento da pandemia, já com a aprovação do hospital e do Comitê local de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, a pesquisa ficou impossibilitada. Não seria mais possível

coletar dados junto aos pacientes. Assim, a pesquisa adaptou-se ao surgimento da COVID-19 e voltou-se a pesquisar o objetivo atual. Dessa forma, embora esta dissertação não apresente uma linearidade perfeita, justificada perante à situação, acredita-se ter atingido o objetivo. Quanto às limitações dos artigos, a revisão de escopo buscou identificar os métodos de avaliação da EP adulto em hospitais gerais. Dessa forma, outras categorias de serviços de saúde e pacientes (hospitais especializados e pacientes pediátricos, por exemplo) poderiam ter sido incluídas. Esse fato demonstra uma limitação da pesquisa e uma sugestão de trabalho futuro. A coleta de dados da *survey* foi realizada no final de 2020. No começo de 2021 houve um grande aumento nos casos de COVID-19 no Brasil, o que pode ter impactado de maneira diferente nos hospitais. Desse modo, o período de coleta de dados pode oferecer alguma limitação e sugere-se, como trabalho futuro, a realização de uma nova pesquisa exploratória sobre o tema, podendo, em um novo período, identificar novos desafios para as práticas de EP e para os desempenhos da EP e dos hospitais. Nos artigos I e II constam detalhadamente as limitações e sugestões de trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS

ABAD, C.; FEARDAY, A.; SAFDAR, N. Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review. **Journal of hospital infection**, v. 76, n. 2, p. 97-102, 2010.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Updates to All Documents Pertaining to April 2018 Public Report and the Pain Management Composite (06/15/2018)**, HCAHPS online, 2018. Disponível em: <https://hcahpsonline.org/en/whats-new/#PainMgmtComposite>. Acesso em: 19 dez. 2019.

AHMED, F.; BURT, J.; ROLAND, M. Measuring patient experience: Concepts and methods. **Patient**, v. 7, n. 3, p. 235–241, 2014.

AHORSU, D. K. et al. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. **International journal of mental health and addiction**, 2020.

ALALOUL, F. et al. Patient Experience Factors and Health-Related Quality of Life in Hospitalized Individuals. **Oncology Nursing Forum**, v. 46, n. 2, p. 238–247, mar. 2019.

ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. de. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão & Produção**, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

BAINS, J. et al. Utilizing telemedicine in a novel approach to COVID-19 management and patient experience in the emergency department. **Telemedicine and e-Health**, 2020.

BANKA, G. et al. Improving patient satisfaction through physician education, feedback, and incentives. **Journal of Hospital Medicine**, v. 10, n. 8, p. 497–502, ago. 2015.

BEATTIE, M. et al. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. **Systematic Reviews**, v. 4, 2015.

BEATTIE, M. et al. Development and preliminary psychometric properties of the Care Experience Feedback Improvement Tool (CEFIT). **BMJ Open**, v. 6, n. 6, 2016.

BENN ORAVA, S.; COOK, K.; BROWN, A. Maintaining a positive patient experience during COVID-19 in a rehabilitation and complex care setting. **Patient Experience Journal**, v. 7, n. 2, p. 98-102, 2020.

BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A. The service quality puzzle. **Business Horizons**, v. 31, n. 5, p.35-43, 1988

BERRY, L. L.; BENDAPUDI, N. Health care: A fertile field for service research. **Journal of Service**

Research, v. 10, n. 2, p. 111–122, 2007.

BRAKUS, J. J.; SCHMITT, B. H.; ZARANTONELLO, L. Brand experience: what is it? How is it measured? Does it affect loyalty?. **Journal of marketing**, v. 73, n. 3, p. 52-68, 2009.

BROWNE, K. et al. Analysis & commentary measuring patient experience as a strategy for improving primary care. **Health affairs**, v. 29, n. 5, p. 921-925, 2010.

BUSTAMANTE, J. C.; RUBIO, N. Measuring customer experience in physical retail environments. **Journal of Service Management**, 2017.

BROWN, S. M. et al. Validation of the Intermountain patient perception of quality (PPQ) survey among survivors of an intensive care unit admission: a retrospective validation study. **BMC Health Services Research**, v. 15, 2015.

BRUYNEEL, L. et al. New Instrument to Measure Hospital Patient Experiences in Flanders. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 11, nov. 2017.

CANABARRO, A. et al. Data-driven study of the COVID-19 pandemic via age-structured modelling and prediction of the health system failure in Brazil amid diverse intervention strategies. **Plos one**, v. 15, n. 7, p. e0236310, 2020.

CANEIRAS, C. et al. Patient Experience in Home Respiratory Therapies: Where We Are and Where to Go. **Journal of clinical medicine**, v. 8, n. 4, abr. 2019.

CARDOSO, L. S. P.; SILVA, A. A.; JARDIM, M. J. A. Performance of the patient safety unit in coping with covid-19 in a hospital unit. **Nurse Foco (Brasília)**, p. 217-221, 2020.

CARTER, J. et al. The association between patient experience factors and likelihood of 30-day readmission: a prospective cohort study. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 9, p. 683–690, 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et al. Interim infection prevention and control recommendations for healthcare personnel during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, v. 22, 2020.

CHAN, B. et al. The Effect of a Care Transition Intervention on the Patient Experience of Older Multi-Lingual Adults in the Safety Net: Results of a Randomized Controlled Trial. **Journal of General Internal Medicine**, v. 30, n. 12, p. 1788–1794, 2015.

CHANG, T. Y.; HORNG, S. C. Conceptualizing and measuring experience quality: the customer's perspective. **The Service industries journal**, v. 30, n. 14, p. 2401-2419, 2010.

CHATTU, V. K.; ADISESH, A.; YAYA, S. Canada's role in strengthening global health security during the COVID-19 pandemic. **Global Health Research and Policy**, v. 5, n. 1, p. 1-3, 2020.

CHEN, X. et al. "I Accelerate" Model: a grounded theory on conceptual framework of patient experience with nursing care in China. **Journal of Nursing Management**, 2021.

COHEN, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2^ªEU.). **Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates**, 1988.

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, n. SPE, 2020.

COWEN, M. E. et al. The Risk-Outcome-Experience Triad: Mortality Risk and the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey. **Journal of Hospital Medicine**, v. 11, n. 9, p. 628–635, 2016.

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

DRENNAN, J. et al. A protocol to measure the impact of intentional changes to nurse staffing and skill-mix in medical and surgical wards. **Journal of Advanced Nursing**, v. 74, n. 12, p. 2912–2921, 2018.

EDVARDSSON, B.; ENQUIST, B.; JOHNSTON, R. Cocreating customer value through hyperreality in the prepurchase service experience. **Journal of service research**, v. 8, n. 2, p. 149-161, 2005.

FERGUSON, R. J.; PAULIN, M.; BERGERON, J. Customer sociability and the total service experience. **Journal of service management**, 2010.

FISHER, K. A. et al. We want to know: Patient comfort speaking up about breakdowns in care and patient experience. **BMJ Quality and Safety**, v. 28, n. 3, p. 190–197, 2019.

FORCINO, R. C. et al. Using CollaboRATE, a brief patient-reported measure of shared decision making: Results from three clinical settings in the United States. **Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy**, v. 21, n. 1, p. 82–89, fev. 2018.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, v. 35, n. 3, p. 105-112, 2000. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/16542/o-metodo-depesquisa-survey/i/pt-br>. Acesso em: 26 dez. 2019.

FROW, P.; PAYNE, A. Towards the 'perfect' customer experience. **Journal of Brand Management**, v. 15 n. 2, p. 89-101, 2007.

FORZA, C. Survey research in operations management: A process-based perspective. **International Journal of Operations and Production Management**, v. 22, n. 2, p. 152–194, 2002.

GANGA, G. M. D. **Trabalho de conclusão de curso (TCC) na engenharia de produção: um guia prático de conteúdo e forma.** São Paulo: Atlas, 2012.

GARRARD, F.; NARAYAN, H. Assessing obstetric patient experience: a SERVQUAL questionnaire. **International journal of health care quality assurance**, v. 26, n. 7, p. 582–592, 2013.

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. Serie Generale, n. 64, de 11/03/2020. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-03-11&atto.codiceRedazionale=20A01605&elenco30giorni=false. Acessado em 14 de março de 2020.

GENTILE, C.; SPILLER, N.; NOCI, G. How to sustain the customer experience: An overview of experience components that co-create value with the customer. **European management journal**, v. 25, n. 5, p. 395-410, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GILLAM, S. W. et al. Education for medications and side effects: a two part mechanism for improving the patient experience. **Applied Nursing Research**, v. 31, p. 72–78, 2016.

GIORDANO, L. A. et al. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. **Medical Care Research and Review**, v. 67, n. 1, p. 27-37, 2010.

GRIFFIN, K. M. et al. Hospital preparedness for COVID-19: a practical guide from a critical care perspective. **American journal of respiratory and critical care medicine**, n. ja, 2020.

GRIMM, C. A. Hospital Experiences Responding to the COVID-19 Pandemic: Results of a National Pulse Survey March 23–27, 2020. In: **US Department of health and human services OoIG**. p. 1-41, 2020.

GROENE, O. et al. Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies. **PloS one**, v. 10, n. 7, p. e0131805, 2015.

HAIR JR, J. F. et al. **A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM).** Sage publications, 2014.

HAIR, J. F. et al. Mirror, mirror on the wall: a comparative evaluation of composite-based structural equation modeling methods. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 45, n. 5, p. 616-632, 2017.

HENSELER, J.; HUBONA, G.; RAY, P. A. Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines. **Industrial management & data systems**, 2016.

HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SINKOVICS, R. R. The use of partial least squares path modeling in international marketing. In: **New challenges to international marketing**. Emerald Group Publishing Limited, 2009. p. 277-319.

HEYWORTH, L. et al. Influence of shared medical appointments on patient satisfaction: a retrospective 3-year study. **Annals of family medicine**, v. 12, n. 4, p. 324–330, jul. 2014.

HOMBURG, C.; SCHWEMMLE, M.; KUEHNL, C. New product design: Concept, measurement, and consequences. **Journal of Marketing**, v. 79, n. 3, p. 41-56, 2015.

JENKINSON, C. et al. Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments. **Journal of Public Health Medicine**, v. 25, n. 3, p. 197–201, 2003.

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, 2002.

KABADAYI, S.; O'CONNOR, G. E.; TUZOVIC, S. The impact of coronavirus on service ecosystems as service mega-disruptions. **Journal of Services Marketing**, 2020.

KANDAMPULLY, J.; ZHANG, T. C.; JAAKKOLA, E. Customer experience management in hospitality. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, 2018.

KANEKO, M. et al. Associations of Patient Experience in Primary Care With Hospitalizations and Emergency Department Visits on Isolated Islands: A Prospective Cohort Study. **Journal of Rural Health**, v. 35, p. 498–505, 2018.

KASHIF, M. et al. Customer Satisfaction at Public Hospitals in Pakistan: PAKSERV Application. **Global Business Review**, v. 15, n. 4, p. 677–693, 2014.

KASHIF, M. et al. EXQ: measurement of healthcare experience quality in Malaysian settings: A contextualist perspective. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, v. 10, n. 1, p. 27–47, 2016.

KAVOOR, A. R.; CHAKRAVARTHY, K.; JOHN, T. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, p. 102074, 2020.

KELLER, S. et al. Methods used to streamline the CAHPS® Hospital Survey. **Health Services Research**, v. 40, n. 6 II, p. 2057–2077, 2005.

KEMP, K. A. et al. Association of inpatient hospital experience with patient safety indicators: a

cross-sectional, Canadian study. **BMJ Open**, v. 6, n. 7, 2016.

KEMPER, E.A., STRINGFIELD, S.; TEDDLIE, C. Mixed methods sampling strategies in social science research, In A. Tashakkori and C. Teddlie (Eds.), **Handbook of mixed methods in social and behavioral research**, Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 273-296., 2003.

KEREZOUZIS, P. et al. The impact of spine disease, relative to cranial disease, on perception of health and care experience: an analysis of 1484 patients in a tertiary center. **Journal of Neurosurgery**, v. 129, n. 6, p. 1630–1640, 2018.

KIRK, C. P.; RIFKIN, L. S. I'll trade you diamonds for toilet paper: Consumer reacting, coping and adapting behaviors in the COVID-19 pandemic. **Journal of Business Research**, v. 117, p. 124-131, 2020.

KLAUS, Philipp. Luxury patient experience (LPX): review, conceptualization, and future research directions. **The Service Industries Journal**, v. 38, n. 1-2, p. 87-98, 2018.

KLAUS, P.; MAKLAN, S. Towards a better measure of customer experience. **International Journal of Market Research**, v. 55, n. 2, p. 227-246, 2013.

KUIS, E. E.; GOOSSENSEN, A. Evaluating care from a care ethical perspective:: A pilot study. **Nursing Ethics**, v. 24, n. 5, p. 569–582, 2017.

KUPFER, J. M.; BOND, E. U. Patient satisfaction and patient-centered care: necessary but not equal. **Jama**, v. 308, n. 2, p. 139-140, 2012.

LANCET, The. India under COVID-19 lockdown. **Lancet (London, England)**, v. 395, n. 10233, p. 1315, 2020.

LANE, J. V et al. Factors that shape the patient's hospital experience and satisfaction with lower limb arthroplasty: an exploratory thematic analysis. **BMJ Open**, v. 6, n. 5, 2016.

LARSSON, B. W.; LARSSON, G. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. **Journal of Clinical Nursing**, v. 11, n. 5, p. 681–687, 2002.

LARSSON, G.; LARSSON, B. W.; MUNCK, I. M. E. Refinement of the questionnaire "quality of care from the patient's perspective" using structural equation modelling. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 12, n. 2, p. 111–118, 1998.

LAVELA PHD, M. M. S.; GALLAN PHD, A. Evaluation and measurement of patient experience. **Patient Experience Journal**, v. 1, n. 1, p. 28, 2014.

LAWSON, R. et al. Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. **BMJ Quality & Safety**, v. 24, n. 6, p. 369–376, jun. 2015.

LEGGAT, S. G.; KARIMI, L.; BARTRAM, T. A path analysis study of factors influencing hospital staff perceptions of quality of care factors associated with patient satisfaction and patient experience. **BMC Health Services Research**, v. 17, nov. 2017.

LEMON, K. N.; VERHOEF, P. C. Understanding customer experience throughout the customer journey. **Journal of marketing**, v. 80, n. 6, p. 69-96, 2016.

LEMOS, D. R. Q. et al. Health system collapse 45 days after the detection of COVID-19 in Ceará, Northeast Brazil: a preliminary analysis. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020.

LEVINE, R. E.; FOWLER, F. J.; BROWN, J. A. Role of cognitive testing in the development of the CAHPS® Hospital Survey. **Health Services Research**, v. 40, n. 6 II, p. 2037–2056, 2005.

LEVINSON, W. et al. Physician-patient communication: the relationship with mal practice claims among primary care physician and surgeons. **Jama**, v. 277, n. 7, p. 553-559, 1997.

LIS, C. G.; RODEGHIER, M.; GUPTA, D. The relationship between perceived service quality and patient willingness to recommend at a national oncology hospital network. **BMC Health Services Research**, v. 11, 2011.

LIU, C.; WU, Y.; CHI, X. Relationship preferences and experience of primary care patients in continuity of care: a case study in Beijing, China. **BMC Health Services Research**, v. 17, 2017.

LUSCH, R. F.; VARGO, S. L. Service-dominant logic: Reactions, reflections and refinements. **Marketing Theory**, v. 6, n. 3, p. 281–288, 2006.

LUSILLA-PALACIOS, P.; CASTELLANO-TEJEDOR, C. Acute spinal cord injury patients' satisfaction with care: Results from an intervention study in a specialized rehabilitation unit. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 10, p. 1289–1299, 2017.

LUXFORD, K.; SAFRAN, D. G.; DELBANCO, T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 5, p. 510-515, 2011.

MACINATI, M. S. The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. **Health policy**, v. 85, n. 2, p. 228-241, 2008.

MAJID, U.; WASIM, A. Patient-centric culture and implications for patient engagement during the COVID-19 pandemic. **Patient Experience Journal**, v. 7, n. 3, p. 5-16, 2020.

MAKLAN, S.; KLAUS, P. EXQ: a multiple-item scale for assessing service experience. **Journal of Service Management**, 2012.

MALE, L. et al. Measuring patient experience: A systematic review to evaluate psychometric

properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 3, p. 314–326, 2017.

MALIK, N. et al. Measuring patient satisfaction in complex continuing care/rehabilitation care. **International journal of health care quality assurance**, v. 29, n. 3, p. 324–336, abr. 2016.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MBAMA, C. I.; EZEPUE, P. O. Digital banking, customer experience and bank financial performance. **International Journal of Bank Marketing**, 2018.

MCCOLL-KENNEDY, J. R. et al. Fresh perspectives on customer experience. **Journal of Services Marketing**, 2015.

MCFARLAN, S.; O'BRIEN, D.; SIMMONS, E. Nurse-leader collaborative improvement project: improving patient experience in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, v. 45, n. 2, p. 137–143, mar. 2019.

MCLEAN, C. et al. Reliability, feasibility, and validity of the quality of interactions schedule (QuIS) in acute hospital care: an observational study. **BMC Health Services Research**, v. 17, 2017.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão & Produção**, v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015.

MERLINO, J. I. et al. HCAHPS Survey Results: Impact of Severity of Illness on Hospitals' Performance on HCAHPS Survey Results. **Journal of patient experience**, v. 1, n. 2, p. 16–21, nov. 2014.

MEYER, C.; SCHWAGER, A. Understanding customer experience. **Harvard business review**, v. 85, n. 2, p. 116, 2007.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. São Paulo: Atlas, 2005.

MILLSTEINJEFFREY, H. et al. Reimagining the Patient Experience During the Covid-19 Pandemic. **NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery**, 2020.

MOREIRA, R. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00080020, 2020.

MOSAVI, S. M.; SANGARI, M. S.; KERAMATI, A. An integrative framework for customer switching behavior. **The Service Industries Journal**, v. 38, n. 15-16, p. 1067-1094, 2018.

MURRELLS, T. et al. Measuring relational aspects of hospital care in England with the 'Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation' (PEECH) survey questionnaire. **BMJ Open**, v. 3, n. 1, 2013.

NORONHA, K. et al. Pandemia por COVID-19 em Minas Gerais, Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. **Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais**, 2020.

O'MALLEY, A. J. et al. Exploratory factor analyses of the CAHPS® Hospital pilot survey responses across and within medical, surgical, and obstetric services. **Health Services Research**, v. 40, n. 6 II, p. 2078–2095, 2005.

OLTEDAL, S. et al. The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 35, n. 5, p. 540–547, 2007.

OTANI, K. et al. Different Combining Process Between Male and Female Patients to Reach Their Overall Satisfaction. **Journal of patient experience**, v. 3, n. 4, p. 145–150, dez. 2016.

OVERTON, J. et al. Coronavirus (COVID-19): Patient experience—Administrative services on the frontline during crisis. **Head & neck**, v. 42, n. 7, p. 1477-1481, 2020.

PADAYACHEE, H.; HOQUE, M. E.; MUTAMBARA, E. Patient experience of primary health care users in KwaZulu-Natal. **Africa Journal of Nursing and Midwifery**, v. 22, n. 1, p. 23 pages-23 pages, 2020.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. **Journal of retailing**, v. 64, n. 1, p. 12, 1988.

PAYNE, A. F.; STORBACKA, K.; FROW, P. Managing the co-creation of value. **Journal of the academy of marketing science**, v. 36, n. 1, p. 83-96, 2008.

PELLINO, G.; SPINELLI, A. How Coronavirus Disease 2019 Outbreak Is Impacting Colorectal Cancer Patients in Italy: A Long Shadow Beyond Infection. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 63, n. 6, p. 720-722, 2020.

PÉREZ, E.; DZUBAY, D. P. A scheduling-based methodology for improving patient perceptions of quality of care in intensive care units. **Health Care Management Science**, p. 1-13, 2021.

PODSAKOFF, P. M. et al. Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. **Journal of applied psychology**, v. 88, n. 5, p. 879, 2003.

PETERSON, J. et al. Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 29, n. 1, p. 12-16, 2017.

PETTERSEN, K. I. et al. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 16, n. 6, p. 453-463, 2004.

PINE, B. J.; GILMORE J.H. Welcome to the experienceconomy. **Harvard business review**, v. 76, p. 97-105, 1998.

PODSAKOFF, P. M. et al. Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. **Journal of applied psychology**, v. 88, n. 5, p. 879, 2003.

POTTENGER, B. C. et al. Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) to Improve Patient Experience: How a Hospital Enhanced Care Transitions and Discharge Processes. **Quality Management in Health Care**, v. 25, n. 4, p. 197–202, 2016.

PRICE, 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.

RAN, X. et al. Innovative Applications of Patient Experience Big Data in Modern Hospital Management Improve Healthcare Quality. **Chinese Medical Sciences Journal**, v. 35, n. 4, p. 366-370, 2020.

RAO, Krishna Dipankar; PETERS, David H.; BANDEEN-ROCHE, Karen. Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality. **International journal for Quality in Health care**, v. 18, n. 6, p. 414-421, 2006.

RAPPORT, F. et al. What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 19, jan. 2019.

RATHERT, C.; MAY, D. R.; WILLIAMS, E. S. Beyond service quality: The mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship. **Health Care Management Review**, v. 36, n. 4, p. 359–368, 2011.

REEVES, R. et al. Development and pilot testing of questionnaires for use in the acute NHS trust inpatient survey programme. **Focus**, n. May, p. 1–59, 2002.

ROBERTS, L. Improving quality, service delivery and patient experience in a musculoskeletal service. **Manual Therapy**, v. 18, n. 1, p. 77–82, 2013.

RODRIGUES, K. C. A era da experiência dos pacientes. **Gv Executivo**, v. 18, n. 1, p. 16, 2019.

ROSEEN, E. J. et al. Inpatient Massage Therapy Versus Music Therapy Versus Usual Care: A Mixed-methods Feasibility Randomized Controlled Trial. **Global advances in health and medicine**, v. 6, p. 2164957X17735816, 2017.

ROUSSEEUW, P. J.; VAN ZOMEREN, B. C. Unmasking multivariate outliers and leverage points. **Journal of the American Statistical association**, v. 85, n. 411, p. 633-639, 1990.

ROY, S. Effects of customer experience across service types, customer types and time. **Journal of Services Marketing**, v. 32, n. 4, p. 400-413, 2018.

RUBENS, F. D. et al. Impact of patient characteristics on the Canadian Patient Experiences Survey-Inpatient Care: survey analysis from an academic tertiary care centre. **BMJ Open**, v. 8, n. 8, 2018.

SCHMITT, B. Experiential marketing. **Journal of marketing management**, v. 15, n. 1-3, p. 53-67, 1999.

SCHMITT, B.; JOŠKO BRAKUS, J.; ZARANTONELLO, L. From experiential psychology to consumer experience. **Journal of Consumer Psychology**, v. 25, n. 1, p. 166-171, 2015.

SHAPIRO, L. M. et al. Understanding the Patient Experience: Analysis of 2-Word Assessment and Its Relationship to Likelihood to Recommend in Outpatient Hand Surgery. **HAND**, p. 1558944720988078, 2021.

SHETH, J. Impact of Covid-19 on consumer behavior: Will the old habits return or die?. **Journal of Business Research**, v. 117, p. 280-283, 2020.

SIDDIQUI, Z. K. et al. Patient isolation for infection control and patient experience. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 40, n. 2, p. 194-199, 2019.

SOFAER, S. et al. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? **Health Services Research**, v. 40, n. 6 II, p. 2018–2036, 2005.

SPICER, J. How to measure patient satisfaction. **Quality Progress**, v. 35, n. 2, p. 97, 2002.

THE BERYL INSTITUTE website, Defining Patient Experience. Disponível em: <http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp>. Acessado em Janeiro de 2020).

TOOMEY, S. L. et al. The Development of a Pediatric Inpatient Experience of Care Measure: Child HCAHPS (R). **Pediatrics**, v. 136, n. 2, p. 360–369, 2015.

VALLEY, T. S. et al. Changes to visitation policies and communication practices in Michigan ICUs during the COVID-19 pandemic. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 202, n. 6, p. 883-885, 2020.

VAN DEN HOMBERGH, P. et al. Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006. **BMC family practice**, v. 17, n. 1, p. 118, ago. 2016.

VASCONCELOS, A. M. et al. Conceptualisation of the service experience by means of a

literature review. **Benchmarking: An International Journal**, v. 22, n. 7, p. 1301-1314, 2015.

VERHOEF, P. C.; FRANSES, P. H.; HOEKSTRA, J. C. The effect of relational constructs on customer referrals and number of services purchased from a multiservice provider: does age of relationship matter?. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 30, n. 3, p. 202-216, 2002.

VERHOEF, P. C. et al. Customer experience creation: Determinants, dynamics and management strategies. **Journal of retailing**, v. 85, n. 1, p. 31-41, 2009.

VERMA, S., & GUSTAFISSON, A. (2020). Investigating the emerging COVID-19 research trends in the field of business and management: A bibliometric analysis approach. **Journal of Business Research**, 118(June), 253–261, 2020.

WALLACE, S. et al. Impact of surgical approach and patient factors on Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) survey scoring in gynecologic surgery. **Gynecologic Oncology**, v. 148, n. 1, p. 28–35, 2018.

WANG, X., et al. Convergent and discriminant validity with formative measurement: A mediator perspective. **Journal of Modern Applied Statistical Methods**, v. 14, n. 1, pp. 11, 2015.

WARDHANI, V. et al. Determinants of quality management systems implementation in hospitals. **Health policy**, v. 89, n. 3, p. 239-251, 2009.

WEBSTER, C. S. et al. Capturing the experience of the hospital-stay journey from admission to discharge using diaries completed by patients in their own words: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 9, n. 3, p. e027258, mar. 2019.

WIIG, S. et al. Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? **BMC Health Services Research**, v. 13, jun. 2013.

WILDE, B. et al. Quality of Care from a Patient Perspective. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 7, n. 2, p. 113–120, jun. 1993.

WOLF, J. A et al. Defining patient experience. **Patient Experience Journal**, v. 1, n. 1, p. 7–19, 2014.

WONG, E. L. Y. et al. Validation of inpatient experience questionnaire. **International journal for quality in health care**, v. 25, n. 4, p. 443-451, 2013.

WONG, E. L. Y. et al. Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. **Plos One**, v. 10, n. 4, 2015.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Pesquisa: Impactos da COVID-19 nas práticas de experiência dos pacientes em hospitais brasileiros

Instruções:

- Esta pesquisa visa investigar o impacto da COVID-19 no desempenho das práticas de experiência dos pacientes em hospitais brasileiros
- Para respondê-la, por favor, use as instruções e as informações disponíveis em cada questão.
- Ela consiste em cinco seções.
- A **Seção 1** refere-se às informações do entrevistado.
- A **Seção 2** corresponde às informações do hospital.
- A **Seção 3** corresponde aos efeitos/desafios que a pandemia da COVID-19 trouxe para o hospital.
- A **Seção 4** investiga as práticas relacionadas à experiência do paciente.
- A **Seção 5** avalia os efeitos da pandemia da COVID-19 no desempenho atual e futuro do hospital.
- Neste questionário, são utilizadas apenas questões fechadas, nas quais devem ser escolhidas apenas uma afirmação/alternativa que mais representa a situação do seu hospital.
- O tempo necessário para concluir este questionário é de aproximadamente **20 minutos**.

Seção 1: RESPONDENTE

<p>1.1 Por favor, preencha as informações abaixo relacionadas a você e ao hospital onde você trabalha/trabalhou durante a pandemia de COVID-19.</p> <p>Sua função:</p> <p>() Administrador () Diretor clínico () Médico () Enfermeiro-chefe () Enfermeiro () Auxiliar ou técnico em enfermagem () Fisioterapeuta () Biomédico () Outro: _____</p>
<p>1.2 Você tem cargo ligado à gestão ou à administração do Hospital? () Sim. Diretor ou equivalente () Sim. Chefia, supervisão ou coordenação () Sim. Outros cargos de gestão () não tenho cargos administrativos.</p>
<p>1.3 O hospital admitiu pacientes com diagnóstico de COVID-19? () Sim () Não</p>
<p>1.4 Você atuou diretamente com pacientes internados por COVID-19? () Sim () Não</p>
<p>1.5 Você está/estava liderando ou participando de uma equipe para lidar com a COVID-19 e/ou com suas consequências administrativas no hospital onde você trabalha/trabalhou? () Sim () Não</p>
<p>SE SUA RESPOSTA À QUESTÃO 1.3 FOR “SIM”, CONTINUE PREENCHENDO O QUESTIONÁRIO. SE RESPONDEU “NÃO”, POR FAVOR, INTERROMPA O PREENCHIMENTO. DESDE JÁ AGRADEÇO POR SUA DISPONIBILIDADE EM NOS AJUDAR.</p>

Seção 2: HOSPITAL

<p>2.1. O hospital é de campanha:</p> <p>() Sim () Não</p>

2.2 Quantos LEITOS o hospital possui atualmente?			
<input type="checkbox"/> Até 50	<input type="checkbox"/> De 51 a 150	<input type="checkbox"/> De 151 a 500	<input type="checkbox"/> Mais de 500

2.3 Tipo de hospital	
2.3.1 O hospital é:	
<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado
2.3.2 O hospital atende pelo SUS?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2.3.3 O hospital tem alguma acreditação	
<input type="checkbox"/> Sim. Qual:	<input type="checkbox"/> Não
2.3.4 O hospital está localizado	
<input type="checkbox"/> Capital de estado	<input type="checkbox"/> Interior de estado

2.4 O hospital desenvolve práticas para que os pacientes tenham uma melhor experiência e satisfação geral com os serviços hospitalares?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Seção 3: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO DIA-A-DIA DO HOSPITAL

Por favor, considere os efeitos/desafios que a pandemia de COVID-19 impôs ao seu hospital.

3.1 Influência da COVID-19 no hospital onde você trabalha/trabalhou.							
Indique abaixo seu nível de concordância com as seguintes declarações.							
<i>Escala: de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente) – N (não se aplica/não sei)</i>							
3.1.1 O hospital foi fortemente afetado (por exemplo, sofreu mudanças) pela pandemia da COVID-19.	1	2	3	4	5	6	N
3.1.2 Nossos fornecedores foram fortemente afetados pela pandemia da COVID-19.	1	2	3	4	5	6	N
3.1.3 Nossos concorrentes (outros hospitais que tratam COVID-19) foram fortemente afetados pela pandemia da COVID-19.	1	2	3	4	5	6	N
3.1.4 Nossa demanda foi fortemente afetada pela pandemia da COVID-19.	1	2	3	4	5	6	N

3.2 Resposta do hospital onde você trabalha/trabalhou ao surto da COVID-19							
Indique abaixo seu nível de concordância com as seguintes declarações.							
<i>Escala: de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente) – N (não se aplica/não sei)</i>							
3.2.1 Conseguimos lidar com a mudança repentina na demanda por nossos serviços.	1	2	3	4	5	6	N
3.2.2 Conseguimos trabalhar remotamente quando necessário.	1	2	3	4	5	6	N
3.2.3 Tínhamos recursos suficientes (aspectos humanos, tecnológicos e gerenciais) para lidar com a pandemia	1	2	3	4	5	6	N
3.2.4 Conseguimos lidar com a mudança no comportamento (por exemplo, exigências de segurança) dos nossos pacientes	1	2	3	4	5	6	N
3.2.5 Nossos fornecedores conseguiram atender aos nossos pedidos.	1	2	3	4	5	6	N
3.2.6 Conseguimos lidar com as restrições financeiras causadas pela pandemia da COVID-19.	1	2	3	4	5	6	N
3.2.7 O hospital foi ágil e flexível durante a pandemia da COVID-19.	1	2	3	4	5	6	N
3.2.8 O hospital empregou tecnologias digitais em suas atividades para superar os desafios da pandemia.	1	2	3	4	5	6	N

Seção 4: SERVIÇOS E PRÁTICAS RELACIONADAS À EXPERIÊNCIA DOS PACIENTE

4.1 Por favor, considere a ORIENTAÇÃO A SERVIÇOS no hospital onde você trabalha/trabalhou.

Indique abaixo seu nível de concordância com as seguintes declarações.							
<i>Escala: de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente) – N (não se aplica/não sei)</i>							
4.1.1 A alta administração do hospital comunica constantemente a importância do engajamento dos prestadores de serviços de saúde	1	2	3	4	5	6	N
4.1.2 A alta administração do hospital fornece os recursos necessários, e não apenas tem uma postura "da boca para fora" para aprimorar a capacidade dos funcionários de prestar serviços de saúde.	1	2	3	4	5	6	N
4.1.3 A alta administração incentiva a oferta de serviços de qualidade.	1	2	3	4	5	6	N
4.1.4 Existe um verdadeiro compromisso com os serviços de saúde de qualidade, não apenas "da boca para fora".	1	2	3	4	5	6	N
4.1.5 Temos uma cultura (princípios e valores) que favorece a orientação a serviços.	1	2	3	4	5	6	N

4.2 Por favor, considere a ORIENTAÇÃO AO PACIENTE no hospital onde você trabalha/trabalhou.							
Indique abaixo seu nível de concordância com as seguintes declarações.							
<i>Escala: de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente) – N (não se aplica/não sei)</i>							
4.2.1 Monitoramos constantemente a experiência dos pacientes.	1	2	3	4	5	6	N
4.2.2 Nossas estratégias de serviços hospitalares são impulsionadas por nossas crenças sobre como podemos criar maior valor para nossos pacientes.	1	2	3	4	5	6	N
4.2.3 Prestamos muita atenção aos serviços/orientações durante a prestação dos serviços hospitalares.	1	2	3	4	5	6	N
4.2.4 Temos uma boa capacidade em recursos humanos, tecnológicos e gerenciais para gestão do hospital	1	2	3	4	5	6	N
4.2.5 Prestamos muita atenção aos serviços/orientações pós-alta hospitalar.	1	2	3	4	5	6	N

4.3 Por favor, considere as práticas relacionadas à EXPERIÊNCIA DO PACIENTE no hospital onde você trabalha/trabalhou durante a pandemia de COVID-19.							
Indique abaixo seu nível de concordância com as seguintes declarações.							
<i>Escala: de 1 (discordo totalmente) a 6 (significativamente melhor) – N (não se aplica/não sei)</i>							
4.3.1 Houve alterações significativas no acesso aos serviços hospitalares e a admissão de pacientes	1	2	3	4	5	6	N
4.3.2 Houve alterações significativas no comportamento da equipe hospitalar (atenção, cuidado e segurança) junto ao paciente	1	2	3	4	5	6	N
4.3.3 Houve alterações significativas na comunicação da equipe hospitalar com os pacientes.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.4 Houve alterações significativas nas características do ambiente hospitalar (incluindo layout, tranquilidade e limpeza).	1	2	3	4	5	6	N
4.3.5 Houve alterações significativas nos procedimentos de cuidados e segurança do paciente devido à pandemia.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.6 Houve alterações significativas na qualidade na prestação dos serviços hospitalares.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.7 Houve alterações significativas no relacionamento da equipe hospitalar com os familiares durante o processo de tratamento.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.8 Houve alterações significativas no relacionamento da equipe hospitalar com os pacientes durante o processo de tratamento.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.9 Houve alterações significativas na participação do paciente ou familiares nas decisões sobre o tratamento.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.10 Houve alterações significativas na transmissão de informações e o feedback aos pacientes e familiares durante o processo de tratamento.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.11 Houve alterações significativas na preparação do paciente e prestação de informações necessárias ou solicitadas por ele durante a alta hospitalar.	1	2	3	4	5	6	N
4.3.12 Houve alterações significativas no sentimento de empatia entre os prestadores dos serviços e os pacientes ou familiares.	1	2	3	4	5	6	N

5.1 Por favor, indique os impactos da pandemia da COVID-19 no **desempenho do hospital onde você trabalha/trabalhou** e no **desempenho do serviço ao paciente (considere os últimos seis meses)**.

Escala: de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente) - N (não se aplica/não sei)

5.1.1 Desempenho do hospital - DURANTE A PANDEMIA							
5.1.1.1 Houve aumento na taxa de ocupação dos leitos	1	2	3	4	5	6	N
5.1.1.2 Houve aumento no faturamento do hospital	1	2	3	4	5	6	N
5.1.1.3 Houve redução dos custos operacionais do hospital	1	2	3	4	5	6	N
5.1.1.4 Houve aumento na imagem/reconhecimento do hospital	1	2	3	4	5	6	N
5.1.1.5 Houve redução na taxa de readmissão de pacientes	1	2	3	4	5	6	N
5.1.1.6 Houve melhoria dos indicadores de infecção	1	2	3	4	5	6	N

5.1.2 Desempenho do serviço/experiência do paciente – DURANTE A PANDEMIA							
5.1.2.1 Oferecemos serviços de qualidade aos nossos pacientes durante a pandemia	1	2	3	4	5	6	N
5.1.2.2 Oferecemos serviços que superam as expectativas dos pacientes durante a pandemia	1	2	3	4	5	6	N
5.1.2.3 A fidelidade do paciente foi aumentada.	1	2	3	4	5	6	N
5.1.2.4 A recomendação dos nossos serviços será aumentada em função da qualidade dos serviços hospitalares prestados.	1	2	3	4	5	6	N
5.1.2.5 Conseguimos gerar uma experiência positiva para os nossos pacientes.	1	2	3	4	5	6	N

5.2 Por favor, indique abaixo a mudança no desempenho que **você espera que aconteça no hospital em um futuro próximo (próximos 2 anos)**.

Escala: de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente) - N (não se aplica/não sei)

5.2.1 Desempenho do hospital							
5.2.1.1 Haverá um aumento na taxa de ocupação dos leitos	1	2	3	4	5	6	N
5.2.1.2 Haverá um aumento no faturamento do hospital	1	2	3	4	5	6	N
5.2.1.3 Haverá uma redução dos custos operacionais do hospital	1	2	3	4	5	6	N
5.2.1.4 Haverá um aumento na imagem/reconhecimento do hospital	1	2	3	4	5	6	N
5.2.1.5 Haverá uma redução na taxa de readmissão de pacientes	1	2	3	4	5	6	N
5.2.1.6 Haverá uma melhoria dos indicadores de infecção	1	2	3	4	5	6	N

5.2.2 Desempenho do serviço ao paciente							
5.2.2.1 Esperamos oferecer serviços de alta qualidade aos nossos pacientes.	1	2	3	4	5	6	N
5.2.2.2 Esperamos oferecer serviços que superam as expectativas dos pacientes.	1	2	3	4	5	6	N
5.2.2.3 Esperamos a fidelidade dos nossos pacientes	1	2	3	4	5	6	N
5.2.2.4 Espera-se uma maior recomendação dos nossos serviços.	1	2	3	4	5	6	N
5.2.2.5 Esperamos melhorar a experiência do paciente.	1	2	3	4	5	6	N

Por favor, algum comentário adicional:

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS PÚBLICOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

Eu, Juliana Maria Savio Bernardo, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o (a) convido a participar da pesquisa “**Impactos da Covid-19 nas práticas de experiência dos pacientes em hospitais brasileiros: uma pesquisa de levantamento com os profissionais de saúde**” orientada pelo Prof. Dr. Glauco Henrique de Sousa Mendes.

Muitos hospitais têm se preocupado com a experiência dos pacientes durante a prestação dos serviços hospitalares. Todavia, a pandemia do Covid-19 vem afetando as rotinas hospitalares e, conseqüentemente, trazendo impactos na experiência do paciente. Assim, esta pesquisa visa identificar o impacto da pandemia de covid-19 nas práticas hospitalares voltadas à experiência dos pacientes assim como no próprio desempenho do hospital.

Para tanto, solicitamos a sua colaboração respondendo o questionário disponível na Plataforma *SurveyMonkey*. **Não será necessário se identificar e nem identificar o seu local de trabalho.**

Este questionário é composto por questões que envolvem os seguintes temas:

- a) caracterização do seu hospital;
- b) mudanças geradas na gestão do hospital em função da Pandemia do Covid-19;
- c) mudanças geradas nas práticas relativas à segurança e experiência do paciente e,
- d) impactos da pandemia do Covid-19 no desempenho atual e futuro do seu hospital.

Esclarecemos que sua participação na pesquisa é voluntária e não remunerada. Portanto, **o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora.** Caso não concorde, basta fechar a página do navegador e automaticamente está desistindo do preenchimento do questionário.

Mas, se decidir participar, deve clicar no botão “concordo em participar”, o que corresponderá a sua assinatura e a sua concordância com este Termo e com a participação na pesquisa. Após clicar em “concordo em participar”, o(a) senhor(a) será direcionado(a) ao questionário.

Os riscos da participação neste estudo são mínimos, uma vez que a mesma consistirá apenas no preenchimento online/remoto de um questionário. Tal procedimento permite o anonimato das respostas, a conveniência de que as pessoas respondam no momento que lhes pareça mais apropriado e a não exposição dos pesquisados à influência dos pesquisadores. Desta maneira, estamos suprimindo a possibilidade de identificação e o risco de constrangimento ou desconforto em relação às respostas emitidas. Ademais, somente os pesquisadores terão acesso aos dados da pesquisa.

Novamente reforçamos você poderá cancelar a sua participação a qualquer momento, mesmo após ter concordado com este Termo. Se desejar cancelar sua participação antes de terminar o questionário, basta fechar o seu navegador. Porém, se desejar cancelar sua participação após o preenchimento total do questionário, basta entrar em contato com a pesquisadora responsável através do e-mail que consta neste Termo.

Por fim, se assim o desejar, (a) senhor(a) poderá imprimir este Termo ou solicitá-lo assinado pela pesquisadora através do e-mail que consta abaixo. **Reforçamos que todos os procedimentos adotados estão em acordo com a RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016**, que estabelece normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Como benefício, esta pesquisa apontará os impactos da Covid-19 nas práticas de gestão da experiência do paciente e no desempenho dos hospitais. Este diagnóstico e, conseqüentemente, o conhecimento gerado poderão auxiliar hospitais brasileiros a adaptarem e melhorarem suas práticas de gestão em tempos de pandemia.

O tempo estimado de resposta do questionário é de 20 minutos contínuos. Orienta-se que o(a) senhor(a) preencha consecutivamente todas as páginas e no final clique em "Concluído". Por razões estatísticas e da pesquisa, todas as perguntas são obrigatórias. Solicitamos sua autorização para divulgar os resultados da pesquisa em publicações científicas (artigos de congressos, artigos de revistas ou livros), sem a sua identificação pessoal.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo, você pode entrar em contato com a pesquisadora

responsável. Endereço para contato: Pesquisadora Responsável: Juliana Maria Savio Bernardo

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Contato telefônico: (16) 3351-8340. E-mail: brasju@gmail.com

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICE 3 – TEXTO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

PROFISSIONAIS DE SAÚDE que trabalham em hospitais brasileiros que admitem pacientes de covid-19:

Bom dia! Peço a permissão dos moderadores do grupo e a atenção de vocês para apresentar a nossa pesquisa e convidá-los a participar.

Meu nome é Juliana Maria Savio Bernardo, sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, e o (a) convido a participar da pesquisa “Impactos da Covid-19 nas práticas de experiência dos pacientes em hospitais brasileiros: uma pesquisa de levantamento com os profissionais de saúde”, orientada pelo Prof. Dr. Glauco Henrique de Sousa Mendes.

Muitos hospitais têm se preocupado com a experiência dos pacientes durante a prestação dos serviços hospitalares. Todavia, a pandemia da Covid-19 vem afetando as rotinas hospitalares e, conseqüentemente, trazendo impactos na experiência do paciente. Assim, esta pesquisa visa identificar o impacto da pandemia de covid-19 nas práticas hospitalares voltadas à experiência dos pacientes assim como no próprio desempenho do hospital.

Para tanto, solicitamos a colaboração de profissionais da saúde ou gestores em saúde, que trabalham/trabalharam em hospitais que admitem pacientes com Covid-19, respondendo ao questionário disponível na Plataforma Survey Monkey, através do link:

<https://pt.surveymonkey.com/r/5QXMMJL>

Não será necessário se identificar e nem identificar o seu local de trabalho.

O tempo estimado de conclusão do questionário é de 20 minutos.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

A aprovação do comitê de ética foi obtida sob protocolo CAAE 38492620.5.0000.5504.

Todos os procedimentos adotados estão em acordo com a RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016, que estabelece normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos

procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.